

Señor;
Juez Único Administrativo del Departamento Archipiélago de San Andres,
Providencia y Santa Catalina.
E.S..D

Medio de Control	Reparación Directa
Demandante	Francy del Carmen Cantillo Rodelo y Otros
Demandado	IPS universitaria y Otros.
Radicado	88-001-33-33-001-2019-00040-00
Asunto	Alegatos de Conclusión.

LIZETH LÓPEZ MONTES, con domicilio y residencia en la ciudad de Medellín (Ant), identificada con cédula de ciudadanía número 1.020.440.109, abogada titulada y en ejercicio, portadora de la tarjeta profesional 245.558 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando en calidad de apoderada judicial de la doctora **GISELA JUDITH SARMIENTO ROMERO**, quién figura como **LLAMADA EN GARANTÍA POR IPS UNIVERSITARIA** en el proceso de la referencia, conforme al poder conferido y dentro de la oportunidad procesal correspondiente, me permito presentar alegatos de conclusión, en los siguientes términos:

Problema Jurídico

Pretende la parte actora que la entidad demandada, esto es, IPS UNIVERSITARIA, sea declarada administrativamente responsable, y en forma solidaria al DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA, por los presuntos perjuicios generados a la parte demandante, ocasionados por la presunta infección Nosocomial y posterior fallecimiento de RAFAEL MENDOZA CANTILLO.

Así mismo en el proceso de la referencia mi representada, esto es, la Doctora **GISELA JUDITH SARMIENTO ROMERO**, fue vinculada al proceso de la referencia, mediante llamamiento en garantía efectuado por la IPS UNIVERSITARIA.

De la Pruebas arribadas en el proceso de la referencia.

Prueba Documental Historia Clínica del Señor Rafael Mendoza Cantillo, que obra en el proceso, se evidencia lo siguiente.:

El 2 de abril de 2017 ingresó al servicio de urgencias del Clarence Lynd Newball Memorial Hospital, a cargo de la IPS Universitaria, el señor MENDOZA CANTILLO, por presentar herida por proyectil de arma de fuego en hemitórax izquierdo, área precordial. Su condición desde el ingresó al centro hospitalario era GRAVE, en una condición que amenazaba críticamente su vida, presentado shock Hipovolémico por sangrado masivo, en estado de inconsciencia y dificultad respiratorio, todo esto secundario al trauma presentado por la herida.

Teniendo en cuenta la condición GRAVE del paciente se realiza toracostomía (Se coloco un tubo en el hemitórax izquierdo a través de un pequeño orificio realizado sobre la piel, donde presentaba la herida por proyectil de arma de fuego), con el fin de evacuar el posible sangrado que presentaba el paciente, obteniéndose un drenaje masivo de sangre, por lo que se decide inmediatamente de carácter emergente llevarlo a sala de cirugía ante la sospecha de lesión pulmonar o cardiaca, donde se realiza por parte de mi representada **la Dra. Gisella Sarmiento Romero, (Médica especialista en Cirugía General**, quien para la época de ocurrencia de los hechos prestaba el servicio para Neumovida, Sindicato que tenía contrato con la Ips

Universitaria para prestar los servicios de Salud en la Isla de San Andrés y Providencia, específicamente Clarence Lynd Newball Memorial Hospital) una toracotomía anterolateral izquierda (La cual consiste en abrir el tórax por completo, para lograr una adecuada exposición de los órganos intratorácicos, mediante una incisión realizada en la región anterolateral izquierda del tórax) en la cual se encontró en los hallazgos: 1. Hemotórax 2000 c.c 2. Múltiples lesiones pulmonares a nivel del lóbulo superior izquierdo en borde inferior lesión transfixiante sangrante y una lesión en el lóbulo inferior a nivel del borde superior, sangrante. 3. Herida Con proyectil de arma de fuego con orificio de entrada a nivel de tercer espacio intercostal con línea media clavicular izquierda y orificio de salida a nivel de T10 - T12 en línea media. Se le realizó drenaje del hemotórax, neumorrafías múltiples (Suturar el pulmón) y se deja tubo de tórax.

