

MILLER MEJÍA RADA
Abogado
Esp. Responsabilidad y Daño Resarcible



Florencia,

Doctora

VIVIANA GUEVARA VALBUENA

Juez

JUZGADO QUINTO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO

j05adminfencia@cendoj.ramajudicial.gov.co

Florencia - Caquetá

E. S. D.

Ref.,

Medio de control:	Reparación Directa
Demandante:	MARISOL LUGO REINOSO y otros.
Demandado:	HOSPITAL MARÍA INMACULADA E.S.E.
Radicado:	18-001-33-33-003- 2018-00023-00
Asunto:	Alegatos de conclusión

Cordial saludo señora Juez,

MILLER MEJÍA RADA, mayor, domiciliado en esta ciudad, identificado con cédula de ciudadanía 1.117.547.086 de Florencia, abogado con tarjeta profesional 341.053 del C. S. de la J., obrando en calidad de apoderado del **HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARÍA INMACULADA E.S.E.** dentro del proceso de la referencia; respetuosamente y de conformidad con lo previsto en el inciso 2º del numeral 2º del artículo 181 del CPACA, me permito formular alegatos de conclusión, conforme a lo siguiente:

1. Análisis probatorio de la ausencia de imputación fáctica

La parte demandante atribuye la muerte del señor ORLANDO SILVA VIDARTE a una caída sufrida el 13 de enero de 2016, por violación a la obligación de seguridad.

Es menester recordar que la imputación fáctica se estudia desde teorías causales y, la que actualmente acoge el Consejo de Estado es la teoría de la causalidad de adecuada, donde se considera causa de un daño aquellos hechos que deberían producirlo normalmente, dentro de la normalidad que supone la vida.

En el informe de necropsia aportado como prueba se expresa que la causa de la muerte fue por una úlcera duodenal y la manera fue natural. Así, el paciente no falleció a causa de la caída de la camilla, que además fue ocasionada por un choque hipovolémico severo acaecido por el sangrado digestivo masivo y a choque cardiogénico, lo que generó hipotensión, lipotimia, desmayo y desplome del paciente al piso.

Correo electrónico: milermejia23@hotmail.com
Contacto: 3209794785
Florencia, Caquetá

MILLER MEJÍA RADA
Abogado
Esp. Responsabilidad y Daño Resarcible



El paciente ingresó con un sangrado digestivo, sin síntomas claros que lo hicieran evidente, teniendo en cuenta que solo expresó sangrado en pintas y no una franca hematemesis (vómitos de sangre) o presencia de melena de sangrado por el recto de color negro. Entonces, el daño severo en su sistema digestivo se encontraba en firme y no dio tiempo para la realización de exámenes para confirmar el diagnóstico, como la endoscopia a las vías digestivas ordenada, que finalmente desencadenó el choque hipovolémico y cardiogénico (se presentó un infarto al miocardio) irreversible que generó su muerte.

Lo anterior fue igualmente corroborado por el médico general GERMÁN YESID RODRÍGUEZ, galeno que atendió al señor SILVA VIDARTE (Q.E.P.D.), expresando que presentaba un dolor abdominal de alta intensidad, que de acuerdo a los signos y síntomas no tenía indicaciones de un probable paro cardiorrespiratorio y, al ser interrogado por el suscrito respondió afirmativamente señalando que el "infarto" fue súbito e inminente. Además, tuvo la oportunidad de revisar el informe pericial de necropsia, reafirmando la ausencia de incidencia del trauma craneoencefálico que se generó en la caída del paciente con su muerte:

"Abogado HDMI E.S.E.: *A la luz de los hallazgos encontrados en el informe de necropsia ¿el trauma craneocefálico que se generó en la caída tuvo alguna incidencia en la muerte del señor?*

GERMÁN YESID RODRÍGUEZ: *No señor, pues según el informe de la necropsia no hay sangrado cerebral ni desplazamiento de masas, es un cerebro indemne, lo único es la descripción de la parte de la toma externa que hay una fisura subgaleal, es decir, que tiene un chichote en la parte externa, pero en la parte del cerebro no aparece sangrado, o sea que eso no puedo llevarlo a la muerte".*

