

REPÚBLICA DE COLOMBIA



JUZGADO TREINTA Y CINCO (35) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO JUDICIAL DE BOGOTÁ D.C. - SECCIÓN TERCERA -

Bogotá, D.C, treinta (30) de junio de dos mil veintitrés (2023)

Expediente	110013336035201400055 00
Medio de control	Reparación Directa
Demandante	María de los Angeles Suárez y otros
Demandada	Nación – Policía Nacional – Dirección de Sanidad y Médicos Asociados S.A. en Liquidación (antes Nueva Clínica San Sebastián de Girardot I.P.S.)
Llamado en garantía	Compañía Aseguradora de Fianzas S.A. Seguros Confianza S.A.

SENTENCIA

Agotadas las etapas y revisados los presupuestos procesales del medio de control de reparación directa, sin que se adviertan causales de nulidad que invaliden lo actuado, procede este Despacho Judicial a proferir sentencia dentro del proceso de la referencia, de acuerdo con el artículo 187 de la Ley 1437 de 2011.

1. ANTECEDENTES

1.1. LA DEMANDA

Mediante apoderado judicial, los señores María de los Ángeles Suárez, José Luis Hernández Infante, María de los Ángeles Hernández Suárez, Andrea Liliana Hernández Suárez, Brenda Viviana Hernández Suárez, Adriana María Hernández Suárez y Carlos Armando Hernández Suárez, presentaron demanda de reparación directa en contra de la Nación – Ministerio de Defensa Nacional - Policía Nacional y Médicos Asociados S.A. en Liquidación (antes Nueva Clínica San Sebastián de Girardot I.P.S.), con el fin de que se declare administrativa y patrimonialmente responsable por los perjuicios causados por la muerte de José Alejandro Hernández Suárez.

1.2. PRETENSIONES

La parte actora solicitó se hicieran las siguientes declaraciones y condenas – escrito de subsanación -:

"(...) PRIMERA. Declarar a la NACIÓN, la POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA; la UNIDAD (sic) DE SANIDAD DE LA POLICIA NACIONAL, la Institución Prestadora de Servicios de Salud –IPS- NUEVA CLÍNICA SAN SEBASTIÁN; administrativamente y patrimonialmente responsables por FALLA DEL SERVICIO por los daños patrimoniales y extrapatrimoniales generados con el sufrimiento, dolor, el deterioro sufrido y el fallecimiento del señor patrullero JOSÉ ALEJANDRO HERNÁNDEZ SUÁREZ.

SEGUNDA. Condenar, en consecuencia a la NACIÓN, la POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA; la UNIDAD (sic) DE SANIDAD DE LA POLICIA NACIONAL, la Institución Prestadora de Servicios de Salud –IPS NUEVA CLÍNICA SAN SEBASTIÁN; como reparación de los daños ocasionados a pagar solidariamente a MARÍA DE LOS ÁNGELES SUÁREZ, JOSÉ LUIS HERNÁNDEZ INFANTE, MARÍA DE LOS ÁNGELES HERNÁNDEZ SUÁREZ, ANDREA LILIANA HERNÁNDEZ SUÁREZ, BRENDA VIVIANA HERNÁNDEZ SUÁREZ, ADRIANA MARÍA HERNÁNDEZ SUÁREZ, CARLOS ARMANDO HERNÁNDEZ SUÁREZ, los perjuicios de orden material actuales y futuros, los cuales se estiman en principio en la suma de total de indemnización por DAÑOS PATRIMONIALES. Un monto total de \$372.466.950,10 y los DAÑOS NO PATRIMONIALES: Un total de \$1.085,49 SMLMV. Discriminados así:

- 1. Que condene a LA NACIÓN, la POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA, DIRECCIÓN DE SANIDAD POLICÍA NACIONAL, NUEVA CLÍNICA SAN SEBASTIÁN al pago solidario de indemnización del LUCRO CESANTE debido y futuro para la víctima señor José Alejandro Hernández Suarez, según liquidación correspondiente a los ingresos de \$535.600,00 lo que corresponde una liquidación total de indemnización del Lucro cesante: debida y futura de TRESCIENTOS SETENTA Y DOS MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS CINCUENTA PESOS CON DIEZ CENTAVOS M/C \$372'466.950,10)*
- 2. Que condene a LA NACIÓN, la POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA, DIRECCIÓN DE SANIDAD POLICÍA NACIONAL, NUEVA CLÍNICA SAN SEBASTIÁN al pago solidario de DAÑOS MORALES por el sufrimiento y dolor de la víctima el señor José Alejandro Hernández Suarez, la suma equivalente a CIEN (100) Salarios Mínimos Mensuales Legales Vigentes.*
- 3. Que condene a LA NACIÓN, la POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA, DIRECCIÓN DE SANIDAD POLICÍA NACIONAL, NUEVA CLÍNICA SAN SEBASTIÁN al pago solidario de DAÑOS MORALES por el sufrimiento, dolor que le ha causado a su Madre: la señora MARÍA DE LOS ÁNGELES SUÁREZ la suma equivalente a CIEN (100) Salarios Mínimos Mensuales Legales Vigentes.*
- 4. Que condene a LA NACIÓN, la POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA, DIRECCIÓN DE SANIDAD POLICÍA NACIONAL, NUEVA CLÍNICA SAN SEBASTIÁN al pago solidario de DAÑOS MORALES por el sufrimiento, dolor que le ha causado a su Padre, el señor: JOSÉ LUIS HERNÁNDEZ INFANTE la suma equivalente a CIEN (100) Salarios Mínimos Mensuales Legales Vigentes.*
- 5. Que condene a LA NACIÓN, la POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA, DIRECCIÓN DE SANIDAD POLICÍA NACIONAL, NUEVA CLÍNICA SAN SEBASTIÁN al pago solidario de DAÑOS MORALES por el sufrimiento, dolor que le ha causado a su Hermana: MARÍA DE LOS ÁNGELES HERNÁNDEZ SUÁREZ la suma equivalente a ochenta (80) Salarios Mínimos Mensuales Legales Vigentes.*
- 6. Que condene a LA NACIÓN, la POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA, DIRECCIÓN DE SANIDAD POLICÍA NACIONAL, NUEVA CLÍNICA SAN SEBASTIÁN al pago solidario de DAÑOS MORALES por el sufrimiento, dolor que le ha causado a su Hermana: ANDREA LILIANA HERNÁNDEZ SUÁREZ la suma equivalente a ochenta (80) Salarios Mínimos Mensuales Legales Vigentes.*
- 7. Que condene a LA NACIÓN, la POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA, DIRECCIÓN DE SANIDAD POLICÍA NACIONAL, NUEVA CLÍNICA SAN SEBASTIÁN al pago solidario de DAÑOS MORALES por el sufrimiento, dolor que le ha causado a su Hermana: BRENDA VIVIANA HERNÁNDEZ SUÁREZ la suma equivalente a ochenta (80) Salarios Mínimos Mensuales Legales Vigentes.*
- 8. Que condene a LA NACIÓN, la POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA, DIRECCIÓN DE SANIDAD POLICÍA NACIONAL, NUEVA CLÍNICA SAN SEBASTIÁN al pago solidario de DAÑOS MORALES por el sufrimiento, dolor que le ha causado a su Hermana: ADRIANA MARÍA HERNÁNDEZ SUÁREZ la suma equivalente a ochenta (80) Salarios Mínimos Mensuales Legales Vigentes.*
- 9. Que condene a LA NACIÓN, la POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA, DIRECCIÓN DE SANIDAD POLICÍA NACIONAL, NUEVA CLÍNICA SAN SEBASTIÁN al pago solidario de DAÑOS MORALES por el sufrimiento, dolor que le ha causado a su Hermano: CARLOS*

ARMANDO HERNÁNDEZ SUÁREZ la suma equivalente a ochenta (80) Salarios Mínimos Mensuales Legales Vigentes.

10. *Que condene a LA NACIÓN, la POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA, DIRECCIÓN DE SANIDAD POLICÍA NACIONAL, NUEVA CLÍNICA SAN SEBASTIÁN al pago solidario por Daño a la salud por el sufrimiento, dolor y fallecimiento de la víctima señor JOSÉ ALEJANDRO HERNÁNDEZ SUÁREZ, la suma equivalente a DOSCIENTOS VEINTI SEIS COMA SESENTA Y OCHO (226,68) Salarios Mínimos Mensuales Legales Vigentes*

11. *Que condene a LA NACIÓN, la POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA, DIRECCIÓN DE SANIDAD POLICÍA NACIONAL, NUEVA CLÍNICA SAN SEBASTIÁN al pago solidario por DAÑO EN LA VIDA DE RELACIÓN por el sufrimiento, dolor, el deterioro y fallecimiento de la víctima señor JOSÉ ALEJANDRO HERNÁNDEZ SUÁREZ y su familia lo cual estimo en la suma de CIENTO CINCUENTA Y OCHO COMA OCHENTA Y UN (158,81) Salarios Mínimos Mensuales Legales Vigentes. (...)*¹

1.3. FUNDAMENTO FÁCTICO

El fundamento fáctico de la demanda, en síntesis, es el siguiente:

- El patrullero José Alejandro Hernández Suárez se encontraba afiliado en calidad de cotizante al régimen de salud de la Policía Nacional.
- El 23 de septiembre de 2011 durante el desempeño del entrenamiento del curso XXI Internacional de COPES y después de 9 horas de caminata presentó desmayo, hipertermia mayor a 41 grados °C, deshidratación severa, alteración del estado de conciencia y falla respiratoria aguda.
- A las 2 horas del desmayo, a las 17:28 horas, fue trasladado al Hospital Serafín Montaña Cuellar de San Luis, Tolima, en compañía de un compañero, por un "cuadro clínico consistente en desvanecimiento de hace mas o menos 2 horas de evolución asociado a fiebre de 41 grados centígrados"². En el servicio de urgencias tuvo un cuadro convulsivo tónico evidenciando un estado deshidratado severo, inconsciente, estuporoso, algido, con abundante sialorrea, pupilas mióticas, diaforético, Glasgow 7/15, gasto urinario nulo, deterioro progresivo del estado neurológico sin respuesta al llamado ni a estímulos dolorosos. Como manejo para el cuadro clínico le suministraron oxígeno por ventury, dipirona, diclofenaco sódico, y fueron empleados medios físicos antitérmicos y sonda vesical, fenitoína, diazepam, siendo ordenada de forma urgente la remisión a una Institución de mayor nivel de complejidad asistencial.
- A las 18:25 horas fue gestionada la remisión, pero no obtuvo respuesta favorable por indisponibilidad de camas.
- Señaló, que la Nación – Policía Nacional incurrió en falla del servicio porque desde el inicio el paciente debía haber sido remitido a la Clínica de Policía de la ciudad y que, solo a las 20:15 horas fue remitido bajo código azul a la Clínica San Sebastián de Girardot siendo ingresado al servicio de UCI.
- Indicó que, a este centro hospitalario ingresó a las 20:47 horas del 23 de septiembre de 2011, en mal estado general, taquicárdico, polipneico con respiración paradójica sin respuesta al llamado verbal, con Glasgow 7/15, cianosis periférica, lengua seca, tórax hipo ventilados, estertores crepitos y roncus en bases pulmonares, polipneico con tirajes intercostales, retracción subcostal, con evidencia cianosis a nivel periférica en extremidades inferiores, escoriaciones a nivel de región plantar bilateral, sin respuesta verbal, ni a estímulos dolorosos y pupilas mióticas poco reactivas a la luz, entre otros síntomas. Ese día, a las 22:00 horas el paciente fue ingresado a UCI, y en ese instante le fue practicado el TAC de cráneo, en el cual no evidenciada lesión alguna; y que simultáneamente, le fue practicado TAC de tórax en donde fue advertido hemidiafragma lado derecho con borramiento de seno costo frénico.
- La impresión diagnóstica a su ingreso a UCI fue "golpe de calor, falla respiratoria aguda secundaria, edema cerebral secundario, choque hipovolémico no hemorrágico grado iv y falla renal aguda". Se evidenció una alta probabilidad de mortalidad cercana al 70% con riesgo de

¹ Folios 2 – 3 del Cuaderno 1

² Ver transcripción hecho 8 del escrito de demanda

- presentar falla renal aguda por rhabdomiólisis hasta 30%, con evidencia de radiografía de tórax de atelectasia lóbulo medio, entre otros pronósticos.
- Enseguida, fue intervenido para ponerle catéter venoso central subclavio, siendo iniciada reanimación hídrica vigorosa *"en metas de reanimación para choque hipovolémico severo bno (sic) hemorrágico"*. Igualmente, el médico tratante les informó a los acompañantes sobre la necesidad de presentarse los familiares en primer grado del paciente debido a su estado grave de salud.
 - El 25 de septiembre de 2011 persistía rhabdomiólisis encontrándose bajo monitoreo y sedación analgesia con rassa de más 4 acoplado a la ventilación mecánica invasiva con parámetros ventilatorios elevados, entre otros síntomas.
 - El 26 de septiembre de 2011 a las 7:04 horas durante el examen físico fueron observados desertores diseminados en ambos campos pulmonares siendo suspendida la adrenalina, dándosele manejo con norepinefrina por persistencia a la hipotensión con taquicardia. A las 19:16 nuevamente fue valorado por la especialidad de manejo UCI, registrando que el reporte de TAC cerebral simple daba cuenta de mejoría del edema cerebral. Pero, aun así, ante el estado del paciente fue requerida sedación profunda por mal acoplamiento a la ventilación mecánica requiriendo a su vez dosis elevadas de vasopresores. A las 22:54 horas el paciente presentó elevación de la temperatura por encima de 38.3 °C por 2 horas seguidas con pobre respuesta a las medidas antitérmicas empleadas por lo que fue adicionada dipirona; no obstante, presentó nuevamente secreción espumosa por tubo coincidente con nuevo episodio de edema pulmonar.
 - El 27 de septiembre de 2011 a las 7:21 horas se registró que en las últimas horas el paciente fue estabilizado respecto de los episodios de edema pulmonar y de la hipotensión en las últimas 9 horas. No obstante, presentó caída de la función renal a pesar de los buenos volúmenes urinarios y en tal virtud fue requerida intervención del grupo de nefrología para considerar la necesidad de diálisis con la finalidad de definir pronóstico neurológico. Efectivamente, se dio inicio a hemodiálisis de urgencia, y el hemocultivo reportó microorganismo aislado *"Edwardsiella Tarda"* sensible a la amikacina, ampicilina/sulbactam, cefazolina, ceftriaxona, ciprofloxacina, gentamicina, piperacilina/tazobactam, Trimetropin/ Sulfa.
 - El 28 de septiembre de 2011 a las 12:50 horas, en nota médica se registra *"ECO TT alteración de contractilidad global y segmentaria normal, FEVI 45-50%"*, evidenciándose, entre otros hallazgos, la ubicación de foco en senos para nasales, por lo que se ordenó la continuidad de antibioticoterapia con ampicilina-claritromicina. También ese mismo día fue valorado por neurología *"sin cambios en su manejo medico"* (sic) – apreciación contenida en la demanda -.
 - El 29 de septiembre de 2011 a las 13:07 horas, en la radiografía de tórax registró neumotórax derecho, con leve derrame pleural derecho, por lo que fue ordenado TAC de tórax de alta resolución, siendo confirmada la lesión pulmonar de SDRA. A las 15:30 horas, el médico de la especialidad de cirugía general le realizó toracostomía cerrada derecha, evidenciando salida de abundante de aire y líquido pleural continuando manejo en conjunto con UCI.
 - El 30 de septiembre de 2011, a las 11:51 horas, fue valorado por el médico especialista de cirugía general, encontrando tubo de toracostomía ocluido por abundantes coágulos los cuales trataron de ser retirados con una sonda de nélaton logrando retirar el 90% de los coágulos. Sin embargo, ante la persistencia de coágulos de difícil extracción se consideró cambio de tubo de toracostomía.
 - El 1 de octubre de 2011 a las 12:26 horas la radiografía de tórax reportó compromiso de los 4 cuadrantes pulmonares, con menos compromiso basal derecho, pero con presencia de 2 imágenes sugestivas de bulas, siendo escalonada la antibioticoterapia a vancomicina Meropenem, con el fin de buscar modulación de la respuesta inflamatoria. A las 19:42 horas la radiografía de tórax reportó cámara de neumotórax residual continuando manejo con estrategia ventilatoria y con orden de Pleur-Evac a succión negativa.