Es de Capital Importancia manifestar que, debido a que el trauma fue producido por una herida por proyectil de arma de fuego, se considera que se trata de una herida sucia, por lo tanto, el riesgo de infecciones operatorias es mayor del 50%.

De acuerdo con lo descrito anteriormente se deja entrever la diligencia, pericia y oportunidad en la atención del paciente RAFAEL, desde su ingreso a Clarence Lynd Newball Memorial Hospital, se valoró de manera inmediata y se tomaron las conductas adecuadas con el debido rigor científico, tanto es así que, en 15 minutos después de su ingreso fue intervenido quirúrgicamente **por mi representada**, sin dejar de lado que los 15 minutos se requerían para la preparación del paciente antes de ingresar a cirugía como preparación anestésica y entre otros. **Fue tan importante e idónea la atención brindada por mi representada la Dra. Gisella Sarmiento, que el paciente se recuperó de la severidad del trauma, que indudablemente se vio en amenaza la vida del usuario, dado que desde el ingreso presentaba un inminente riesgo de muerte.**

Posteriormente el paciente fue trasladado a UCI para manejo intensivo, monitoreo estricto, complementar estudios y seguimientos.

Obsérvese de manera detenida, completa y cronológicamente la historia clínica, el día 11 de abril de 2017 el paciente reporta picos febriles, rubor y calor a nivel del catéter venoso central. Por tal razón, se decidió inmediatamente el retiro del catéter y se ordenó el cultivo de la punta del mismo y cultivos en sangre y se inició cubrimiento antibiótico con adecuada respuesta.

Con respecto a la infección asociada al catéter esta se define como la presencia de microorganismos en algún segmento del catéter que puede generar inflamación en el paciente. Se clasifica en dos categorías, que son: 1. Infecciones locales: incluyen colonización del catéter, flebitis, infección de punto de entrada, infección del túnel, infección del reservorio y 2. Infecciones sistémicas que incluyen bacteriemia (Presencia de Bacteria en la Sangre) relacionada con el catéter, tromboflebitis supurada y complicaciones a distancia como endocarditis o focos sépticos.

Teniendo en cuenta que, el resultado de los cultivos en sangre reportó negativos, se **descarta por completo la posibilidad de que el paciente hubiese tenido una infección sistémica asociada al catéter y por lo mencionado en el párrafo anterior se confirma que lo que presentó fue una infección local.**

El paciente RAFAEL MENDOZA CANTILLO tuvo una evolución satisfactoria de su posoperatorio y de sus condiciones en generales, esto dado, al excelente manejo en la prestación de los servicios de salud en Clarence Lynd Newball Memorial Hospital y la cirugía realizada por mi representada la Dra. GISELLA SARMIENTO ROMERO.

El paciente fue dado de alta el día 22 de abril de 2017 en buen estado general, sin dificultad respiratoria, con indicaciones y signos de alarma, tratamiento antibiótico dirigido con ciprofloxacina oral ya que el cultivo punta de catéter fue positivo con germen sensible a este antibiótico, con seguimiento de medicina interna.

El paciente reingresó Clarence Lynd Newball Memorial Hospital, se sospechó de una infección de origen nosocomial y se modificó el manejo antibiótico para cubrimiento de infecciones por pseudomona aeruginosa, sin embargo, durante la estancia hospitalaria se descartó la infección por esta bacteria a través de los diferentes

cultivos realizados al paciente.

Se hace necesario clarificar al despacho que, una impresión diagnóstica tal como su nombre lo indica es la sospecha inicial del diagnóstico que se realiza al valorar al paciente, diagnóstico que debe ser confirmado mediante el uso de paraclínicos, los cuales en este caso descartaron la infección por pseudomona aeruginosa.

En la historia clínica que reposa en el expediente, encontramos que el paciente reingresó el 23 de abril de 2017, en la nota de la fecha en mención que titula Plan a Seguir se indicó: "... Ordena Transfundir 2 unidades de GRE, explico al paciente y a la Familia..." lo que deja entrever que el usuario y la familia autorizaron el procedimiento de transfusión, la cual era necesaria por los niveles bajos de hemoglobina (7.2). El 25 de abril se realizó diagnóstico de herpes bucal, el cual es completamente clínico y no amerita pruebas diagnósticas para su confirmación.