En igual sentido, declaró el enfermero profesional ANDRÉS ALFREDO VÁSQUEZ, considerando que el paro cardiorrespiratorio fue un evento súbito, inminente y, además imprevisible:

"Abogado HDMI E.S.E.: *De acuerdo a lo señalado por usted, que cuando estaban realizándole el procedimiento y cumpliendo las órdenes del médico tratante fue que presentó el paro cardio respiratorio ¿Podemos afirmar que este cardio respiratorio fue un evento súbito e imprevisible e inminente en el caso?*

ANDRÉS ALFREDO VÁSQUEZ: *Totalmente, el paciente presenta una parada cardio respiratoria de origen súbito e inmediatamente se realizan las maniobras, una puede sospechar en el momento de la parada cardiaca súbita de que el paciente presento un evento súbito ya sea a nivel de cualquier órgano blando, ya sea el corazón, el pulmón, que obviamente uno no sabe a ciencia cierta, pero que*

**Correo electrónico: milermejia23@hotmail.com
Contacto: 3209794785
Florencia, Caquetá**

MILLER MEJÍA RADA
Abogado
Esp. Responsabilidad y Daño Resarcible



naturalmente algo desencadeno ese evento súbito que requirió la intervención de nosotros para salvarle la vida”.

De la misma manera en la historia clínica se observa que se trató de un paciente que ingresó al servicio de urgencias por cuadro de dolor abdominal en el epigastrio. A los 18 minutos posteriores a ser valorado por el médico general de urgencias, presentó un paro cardio respiratorio y después de 30 minutos de intentos de reanimación falleció. Luego, desde su ingreso al área de admisiones de urgencias (13 de enero de 2016 a las 11:48 horas) hasta la hora de su muerte (00 y 45 del 14 de enero de 2016) solo transcurrieron 57 minutos.

En conclusión, desde la causalidad la muerte se originó de forma súbita, ocasionada por dos (02) eventos agudos: 1. Sangrado digestivo agudo por ulcera duodenal sangrante y 2) infarto agudo al miocardio. En consecuencia, lo agudo y severo del cuadro clínico no permitió realizar un diagnóstico definitivo, ni dio tiempo para realizar un tratamiento inicial, toda vez que el paro cardíaco ocurrió 18 minutos después de la valoración inicial por el médico de urgencias, quien de manera adecuada ordenó observación, medicamento para el dolor, líquidos endovenosos, endoscopia de vías digestivas altas, etc., para el prelude de su atención.

2. Análisis probatorio de la ausencia de falla del servicio

Recuérdese que el Consejo de Estado a través de su sección Tercera ha considerado que la responsabilidad del Estado por la prestación del servicio de salud es de naturaleza subjetiva, advirtiendo que se deberá estudiar desde la falla probada del servicio, como título de imputación, de suerte que se exige acreditar la falla propiamente dicha, el daño antijurídico y el nexo de causalidad entre aquella y este¹. De allí que en este caso le incumbe a la parte actora determinar la falla y, por supuesto probarla, **no obstante, de entrada se expresa que la parte actora no cumplió su carga de demostrar la violación al contenido obligacional del HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARÍA INMACULADA E.S.E.**

El paciente fue atendido a los nueve (09) minutos de su ingreso al área de urgencias de la E.S.E., dado que según la historia clínica ingresó al HDMI el 12 de enero sobre las 11:48 p.m. y fue atendido en urgencias a las 11 y 57 p.m., por el médico GERMÁN YESID RODRÍGUEZ MUÑOZ, tiempo de acuerdo al TRIAGE 02 indiscutiblemente adecuado y oportuno, tal como lo declaró el Enfermero Profesional ANDRÉS ALFRED VÁSQUEZ en audiencia de pruebas.