- El 2 de octubre de 2011 a las 10:50 horas el cultivo de secreción OT12 reportó bacteria "*Klebsiella Pneumoniae*³ Sensible a Meropenem". Tal bacteria, dice el demandante, es de origen nosocomial que conllevó al neumotórax y que fue registrado con posterioridad al ingreso a la Clínica San Sebastián y "no relacionada con el golpe de calor"⁴.
- El 3 de octubre de 2011 a las 12:05 horas el paciente registraba persistencia de fiebre y aparición de convulsiones tónicas, con mal acoplamiento de ventilación mecánica persistiendo leucocitosis, fiebre, secreciones purulentas, por tubo oro-traqueal y fosas nasales con estertores diseminados en ambos campos pulmonares. En la radiografía de tórax se evidenció consolidaciones apicales pulmonares y basales izquierdas con registro de infiltrados en los cuatro cuadrantes, sumado al trastorno de oxigenación constitutivo de neumonía asociada a la ventilación mecánica, por lo que fue solicitado el screening para hongos. Ese día, 3 de octubre de 2011, fue confirmada la contaminación con infección nosocomial por vía de la ventilación mecánica recibida desde su ingreso⁵.
- El 6 de octubre de 2011, con ocasión de la realización de la fibrobroncoscopia, fue hallada gran cantidad de pus en el lóbulo superior pulmonar derecho y leve en los lóbulos medio e inferior. En opinión endoscópica el neumólogo determinó atelectasia lóbulo superior derecho sin signos de actividad broncopleurales siendo descartada la presencia de fístula.
- El 7 de octubre de 2011, a las 6:25 horas, como plan de manejo fue ordenada la remisión a cirugía de tórax, así como el TAC de tórax contrastado, entre otros procedimientos. A las 16:14 horas el reporte del TAC del tórax contrastado confirmó la presencia de neumotórax derecho que se extiende desde ápice hasta base, ocupando +/- 30% de espacio pulmonar, con derrame pleural acompañado de infiltrados de ocupación alveolar generalizados y zonas de consolidación en lóbulo superior y medio con formación de bulas, destrucción parénquima? necrosis? en estudio.
- El 8 de octubre de 2011, dieron manejo con oxacilina por secreción purulenta en escara de cuero cabelludo y fue cambiado el tubo de tórax por persistencia de neumotórax residual del 15%. El 9 de octubre de 2011 a las 20:14 horas persiste neumotórax residual y sobresalen imágenes compatibles con abscesos pulmonar o neumonía necrotizante con sospecha de fístula broncopleurales. El médico tratante insiste en la remisión para manejo integral en UCI y cirugía de tórax.
- El 10 de octubre de 2011 a las 8:45 horas fue evidenciado en el tubo de toracostomía cerrada derecha secreción purulenta dándosele inicio de vancomicina y suspendiéndose a su vez, clindamicina, oxacilina, ibuprofeno y dipirona. A las 18:43 horas presentó trauma inicial, hematoma subgaleal occipital y abrasión a este nivel. Posteriormente presentó infección del hematoma, necrosis de la piel, encontrándose en el momento escara necrótica de aproximadamente 4x4 cm en la región occipital, la cual fue desbridada sin complicaciones evidenciando tejido sin exposición ósea, ni signos de infección a este nivel. Y, en región sacra fue observada ulcera por presión de 4x3cm grado III sin signos de infección con contaminación fecal.
- A las 20:00 horas los médicos tratantes al revisar la historia clínica advirtieron que, "el paciente por datos obtenidos por compañeros policías y datos de riesgo de haber broncoaspirado, (sic) episodios convulsivos identificados por médico que realiza la atención inicial y al parecer durante su traslado, lo cual crea la posibilidad que el paciente se broncoaspire (sic) desde el momento mismo del evento revisándose secuencia radiológica desde su ingreso a la unidad de cuidados intensivos aparece una imagen radiológica atelectasia en base derecha la cual posterior a la intubación resuelve pero queda imagen en radiografía de control de imagen con tendencia a la consolidación la cual a las 72 horas del ingreso evidencia imagen de caverna en la misma base posteriormente evolucionando a SDR, aparición de nuevas imágenes bulosas y de cavernas con posterior aparición de neumotórax espontáneo por posible barotrauma o bio-trauma, en el contexto del paciente se considera aunque los cultivos reportan gérmenes gram negativos".
- El 11 de octubre de 2011 a las 12:59 nuevamente el médico tratante insiste en la remisión para valoración por cirugía de tórax. Ese día, a las 16:55 el paciente fue

³ Se transcribe nota pie de página consignada en el hecho 67 de la demanda: "*KLEBSIELLA PNEUMONIAE: Es la especie de mayor relevancia clínica dentro del género bacteriano Klebsiella, compuesto por bacterias gramnegativas de la familia Enterobacteriaceae, que desempeñan un importante papel como causa de las enfermedades infecciosas oportunistas. En la tinción de Gram son negativos (color fucsia); Klebsiella pneumoniae, este género bacteriano, está implicado principalmente en infecciones nosocomiales.*

⁴ Manifestaciones en el hecho 68 de la demanda, ver folio 10 del Cuaderno 1

⁵ Manifestación de la demandante contenida en el hecho 71 de la demanda, ver folio 11 del Cuaderno 1

aceptado en la Fundación Cardio infantil por el Dr. Mesa para ingresar directamente a la UCI. A las 21:52 fue entregado el paciente al médico de la ambulancia para remisión a la Fundación Cardio Infantil, ingresando efectivamente el 12 de octubre de 2011 a las 3:04 horas.

- Al ingreso a la Fundación Cardio Infantil el paciente registraba aspecto general malo, color de la piel pálido, deshidratado Grado 1, estado de conciencia coma, condición al llegar inconsciente, ventilación asistida, cráneo ulcerado por decúbito en occipucio con secreción purulenta de 3x3 cm de longitud, boca lesión en labio inferior con coágulo adherido a su superficie y pared torácica ulcerada por decúbito en dorso con secreción purulenta. Los médicos de la Fundación Cardio Infantil llamaron la atención sobre el importante compromiso neurológico que no resultaba explicado por los hallazgos topográficos anormales. Aunado a ello, de los resultados del TAC de tórax simple encontraron alteración difusa del coeficiente de atenuación de los parénquimas pulmonares con imágenes de árbol en gemación y ocupación del espacio aéreo con broncograma en ambos lóbulos superiores y el inferior izquierdo; que, además, se apreció nódulos cavitados en el nódulo superior derecho y en la lígula. Según la historia clínica, dichos hallazgos fueron atribuibles como secundarios a diseminación hematógena de proceso infeccioso.
- En el TAC de cráneo simple fue apreciada alteración en la densidad del parénquima cerebral o cerebeloso, el sistema ventricular y espacio subaracnoideo normales, sinusitis frontal derecha, etmoidal y esfenoidal y otomastoiditis bilateral. En la radiografía del tórax fue evidenciado infiltrados alveolares en ambos campos pulmonares, con imágenes compatibles con cavitaciones en hemitórax derecho, neumotórax derecho no reexpandido sin derrame pleural.
- A las 14:10 horas fue valorado por la especialidad de neurología, quien reinició fenitoína determinando a su vez la posibilidad de realizar video telemetría por presencia de escara occipital. A las 14:15 horas fue valorado por la especialidad de cirugía de tórax, quien consideró paciente en estado crítico en neumonía cavitada y cavidad pleural drenada con toracostomía cerrada y que, por ello en dicho momento el médico tratante consideró que no requería de intervención quirúrgica. A las 15:41 la especialidad de neumología realizó fibrobroncoscopia; asimismo observó secreción mucoide y seropurulenta, por lo que se ordenó cultivo para hongos, bk, gram y micobacterias. A las 22:22, neurología realizó punción lumbar obteniendo como muestra "*LCR sanguinolento pero que posteriormente aclara a aspecto cristalino*".
- El 13 de octubre de 2011 a las 9:42 horas en valoración de intensivista se determinó que el paciente presentaba lesiones embólicas a nivel de la piel y pulmonares, descartando endocarditis infecciosa con ecocardiograma transtorácico. A su vez, fue solicitado TAC toracoabdominal con contraste para estudio de probable trombosis séptica en grandes vasos y estudio de cavidad abdominal con la finalidad de buscar infartos esplénicos u otra alteración intraabdominal. Igualmente, dieron mal pronóstico por severidad del cuadro y estado actual, siendo informados a los familiares de la situación clínica, pronóstico y conducta a seguir.
- El 14 de octubre de 2011 a las 9:16 horas durante la evolución del intensivista llamó la atención sobre la anemización severa sin signos de sangrado, ni estabilidad hemodinámica, realizándose transfusión de 2U de glóbulos rojos.
- El 15 de octubre de 2011 a las 8:37 horas el paciente persistió con respuesta inflamatoria sistémica ordenando nuevamente la toma de hemocultivos y reiniciando vancomicina para ampliar espectro con mejor conexión con el medio, aunque llamó la atención para el médico tratante la falta de respuesta a estímulos en extremidades. A las 15:45 la especialidad de neumología identificó en el cultivo el germen de pseudomona aureginosa multiresistente solo sensible a colistina y pip/taz, por lo que fue suspendida la vancomicina y daptomicina y luego fue iniciada colistina y pip/tazo.
- El 16 de octubre de 2011 a las 06:03 horas, la especialidad de neumología, con apoyo de las imágenes de la resonancia magnética, advirtió pequeñas lesiones hemorrágicas puntiformes, corticosubcorticales, de aspecto inespecífico, de probable etiología vascular

con alto riesgo de complicaciones por foco pulmonar, daño estructural y estado neurológico y pronóstico reservado.

- El 18 de octubre de 2011 a las 9:15 la especialidad de neurología con ocasión de los resultados de video telemetría de 12 horas determinó una actividad delta generalizada de baja amplitud no reactiva a apertura ocular sugiriendo una disfunción bi - hemisférica tipo encefalopatía. A las 11:51 el médico intensivista advirtió la sospecha de otro germen no identificado; asimismo, fue dada la orden de destete de soporte ventilatorio y su posterior retiro para la realización de traqueostomía. A las 15:03 el resultado del cultivo dio positivo para bacilo gramnegativo en trayecto de catéter y hemocultivo positivo siendo retirado del catéter venoso central, el cual fue realizado a las 18:17 por medicina interna.
- A las 19:00 el paciente cursó episodio de hipotensión y bradicardia que progresa a asistolia, realizando maniobras de reanimación durante 15 minutos sin respuesta y fallece por disfunción orgánica múltiple, choque y paro refractario de probable etiología infecciosa dado por reporte de hemocultivos hoy de crecimiento persistente de bacilo gramnegativo y aislamiento de pseudomona aureginosa en BAL con hallazgos clínicos y paraclínicos de vasculitis séptica y embolia séptica.
- Por solicitud de la familia, le fue realizada autopsia médico legal. No obstante, hizo la salvedad que con anterioridad se había hecho un registro de defunción en el sistema RUAF con los datos de la patología actual del paciente y que por clínica médica en su sentir considera que estos registros deben ser modificados de acuerdo con los hallazgos del procedimiento forense.
- Que, el informe del Instituto de medicina Legal y Ciencias Forenses estableció entre otras causas de la muerte la presencia de signos de proceso infeccioso de origen pulmonar.

1.4. FUNDAMENTOS JURÍDICOS DE LA DEMANDA

La parte demandante invoca como fundamento jurídico de sus pretensiones los artículos 2, 11, 29, 48, 49, 90, 228, 230, de la Constitución Política de Colombia, artículo 10 de la ley 153 de 1887, artículo 4º de la ley 169 de 1896, ley 23 de 1981; Decreto 1011 de 2006, Resolución 1043 de 2006; artículos 52, 45 a 49, 115 y siguientes de la Ley 1395 de 2010; y el artículo 140 del CPACA.

La parte demandante les atribuye responsabilidad a las entidades demandadas, dado que la muerte de José Alejandro Hernández Suárez, según su decir, ocurrió por fallas del servicio atribuibles así: (i) la Nación – Ministerio de Defensa Nacional - Policía Nacional por omisión en la posición de garante de prestar seguridad al patrullero en su condición de alumno en formación especial en Curso de Formación y Entrenamiento Internacional COPES; (ii) por falta de oportunidad en la atención asistencial del alumno imputable a la Nación – Ministerio de Defensa Nacional - Policía Nacional cuando sufrió el golpe de calor por cuanto requería manejo por parte de la Dirección de Sanidad y en su lugar fue remitido de forma tardía al Hospital Serafín Montaña Cuellar y posteriormente a la Clínica San Sebastián de Girardot; (iii) por falla del servicio de la Clínica San Sebastián de Girardot debido a la infección nosocomial y neumotórax adquirida por José Alejandro Hernández Suárez con ocasión de la atención medica brindada del 23 de septiembre hasta el 11 de octubre de 2011, quien posteriormente falleció en la Fundación Cardio Infantil. Tal evento considera que, transgrede los protocolos y guías de manejo establecidos para el control de infecciones nosocomiales.

1.5. CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

1.5.1. Nación – Ministerio de Defensa – Policía Nacional

La Nación – Ministerio de Defensa Nacional – Policía Nacional dio contestación oponiéndose a las pretensiones de la demanda y puso en entre dicho la gran mayoría de los hechos. A su vez, la entidad *grosso modo* manifestó que el paciente durante el entrenamiento presentó un episodio de golpe de calor con compromiso del sistema nervioso central y sistema

respiratorio que conllevó a requerir manejo médico con ventilación en la Unidad de Cuidado Intensivo bajo el riesgo de broncoaspiración durante el primer episodio convulsivo y que, posteriormente, a raíz de la terapia invasiva fue aumentando el riesgo de neumonía asociada a la ventilación mecánica.

En esa medida, explicó que fueron circunstancias ajenas a la entidad y que por ello no es posible endilgar responsabilidad a la entidad por tratarse riesgos propios del plan de manejo instaurado por los Hospitales que atendieron al paciente.

1.5.2. Médicos Asociados S.A. en Liquidación (Nueva Clínica San Sebastián de Girardot I.P.S.)

El apoderado judicial de la demandada dio contestación a los hechos oponiéndose a la prosperidad de las pretensiones. A su vez, propuso como excepciones de mérito las que denominó "*obligaciones de medio y no de resultado en el ejercicio médico*", "*inexistencia de la obligación de indemnizar*", "*inexistencia responsabilidad civil, inexistencia del daño y ruptura del nexo causal*".

Hizo énfasis en que el paciente fue remitido a la Nueva Clínica San Sebastián el 23 de septiembre de 2011 por parte del Hospital Serafín Montoya Cuellar de San Luis, y que transcurrieron entre 5 y 6 horas posteriores al suceso del paciente. En esa medida, puso de presente que los médicos tratantes advirtieron sobre el alto riesgo que presentaba el paciente por falla renal aguda y mortalidad cercana al 70% el mismo día en que fue ingresado al servicio de urgencias y que, además, paso de forma inmediata a la UCI. En su sentir, considera que el proceso infeccioso obedece a diferentes causas debido a que la presencia de la bacteria "*edwarsiella tarda*" puede presentarse de por sí en razón de su condición de inmunosuprimido durante su estancia en la UCI y no propiamente por descuido, ni negligencia o inadecuadas condiciones de asepsia, motivo por el cual, el daño no es imputable a la entidad.

De conformidad con lo anterior explicó que no se puede pregonar la existencia de contaminación de la UCI, porque el proceso infeccioso es inherente o connatural a la ventilación mecánica invasiva por cuanto compromete 4 efectos negativos que la literatura médica los describe como (i) las asociadas a los sistemas mecánicos cuando se presentan problemas con válvulas, fuente de gases y conexiones; (ii) las asociadas a la vía aérea artificial que pueden producirse durante la intubación, la ventilación mecánica, o posterior a la extubación; (iii) infección pulmonar; y (iv) las lesiones inducidas por la ventilación mecánica, bajo trauma o volutrauma. Teniendo en cuenta lo anterior, explicó que la bacteria "*klebsiella pneumoniae*" que fue hallada en el laboratorio clínico del 10 de octubre de 2011 tiene su origen por permanecer más de 48 horas a 72 horas en ventilación mecánica, aun cuando el paciente estuvo bajo monitoreo continuo y oportuno por antibioticoterapia.