Posteriormente el paciente fue valorado por cirugía general durante el reingreso al Clarence Lynd Newball Memorial Hospital, se sospechó la presencia de hemotórax coagulado (Presencia de Sangre coagulada en el tórax) se inició proceso de remisión a cirugía de tórax y neumólogo para complementar estudios y manejo. Los galenos que prestaron el servicio médico al paciente desplegaron todas las acciones tendientes en pro del restablecimiento del estado de salud del señor Rafael y fue remitido a las especialidades requeridas de acuerdo a la sintomatología que aquejaba el paciente.

De conformidad con la historia clínica que reposa en el expediente, en el reingreso del paciente al Clarence Lynd Newball Memorial Hospital, este no presentó descompensación, su estado general y su condición hemodinámica fue bueno, sin embargo, el motivo de la remisión obedeció a la intención de complementar con estudios e identificar con claridad el origen de la fiebre y resolver el hemotórax coagulado que se sospechaba.

De cara con las pruebas arribadas en el proceso de la referencia, específicamente la historia clínica de Hospital San Vicente Fundación se encuentra que el señor Rafael Mendoza Cantillo, tuvo un diagnóstico de LINFOMA NK/T extranasal con fecha de septiembre de 2017, lo cual explica el síndrome febril persistente que presentó el paciente, además de la aparición de nódulos en el cuerpo, pérdida significativa de peso que posteriormente tuvo y la progresión rápida con compromiso de su estado general. A través de los diferentes estudios, tomados de la historia clínica de San Vicente Fundación, se descartó que fuera un proceso infeccioso como lo pretende hacer ver la parte activa en los hechos que describe en la demanda, lo que deja en evidencia, que el **paciente Rafael Mendoza No falleció como consecuencia de una infección Nosocomial tomada durante la Hospitalización en Clarence Lynd Newball Memorial Hospital, si no por complicaciones derivada del Linfoma agresivo que presentó el paciente y que fue diagnosticado durante la hospitalización en el Hospital San Vicente Fundación de la ciudad de Medellín.**

De acuerdo a la literatura científica: "... 1El linfoma de células T (LCT)/natural killer (NK) es un subtipo agresivo y poco común del linfoma no Hodgkin (LNH) que ocurre de manera predominante en lugares extranodales [1, 2]. La mayoría de los linfomas de células T/NK extranodales (ENKL) ocurre en el tracto aerodigestivo superior, como las fosas nasales, la nasofaringe, los senos paranasales, las amígdalas, la hipofaringe o la laringe, y se denominan ENKL nasal. Estos tumores localmente invasivos son más comunes en poblaciones asiáticas y sudamericanas en comparación con poblaciones norteamericanas y europeas [3]. No obstante, puede resultar difícil realizar el diagnóstico. En muchos casos, el paciente recibe un diagnóstico inicial de sinusitis crónica o recurrente, con biopsias negativas para neoplasia. Sin embargo, el diagnóstico oportuno es importante ya que la enfermedad es agresiva y el pronóstico es usualmente malo, especialmente cuando la enfermedad recurre o se vuelve refractaria al tratamiento. La supervivencia en pacientes que reciben tratamiento de segunda línea es, en promedio, inferior a los 5 meses..." Journal List, Case Rep Oncol V. 10 (3); Sep-Dec 2017. José Domingo Saavedra Ramírez.

En la imagen que se avizora a continuación se puede verificar el diagnóstico del paciente.