Una vez valorado por el galeno de urgencias, se ordenó de acuerdo a su cuadro clínico lo siguiente:

¹Ver por ejemplo las sentencias del CONSEJO DE ESTADO, SECCIÓN TERCERA, del 31 de agosto 31 de 2006, exp. 15772, C.P. Ruth Stella Correa; del 03 de octubre de 2007, exp. 16402, C.P. Mauricio Fajardo Gómez.

MILLER MEJÍA RADA
Abogado
Esp. Responsabilidad y Daño Resarcible



"Ordenes médicas: Observación nada por vía oral, solución salina norma 500 cc + 2 gramos dipirona pasar ahora y continuar con solución salina norma a 60cc por hora; tramadol 50 mg en 100 cc de solución salina ahora y continuar con 25 mg iv cada 8 horas; metoclopramida intravenosa diluida cada 8 horas; ranitidina intravenosa cada 8 horas diluida; se solicita hemograma, velocidad de sedimentación globular, amilasas, transaminasas, glucosa, creatinina, endoscopia de vías digestivas altas; se solicita valoración n por cirugía, avisas cambios a médico de observación".

Mientras se estaban procesando las ordenes médicas, el paciente en sala de procesamiento presenta cuadro clínico súbito de síncope con pérdida del conocimiento y desvanecimiento, entrando en paro cardiorespiratorio. Se activó código azul, se informó al médico internista JUAN DE JESÚS LARIOS (Q.E.P.D), quien acudió al llamado, asistió y valoró al paciente, explicándole su condición crítica.

Se iniciaron maniobras de masaje cardíaco continuo, con vómito presencia de alimento más cuncho de café. Se procedió con las maniobras de reanimación avanzada más entubación orotraqueal tubo 7.5, (presencia en orofaringe de bastante residuos alimentario y sangre en cuncho de café) más sedación midazolam, relajación, oxígeno, adrenalina intravenosa directa, dopamina 2 ampollas, sonda orogástrica y vesical.

Se continuó el masaje cardíaco continuo por 30 minutos, pero el paciente no respondió, sin pulso carotideo, no se detectó saturación de oxígeno, ni frecuencia cardíaca, ni tensión, aunado a pupilas dilatadas, cianosis generalizada, asistolia. Después del esfuerzo de la reanimación por dicho tiempo y en presencia del familiar se declaró muerto a las 00 y 45 a.m. del 13 de agosto de 2016. Véase la anotación en la historia clínica:

"Idx: Muerte súbita secundario úlcera péptica perforada + shock cardiogénico + iam fulminante".

Así las cosas, el paciente fue atendido en forma sumamente oportuna, con procesamiento de medicamentos y procedimientos ordenados por el médico tratante de urgencias, sin que infortunadamente el tiempo hubiese sido suficiente para procesarlas integralmente, como consecuencia del síncope e infarto presentado por el señor SILVA VIDARTE (Q.E.P.D.), con la posterior práctica del procedimiento de reanimación por 30 minutos sin éxito.

De esta manera, quedó demostrado que la atención fue proba, diligente, adecuada y sobretodo oportuna, sin ningún asomo de falla del servicio, aunado a que la parte actora no acreditó siquiera de forma sumaria algún viso que la sugiera.

3. Petición

Colofón de lo anteriormente expuesto, respetuosamente le solicito se sirva despachar desfavorablemente las pretensiones enervadas en contra de mi representado y, se condene

Correo electrónico: milermejia23@hotmail.com
Contacto: 3209794785
Florencia, Caquetá

MILLER MEJÍA RADA
Abogado
Esp. Responsabilidad y Daño Resarcible



en costas y agencias en derecho a la parte demandante, atendiendo lo dispuesto en el 188 y 306 del CPACA y lo prescrito en el numeral 8º del artículo 365 del C.G.P.

Atentamente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Miller Mejía Rada', written over a horizontal line.

MILLER MEJÍA RADA
C.C. 1.117.547.086 de Florencia
T.P. 341.053 del C.S. de la J.

Correo electrónico: milermejia23@hotmail.com
Contacto: 3209794785
Florencia, Caquetá