En ese orden de ideas, afirma que la causa del daño no es atribuible a una falla del servicio de la entidad, sino a los efectos negativos de la ventilación mecánica y, por ende, no hay lugar a declarar la responsabilidad del Estado. Por tal, razón se deben negar las pretensiones de la demanda.

1.5.3. Llamado en garantía Compañía Aseguradora de Fianzas S.A. Seguros Confianza S.A.

La apoderada judicial dio contestación a la demanda y al llamamiento en garantía asegurando que no le constan ninguno de los hechos, porque la aseguradora no tuvo injerencia en los mismos. Asimismo, se opuso a la prosperidad de las pretensiones de la demanda. Propuso como excepciones mérito las que denominó "*inexistencia de negligencia o impericia imputable al personal de Médicos Asociados S.A.*", "*las obligaciones del personal médico tratante fueron de medios y no de resultado*", "*cuantificación excesiva de los perjuicios extrapatrimoniales que se pretenden cobrar*", "*improcedencia del llamamiento en garantía con cargo a la póliza de responsabilidad civil N° 01RC000701, al no encontrarse vigente para la fecha de ocurrencia de los hechos que dieron origen al proceso*" y "*ausencia de cobertura de pago de perjuicios extrapatrimoniales y lucro cesante*".

Adujo que la atención médica brindada por la Clínica San Sebastián de Girardot IPS fue adecuada con el estado grave de salud del paciente, por cuanto ingresó inmediatamente a UCI y por ello las obligaciones del personal médico son de medios y no de resultado, puesto que el fallecimiento obedeció a causas ajenas al tratamiento brindado.

De otra parte, en lo concerniente a la fundamentación del llamamiento en garantía únicamente tuvo como cierto la expedición de la póliza de seguro de responsabilidad civil extracontractual N° RC 00541 y RC 000701. Asimismo, hizo la salvedad que dicho seguro no tiene cobertura ilimitada.

También, manifestó su oposición porque, en su sentir, Seguros Confianza S.A. no está obligada a pagarle a los demandantes ni a reembolsar a Médicos Asociados S.A. en Liquidación antes Nueva Clínica San Sebastián de Girardot I.P.S., suma alguna, por cuanto de la cobertura fueron excluidos los perjuicios extrapatrimoniales de las pólizas de responsabilidad civil No. 24RC000541 y 01RC000701. Hizo la salvedad frente a la póliza No. 24RC000541 que tuvo una modificación durante la vigencia No. 24RC000817 del 8 de octubre de 2010; y respecto de la póliza N° 01RC000701 afirmó que fue expedida el 16 de marzo de 2018, razón por la cual no cubre el siniestro aquí reclamado.

1.6. ALEGATOS DE CONCLUSIÓN

1.6.1. Parte Demandante

El apoderado judicial de la parte demandante reiteró los argumentos de la demanda; Asimismo, puso de presente que los testigos Diego Mauricio Ferraro en calidad de instructor del curso COPES, Hugo Bedoya Castro y Olmer Bedoya Castro dieron cuenta de la falla del servicio por omisión de la Institución de adoptar medidas tendientes a garantizarle atención asistencial oportuna al alumno que cursaba su formación y entrenamiento internacional COPES cuando presentó un golpe de calor en el área de entrenamiento, lo que conllevó a desarrollar una hipertermia severa con estado de inconsciencia, por lo que hubo necesidad de trasladarlo de forma tardía al Hospital de baja complejidad Hospital Serafín de la Montaña, cuando requería ser trasladado a un nivel de atención de mayor complejidad.

En ese orden, también imputó la falla del servicio pérdida de oportunidad en la remisión y en la atención médico asistencial porque fue el Hospital Serafín de la Montaña quien optó por remitirlo a la Nueva Clínica San Sebastián de Girardot I.P.S. siendo ingresado inmediatamente a UCI y en donde adquirió la bacteria *Klebsiella Pneumoniae* ocasionada por la contaminación de la ventilación mecánica. Igualmente, le imputó el daño a dicha Clínica por falla del servicio por violación de las guías y los protocolos de atención de bioseguridad en el sistema de salud.

Paralelamente, endilgó responsabilidad por el régimen objetivo contra la Nueva Clínica San Sebastián de Girardot I.P.S. bajo la hipótesis de que la ventilación mecánica fue la causante de la infección nosocomial y que de haberle brindado un tratamiento adecuado al paciente su estado de salud no hubiera empeorado, porque dadas las complicaciones del procedimiento invasivo conllevó principalmente a una complicación del neumotórax que empeoró su estado de salud que produjo su muerte por falla multisistémica.

1.6.2. Policía Nacional – Dirección Sanidad

El apoderado judicial de la Policía Nacional reiteró los planteamientos expuestos en la contestación de la demanda. Como argumentos adicionales expuso que de lo manifestado por los testigos se comprueba que en ningún momento el alumno expresó alguna dolencia y que, contrario a lo dicho en la demanda, los instructores sí realizaban pausas para descansar e hidratarse. Agregó también que los terceros declarantes dieron cuenta que el estudiante siempre estuvo monitoreado puesto que el día en que José Alejandro Hernández Suárez presentó el episodio de deshidratación fue llevado al Hospital Serafín Montaña Cuellar por presentar pérdida del conocimiento y temperatura de 41°C.

Que, en esa medida, la Institución Castrense cumplió con los protocolos y guías de manejo por parte del área de sanidad, pues el mismo día en que presentó el episodio de calor fue trasladado al Hospital Serafín Montaña Cuellar en donde nuevamente presentó episodio convulsivo en el servicio de urgencias y que, por ello, por encontrarse bajo código azul, ese mismo día, fue trasladado a la Nueva Clínica San Sebastián de Girardot I.P.S. en donde inmediatamente fue ingresado a UCI. Hizo la salvedad que en el ingreso a UCI presentaba compromiso de la función renal, neumonía adquirida, y por ello, entre los tratamientos prescritos se realizaron, diálisis, ventilación mecánica y antibiótico; pero el paciente continuó con hipertermias y dificultad para retirar la ventilación mecánica, realizándosele seguimiento con estudio imagenológico a los 7 días de su ingreso a UCI el cual evidenció mayor compromiso pulmonar.

Por presentar una evolución tórpida, se dio inicio al proceso de remisión para Institución de mayor complejidad para valoración por el Servicio de Cirugía de Tórax, siendo autorizada la remisión a la Fundación Cardio Infantil en donde realizaron ajustes al tratamiento acorde con los hallazgos clínicos y paraclínicos, pero el paciente no presentó adecuada respuesta y falleció el 19 de octubre del 2011.

Conforme a lo anterior alegó la ausencia de falla del servicio por cumplimiento de guías y protocolos médicos, pues la atención médica brindada al paciente fue prestada bajo el cumplimiento de los parámetros de accesibilidad, toda vez que los servicios que requería de acuerdo con sus patologías de base fueron prestados sin presentar barreras de acceso para su atención. De forma oportuna por cuanto el paciente obtuvo los servicios requeridos desde el inicio de su sintomatología acorde a las condiciones clínicas y criterios médicos en cada modificación del estado clínico y respuesta terapéutica. También destacó que garantizó la continuidad del tratamiento médico. Por tal razón, pidió negar las pretensiones de la demanda.

1.6.3. Médicos Asociados S.A. en Liquidación antes Nueva Clínica San Sebastián de Girardot I.P.S.

El apoderado judicial de Médicos Asociados S.A. en Liquidación reiteró los planteamientos expuestos en la contestación de la demanda.

1.6.4. Llamado en garantía Compañía Aseguradora de Fianzas S.A. Seguros Confianza S.A.

La aseguradora dentro del término concedido guardó silencio.

1.6.5. Ministerio Público

No emitió concepto.

2. CONSIDERACIONES

2.1. JURISDICCIÓN Y COMPETENCIA

El artículo 104 del Código de Procedimiento Administrativo y Contencioso Administrativo⁶, en adelante CPACA, consagra un criterio mixto para establecer los litigios que debe conocer la Jurisdicción de lo Contencioso Administrativo. De un lado, fijó el criterio material,

⁶ CPACA artículo 104

La Jurisdicción de lo Contencioso Administrativo está instituida para conocer, además de lo dispuesto en la Constitución Política y en leyes especiales, de las controversias y litigios originados en actos, contratos, hechos, omisiones y operaciones, sujetos al derecho administrativo, en los que estén involucradas las entidades públicas, o los particulares cuando ejerzan función administrativa. Igualmente conocerá de los siguientes procesos:

1. Los relativos a la responsabilidad extracontractual de cualquier entidad pública, cualquiera que sea el régimen aplicable [...]

disponiendo que son de conocimiento de esta jurisdicción las controversias originadas en actos, contratos, hechos, omisiones y operaciones sujetos al derecho administrativo y particulares cuando ejerzan funciones administrativas, es decir, aquellos que se causen por el ejercicio de dicha función; y de otro, un criterio orgánico, según el cual basta la presencia de una entidad sujeta al derecho administrativo para que el proceso sea tramitado ante esta jurisdicción.

Igualmente, conforme al numeral 1º del artículo 104 ibidem, la Jurisdicción de lo Contencioso Administrativo conoce de aquellos procesos en que se debate la responsabilidad extracontractual del Estado, asunto sobre el que versa el *sub judice*. Así las cosas, basta que se controvierta aquella respecto de una entidad o establecimiento público para que se tramite la controversia ante esta jurisdicción, por estar sometidas al derecho público.

Este Juzgado es competente para conocer el presente asunto de acuerdo con el artículo 155 del CPACA⁷, que dispone que los juzgados administrativos son competentes en los casos de reparación directa, inclusive aquellos provenientes de la acción u omisión de las entidades públicas, cuando la cuantía no exceda de 500 SMLMV.

2.2. TRÁMITE RELEVANTE DEL PROCESO

- La demanda fue presentada el 30 de enero de 2014⁸, y mediante auto del 5 de febrero del mismo año⁹ fue inadmitida con la finalidad de que se indicara una estimación razonada de la cuantía siendo subsanada en debida forma¹⁰. Enseguida, mediante auto del 5 de marzo de 2014¹¹ fue admitida.
- La Nación – Ministerio de Defensa Nacional – Policía Nacional contestó la demanda en tiempo¹².
- También Médicos Asociados S.A. en Liquidación (Nueva Clínica San Sebastián de Girardot I.P.S.)¹³ dio contestación a la demanda dentro del término concedido. En la misma oportunidad, llamó en garantía a la Compañía Aseguradora de Fianza S.A.¹⁴ siendo admitido mediante auto del 7 de septiembre de 2020¹⁵
- La Compañía Aseguradora de Fianza S.A.¹⁶ dio contestación a la demanda, así como al llamamiento en garantía y propuso excepciones.
- El 1 de marzo de 2022 fue celebrada audiencia inicial¹⁷; en dicha audiencia se evacuaron los tópicos de saneamiento del proceso, fijación de litigio y decreto de pruebas. En la misma audiencia fue resuelta la solicitud del apoderado de Médicos Asociados S.A. en Liquidación referente a que la demandada Nueva Clínica San Sebastián de Girardot I.P.S fue de su propiedad hasta septiembre de 2019 y que, dicha IPS hoy día pertenece a una sociedad denominada Junical Medical S.A.S. que no tiene relación con Médicos Asociados S.A. en liquidación.

En dicha audiencia, con ocasión de la revisión de los documentos allegados al proceso, se evidenció que la Resolución No. 1486 de 2021 por medio del cual se dio cumplimiento a la sentencia T-371 de 2020 que declaró la pérdida de ejecutoria de la Resolución 179 de julio 12 de 2019 emitida por la Directora de Desarrollo de Servicios de la Secretaría de Salud de Cundinamarca. Asimismo, obra auto de 11 de julio de 2019 proferido por el

⁷ "Artículo 155. Competencia de los jueces administrativos en única instancia 6. De los de reparación directa, inclusive aquellos provenientes de la acción u omisión de los agentes judiciales, cuando la cuantía no exceda de quinientos (500) salarios mínimos legales mensuales..."

⁸ Ver folio 44 del Cuaderno 1

⁹ Ver folio 279 del Cuaderno 1

¹⁰ Folios 280 – 289 del Cuaderno 1

¹¹ Folios 291 – 292 del Cuaderno 1

¹² Folios 314 – 324 del Cuaderno 1

¹³ Folios 1 – 19 del Cuaderno 1

¹⁴ Folios 1 – 19 del Cuaderno 1

¹⁵ Documento Digital N° 1 del Expediente Digital

¹⁶ Documento Digital N° 7 del Expediente Digital

¹⁷ Documentos Digitales N° 38 – 39 del Expediente Digital

Juzgado Primero Civil del Circuito de Girardot dentro del proceso 25307-10-03-003-2019-00321-1 de Mayid Alfonso Castillo Arias contra Secretaría de Salud de Cundinamarca y otro, y del fallo de tutela No. 130 de 2019 proferida dentro del proceso 2019-321 antes citado, de los cuales se advierte que no representa variación alguna respecto de la certeza que se tiene que, para la época de los hechos de la demanda, Médicos Asociados S.A., era dueño del establecimiento Nueva Clínica San Sebastián de Girardot.

- En audiencia de pruebas del 10 de mayo¹⁸ y 21 de septiembre de 2022¹⁹, se recibió el testimonio de Olmer Torres Amaris, Diego Mauricio Ferraro Ortiz y Hugo Bedoya Castro; asimismo, fue aceptado el desistimiento de TC. Ricardo Augusto Alarcón Campos, como también de los médicos Vladimir Antonio Ferreira Olano, José Rafael Almarales Navarro, Rafael Gregorio Suarez, Juan Manuel Martínez, Nayith Mildrek Gamboa Penagos, Nelson Fabián Vera Hernández y Rafael Arturo Meza Matallana. De otra parte, fueron incorporados los documentos allegados por la Clínica Fundación Cardio Infantil de Bogotá, el Hospital Serafín Montaña Cuellar de San Luis-Tolima, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses Bogotá y la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional. Enseguida, fue cerrado el debate probatorio, concediéndose el término respectivo para presentar los alegatos de conclusión.
- Vencido el término de los alegatos de conclusión, el expediente fue ingresado el 25 de noviembre de 2022 al Despacho para proferir sentencia.

2.3. PROBLEMA JURÍDICO

Conforme a lo establecido en la audiencia inicial, el Despacho determinará si son administrativa y patrimonialmente responsables la Nación – Ministerio de Defensa – Policía Nacional – Dirección de Sanidad y Médicos Asociados S.A. en Liquidación -antes Nueva Clínica San Sebastián de Girardot I.P.S.- por los perjuicios causados a los demandantes debido a la supuesta falla en que incurrieron por la falta de oportunidad en la atención médica y por la infección nosocomial del señor José Alejandro Hernández Suárez, quien falleció el 19 de octubre de 2011.

En caso de que se establezca responsabilidad de los demandados, se resolverá lo concerniente al llamado en garantía Compañía Aseguradora de Fianzas S.A. Seguros Confianza S.A.

2.4. DE LA RESPONSABILIDAD EXTRA CONTRACTUAL DEL ESTADO

2.4.1. Del fundamento constitucional de la responsabilidad del Estado

El artículo 90²⁰ de la C.P., constituye la cláusula general de responsabilidad del Estado Colombiano, de acuerdo con el cual se acogió la teoría del daño antijurídico, entendiéndolo no como *“aquel que es producto de una actividad ilícita del Estado, sino como el perjuicio que es provocado a una persona que no tiene el deber jurídico de soportarlo”*²¹; siempre y cuando exista título de imputación por acción u omisión a una autoridad pública²².

De esta manera, para declarar la responsabilidad extracontractual del Estado se deben cumplir varios presupuestos, a saber: que el daño exista, sea antijurídico e imputable por acción u omisión al Estado. En consecuencia, se procederá a realizar el estudio de todos los elementos dentro del presente caso, a fin de fundamentar la decisión a adoptar.

¹⁸ Documentos Digitales N° 77 – 78 del Expediente Digital

¹⁹ Documentos Digitales N° 98 – 93 del Expediente Digital

²⁰ *El artículo 90: El Estado responderá patrimonialmente por los daños antijurídicos que les 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 años, que haya sido consecuencia de la conducta dolosa o gravemente culpable de un agente suyo, aquel deberá repetir contra éste”*

²¹ Corte Constitucional. Sentencia C-333/96. Magistrado Ponente - Alejandro Martínez Caballero.