CC - 1123629503

RAFAEL MENDOZA CANTILLO

Número : 838894 F. Nacimiento : 03.08.1992
Sexo : Masculino Edad : 24 Años

EPICRISIS
Página 5 de 14

sin desaturación. Hallazgos nuevos: nódulo subcutáneo costal izquierdo y dolor en pantorillas. Lo anterior obliga a hospitalizarlo para continuar estudios con miras a establecer la causa del cuadro que por ahora configura una fiebre origen desconocido. Debe descartarse proceso infeccioso pulmonar activo por la tos nueva con expectoración. Considero prudente realizar biopsia del nuevo nódulo subcutáneo, esta vez por cirugía plástica. DIAGNÓSTICOS DE TRABAJO -Fiebre de origen desconocido OPINION: Se evalúa nota de residente. Es un paciente con una biopsia de las placas en mejilla que reportó inflamación granulomatosa. Y la de los nodulos reporta paniculitis septal sin vasculitis. En algun momento reportaron posibilidad de linfoma cutáneo T paniculitis like, pero no nos queda claro si con la nueva inmunohistoquímica esto se descarta de plano. El compromiso pulmonar en las tomografías previas es muy inespecífico, con nodulos luego que mejoraron en su tamaño, muy periféricos, muy escasos, muchos con vidrio esmerilado. El area de ocupacion alveolar residualmente considero es una ósmilitis. Pero ahora como tiene recurrencia de los sintomas respiratorios se repite TACAR para reforzar si las lesiones pulmonares evolucionaron para reforzar diagnósticos que hemos tenido en mente como sarcoidosis o demas. La causa infecciosa la dejo de última, especialmente porque las lesiones pulmonares no progresaron. El nuevo TACAR nos avivara nuevamente esta posibilidad. Importante repetir uroanálisis porque el de la última hospitalización estaba con sedimento. PLAN - Hospitalizar por medicina interna. - TACAR de torax - IC a dermatología para revalorar biopsia previa, aclarar si se realizó toda la inmunohistoquímica necesaria y definir necesidad de nueva biopsia. - HUG, PCR, VSG, ionograma, función renal, perfil hepático, CPK, uroanálisis con buena tecnica. - Calcio serico con albumina Calcio en orina de 24 horas. - Prueba de tuberculina.

Clasificación atención : Urgente
Conducta : Hospitalización

Responsable de la elaboración de la HC de ingreso

Firma:
Fecha : 06.06.2017 Hora : 11:18
Nombre : VELEZ HURTADO, DAVID ANDRES Registro : 5185605 Especialidad : MEDICINA INTERNA

EVOLUCIÓN MÉDICA Y PACIENTE CRÍTICO

EVOLUCIÓN TIPO: Ronda Fecha Registro : 07.06.2017 - Hora Registro : 08:19:52

Análisis de Resultados :

Albumina 4,1 BT 0,25 SD 0,14 FA 140 ALT 81 AST 57 CPK 544 LDH 402 Hemolisis? BUN 14 Cr 0,68 PCR 4,61 TP 12,9 TPT 28 VSG 78 EL.Evada
Extendido de sangre periférica Hemograma GB 4,630 neutrofilos 3,100 Linfocitos 1,100 Monocitos 400 HB 12 VCM 85 HCM 29 ADE 14
Plaquetas 298.000 HALLAZGOS: La porción visible del cuello es normal. Tráquea, carina y bronquios principales permeables. Ganglios
mediastinales menores de 10mm, no se observan adenomegalias. Cámaras cardiacas de tamaño normal, no se observa derrame pericárdico.
Aorta y arterias pulmonares de curso y calibre normal, debe tenerse en cuenta las limitaciones por falta de medio de contraste
venoso. Adecuada expansión pulmonar, sin áreas de consolidación. En el segmento anterior del lóbulo superior derecho se observa un
nódulo con densidad de tejidos blandos, redondeado, bien definido, mide 4,8 x 5,3mm. Los nódulos descritos en los estudios
tomográficos previos no se visualizan en el presente estudio. Persiste laceración pulmonar en el lóbulo inferior derecho la cual ha
disminuido de tamaño. No hay derrame pleural. Lo incluido del abdomen es normal. Fracturas en proceso de consolidación del 5to arco
costal anterior izquierdo y del 10mo arco costal posterior izquierdo, cerca a la articulación costovertebral. CONCLUSIÓN: Nódulo
pulmonar izquierdo posiblemente de origen infeccioso, no visualizado en estudio tomográfico previo de mayo de 2017. Laceración del
lóbulo inferior izquierdo hallazgo ya conocido por antecedente de trauma. Fracturas costales en proceso de consolidaciones
descritas.

Análisis :

RONDA MEDICINA INTERNA Rafael, 24 años. Conocido por medicina interna de la hospitalización del 4 al 27 de mayo Diagnósticos:
- Fiebre de origen desconocido.

A estudiar: **Síntomas respiratorios (nódulo pulmonar superior derecho) **Nódulos

subcutáneos **Dolor en pantorillas ANTECEDENTES: - Fiebre de origen desconocido **VH, VDRL, VHC, VHS, dengue y gata gruesa
negativos **Hemocultivos aerobios negativos (6 mayo) **ANAS y ENAS negativos, sin consumo de complemento **Ecocardiografía con trivial

ESTE ES UN REGISTRO REALIZADO EN FORMA ELECTRÓNICA CUYA FIRMA ESTÁ AL FINAL DE CADA DOCUMENTO



CC - 1123629503

RAFAEL MENDOZA CANTILLO

EPICRISIS

Número : 638894 F. Nacimiento : 03.08.1992
Sexo : Masculino Edad : 24 Años

Página 6 de 14

derrame pericárdico, sin vegetaciones **RMN columna total: NORMAL. Sin hallazgos sugestivos de infección ni mielitis. **Antigenemia para Aspergillus negativa **TAC de abdomen y pelvis: fracturas costales izquierdas y consolidación basal izquierda en relación a los antecedentes traumáticos. Sin megalestadi adenopatías. - Lesiones nodulares pulmonares con halos en vidrio esmerilado - en resolución según TAC de control del 16 de mayo **FBC + LBA 8 mayo: sin endobronquitis, Gram, KOH y negativos, cultivo aerobios negativo - Nódulos subcutáneos desaparición (abdomen, región mamaria derecha, **FOP de biopsia de piel 18 de mayo: infiltrado linfocito atípico, periculitis septal sin vasculitis. NOTA: los hallazgos anteriores pueden corresponder en primera instancia a una periculitis de origen infeccioso, no se descarta origen neoplásico (linfoma T periculitis-like). - Placa eritematosa en mejilla derecha

Biopsia reportó: inflamación crónica granulomatosa, coloraciones especiales negativas

- Lesión nodular en escroto Escabiosis (dx por

Dermatología) - Compromiso prefrontal, parietal y retiniano por secuelas de proceso

hipóxico-isquémico (resinación) - Fiebris en antebrazo izquierdo - resuelta - Hospitalizado en San Andrés Isles -03-22.04.2017

Trauma de tórax anterior izquierdo por PAF, requirió toracotomía + neumotórax + toracostomía izquierda. Fractura del 5, 8-10 arco

intercostal izquierdo ** Infección de CVC ** Neumonía nosocomial: tratamiento con ciprofloxacina. --Reingresó el 22.04.2017 por

fiebre ** Toracostomía izquierda por derrame pleural izquierdo ** Piperacilina tazobactam + vancomicina FI 22.04.2017 por 12 días

- Tóxicos: consumo ocasional de licor, niega consumo de cigarrillo, o drogas sustancias - Epidemiológicos: niega contacto con

pacientes con infecciones crónicas. Vive solo. Sufrió varicela en la infancia. Opinión Hombre de 24 años con antecedentes descritos

actualmente hospitalizado por fiebre y síntomas respiratorios admas de aparición de nódulos subcutáneos en tórax, actualmente

persiste taquicárdico y febril con las siguientes consideraciones: TACAR de tórax que demuestra mejoría de nódulos pulmonares

previos, y evidencia un posible nódulo de características infecciosas, aunque no explica del todos los síntomas del paciente por

lo que por ahora no se inicia manejo antibiótico, no presenta indicación de inicio urgente, esta estable clínicamente, siempre debe

descartarse TBH como principal causa de fiebre de origen desconocido se solicita FBC LBA y pruebas moleculares para mycobacterias

para ayudar a esclarecer compromiso infeccioso. Llama la atención la VSG elevada, la presencia de fiebre de origen desconocido,