²² *Ibidem*

“Son dos las condiciones indispensables para la procedencia de la declaración de la responsabilidad patrimonial con cargo del Estado y demás personas jurídicas de derecho público, a saber: el daño antijurídico y la imputabilidad del año a alguna de ellas:”

2.4.2. Del daño y sus elementos

El daño como primer elemento de la responsabilidad, es definido por el doctrinante Karl Larenz como "el menoscabo que a consecuencia de un acaecimiento o evento determinado sufre una persona ya en sus bienes vitales o naturales, ya en su propiedad o en su patrimonio"²³. Este concepto señala dos situaciones, la primera consiste en que el daño es la lesión del derecho ajeno; y la segunda, que el daño conlleva o genera una merma patrimonial, haciendo referencia a sus consecuencias negativas o adversas.

Ahora, en cuanto a la necesidad de acreditar el daño, Juan Carlos Henao señala:

*"El daño, es entonces, el primer elemento de la responsabilidad, y de no estar presente torna inoficioso el estudio de la misma, por más que exista una falla del servicio. La razón de ser de esta lógica es simple: si una persona no ha sido dañada no tiene porqué ser favorecida con una condena que no corresponda, sino que iría a enriquecerse sin justa causa. El daño es la causa de la reparación y la reparación es la finalidad última de la responsabilidad civil."*²⁴

Sobre los elementos del daño, el Consejo de Estado²⁵ ha indicado que este existe en la medida que cumpla varias características, una de ellas es que sea cierto; es decir, que no puede ser hipotético o eventual; así mismo debe ser personal, en atención a que lo haya sufrido quien manifieste el interés sobre su reparación y subsistente, en razón a que no haya sido reparado.

2.4.3. De la imputación fáctica y jurídica del daño

La imputación fáctica o material del daño, la cual tiene relación directa con el nexo de causalidad entre el actuar de la entidad demandada, bien sea por acción u omisión, y el daño sufrido por la víctima. En la actualidad, la imputación fáctica del daño se construye desde la perspectiva de la identificación de la causa adecuada del mismo, teoría que propende por identificar cuál fue la acción u omisión que concretó el daño por parte de la entidad demandada, o si por el contrario dicha concreción le es atribuible a la víctima, a un tercero o al azar.

Respecto de la causalidad, los doctrinantes Eduardo García de Enterría y Tomás Ramón Fernández, indican: "La existencia de una relación de causa a efecto entre el hecho que se imputa a la Administración y el daño producido es, lógicamente, una condición indispensable para que pueda atribuirse a aquélla el deber de resarcir dicho daño".²⁶

Sobre los criterios a tener en cuenta para identificar la causa del daño, el Consejo de Estado ha señalado:

(...) "2. Aunque en el tema de definir si determinado daño puede imputarse a una autoridad pública, estudiado como el elemento "relación de causalidad", cuando el perjuicio ha sido producto de causas concurrentes, no pueden señalarse reglas absolutas, ni desecharse el peso que tiene en el punto la valoración subjetiva del juzgador, sí estima la sala que sobre él pueden establecerse las siguientes pautas generales:

a. No puede determinarse, como única causa de un daño, aquella que corresponde al último suceso ocurrido en el tiempo. Este criterio simple, que opone la causa inmediata a la causa remota, implicaría, en últimas, confundir la causalidad jurídica con la causalidad física y no tomar en cuenta hechos u omisiones que, si bien no son la última causa del daño sí contribuyeron a determinar su producción.

A objeto de diferenciar las causas físicas de las jurídicas, el profesor Soler, enseña:

"Así, no debe sorprendernos que la solución jurídica concreta de tal cuestión se detenga, a veces, en un punto determinado, situado más acá de donde iría el examen físico de una serie causal, y se desinterese de causas anteriores. Otras veces, en cambio, va más allá de la verdadera causación física y hace surgir responsabilidad de

²³ LARENZ. "Derecho de obligaciones", citado en DÍEZ PICAZO, Luis. Fundamentos de derecho civil patrimonial. La responsabilidad civil extracontractual. T.V. 1ª ed. Navarra, Thomson-Civitas, 2011, p.329.

²⁴ El Daño. Análisis Comparativo de la Responsabilidad Extracontractual del Estado en Derecho Colombiano y Francés. Universidad Externado de Colombia. Págs. 36-37.

²⁵ Entre otras: Sentencia 14 de marzo del 2012. Rad. 21859 C.P. Enrique Gil Botero. Sentencia 1 de julio del 2015. Rad. 30385 C.P Jaime Orlando Santofimio Gamboa.

²⁶ Curso de Derecho Administrativo, Vol. II, 12ª Edición p. 412.

una relación causal hipotética, basada precisamente en la omisión de una causa." (Soler, citado por Ricardo Luis Lorenzetti, en la obra De la Responsabilidad Civil de los médicos, Rubinzal, Culzoni, editores, 1.986, pag. 257.)

b. Tampoco puede considerarse que todos los antecedentes del daño son jurídicamente causas del mismo, como se propone en la teoría de la equivalencia de condiciones, o de la causalidad ocasional expuesta por la Corte Suprema de Justicia en sentencia del 17 de septiembre de 1.935, según la cual "en estos casos si la persona culpable se hubiera conducido correctamente, el perjuicio no habría ocurrido", a la cual se refiere también un salvamento de voto del Dr. Antonio J. de Irisarri del 8 de octubre de 1986 (exp. 4587), en el cual se expresa que "con fines simplemente analíticos, para verificar esa relación de causa a efecto, puede examinarse qué ocurriría o habría ocurrido, si el suceso - causa no se hubiera dado. Si la respuesta es en el sentido de que el efecto no habría sucedido, ha de admitirse que aquél sí constituye causa de éste, porque justamente para que el efecto se dé en la realidad, tiene que ocurrir aquél. En la hipótesis contraria no existiría esa relación de causalidad."

Tal posición llevaría a que en el clásico ejemplo citado por José Melich, el sastre que retrasa por negligencia la entrega de un abrigo de viaje, tendría que responder por el accidente ferroviario que sufrió su cliente que debió por tal motivo aplazar su viaje. Como lo señala el doctor Javier Tamayo Jaramillo, "deshumanizaría la responsabilidad civil y permitiría absurdamente, buscar responsables hasta el infinito."

Lorenzetti puntualiza aquí:

"No basta, según esta idea, la mera supresión mental hipotética, esto es borrar mentalmente la causa para ver si el resultado se produce o no sin ella. Es necesario emitir un juicio acerca de la regularidad con que se producen los fenómenos (constancia posible) lo que nos proporciona la noción de "causa adecuada". (ob. citada p. 261).

c. Tal concepción debe entonces complementarse en el sentido de considerar como causas jurídicas del daño, sólo aquellas que normalmente contribuyen a su producción, desechando las que simplemente pueden considerarse como condiciones." (...).²⁷ (Se subraya)

Ahora bien, el criterio jurídico de la imputación es sin lugar a dudas indispensable para la determinación de la responsabilidad, dado que no basta con establecer la relación fáctica entre el daño y la acción u omisión del demandado, sino que además es necesario identificar el régimen jurídico aplicable, es decir, realizar la atribución jurídica a quien en principio tiene la obligación de responder.

2.4.4. Responsabilidad del Estado por falla en la prestación del servicio médico

En cuanto a la responsabilidad del Estado por la prestación del servicio médico, el máximo Tribunal de lo Contencioso Administrativo ha señalado que para comprometer la responsabilidad patrimonial del Estado por el servicio médico debe demostrarse la existencia del daño, ocasionado por el hecho de no prestarse la atención médica con los estándares de calidad exigidos por la *lex artis* médica, bajo el título de imputación aplicable que es el de la falla del servicio.

Es del caso precisar que el tema relacionado con la responsabilidad médica ha sido dinámico; sin embargo, luego de un largo trasegar con diferentes criterios, se ha vuelto a la dirección clásica de falla probada, lo que implica que, para poder declarar la responsabilidad de la Administración, la parte actora tiene el deber de acreditar, además del daño, la falla en el acto médico y el nexo causal.

En atención a lo señalado en la demanda, es importante traer a colación el criterio adoptado por el Consejo de Estado, respecto a la responsabilidad del Estado en la prestación del servicio de salud:

(...) Al respecto, la jurisprudencia ha precisado que:

"Es necesario que se demuestre que la atención médica no cumplió con estándares de calidad fijados por el estado del arte de la ciencia médica, vigente en el momento de la ocurrencia del hecho dañoso. Del mismo modo, deberá probarse que el servicio médico no ha sido cubierto en forma diligente, esto es, que no se prestó el servicio con el empleo de todos y cada uno de los medios humanos, científicos, farmacéuticos y técnicos que se tengan al alcance".

36. Así, en materia de responsabilidad por el acto médico propiamente dicho, esto es el diagnóstico, tratamientos, procedimientos y, en general, las conductas del profesional médico orientadas al restablecimiento o recuperación de la salud del paciente, la imputación del daño se hace, por regla general, desde la perspectiva de una prestación de medios y no de resultados, ya que su deber radica en la aplicación de sus conocimientos, entrenamiento, experiencia y todos los medios disponibles

²⁷ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, sentencia de septiembre once de mil novecientos noventa y siete; Consejero ponente: Carlos Betancur Jaramillo; Radicación número: 11764; Actor: Olimpo Arias Cedeno y otros; Demandado: La Nación-Ministerio de Obras, Intra y Distrito Especial de Bogotá.

orientados a la curación y rehabilitación, sin que le sea exigible el resultado exitoso.

37. Esto significa que, para que la administración pueda ser declarada responsable de los daños ocasionados por el ejercicio de la actividad médica hospitalaria, el demandante tiene la carga de demostrar que el servicio no se prestó adecuadamente, bien porque no fue oportuno, o porque no cumplió con los protocolos y estándares de calidad fijados por la ciencia médica al momento de la ocurrencia del hecho dañoso, salvo en lo relativo a los deberes que tienen que ver directamente con el servicio y cuyo cumplimiento depende enteramente del prestador, al margen de la condición y evolución de la salud del paciente, como los relativos al acto médico documental y, en especial, al consentimiento informado, y al suministro de la información necesaria para que el paciente propenda por su autocuidado, caso en el que corresponde al servicio médico demandado demostrar su cumplimiento".²⁸

Así lo ha sostenido el Consejo de Estado:

"Al margen de las discusiones que se presentan en la jurisprudencia y en la doctrina en relación con el régimen probatorio de los elementos de la responsabilidad patrimonial por los daños que se deriven de la actuación médica del Estado, lo cierto es que existe consenso en cuanto a que la sola intervención - actuación u omisión- de la prestación médica no es suficiente para imputar al Estado los daños que sufran quienes requieran esa prestación, sino que es necesario que se encuentre acreditado que la misma fue constitutiva de una falla del servicios y que dicha falla fue causa eficiente del daño"²⁹.

(...) "Esta Corporación ha señalado que para comprometer la responsabilidad patrimonial del Estado por el servicio médico debe demostrarse la existencia del daño, ocasionado por el hecho de no prestarse la atención médica con los estándares de calidad exigidos por la *lex artis*"³⁰.

Al respecto, la jurisprudencia ha precisado que³¹:

"Es necesario que se demuestre que la atención médica no cumplió con estándares de calidad fijados por el estado del arte de la ciencia médica, vigente en el momento de la ocurrencia del hecho dañoso"³². Del mismo modo, deberá probarse que el servicio médico no ha sido cubierto en forma diligente, esto es, que no se prestó el servicio con el empleo de todos y cada uno de los medios humanos, científicos, farmacéuticos y técnicos que se tengan al alcance"³³.

36. Así, en materia de responsabilidad por el acto médico propiamente dicho, esto es el diagnóstico, tratamientos, procedimientos y, en general, las conductas del profesional médico orientadas al restablecimiento o recuperación de la salud del paciente, la imputación del daño se hace, por regla general, desde la perspectiva de una prestación de medios y no de resultados, ya que su deber radica en la aplicación de sus conocimientos, entrenamiento, experiencia y todos los medios disponibles orientados a la curación y rehabilitación, sin que le sea exigible el resultado exitoso.

37. Esto significa que, para que la administración pueda ser declarada responsable de los daños ocasionados por el ejercicio de la actividad médica hospitalaria, el demandante tiene la carga de demostrar que el servicio no se prestó adecuadamente, bien porque no fue oportuno, o porque no cumplió con los protocolos y estándares de calidad fijados por la ciencia médica al momento de la ocurrencia del hecho dañoso, salvo en lo relativo a los deberes que tienen que ver directamente con el servicio y cuyo cumplimiento depende enteramente del prestador, al margen de la condición y evolución de la salud del paciente, como los relativos al acto médico documental y, en especial, al consentimiento informado, y al suministro de la información necesaria para que el paciente propenda por su autocuidado, caso en el que corresponde al servicio médico demandado demostrar su cumplimiento".(...)

2.4.5. De la aplicación excepcional del régimen objetivo de responsabilidad del Estado

En materia de responsabilidad médica la Jurisprudencia ha desarrollado la posibilidad de la aplicación excepcional del régimen objetivo. Es importante señalar que no existe un criterio unificado tal como advierte las diferentes Subsecciones de la Sección Tercera del Consejo como a continuación se observa en las siguientes citas jurisprudenciales.

En sentencia del 2 de junio de 2021 el Consejero Ponente Ramiro Pazos Guerrero integrante de la Subsección B de la Sección Tercera hizo énfasis en los parámetros a tener

²⁸ Subsección B, sentencia de 27 de abril de 2011, exp. 20315.

²⁹ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, sentencia del 23 de junio de 2010, exp. 19.101.

³⁰ Sección Tercera, sentencia de 10 de abril del 2019. Exp 40916.

³¹ Subsección B, sentencia de 27 de abril de 2011, exp. 20315.

³² Sección Tercera, sentencia del 25 de febrero de 2009, radicación No. 52001233100019950793301, expediente No. 17149.

³³ En este sentido puede consultarse de la Sección Tercera, la sentencia del 11 de febrero de 2009, radicación No. 54001-23-31-000-1993-08025-01(14726).

en cuenta para la aplicación del régimen objetivo en materia de responsabilidad médica de la siguiente manera:

*"(...) [A]hora bien, no se puede desconocer que hay **casos muy excepcionales en los cuales la jurisprudencia de la Corporación ha reconocido la responsabilidad del prestador del servicio de salud sobre un daño generado por la materialización de un riesgo incluso con la existencia del consentimiento informado, dando lugar a la aplicación de un régimen objetivo de responsabilidad.** Se trata de los daños generados por causa de la aplicación de vacunas o la aparición de bacterias nosocomiales.*

En estos casos, el riesgo asumido por los pacientes es contrario al principio de proporcionalidad; por tanto, la antijuridicidad del daño proviene de su desproporcionalidad intrínseca y, en ese orden, la víctima no está obligada jurídicamente a soportar la carga producida por la materialización del riesgo.

Para el caso de daños derivados de infecciones nosocomiales o intrahospitalarias, el riesgo de contraerlas no está circunscrito a una intervención concreta, sino que se predica de la existencia y el funcionamiento de todo el sistema de salud, de modo que para eliminar el riesgo implicaría salir del sistema. Además, el riesgo nosocomial no se explica exclusivamente por la inferioridad biológica del sujeto -como ocurre con la menor, quien presentaba una estenosis esofágica severa-, sino que todos los usuarios del sistema son víctimas potenciales. De este modo, es un riesgo que recae sobre la colectividad en general en relación con un procedimiento médico quirúrgico destinado a beneficiar a todos, pero unos pocos resultan afectados al materializarse dicho riesgo y, por ende, soportan una carga desequilibrada. Así se ha explicado en oportunidades anteriores³⁴:

La naturaleza nosocomial de la infección y, por ende, la imposibilidad de eliminar completamente la posibilidad de la su ocurrencia, hacen inevitable la conclusión de que esta constituye un riesgo inherente de la intervención quirúrgica por lo que, en principio, parecería que dado que en el caso sub lite el paciente sufrió una complicación propia de una intervención sobre la que fue informado y prestó adecuado consentimiento, debería primar la regla general según la cual, quien acepta el acto médico asume los riesgos que inhieren a su naturaleza y por lo tanto, está en la obligación de soportar su materialización. Empero, la Sala recuerda que en el caso de las llamadas infecciones intrahospitalarias razones de equidad y de justicia distributiva no permiten aceptar tal conclusión.