dolor en pantorrillas, lesiones en genitales (mejoraron con uso de esteroide tópico), aunque sin uveítis o artralgias, tiene además

en lesiones en piel infiltrado de células T, pudiera estar a favor de una vasculitis de vaso no diferenciados como la enfermedad

de behcet se hablara con dermatología para ver la pertinencia de prueba de patergia, se descartaran otras vasculitis con ANCAS,

estudios adicionales según resultados. Pendiente valoración por dermatología para adelantar biopsia previa y si

requiere otras tinciones y estudios adicionales de nódulos subcutáneos en tórax. Hiperkalemia leve y LDH

aumentada por ahora sin causa clara no tiene indicadores de hemólisis se hará seguimiento. Se adiciona BP por pirosis y

acetaminofen si fiebre

Plan:

ANCAS FBC LBA PCR para mycobacterias, gram y cultivo bacterias, KOH, cultivo para micosis, Ziehl nielsen y cultivo para



CC - 1123629503

RAFAEL MENDOZA CANTILLO

Número : 835804 P. Nacimiento : 03.05.1992
Sexo : Masculino Edad : 25 Años

EPICRISIS

Página 37 de 58

- Pendiente control de rotación a Hematología (Traslado a puesto 5)

Justificación para que el paciente continúe hospitalizado :

Linfoma de Células T asociado al virus del Epstein Barr

Firmó : Fecha : 07.09.2017 - Hora : 11:52:16

Nombre : BOCANEGRA CUARTE, HUGO ALFONSO Registro : 02862001 Especialidad : MEDICINA INTERNA

#EVOLUCIÓN XPO: Interconsulta Fecha Registro : 07.09.2017 - Hora Registro : 16:50:18

Análisis de Resultados : Sin resultados nuevos

Análisis :

Diagnóstico de hospitalización : Linfoma de células T asociado al virus del Epstein Barr (NK/T a T anaplásico de célula grande)

Biopsia de piel : * Infiltrado linfocítico atípico, periculitis septal sin vasculitis. NOTA: los hallazgos anteriores pueden corresponder en primera instancia a una periculitis de origen infeccioso, no se descarta origen neoplásico (linfoma T periculitis-like). * IHC: CD3 positivo en linfocitos atípicos, CD20 negativo en población B, Ki67 40%, CD4: positivo en linfocitos atípicos, CD8 positivo en linfocitos acompañantes, Granzima positivo focal en linfocitos atípicos, CD30 positivo en algunos linfocitos atípicos, Perforina positivo focal en linfocitos atípicos, TIA1 positivo focal en linfocitos atípicos, CD2+, CD4+, CD7+, perforina+, CD30+ en algunas células atípicas, LMP 1+.

* Biopsia masa en cuello y en hombro izq : infiltrado linfocítico atípico. * Pendiente mas marcadores de inmunohistoquímica (CD55, CD57, ALK1)-

Patológicos: Niega

Antecedentes:

Alérgicos: no refiere.

Quirúrgicos: Torsión testicular a los 8 años de edad.

Traumáticos: HPAF

02/04/2017

Toxicológicos: consumo ocasional de alcohol.

Trasfusionales: Transfusión de 2UGR.

Hospitalización San Andres

-05-22.04.2017 Trauma de tórax anterior izquierto por PAF, requirió toracotomía +

neumonía + toracotomía izquierda. Fractura del 5, 8-10 arco intercostal izquierdo

** infección asociada Catéter Venoso Central

** Neumonía

nosocomial: tratamiento con ciprofloxacina.

-Reingreso el 22.04.2017 por fiebre

Se debe tener en cuenta señor (a) Juez, que la patología presentada por el paciente Rafael Mendoza Cantillo, era tan compleja que a pesar de ser remitido a un Hospital de mayor Complejidad, como lo es San Vicente Fundación que cuenta con todas las especialidades y equipos médicos para realizar todas las ayudas diagnósticas que requería el paciente, las cuales fueron realizadas tal como se evidencian en las imágenes relacionadas en el hecho anterior y que fueron tomadas de la historia clínica que reposa en el proceso de la referencia, solo hasta el mes de septiembre, esto es, 5 meses posterior al trauma se logra realizar el diagnóstico de Linfoma el cual explica los síntomas de fiebre persistente, pérdida significativa de peso, nódulos que presentó el paciente, lo que desvirtúa completamente que la causa del fallecimiento obedeció a una infección nosocomial adquirida en el Clarence Lynd Newball Memorial Hospital.