Son varias las razones que justifican una relativización del principio de la asunción del riesgo en el caso de las enfermedades nosocomiales. En primer lugar hay que tener en cuenta que el consentimiento, aún informado, que se presta frente al riesgo nosocomial no puede reputarse perfecto. En efecto, el riesgo de contraer este tipo de infecciones no está circunscrito a una intervención concreta sino que se predica de la existencia y el funcionamiento de todo el sistema de salud. Quien quisiera eliminar por completo el riesgo de contraer este tipo de patologías debería necesariamente mantenerse al margen de todo el sistema de atención en salud, con sus componentes hospitalarios y con prácticas tales como el uso de antibióticos que, a la larga, fomentan la resistencia bacteriana (aunque es menester reconocer que este fenómeno también está vinculado a la automedicación).

Ahora bien, dado que dentro del contexto de la sociedad occidental moderna, aislarse del sistema de salud (con sus componentes hospitalarios y farmacológicos) supone renunciar de alguna manera a la posibilidad de proteger los bienes básicos de la vida y la salud, así como de paliar el sufrimiento, en aquellos casos en los que la cura no es posible, es lícito inferir que el consentimiento del paciente está, de alguna manera, movido por la necesidad absoluta de preservar esos bienes. Y es que, cuando la disyuntiva consiste en aceptar el tratamiento, la muerte segura o la renuncia a la curación, la posibilidad de elegir, sin desaparecer, sí se ve significativamente reducida. En virtud de lo anterior, frente a las enfermedades nosocomiales, el principio de la asunción del riesgo por el consentimiento debe relativizarse, con la posibilidad de no llegarse a aplicar, si se dan otras circunstancias que, en conjunción con la antedicha imperfección, demuestren la desproporcionalidad de la carga nosocomial.

*La segunda y más importante razón por la cual parece desproporcionado esperar la completa asunción de los daños causados por la infección nosocomial, radica en que, con excepción de las infecciones totalmente endógenas, el riesgo nosocomial no se explica exclusivamente por la inferioridad biológica del sujeto. Por una parte, aunque es cierto que existen individuos más vulnerables a esta clase de infecciones -**pacientes inmunosuprimidos**, niños, ancianos, personas con problemas de salud previos, etc.- no es cierto que únicamente estas personas sean susceptibles de padecer esta clase de enfermedades. Por el contrario, aunque no todos tengan el mismo riesgo de contagio, todos los usuarios del sistema de salud, incluyendo a aquellos que en apariencia no presentan ningún factor de riesgo, son víctimas potenciales de las infecciones intrahospitalarias. En este sentido, se ha de entender que, si bien la medicina no se puede considerar una "actividad peligrosa", sí conlleva un riesgo objetivo, como cualquier actividad humana.*

Ahora bien, aun cuando está comprobado que el riesgo de infección nosocomial puede disminuir significativamente, hasta el punto de ser realmente bajo, lo cierto es que hasta el momento no se conoce ninguna medida preventiva que elimine por completo el riesgo. De este modo, el funcionamiento mismo del sistema de salud implica la aceptación de que eventualmente alguien resultará infectado. Se trata de un riesgo que se cierne sobre la colectividad en general, pero del cual toda la comunidad se beneficia. Cabría suponer, en efecto, que una sociedad que prescindiera por completo del uso de antibióticos tendría menores índices de resistencia bacteriana, pero en ese mismo supuesto cabría esperar que las muertes por enfermedades curables se dispararan. Igualmente, se podría suponer que una sociedad en la que no existen hospitales, ni salas de cuidados intensivos,

³⁴ Cfr. Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección B, sentencia de 29 de noviembre de 2017, proceso No. 08001-23-31-000-2002-00070-01(39612), M.P. Stella Conto Díaz del Castillo.

ni operaciones consideradas riesgosas, no presentara enfermedades intrahospitalarias, pero en ese escenario, tampoco cabría esperar los beneficios que los adelantos de la ciencia médica ofrecen.

La existencia del sistema de salud moderno, propio de la sociedad occidental industrializada, es inescindible de numerosos beneficios y unos cuantos riesgos a los cuales todos se encuentran expuestos, aunque no en la misma medida. Se aclara, sin embargo, que lo anterior no hace de la medicina una "actividad naturalmente peligrosa" ya que no implica un riesgo desproporcionado. Dicho lo anterior, se debe resaltar que si una actividad que beneficia a toda la comunidad lleva implícito un riesgo social que sólo se ha de concretar en algunos casos, no es proporcionado, ni en consecuencia justo, suponer que solo aquellos que de hecho resultan infectados tienen la carga de soportar lo que en esencia es un riesgo social. En este sentido, cabe aplicar los principios contenidos en la jurisprudencia reciente en materia de vacunación obligatoria, según los cuales, como ya se enunció, el hecho de que la acción causante del perjuicio responda a la necesidad de garantizar la salubridad pública, exime al damnificado de la asunción total del riesgo, aun cuando sea innegable que la acción también se proyectara en su beneficio propio.

Por último vale la pena resaltar que quienes están más expuestos a la concreción del riesgo público, son justamente quienes se encuentran en situación de mayor vulnerabilidad, siendo algunos de ellos sujetos de especial protección constitucional (cfr. niños, ancianos, pacientes crónicos). Así las cosas, la proposición de que el riesgo público debe ser asumido por aquellos que sufren su concreción, lleva implícita la aceptación de que, en términos generales, los sujetos más débiles y vulnerables de la sociedad han de asumir la mayor parte del costo social de un sistema que a todos beneficia. Esta premisa es, por definición incompatible, con el modelo de Estado Social de Derecho, consagrado por la Carta Política de 1991. Ésta, fundada sobre el principio de solidaridad, dispone que la sociedad entera asuma las cargas excesivamente onerosas para sus miembros más débiles, exigencia del todo antitética con la premisa implícita de la justificación del sacrificio del derecho del más vulnerable en beneficio de la sociedad entera.

Se aclara que el principio de solidaridad aquí enunciado opera de dos maneras en casos como en el sub lite. En primer lugar, resulta determinante para la declaración de la desproporcionalidad de la regla de la asunción entera del riesgo por parte del paciente y, en segundo lugar, genera una auténtica exigencia de adopción de medidas sistemáticas y diseño de rutas institucionales que permitan hacer distribuir justa y eficazmente el riesgo social, según se verá más adelante.

En cuanto a los daños provenientes de la aplicación de vacunas, la desproporcionalidad de la carga ocurre de manera similar, puesto que, como dicho procedimiento obedece a la aplicación de políticas públicas orientadas a controlar el riesgo social de epidemias, el Estado asume en cada caso concreto la posición de garante y, en ese sentido, por razones de equidad y de justicia distributiva, la responsabilidad se analiza objetivamente. En estos términos, el fundamento de la objetividad se deriva de la peligrosidad que es inherente al riesgo y de los efectos dañinos que de él se desprenden. Así se explicó recientemente³⁵:

Asimismo, el Consejo de Estado también ha considerado³⁶, a modo de excepción, que dentro del ejercicio de la actividad médica existen varios escenarios en los cuales resulta posible predicar la existencia de un régimen objetivo de responsabilidad. En efecto, en relación con los eventos susceptibles de ser estudiados bajo el régimen objetivo de responsabilidad, se ha precisado que estos pueden presentarse en los siguientes casos:

i) Aquellos eventos que implican la manipulación de cosas peligrosas, o que el procedimiento o el tratamiento empleado entrañe peligro, pero siempre y cuando la herramienta riesgosa cause el daño de manera directa o por ella misma, pues si la lesión es producto de una ejecución irregular del acto médico, aunque medie un instrumento que represente peligro o riesgo, el caso específico estará regido por la responsabilidad subjetiva o de falla en el servicio³⁷.

ii) Cuando un medicamento, tratamiento o procedimiento que implique o conlleve un progreso en la ciencia y, por lo tanto, se considere novedoso, se desconozcan las consecuencias o secuelas del mismo a largo plazo³⁸;

iii) Cuando en el acto médico se empleen químicos o sustancias peligrosas (v.gr. eventos de medicina nuclear)³⁹;

iv) En supuestos de vacunas, porque se asume de manera implícita su eventual peligrosidad y reacciones adversas en los diferentes organismos, y⁴⁰;

v) Cuando el daño sea producto de una infección nosocomial o intrahospitalaria⁴¹.

Los eventos antes señalados han sido analizados por la Sección Tercera del Consejo de Estado por un régimen de responsabilidad objetivo y, en consecuencia, se ha precisado que no resulta relevante determinar si el comportamiento de la entidad fue diligente o cuidadoso, por cuanto es el riesgo asociado con el ejercicio de dichas actividades lo que produce en el plano fáctico o causal el daño antijurídico por el que se demanda. (...) ⁴²

³⁵ Cfr. Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección A, sentencia proferida el 13 de agosto de 2020, proceso No. 66001-23-31-000-2011-00052-01 (47772)B, M.P. José Roberto SÁCHICA Méndez.

³⁶ Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección A, sentencia del 27 de junio de 2012, expo. 21.661, M.P. Enrique Gil Botero.

³⁷ Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección B, sentencia proferida el 28 de septiembre de 2012, es. 22.424, M.P. Enrique Gil Botero.

³⁸ Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección A, sentencia del 25 de enero de 2017, es. 36.816. M.P. Hernán Andrade Rincón. En aquella oportunidad se declaró la responsabilidad de una institución hospitalaria por la quemadura a un paciente con un bisturí eléctrico.

³⁹ Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección B, sentencia del 30 de abril de 2014, expo. 29.566, M.P. Stella Conto Díaz del Castillo, posición reiterada por la Subsección A en sentencia del 26 de abril de 2018, exp. 41.390, M.P. María Adriana Marín.

⁴⁰ Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección A, sentencia del 26 de abril de 2018, exp. 41.390, M.P. María Adriana Marín y sentencias proferidas el 28 de septiembre de 2012, exp. 22.424 y el 30 de abril de 2014, exp. 29.566, ambas con ponencia de la Dra. Stella Conto Díaz del Castillo.

⁴¹ Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección A, sentencias proferidas el 25 de junio de 2014, exp. 30.583 y el 11 de junio de esa misma anualidad, exp. 27.089, ambas con ponencia del Consejero Hernán Andrade Rincón.

⁴² Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. Sentencia 2 de junio de 2021. Consejero Ponente Ramiro Pazos Guerrero. Expediente N° 050012331000200703296 01 (51012)

A su vez, recientemente el Consejo de Estado en Sentencia 6 de julio de 2021 ha sostenido la aplicación del régimen objetivo en materia de responsabilidad médica de forma excepcional en los siguientes términos:

"(...) 9. En los eventos de responsabilidad por infecciones adquiridas en centros clínicos u hospitalarios -infecciones nosocomiales-, de conformidad con la regla del artículo 177 CPC, el demandante debe demostrar que la infección la adquirió durante la atención médica o el acto quirúrgico dentro del hospital. Además, debe acreditarse que la infección fue consecuencia de un descuido o negligencia de la entidad demandada en la adopción de los protocolos y en el cumplimiento de las medidas de higiene y bioseguridad requeridas para minimizar el riesgo en la mayor medida de lo científicamente posible, porque a pesar de estas medidas, es imposible garantizar un ambiente de asepsia total.

En estos casos, la infección nosocomial para el centro hospitalario es irresistible, pues a pesar de adoptar todas las medidas y seguir los protocolos para la desinfección tanto del ambiente quirúrgico u hospitalario, de los instrumentos y del mismo cuerpo del paciente, el riesgo de infección se concreta. Aunque el daño ocurre dentro del hospital, este le es jurídicamente externo, porque no lo pudo evitar aún en cumplimiento de su deber de diligencia y cuidado.

A pesar de que hay pronunciamientos aislados en los que se ha acudido al título de riesgo excepcional para imputar los daños causados por infecciones intrahospitalarias, no constituyen un criterio unificado, porque (i) el título de imputación para los eventos de responsabilidad médica sigue siendo la falla del servicio y (ii) la mayoría de decisiones han abordado estos eventos desde la perspectiva de la responsabilidad subjetiva.

La Corte Suprema de Justicia, en el ámbito contractual, también ha considerado que la responsabilidad civil de las clínicas y hospitales, por daños derivados de enfermedades intrahospitalarias, procede bajo el concepto subjetivo de culpa. En estos eventos, la culpa se configura por negligencia en la asepsia de los instrumentos quirúrgicos, por contagio causado por sus dependientes y por imprudencia y falta de cuidado en la asepsia del ambiente hospitalario.

Acudir a teorías objetivas en estos escenarios, además de calificar el servicio médico como una actividad riesgosa o peligrosa, que desincentiva su ejercicio, supone una desnaturalización de la responsabilidad del Estado por conceptos que son ajenos al juez de la administración, como la solidaridad, el aseguramiento o la equidad, categorías reservadas a los responsables de formular políticas públicas: el legislador y el ejecutivo.

*Los pacientes deben asumir los riesgos inherentes a los procedimientos médicos, que no sean imputables a la falla probada del servicio. **Por ello, a los casos de infecciones nosocomiales les aplica la regla general de la responsabilidad médica. En consecuencia, el demandante debe demostrar que el daño tuvo causa en el actuar culposo y negligente de la entidad demandada, por desconocer los protocolos de higiene y medidas de bioseguridad.***

(...)

11. La parte demandante, en el recurso de apelación, alegó que para imputar los daños causados por infecciones intrahospitalarias se debía acudir al título de riesgo excepcional. La jurisdicción contencioso administrativa es rogada y en ella, por regla general, no es aplicable el principio iura novit curia, con excepción de los procesos de responsabilidad extracontractual del Estado, en los que el juez puede establecer el régimen jurídico aplicable siempre que ello no implique una modificación de los hechos que sustentan las pretensiones (causa petendi) y, con ello, no se viole el derecho de defensa del demandado, al sorprenderlo con un criterio que no pudo controvertir⁴³.

⁴³ Cfr. Consejo de Estado, Sala Plena de lo Contencioso Administrativo, sentencia del 14 de febrero de 1995, Rad. S-123, [fundamento jurídico IV.4], en *Antología Jurisprudencias y Conceptos, Consejo de Estado 1817-2017 Sección Tercera Tomo B*, Bogotá, Imprenta Nacional, 2018, p. 105-107, disponible en <https://bit.ly/3qjduK>.

Los pronunciamientos aislados en los que se ha acudido al título de riesgo excepcional para imputar los daños causados por infecciones intrahospitalarias⁴⁴ no constituyen un criterio unificado. El título de imputación para los eventos de responsabilidad médica es la falla del servicio. El juez de la administración no puede acudir a teorías objetivas en estos escenarios, pues significaría calificar el servicio médico como una actividad riesgosa y supone una desnaturalización de la responsabilidad del Estado [núm. 9]. (...)»⁴⁵

Dicho precedente jurisprudencial fue reiterado en Sentencia 14 de octubre de 2021⁴⁶ en los siguientes términos:

"(...) Es menester resaltar que si bien el extremo activo afirmó que las entidades demandadas no trataron debidamente la infección intrahospitalaria contraída por la menor y que producto de ello se produjo su deceso, lo cierto es que el material probatorio arrimado al expediente no advierte que las accionadas hubieran dado un manejo inadecuado a la sepsis nosocomial padecida por la paciente ni que ésta hubiere sido la causa de su muerte. En efecto, no obra prueba pericial u otro medio de convicción que permita inferir que las entidades demandadas dieron un manejo inadecuado a la infección intrahospitalaria que presentaba la menor ni que ésta fuera la que ocasionó su fallecimiento. Por el contrario, lo que sí está probado, es que el embarazo de Bernarda Lucía Benavidez Galindez era de alto riesgo y desde el mismo momento en que nació su hija, tuvo complicaciones de salud tales como palatoquisis de paladar duro, secreciones abundantes, facial periférico izquierdo cardiopulmonar y síndrome de dificultad respiratoria (hecho probado 6.3.1.2.), lo cual fue atribuido por uno de los testigos técnicos a una cardiopatía congénita.

Bajo el anterior contexto, se advierte que las pruebas que reposan en el expediente demuestran que el Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E no incurrió en una falla del servicio y que la atención médica que prestó a la recién nacida fue adecuada y oportuna.