Resulta fundamental, indicar que lo manifestado en el escrito de la demanda, es una apreciación subjetiva que carece de argumento técnico científico, dado que en el proceso no obra un dictamen pericial o informe técnico científico que respalde tal afirmación, sin embargo, si existe peritazgo aportado por la llamada en garantía Dra. Gisella Sarmiento e historia clínica que da cuenta que las acciones desplegadas por mi representada fueron ajustadas a la Lex- artis.

Me permito traer a colación, la pregunta realizada al perito, Dr. Arleyson Daniel Pérez Zambrano, Médico Especialista en cirugía General.

RESPUESTA A CUESTIONARIO PROPUESTO

1. ¿Indique al despacho si la atención brindada al señor Rafael Mendoza Cantillo por la Dra. Gisella Sarmiento Romero en Clarence Lynd Newball Memorial Hospital, el 2 de abril de 2017 fue adecuada y conforme lex artis ad hoc? En caso afirmativo explique su respuesta.

Respuesta: Si, la atención brindada al señor Rafael Mendoza Cantillo por la Dra. Gisella Sarmiento Romero en Clarence Lynd Newball Memorial Hospital, el 2 de abril de 2017 fue adecuada.

Mediante el análisis de las historias clínicas aportadas para el presente dictamen se puede determinar que al ingreso al servicio de urgencias que el señor RAFAEL MENDOZA CANTILLO, presentaba trauma torácico izquierdo por herida con proyectil de arma de fuego, lo que condicionaba un estado de shock hemorrágico e inconsciencia. Al realizar la

toracostomía se identifica sangrado masivo procedente del tórax, por lo tanto, como ya se discutió con anterioridad tenía indicación clara de ser llevado a cirugía para realizar toracotomía total y resolver según los hallazgos encontrados. De no haberse realizado rápidamente este procedimiento el paciente hubiera fallecido. También se evidencia que se realizó el seguimiento y manejo del paciente hasta el momento que fue remitido.

De la prueba documental, arribada al proceso, concretamente, Historia Clínica, que es el documento en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención, se determinó después de realizar múltiples estudios al paciente que el origen de los síntomas que este presentaba, como, fiebre persistente de origen no claro, nódulos en el cuerpo, pérdida de peso significativa, taquicardia, estaban asociado a un linfoma NK/T extranasal, asociado al virus de EIPSTEIN BARR, el cual según la literatura médica no tiene ninguna relación con heridas traumáticas con proyectil de arma de fuego, **por lo tanto, no hay una relación de causalidad entre la atención brindada, el diagnóstico final del Linfoma y la muerte del paciente, razón por la cual no está llamado a que las entidades demandas y los llamados en garantía reparen un Daño que no existió.**

En efecto, la obligación profesional del médico no es, por regla general, de resultado sino de medio, o sea que el facultativo está obligado a desplegar en pro del paciente los conocimientos de su ciencia y pericia, sin que pueda ser responsable del funesto desenlace de la enfermedad que padece el paciente o de la no- curación.

DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA QUE EFECTUÓ IPS UNIVERSITARIA A MI REPRESENTADA DRA. GISELLA SARMIENTO.

El llamamiento en garantía es una figura procesal que se fundamenta en la existencia de un derecho legal o contractual, que vincula a llamante y llamado y permite traer a éste como tercero, para que haga parte de un proceso, con el propósito de exigirle la indemnización del perjuicio que llegare a sufrir el llamante como producto de la sentencia y así lo establece el artículo 64 del Código de General del Proceso, veamos:

“Artículo 64. Llamamiento en garantía. Quien afirme tener derecho legal o contractual a exigir de otro la indemnización del perjuicio que llegare a sufrir o el reembolso total o parcial del pago que tuviere que hacer como resultado de la sentencia que se dicte en el proceso que promueva o se le promueva, o quien de acuerdo con la ley sustancial tenga derecho al saneamiento por evicción, podrá pedir, en la demanda o dentro del término para contestarla, que en el mismo proceso se resuelva sobre tal relación.

Ahora, en tratándose del llamamiento en garantía con fines de repetición, como el que nos ocupa, la Ley 678 de 2001 en su artículo 19, manifiesta:

“ARTÍCULO 19. Llamamiento en garantía. Dentro de los procesos de responsabilidad en contra del Estado relativos a controversias contractuales, reparación directa y nulidad y restablecimiento del derecho, la entidad pública directamente perjudicada o el Ministerio Público, podrán solicitar el llamamiento en garantía del agente frente al que aparezca prueba sumaria de su responsabilidad al haber actuado con dolo o culpa grave, para que en el mismo proceso se decida la responsabilidad de la administración y la del funcionario.”

Se trata de una relación de carácter sustancial que vincula al tercero citado con la parte principal que lo cita y según la cual, aquél debe responder por la obligación que surja en virtud de una eventual condena en contra del llamante.

Para que el llamamiento en garantía prospere, debe existir una circunstancia jurídica que lo posibilite, lo que en materia de responsabilidad administrativa se traduce en la

existencia de una obligación legal o de una de naturaleza contractual, de cubrir la responsabilidad del llamante.

Es el fundamento de la responsabilidad por esta vía, el precepto contenido en el artículo 90 de la Constitución Política, que en su tenor estipula:

“ARTICULO 90. El Estado responderá patrimonialmente por los daños antijurídicos que le sean imputables, causados por la acción o la omisión de las autoridades públicas.

En el evento de ser condenado el Estado a la reparación patrimonial de uno de tales daños, que haya sido consecuencia de la conducta dolosa o gravemente culposa de un agente suyo, aquél deberá repetir contra éste.”
(ha resaltado la Sala).

De lo anteriormente enunciado, manifiesto que me opongo a la prosperidad del llamamiento efectuado por IPS UNIVERSITARIA a mi representada la Dra. Gisella Sarmiento, atendiendo que para el caso que nos ocupa, se observa la inexistencia de la relación legal y contractual invocada y por ende la Inexistencia de Posición de Garante, pues la sola prestación del servicio de salud por parte del profesional de la salud, no lo convierte en garante; Ausencia de Prueba de Dolo o Culpa Grave, ya que se llamó en garantía a mi representada, pero no se aportó prueba siquiera sumaria de que éste actuó con dolo o culpa, razón por la cual el llamamiento se torna improcedente.

Teniendo en cuenta lo anterior, en el proceso de la referencia no existe reproche alguno en contra de mi representada la Dra. Gisella Sarmiento, de quien se puede verificar su conducta en la historia clínica, actuó conforme a la *lex artis*, preocupándose por el estado del paciente y utilizando para su procedimiento los medicamentos requeridos e indicados para ello, todo lo cual impide lanzar cualquier tipo de juicio de responsabilidad respecto de su intervención en el paciente Rafael Mendoza Cantillo, en conclusión, no existe responsabilidad por parte de la Dra. Sarmiento, pues se carece de los elementos propios para una declaración de este tipo ya que no se individualizaron las conductas constitutivas de responsabilidad.

En consecuencia, la obligación profesional del médico no es, por regla general, de resultado sino de medio, o sea que el facultativo está obligado a desplegar en pro del paciente los conocimientos de su ciencia y pericia, sin que pueda ser responsable del funesto desenlace de la enfermedad que padece el paciente o de la no- curación.

De conformidad con lo expuesto anteriormente me opongo a la prosperidad de las pretensiones incoadas en el escrito de la demanda.

Con todo respeto;



LIZETH LÓPEZ MONTES.

C.C. 1.020.440.109 T.P. 245.558 del C.S. de la J.

316.504.76.99

lizethlopezemma@gmail.com.