Asimismo, se observa que los medios de prueba obrantes en el expediente dan cuenta que las actuaciones desplegadas por la Nueva E.P.S. – S.A. se ajustaron a las funciones legalmente establecidas en el artículo 177⁴⁷ de la Ley 100 de 1993⁴⁸, toda vez que se garantizó la prestación del plan obligatorio de salud, en su condición de afiliada, a la señora Bernarda Lucía Benavidez Galindez y a su hija.

En otras palabras, se deben negar las pretensiones de la demanda, porque no se probó la falla del servicio en la que incurrieron las entidades demandadas y porque se desconoce si la infección nosocomial fue la que motivó el fatídico desenlace que ultimó la vida de la menor⁴⁹, lo que hace es imposible atribuir el daño bajo un título objetivo de imputación⁵⁰.

De acuerdo con lo expuesto, la Sala encuentra que en el presente caso la parte actora no cumplió con la carga probatoria que le correspondía, teniendo en cuenta que, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 177 del Código de Procedimiento Civil, "incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen", de donde la relación de causalidad entre el hecho lesivo y la falla del servicio que se alega requiere de prueba, cuya omisión por la demandante, a quien corresponde tal onus, impide establecer la existencia de uno de los elementos estructurales de la responsabilidad, sin la cual, en los términos del artículo 90 de la Constitución Política, no es posible su declaración.

⁴⁴ Cfr. Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección B, sentencia de 29 de agosto de 2013, Rad. 30283, [fundamento jurídico 38-45]; Subsección B, sentencia del 30 de abril de 2014, Rad. 28214 [fundamento jurídico 18], en *Antología Jurisprudencias y Conceptos, Consejo de Estado 1817-2017 Sección Tercera Tomo B*, Bogotá, Imprenta Nacional, 2018, pp. 530-531, disponible en <https://bit.ly/3qjduK>.

⁴⁵ Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. Sentencia 6 de julio de 2021. Consejero Ponente Guillermo Sánchez Luque. Expediente N° 25000-23-26-000-2010-00798-01(53249)

⁴⁶ Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. Subsección C. Sentencia 14 de octubre de 2021. Consejero Ponente Nicolás Yepes Corrales. Expediente N° 19001233100020100025801 (55840)

⁴⁷ Artículo 177: "Las Entidades Promotoras de Salud son las entidades responsables de la afiliación, y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía. Su función básica será organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan de Salud Obligatorio a los afiliados y girar, dentro de los términos previstos en la presente Ley, la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes Unidades de Pago por Capitación al Fondo de Solidaridad y Garantía, de que trata el título III de la presente Ley".

⁴⁸ Por medio de la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.

⁴⁹ Al respecto, es menester reiterar que si bien el régimen aplicable a los eventos en los cuales se discute la responsabilidad patrimonial del Estado por las actividades médico-sanitarias es, por regla general, el de la falla probada del servicio, la característica y el carácter técnico y científico de la actividad médica, le permiten al juez acudir a diversos medios probatorios para formar su convencimiento acerca de la existencia del nexo de causalidad, sin que por ello se pueda afirmar que dicha relación causal se presume.

⁵⁰ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección "B", sentencia del 29 de agosto de 2013, Exp. 30283; Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección "B", sentencia del 30 de abril de 2014, Exp. 28214; Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección "A", sentencia del 10 de septiembre de 2014, Exp. 27771; y Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección "C", sentencia del 18 de mayo de 2017, Exp. 36565.

Dicho de otra manera, la carga de la prueba asiste a la parte que alega el hecho lesivo y por ello resulta determinante demostrar por los medios legalmente dispuestos para tal fin, las circunstancias fácticas sobre las cuales se fundó la demanda, de modo que su mera afirmación no resulta suficiente para ello⁵¹.

2.5. CASO CONCRETO

Tomando en cuenta el marco normativo y jurisprudencial reseñado, procede el Despacho a verificar la existencia del daño alegado en la demanda y si éste les es imputable jurídicamente a las entidades demandadas.

2.5.1. Hechos probados

De acuerdo con las pruebas allegadas al proceso, resultan probados los siguientes hechos relevantes relacionados con las circunstancias narradas por los declarantes y la atención médica brindada al paciente en cada una de las instituciones de salud.

1) Informe prestacional por muerte y declaraciones rendidas dentro de dicho proceso

- Mediante Informe Prestacional por Muerte N° C – 001 /11 del 27 de noviembre de 2011, la Institución concluyó que la muerte se dio en actos del servicio, según los siguientes motivos:

"(...)

SITACION INFORMADA

Dados a conocer ante el Director de Seguridad Ciudadana por el señor TC. Ricardo Augusto Alarcón Campos, comandante Unidad de Comandos en Operaciones Especiales y Antiterrorismo - COPEs -, mediante oficio de número 569, informa la novedad ocurrida el día 23-09-2011 durante el ejercicio de navegación en San Luis Tolima, en el cual sufrió un golpe de calor el señor patrullero HERNÁNDEZ SUÁREZ JOSÉ ALEJANDRO (...) y posteriormente remitido a la Clínica San Sebastián de Girardot y posteriormente al Hospital Cardio Infantil de Bogotá donde se produjo su deceso.

(...)

CONSIDERACIONES

Analizado el material probatorio, se establece que para la fecha de ocurrencia de la muerte del señor patrullero HERNÁNDEZ SUÁREZ JOSÉ ALEJANDRO, adscrito al Comando de Operaciones Especiales y Antiterrorista "COPEs" junto con los demás integrantes del XXI curso internacional de Operaciones Especiales, momentos en los que realizaban un ejercicio de navegación en el Municipio de San Luis Tolima.

CALIFICACION

Analizada las diligencias obrantes el informe prestaciones y teniendo en cuenta las circunstancias de modo, tiempo y lugar como ocurrieron los hechos, este despacho concluye que la muerte del señor patrullero HERNÁNDEZ SUÁREZ JOSÉ ALEJANDRO (...) fue: En muerte en actos del servicio de acuerdo con el artículo 69 del decreto 1091 de 1995. (...)⁵²

- De las declaraciones de los compañeros de la Institución allegadas al proceso⁵³

En el proceso prestacional por muerte N° C-001/11 adelantado por los hechos ocurridos el 23 de septiembre de 2011 en donde el extinto patrullero José Alejandro Hernández Suárez sufrió un golpe de calor, se tiene declaración del guía auxiliar del curso **Hugo Bedoya Castro** que narró lo siguiente:

⁵¹Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección A, sentencia del 24 de septiembre de 2020, Exp. 59400.

⁵² Ver folios 83 – 85 del Cuaderno 1

⁵³ Las copias de las declaraciones de Diego Mauricio Ferrado Ortiz, Hugo Bedoya Castro y Olmer Torres Amaris fueron decretadas en audiencia inicial del 1° de marzo de 2022. Ver página del Documento Digital N° 7 del Expediente Digital

"(...) **PREGUNTADO:** ya que conoce el motivo de la presente sírvase hacer al despacho un relato claro, preciso y detallado de los hechos sucedidos el 23 de septiembre del presente año en donde el señor extinto patrullero HERNANDEZ SUAREZ JOSE ALEJANDRO sufrió un golpe de calor. **CONTESTO:** el día 23 de septiembre del presente año me designaron como guía auxiliar del curso internacional 21 de operaciones especiales para una marcha que se realiza con el curso del municipio de San Luis Tolima para el ejercicio de navegación y posterior ataque contemplado dentro de las practicas que se realizan en el terreno durante el desarrollo del seminario de la fase rural del curso; aproximadamente a las 7.30 horas después de haber verificado la navegación con mis elementos personales se dio inicio a la marcha aproximadamente 30 (treinta) minutos más tarde se hizo una parada para tomar el desayuno, posteriormente se hicieron paradas continuas para abastecer las cantimploras con agua y para dar descanso del curso en lugares bajo la sombra, seguidamente faltando aproximadamente media hora para llegar al punto final mi compañero PT DIEGO FERRARO el cual iba en el transcurso de la marcha como instructor auxiliar me reporta por radio que ubique la camioneta para que lleve a un comando que al parecer no se encontraba en condiciones de continuar el ejercicio aproximadamente pasaron cinco minutos cuando llego la camioneta con el enfermero de combate designado para el curso el cual lo reviso, le aplico líquidos y se dispuso a trasladarlo a un centro asistencial cercano. **PREGUNTADO:** sírvase decir al despacho que distancia aproximadamente habían recorrido y cuanto les hacía falta al momento del hecho. **CONTESTO:** aproximadamente 6 (seis) kilómetros se habían recorrido y nos faltaban 700 (setecientos) metros para llegar al punto final. **PREGUNTADO:** en que sitio se encontraba el vehículo de seguridad y a qué distancia aproximada. **CONTESTO:** el vehículo se encontraba sobre la vía y pienso que cerca ya que no tardo en llegar. **PREGUNTADO:** al iniciar el ejercicio algún estudiante manifestó no encontrarse en condiciones aptas para encontrarse en condiciones aptas. **PREGUNTADO:** cuantas cantimploras de agua llevaba casa estudiante. **CONTESTO:** dos cantimploras llenas de agua. **PREGUNTADO:** Al iniciar la marcha se les paso revista por parte de los instructores y los mandos al personal de estudiantes. **CONTESTO:** si les paso revista por parte de los instructores y los mandos. **PREGUNTADO:** sabe usted que atención se le prestó al extinto patrullero HERNANDEZ SUAREZ JOSE ALEJANDRO por parte del enfermero de combate o de sus compañeros. **CONTESTO:** el enfermero de combate le reviso los signos vitales y se dispuso a aplicarle líquidos intravenosos. (...)⁵⁴

A su vez, el 6 de noviembre de 2011 el patrullero **Olmer Torres Amaris** narró los siguientes hechos:

"(...) **PREGUNTADO:** ya que conoce el motivo de la presente sírvase hacer al despacho un relato claro, preciso y detallado de los hechos sucedidos el 23 de septiembre del presente año en donde el señor extinto patrullero HERNANDEZ SUAREZ JOSE ALEJANDRO sufrió un golpe de calor. **CONTESTO:** me encontraba como enfermero en la prueba de navegación de curso XXI internacional de Operaciones Especiales en el vehículo de seguridad con mis elementos de primeros auxilios botiquín, camilla, siendo aproximadamente las 16:03 minutos llego a prestarles los primeros auxilios al señor patrullero extinto HERNANDEZ SUÁREZ JOSÉ ALEJANDRO, donde por sus signos y síntomas lo encuentro con una deshidratación severa y procedo inmediatamente a suministra líquidos endovenoso en bolo 1000 cc de cloruro de sodio al 0.9% y al ver su estado descompensación proceso a su traslado de forma urgente hacia el centro asistencial más cercano, no descuidándolo durante el traslado. **PREGUNTADO:** a que centro hospitalario lo traslado y que tratamiento recibió. **CONTESTO:** entro por urgencia al Hospital de San Luis Tolima, en donde lo valoraron e inmediatamente procedieron a suministrarle líquidos y medicamentos para contrarrestar el malestar que le estaba aquejando. **PREGUNTADO:** en que sitio se encontraba el vehículo de seguridad y a qué distancia aproximada. **CONTESTO:** estaba de recorridor sobre la vía y estaba como a unos cinco minutos aproximadamente del sitio donde se encontraba el señor patrullero. **PREGUNTADO:** antes de realizar la marcha por parte suya se llevo a cabo una verificación del estado de salud del personal de estudiantes del curso XXI internacional de COPES. **CONTESTO:** efectivamente antes de realizarse este tipo de ejercicios siempre verifico el estado anímico y de salud del personal de estudiantes, de igual forma les entrego sales de rehidratación oral en cantidad de dos a tres sobres por persona reviso las cantimploras que estén completamente llenas con agua, les pregunto que si hay alguien que se encuentre mal de salud o que por algún problema personal no pueda hacer los ejercicios que por favor me digan para no lo realice. **PREGUNTADO:** al iniciar el ejercicio algún estudiante manifestó no encontrarse en condiciones aptas para la realización del mismo. **CONTESTO:** de ninguna manera. **PREGUNTADO:** cuantas cantimploras de agua llevaba cada estudiante. **CONTESTO:** dos cantimploras llenas de agua y durante la marcha se hacían paradas tácticas para el aprovisionamiento de las mismas, ya que en el vehículo de seguridad cargábamos cinco tarros de veinte litros de agua cada uno para aprovisionar a los muchachos de agua, de igual forma en los pasos por las fincas se mandaba una comisión de estudiantes para que llenara de agua las cantimploras de los mismos. (...)⁵⁵

En la misma fecha, el patrullero **Diego Mauricio Ferraro Ortiz** narró las siguientes circunstancias:

⁵⁴ Ver páginas 78 - 80 del archivo denominado "a) Comunicación Oficial No GS 2022 012015 ARPRE GROIN" incorporado en el Documento Digital N° 65 del Expediente Digital

⁵⁵ Ver páginas 72 - 74 del archivo denominado "a) Comunicación Oficial No GS 2022 012015 ARPRE GROIN" incorporado en el Documento Digital N° 65 del Expediente Digital

"(...) **PREGUNTADO:** ya que conoce el motivo de la presente sírvase hacer al despacho un relato claro, preciso y detallado de los hechos sucedidos el 23 de septiembre del presente año en donde el señor extinto patrullero HERNANDEZ SUAREZ JOSE ALEJANDRO sufrió un golpe de calor. **CONTESTO:** El día 23 nos designaron como instructores para el ejercicio de navegación, al señor PT BEDOYA CASTRO y a mi persona, arrancamos tipo 07:30 de la mañana con el ejercicio, aproximadamente pasados 30 minutos se les dio descanso para que desayunaran y se hidrataran, después de ese ejercicio continuamos con el desplazamiento seguimos caminando siempre por el borde de la vía y cuando encontramos casas abastecíamos las cantimploras y así por todo el recorrido, después paramos a comer y ahí nos quedamos aproximadamente de hora y media a dos aproximadamente, en la sombra ya aprovechamos para verificar como se encontraban los estudiantes del curso a lo cual manifestaron que se encontraban en perfectas condiciones para continuar, de ahí seguimos con el recorrido pero ya en la carretera y abastecíamos de agua en las casas del perímetro, siendo aproximadamente las tres y media o cuatro vi que el estudiante HERNANDEZ SUAREZ JOSE ALEJANDRO se sentó al lado de la carretera y vi que no estaba en condiciones para continuar a lo cual le reporte a mi compañero Bedoya que llamara al vehículo de seguridad que llego rápidamente ya que en este vehículo se encontraba el enfermero para que lo revisara, el enfermero llego y siguió con el procedimiento. **PREGUNTADO:** ¿Que procedimiento realizo el enfermero y si le suministro algún tipo de medicamento? **CONTESTO:** Llego lo vio y le presto los primeros auxilios entre ellos le coloco líquidos endovenosos y lo evacuo. **PREGUNTADO:** en que sitio se encontraba el vehículo de seguridad y a qué distancia aproximada. **CONTESTO:** el vehículo se encontraba sobre la vía ya que los veíamos constantemente y estaba cerca por que (sic) llegó rápido. **PREGUNTADO:** al iniciar el ejercicio algún estudiante manifestó no encontrarse en condiciones aptas para la realización del mismo. **CONTESTO:** ningún (sic) manifestó nada. **PREGUNTADO:** cuantas cantimploras de agua llevaba cada estudiante. **CONTESTO:** dos. **PREGUNTADO:** Al iniciar la marcha se les paso revista por parte de los instructores ye los mandos al personal de estudiantes. **CONTESTO:** Si. (...)⁵⁶

Con posterioridad, en el curso de este medio de control en audiencia del 10 de mayo de 2022 fue recibido el testimonio de los precitados policías, quienes ampliaron las anteriores declaraciones. Particularmente, el Intendente **Diego Mauricio Ferraro Ortiz**⁵⁷ indicó lo siguiente:

"(...) **PREGUNTADO POR EL APODERADO JUDICIAL DE LA PARTE ACTORA:** ¿Para la fecha del 23 de septiembre de 2011, en qué consistía el curso que se estaba llevando a cabo en donde participaba José Alejandro Hernández Suárez? **CONTESTO:** El curso es de operaciones especiales, curso COPES, se llama ese curso. El curso consiste en que el estudiante debe pasar o calificar unas cualidades y unas actitudes para hacer operaciones de alto riesgo que es lo que hacen estos muchachos en estos momentos, porque ya no pertenezco al COPES. Entonces unas pruebas y esa prueba consistía (sic) en ir de un punto A, a punto B asemejando un patrullaje, lo que hacemos constantemente los policías y los militares y ellos tenían que llegar a un punto y hacer de cuenta iban atacar un campamento guerrillero. **PREGUNTADO POR EL APODERADO JUDICIAL DE LA PARTE ACTORA:** ¿Manifiéstele al Despacho si anterior a este desplazamiento del 23 de septiembre de 2011 el patrullero José Alejandro Hernández Suárez había presentado o había manifestado alguna molestia en días anteriores? **CONTESTO:** No señor. **PREGUNTADO POR EL APODERADO JUDICIAL DE LA PARTE ACTORA:** ¿Manifiéstele usted al Despacho aproximadamente en tiempo, en horas, a qué horas se presentó la manifestación del patrullero Hernández de sentirse mal? **CONTESTO:** Eran mas o menos de 3:30 a 4:00 de la tarde más o menos en ese lapso porque estábamos muy cerca al objetivo a donde tenían que llegar ellos. (...) **PREGUNTADO POR EL APODERADO JUDICIAL DE LA PARTE ACTORA:** ¿Manifieste usted al Despacho si ustedes habían pasado por algún río o algún barrial, alguna área que se hubiera llenado de barro el patrullero? **CONTESTO:** No señor. (...) **PREGUNTADO POR EL APODERADO JUDICIAL DE LA POLICIA NACIONAL:** Al iniciar el ejercicio usted como instructor ¿cómo vio la condición del hoy difunto? ¿Hizo alguna manifestación al respecto de su estado de salud? **CONTESTO:** No, ninguna, en ningún momento, no, no en los manifestó y ningún integrante no lo manifestó, dolencia o queja alguna. (...) **PREGUNTADO POR EL APODERADO JUDICIAL DE LA POLICIA NACIONAL:** Señor Intendente infórmele, por favor al despacho en ¿qué sitio se encontraba el vehículo de seguridad y a qué distancia aproximada y cuánto fue la duración en tiempo de llegar el vehículo a auxiliar a hoy difunto? **CONTESTO:** No, vea el vehículo, lo veíamos constantemente por la carretera porque el que nos pasaba revista tanto a nosotros como a los muchachos por si alguna novedad se presentaba. Cuando yo le dije a Hugo que llamara el carro, pues llegaron rápido, como le decía, ellos se mantenían en el en el trayecto, ellos llegaron rápido por ahí que 5 minutos más o menos y ya ellos se encargaron del muchacho de Hernández. **PREGUNTADO POR EL APODERADO JUDICIAL DE LA POLICIA NACIONAL:** ¿Cuál es su deber como instructor? **CONTESTO:** Bueno, ahí mi función era guiarlos porque íbamos de guía, de seguridad también. (...) **PREGUNTADO POR EL APODERADO JUDICIAL DE MÉDICOS ASOCIADOS IPS:** Unas preguntitas breves. La primera de ellas, recuerda usted para este mes de septiembre del año 2011, en cuántas actividades como la usted guiada al 23 de septiembre participó el patrullero José Alejandro Hernández Suárez, que en paz descanse? **CONTESTO:** ¿En cuanto a las baterías de esas participó el muchacho? pues esos ejercicios se hacen solamente una vez. Yo creo que esa era la primera. (...) **PREGUNTADO POR EL APODERADO JUDICIAL DE MÉDICOS ASOCIADOS IPS:** ¿Una vez se

⁵⁶ Ver páginas 76 - 77 del archivo denominado "a) Comunicación Oficial No GS 2022 012015 ARPRE GROIN" incorporado en el Documento Digital N° 65 del Expediente Digital

⁵⁷ Declaración rendida por Diego Mauricio Fernando Ortiz entre minutos 26:00 a 50:48 de la audiencia de pruebas del 10 de mayo de 2022 incorporada en el Documento Digital N° 77 – 78 del Expediente Digital

presenta, pues el impase con el patrullero Hernández qué usted le encuentra, pues ya algo desganado y demás, en ese momento usted recuerda (...) cuál era su grado de conciencia? Estaba consciente, estaba ido, desmayado. ¿Cuál era? ¿Cómo lo vio usted en su Estado de conciencia en ese momento? **CONTESTO:** Sí, doctor el muchacho no, no me respondía nada, entonces, a lo cual eso es un síntoma. Sí, o sea, yo me preocupé yo, pues no me contesta nada, entonces ya me al enfermero, siempre lo vi un poco pálido y llamé el enfermero de una vez, pues a Hugo para que llamara al enfermero. **PREGUNTADO POR EL APODERADO JUDICIAL DE MÉDICOS ASOCIADOS IPS:** Dentro de su experiencia en este tipo de prácticas como instructor, ¿en que promedio, en que porcentaje suele presentarse un impase como el ocurrido aquí el 23 de septiembre, con el patrullero José Alejandro? **CONTESTO:** No, no, no. No es muy frecuente. Ellos se sienten cansados, se sientan, les da para que se hidrate y descansen y continúa la marcha. (...) **PREGUNTADO POR LA APODERADA JUDICIAL DE LLAMADA EN GARANTÍA:** ¿Señor Diego, solo una pregunta podría manifestarle al despacho cuál fue la sintomatología que presentó el patrullero al momento en el que usted le dio esa primera atención? o tuvo esa primera comunicación con él? **CONTESTO:** Yo lo vi pálido, lo vi pálido y yo le preguntaba que cómo estaba, que cómo se sentía y no me respondía nada. Entonces ahí donde yo. Pero yo procedí y es decirle a Hugo que llamara al enfermero, pues al carro de seguridad. **PREGUNTADO POR LA APODERADA JUDICIAL DE LLAMADA EN GARANTÍA:** ¿Y usted pudo evidenciar en ese momento que le faltará el aire, que tuviera algún desvanecimiento o solo fue que lo encontró pálido y callado, sentido? **CONTESTO:** Sí, lo yo lo encontré, yo lo vi cuando él se sentó. Y ya, no me respondía nada y estaba pálido. Claro entonces, al no contestar nada y estar así es pálido. Yo llamo a Olmer que es él, que, pues es el perito en la materia, digámoslo así, y él ya se encargó del procedimiento. **PREGUNTADO POR EL DESPACHO:** ¿Cuéntenos, el señor Patrullero Hernández Suárez que ya era un miembro oficial de la institución o apenas estaba en proceso de incorporación? **CONTESTO:** No, no, ya era ya era funcionario de la Policía Nacional. Todo el que hace ese curso tiene que ser policía activo. Es un curso de combate, es un curso de combate que, eso sí, señor, es un curso especializado. **PREGUNTADO POR EL DESPACHO:** ¿Y durante o antes de la marcha de aquella actividad les explicaron cuáles eran los riesgos que conllevaba el ejercicio de tal actividad? **CONTESTO:** A ellos se le lee el itinerario, cómo se dice el itinerario o hay una orden, o un acta que lee a ellos, de que es lo que van hacer. (...) **PREGUNTADO POR EL DESPACHO:** ¿Cuál era la temperatura que estaba o a que temperatura estaba ese día? **CONTESTO:** Pues yo me imagino, pues así me imagino que unos 34°, 35°, grados. **PREGUNTADO POR EL DESPACHO:** ¿Dónde era la que estaban haciendo la actividad? **CONTESTO:** Eso era en San Luis, San Luis, Tolima. **PREGUNTADO POR EL DESPACHO:** ¿Y la distancia que tenían que recorrer era trotando o a paso normal? **CONTESTO:** No, no, no, no, eso es eso es a paso normal. (...)⁵⁸

A su vez, el patrullero **Hugo Bedoya Castro** en audiencia de pruebas del 10 de mayo de 2022⁵⁹ narró los siguientes hechos:

"(...) **PREGUNTADO POR EL DESPACHO:** ¿Sabe usted por qué razón fue llamado a rendir declaración en esta diligencia? **CONTESTO:** Sí. **PREGUNTADO POR EL DESPACHO:** Bueno, entonces, cuénteme, ¿conoció usted al señor José Alejandro Suárez Hernández? **CONTESTO:** En calidad de estudiante, el señor Hernández. Lo conocí en calidad de estudiante del curso COPES en ese momento, creo que el año 2011. **PREGUNTADO POR EL DESPACHO:** ¿Y usted qué hacía en ese curso? ¿Qué papel desempeñaba usted en ese curso? **CONTESTO:** En ese momento era instructor auxiliar. **PREGUNTADO POR EL DESPACHO:** ¿Cuéntenos cómo fue el desarrollo de la actividad de principio a fin? **CONTESTO:** La actividad consistía en un ejercicio de navegación que se realizaba desde la mañana y se terminaba aproximadamente en las horas de la tarde, (...) eran aproximadamente 7 km. Se inició la navegación, aproximadamente a las 7:00 h de la mañana con las respectivas paradas de descanso y puntos de hidratación. Aproximadamente faltando unos 700 metros para culminar el ejercicio, el señor patrullero Diego Ferraro, que es también instructor en ese momento. Me informó por radio que ubique la camioneta porque había un estudiante que no se encontraba en condiciones, en buenas condiciones. Entonces, para que, por favor, la camioneta llegará con el enfermero. Lo que yo hice fue en ese momento reportar la camioneta que aproximadamente tardó 5 minutos porque estaba ahí mismo dentro del recorrido. Llegó la camioneta. Con el enfermero y el cual dispuso atender los primeros auxilios, la primera atención médica del momento. Realmente es lo que de mi parte pues tengo conocimiento de lo que sucedió ese ese día, doctor. **PREGUNTADO POR EL APODERADO JUDICIAL DEL DEMANDANTE:** ¿Manifiéstele al despacho, si usted tuvo conocimiento que el señor Patrullero, José Alejandro Hernández Suárez hubiese tenido algún ha antecedente o que se haya presentado días anteriores algún cuadro similar o algún malestar durante la ejecución del curso? **CONTESTO:** No señor. **PREGUNTADO POR EL APODERADO JUDICIAL DEL DEMANDANTE:** ¿Sabe usted si el patrullero Fernández Suárez Fernández Suárez tenía alguna enfermedad o había reportado alguna enfermedad? A durante la ejecución del curso. **CONTESTO:** No, señor. **PREGUNTADO POR EL APODERADO JUDICIAL DEL DEMANDANTE:** ¿Manifiéstele al Despacho conforme a su respuesta anterior, a qué hora, si recuerda, a qué hora, se le notificó el malestar del patrullero Hernández? **CONTESTO:** Aproximadamente, eso fue después del mediodía, aproximadamente a las 2, 3 de la tarde. **PREGUNTADO POR EL APODERADO JUDICIAL DEL DEMANDANTE:** (...) ¿En ese preciso instante llama usted al vehículo para la atención del del patrullero? **CONTESTO:** (...) Inmediatamente yo comunicó por radio para que el vehículo con el enfermero llegue al punto donde está el estudiante. **PREGUNTADO POR EL APODERADO JUDICIAL DEL**

⁵⁸ Declaración rendida por Diego Mauricio Fernando Ortiz entre minutos 26:00 a 50:48 de la audiencia de pruebas del 10 de mayo de 2022 incorporada en el Documento Digital N° 77 – 78 del Expediente Digital

⁵⁹ Declaración rendida por Hugo Bedoya Castro entre minutos 53:53 a 1:17:23 de la audiencia de pruebas del 10 de mayo de 2022 incorporada en el Documento Digital N° 77 – 78 del Expediente Digital

DEMANDANTE: (...) ¿Cuánto tiempo? ¿Cuánto tiempo se demoró el vehículo con el enfermero para iniciar atención? **CONTESTO:** Como le digo siempre la camioneta permanecía acompañando el recorrido de la marcha aproximadamente no tardó más de 5 minutos en estar ahí en el punto. (...) **PREGUNTADO POR EL APODERADO JUDICIAL DEL DEMANDANTE:** ¿Recuerda usted en ese desplazamiento en cuanto a la ubicación geográfica cuánto tiempo o a qué distancia se encontraba la población más cercana? **CONTESTO:** Relativamente, Doctor, pues era un área semi urbana, realmente no, no era alejada, pues de como tal de la de la urbanización de caseríos, la población más cercana recuerdo que era San Luis, Tolima en ese momento. **PREGUNTADO POR EL APODERADO JUDICIAL DEL DEMANDANTE:** ¿En tiempo cuánto tiempo se podía demorar? ¿Recuerda de cuánto tiempo se podía demorar el desplazamiento del sitio donde estaba a San Luis, Tolima? **CONTESTO:** No recuerdo, doctor, pero sé que es relativamente. Era muy cercano todo. **PREGUNTADO POR EL APODERADO JUDICIAL DEL DEMANDANTE:** ¿Recuerda usted, recuerda usted, intendente de Bedoya cuánto tiempo se demoró la atención en el área por parte de enfermero? **CONTESTO:** Doctor, como le digo, es fue casi inmediato porque pues el enfermero siempre estaba en el recorrido, en la camioneta y la camioneta estaba prácticamente ahí cerca, muy pegado a la marcha, de los estudiantes. **PREGUNTADO POR EL APODERADO JUDICIAL DEL DEMANDANTE:** (...) ¿Le hago referencia, es en cuánto tiempo duró la atención, más bien dicho? **CONTESTO:** Sé que fue rápido, pero de tiempo aproximado, no le podía decir. Sé que fue la atención muy rápida en ese momento. (...) **PREGUNTADO POR EL APODERADO JUDICIAL DE LA POLICÍA NACIONAL:** (...) ¿Será que usted nos puede hacer el favor y le manifiesta al despacho, si se hizo alguna verificación de las condiciones aptas para realizar dicho curso, en especial al hoy difunto? **CONTESTO:** Sí, claro, por lo regular siempre se hace en todos los cursos siempre se verifica, el antes, el durante y el después de cualquier ejercicio que se vaya a desarrollar. (...) **PREGUNTADO POR EL DESPACHO:** ¿Durante el desarrollo de la jornada de ejercicios qué precauciones durante la marcha se adoptaron para efectos de descanso, de la comida, para el tema de hidratación y cosas relacionadas que implican el ejercicio de la práctica en sí? **CONTESTO:** Sí, doctor, siempre se establecen puntos de descanso. En ese momento se establecieron puntos de descanso. Siempre se establecen puntos de hidratación para tomar agua para que todos estén hidratados, en ese ejercicio se establecieron los puntos de hidratación. Y los puntos de comida que se establecen, en ese momento también se establecieron puntos de comida para que los estudiantes estuvieran alimentados, descansados e hidratados (...) normalmente, el recorrido es de 7 km. (...) ⁶⁰

En la misma audiencia de pruebas⁶¹ el enfermero **Olmer Torres Amaris** narró los siguientes hechos:

"(...) **PREGUNTADO POR EL DESPACHO:** ¿Conoce usted o conoció al señor José Alejandro Hernández Suárez? **CONTESTO:** Sí, claro, él era uno de los de los integrantes del curso. **PREGUNTADO POR EL DESPACHO:** ¿Y qué pasó con él? ¿Él estaba integrando ese curso, qué pasó con él? **CONTESTO:** En el desarrollo de una actividad académica. En un desplazamiento el sufre una descompensación, por lo cual yo como enfermero de combate. Le presté mis los primeros auxilios al señor Hernández. (...) **PREGUNTADO POR EL DESPACHO:** ¿Cómo encontró usted al señor Hernández Suárez? **CONTESTO:** Bueno, al analizar la escena ya según el entrenamiento, que uno tiene tanto en la parte digamos militar, como en la parte especializada en temas de enfermería. Al momento de ver la escena, pues lo encuentro descompensado, un poco deshidratado y por ende, procedo a brindarle los primeros auxilios. Trasladándolo de la manera más oportuna posible, señor juez. **PREGUNTADO POR EL DESPACHO:** ¿Usted lo acompañó al lugar donde tenía que ser llevado? **CONTESTO:** Sí señor, así es. Le prestó los primeros auxilios, colocándole líquidos para contrarrestar el tema de la deshidratación y de inmediato le digo al comandante del curso que lo traslademos al centro médico más cercano. **PREGUNTADO POR EL DESPACHO:** ¿A dónde lo llevaron? **CONTESTO:** Al hospital de San Luis, Tolima. (...) **PREGUNTADO POR EL DESPACHO:** ¿De ahí del hospital de San Luis fue remitido el paciente algún otro lugar? **CONTESTO:** Sí, señor del Hospital San Luis fue remitido a la Clínica San Sebastián. (...) Yo estuve presente ahí desde el momento de la entrega hasta el momento de que el paciente fue remitido por parte del del hospital. **PREGUNTADO POR EL DESPACHO:** ¿Cuándo usted atendió inicialmente al paciente, él estaba consciente? **CONTESTO:** El paciente se encontraba consciente, yo hablé con él, le porque eso está dentro del protocolo médico. Hablé con el paciente y pues lo encuentro consciente, pero lo encuentro en bastante grado de deshidratación. Por ende, decido con mi jefe inmediato. Decidió trasladarlo al centro médico más cercano para brindarle unos cuidados y atención médica, pues más efectivos y más avanzados. (...) **PREGUNTADO POR EL DESPACHO:** ¿A qué distancia estaba el hospital de San Luis del lugar donde encontrará usted al paciente? **CONTESTO:** (...) Sobre 10 O 15 minutos en vehículo. **PREGUNTADO POR EL DESPACHO:** ¿Y el otro punto de opción cuál era? **CONTESTO:** Es Girardot Doctor. (...) **PREGUNTADO POR EL APODERADO JUDICIAL DEL DEMANDANTE:** ¿Si lo recuerda, ¿cuáles eran los signos vitales del paciente en el momento que usted inicia la atención del evento? **CONTESTO:** Sí, señor. El paciente, según sus signos vitales, tenía pulso. Respiración tenía todos los signos vitales, pero están un poco alterados. Por ende, pues al valorar la escena decidí inmediato trasladarlo. (...) **PREGUNTADO POR EL APODERADO JUDICIAL DEL DEMANDANTE:** ¿Puede manifiestarle al despacho en que consiste, si sabe usted cómo auxiliar la clasificación de Glasgow? **CONTESTO:** Bueno, doctor, la verdad. El paciente se encontraba consciente en tiempos en tiempo y

⁶⁰ Declaración rendida por Hugo Bedoya Castro entre minutos 53:53 a 1:17:23 de la audiencia de pruebas del 10 de mayo de 2022 incorporada en el Documento Digital N° 77 – 78 del Expediente Digital

⁶¹ Declaración rendida por Olmer Torres Amaris entre minutos 1:17:47 a de la audiencia de pruebas del 10 de mayo de 2022 incorporada en el Documento Digital N° 77 – 78 del Expediente Digital

espacio. Modo, tiempo y espacio, pero ya por sus signos vitales. El número como tal del grado no lo puedo dar en este momento porque, la verdad yo me preocupé. Fue por trasladar al paciente de inmediato para que tuviera una atención más, más prioritaria, más eficiente, digamos a su estado de deshidratación, pero pues te estaba ubicado en tiempo y espacio, doctor. **PREGUNTADO POR EL APODERADO JUDICIAL DEL DEMANDANTE:** Manifieste al despacho, ¿Si el patrullero Hernández Suárez presentaba al momento de la llegada a la ESA crisis convulsiva? **CONTESTO:** En el momento, el desplazamiento, Doctor. Su estado de salud desmejoró un poco. Y ya las crisis convulsivas las presentó dentro del hospital. **PREGUNTADO POR EL APODERADO JUDICIAL DEL DEMANDANTE:** ¿Puede manifestarle usted al despacho si lo recuerda? ¿Cuál fue el tratamiento? ¿El manejo que usted le brindó al patrullero Hernández? **CONTESTO:** En la primera atención al momento de hacerle abordaje al paciente, miró sus signos vitales, soy consciente, digamos que el paciente está debe estar alterado por alguna deshidratación y procedo doctor a suministrarles líquidos, endovenoso cloruro de sodio en cantidad de 1000 ml y trasladarlo de inmediato para, digamos, buscar de contrarrestar esa deshidratación que estaba presentando el paciente en ese momento. (...) **PREGUNTADO POR EL APODERADO JUDICIAL DEL DEMANDANTE:** ¿Cuál es el esquema si lo recuerda usted, el indicado para el cuadro de deshidratación en cuanto al manejo de líquidos? ¿Si dice usted que administró 1000 cm³ de cloruro de sodio? **CONTESTO:** Le apliqué 500 cm³, digamos en una emergencia inicial, digamos en términos recomendados. Al momento de que se le aplique a esa le coloca otro líquido de 500 y con eso lo trasladó doctor hasta entregarlo al Hospital. **PREGUNTADO POR EL APODERADO JUDICIAL DEL DEMANDANTE:** ¿Que medicamento le suministró usted en esa atención inicial? **CONTESTO:** Ningún medicamento, doctor. Solamente los líquidos. **PREGUNTADO POR EL APODERADO JUDICIAL DEL DEMANDANTE:** ¿Sabe usted o conoció usted si el paciente había tenido cuadro anterior de deshidratación a esta navegación? **CONTESTO:** No, señor, los estudiantes. En mi caso yo me mantenía, digamos atentos con el tema de la del agua a los estudiantes y también brindándoles sales de rehidratación. Para evitar cuestiones de deshidratación de los estudiantes. Antes, durante y después. **PREGUNTADO POR EL APODERADO JUDICIAL DEL DEMANDANTE:** ¿Le preguntaba sobre días antes? ¿En ejercicios anteriores? **CONTESTO:** No, señor, no tuvo cuadros de deshidratación. **PREGUNTADO POR EL APODERADO JUDICIAL DEL DEMANDANTE:** ¿Cuál fue la información que usted le brindó a los médicos tratantes de la ESE al ingreso del patrullero Hernández? **CONTESTO:** Bien, yo al momento de la entrega del paciente al centro médico. Les digo que, me les presento a ellos, les digo que nos encontrábamos en un ejercicio del curso y les manifiesto que el paciente se los entregó, y que sufre un episodio de deshidratación para que, por favor, ellos le den un tratamiento más efectivo. **PREGUNTADO POR EL APODERADO JUDICIAL DEL DEMANDANTE:** ¿Por qué motivo y con base en sus respuestas anteriores, existe una anotación en la historia clínica en la que los médicos refieren que el enfermero de la policía, informó un evento 7 días antes de deshidratación manejado con líquidos? **CONTESTO:** Doctor la verdad. Y, como tal deshidratación no hubo en el equipo, si de pronto informé eso, pudo ser de pronto, de algo pasajero, pero que no sea, digamos, eventos de deshidratación, porque en su momento yo controlo directamente de eso con los elementos que tengo para tal fin, líquidos, sales de rehidratación, etcétera, etcétera. Si se presentó, se presentó algo muy somero. Que no daba, digamos, para transportar al paciente, como lo dice en esta oportunidad. **PREGUNTADO POR EL APODERADO JUDICIAL DEL DEMANDANTE:** ¿Es decir, con base en su respuesta anterior, que recuerda usted haber manifestado ese dato a los médicos de la ESE? **CONTESTO:** No lo tengo presente, doctor, pero sí lo manifesté. Puedo ser de pronto, como le dije anteriormente que estos muchachos están en constante entrenamiento físico y de pronto pueden presentar cuadros de deshidratación, pero ya según mi experticia, según mi experiencia, yo los puedo tratar directamente y no es necesario. De pronto trasladarlos o algo como realmente ocurrió. En la eventualidad que nos atañe en estos momentos. (...) **PREGUNTADO POR EL APODERADO JUDICIAL DEL DEMANDANTE:** ¿Con base en su respuesta anterior, recuerda usted esos parámetros que menciona usted haber dado para la entrega del paciente en la ESE? **CONTESTO:** Sí señor, llevé al paciente y le indicé, digamos, al personal médico, les indicé que el paciente lo estoy entregando con un cuadro de deshidratación. (...) **PREGUNTADO POR EL APODERADO JUDICIAL DEL DEMANDANTE:** ¿Cuáles eran esos parámetros clínicos, es decir, sus signos vitales a la entrega 12 sus signos y síntomas que acaba de mencionar? Y a sabiendas de que usted ya había hecho el diagnóstico presuntivo de deshidratación. ¿Cuáles serán los parámetros clínicos y los signos y síntomas que usted encontró en el paciente? **CONTESTO:** Bueno, los parámetros clínicos, los signos y síntomas, encuentro al paciente pálido. Lo encuentro frío, como le había mencionado anteriormente. Y lo encuentro, digamos, con la boca seca. Y, digamos tomó el pulso y lo encuentro también alterado. Y digamos, con base a sus signos y síntomas. Y digamos, con base a sus signos y síntomas porque encuentro el paciente también muy pálido y todo eso, procedo digamos a decirles a ellos que el paciente lo encontré un cuadro de deshidratación y asimismo, se los estoy entregando para que y que le haya suministrado líquidos. Lógicamente eso es muy importante decirlo, porque, al momento de la entrega, tiene que, así como usted me lo preguntó uno tiene que decirles a los médicos qué medicamento, que, digamos, procedimiento médico uno hizo con el paciente. Entonces, pues los entrego con esos síntomas signos y síntomas, y aparte de eso les suministré, digamos a ellos. Les dije que lo entregaba con los líquidos que le había aplicado, doctor. **PREGUNTADO POR EL APODERADO JUDICIAL DEL DEMANDANTE:** ¿Existe en la historia clínica de la ESE una anotación de La referencia suya del uso de medicamentos? ¿Quisiera que recordara si utilizó usted, además de los 1000 cm de cloruro de sodio, se utilizó algún medicamento para control del estado del paciente? **CONTESTO:** Doctor, que recuerde, así como usted me dice que haga memoria, que recuerde. No utilicé medicamento, simplemente le apliqué líquidos, cloruro de sodio, doctor. (...) **PREGUNTADO POR EL APODERADO JUDICIAL DE MÉDICOS ASOCIADOS IPS:** (...) En la historia clínica de ingreso a la ESE, donde usted traslada al paciente se indica que llega con una evolución asociada a fiebre de 41°. No obstante, en respuesta previa está indicado que el paciente se encontraba frío, informó al despacho que ocurrió.

¿Entonces, estaba frío o tenía fiebre? **CONTESTO:** Doctor en términos médicos, le puedo decir, digamos que como pasó un tiempo desde el momento de la valoración inicial del paciente, al tiempo de la entrega del hospital pudo haber cambiado el sus signos y síntomas, doctor. **PREGUNTADO POR EL APODERADO JUDICIAL DE MÉDICOS ASOCIADOS IPS:** Y enfermero en esa misma nota, historia clínica se indica lo siguiente, refiere el enfermero de la policía que hace más o menos que hace más menos 7 días atrás presentó cuadro de deshidratación severa. ¿Qué es para usted un cuadro de deshidratación, deshidratación severa? **CONTESTO:** Un cuadro de deshidratación doctor es un cuadro. Digamos donde el paciente, refiere, digamos, cambios en su estado a actual. Digamos, el paciente refiere mucha sed, el paciente refiere cansancio. Por ende, digamos, hay que trabajarlo con temas de bien sea con sales de rehidratación o con líquidos endovenosos. Para, digamos, contrarrestar la hidratación que puede tener la deshidratación tener el paciente en este momento. (...) **PREGUNTADO POR LA APODERADA JUDICIAL DE LLAMADA EN GARANTÍA:** ¿Que quería preguntarle, usted, manifestó en respuesta anterior que se verificaban las cantimploras de los patrulleros que iban a hacer el ejercicio la noche anterior; pero también se ha verificado el estado de salud de cada patrullero que iba a participar en los ejercicios? **CONTESTO:** A todos se les verificaba y a todos se les preguntaba el Estado anímico, el estado de, digamos emocional y el estado de salud, y se les revisaba el estado de salud de cada de todos y cada uno. (...) **PREGUNTADO POR LA APODERADA JUDICIAL DE LLAMADA EN GARANTÍA:** ¿Señor Olmer, quería preguntarle si el episodio de deshidratación que presentó el patrullero 7 días antes del ejercicio no era una limitante para que éste te realizara esta nueva marcha de 7 km que fue realizada en el mes de septiembre? **CONTESTO:** No, ya estaba controlado, Ya estaba controlado. Y con sales de rehidratación. Se controló ese episodio de deshidratación que presentó el señor Patrullero. (...) **PREGUNTADO POR EL DESPACHO:** ¿Qué ocurre si a una persona como de los integrantes del curso, del cual usted participó y del señor Hernández Suárez, le hubiera dicho ante la pregunta que les hicieron en la mañana a alguien se encuentra mal de salud infórmelo y si lo hubiera informado? ¿Igualmente hubiera participado en ese curso o en esa, en ese ejercicio, si yo hubiera encontrado desde el ámbito profesional, si yo hubiera encontrado a alguien con algún malestar? **CONTESTO:** No señor, si yo hubiera encontrado desde el ámbito profesional, si yo hubiera encontrado a alguien con algún malestar. O bien, llámese deshidratación o cualquier malestar posible, o que me hubieran manifestado antes de iniciar la prueba o iniciar el ejercicio, que no se sentía apto para realizar el mismo automáticamente, yo le digo a mi jefe inmediato que no lo incluya dentro del ejercicio. **PREGUNTADO POR EL DESPACHO:** ¿Y cómo le hizo usted seguimiento para efecto de que si hubiera superado la deshidratación, que se dice haber tenido 7 días anteriormente? **CONTESTO:** Siempre brindándole, mirándole las cantimploras que tuviera agua. Y no solo a él, sino a todos, y brindándole todos los días y en los momentos en que ellos también se lo pueden pedir a uno, que me lo pedían brindándoles las sales de rehidratación y mirando el estado anímico de todos y cada uno de ellos. (...) **PREGUNTADO POR EL DESPACHO:** ¿Hubo quejas hacia los superiores por la forma en que se desarrolló ese esa práctica, ese ejercicio de entrenamiento? **CONTESTO:** No, doctor. (...)⁶²

2) De la atención médica brindada por el Hospital Serafín Montaña Cuellar:

Fecha	Descripción Evento
23-09-2011	<p>A las 5:23 pm el paciente fue ingresado al servicio de urgencias con triage II por presentar desmayo y con cuadro clínico referente a desvanecimiento de hace mas o menos 2 horas de evolución asociado a fiebre de 41 grados sin referir. Asimismo, obra nota médica del médico tratante Nelson Fabian Vera Hernández que indica, "no se especifica sintomatología previa al evento, refiere el enfermero de la policía, que hace mas o menos 7 días atrás presento, cuadro de deshidratación severa, con resolución parcial ante medicamentos y líquidos endovenoso, tras el ingreso de urgencias presenta cuadro convulsivo tónico localizado, en miembros superiores e inferiores"⁶³.</p> <p>A su vez, en el examen físico obra registro de presentar malas condiciones generales, febril (39.1 °C en el momento y al ingreso 41.3), deshidratado severo, inconsciente estuporoso, álgido, abundante sialorrea, pupilas mióticas, no respuesta al llamado, no respuesta a estímulo doloroso, diaforético, Glasgow 7/15, signos vitales TA 117/64, FC 134 x min, FR 25 x min, saturación 98 mediante ventury al 50%, gasto urinario tras administración parenteral de 8000 cc, 400 cc, en 2 horas.</p> <p>Como plan de manejo fueron ordenados paraclínicos de, hemograma, glicemia, BUN, creatinina, VSG, plaquetas. Asimismo, fue ordenada la canalización vena periférica bilateral, dextrosa al 5% IV a razón de 1000 cc horas previos 1000 cc hora de NAACL al 0.9 %. Luego, ringer lactato a razón de 4500 cc hora y luego ringer a razón de 1500 cc hora nacil al 0.9 %. Adicionalmente, fue administrada dipirona 2.5/5 IV diluida lenta con pico febril de 41.3 °C y siendo administrada por medio físico debido a hipertermia; asimismo, fue administrado fenitoína de 250 mg iv diluido lento en LEV por cuadro convulsivo tónico parcializado localizado, tras 1 hora del evento, se administra diazepam 5 mg IV diluido lento debido a cuadro convulsivo tónico parcializado localizado hemicuerpo derecho, luego contralateral.</p> <p>Enseguida, el médico tratante decide trasladarlo con manejo sintomático, medicalizado en vigilancia y monitorización de signos vitales; igualmente obra registro que iniciaron trámites de remisión a segundo nivel, en la cual sobresale nota médica que dice "paciente aceptado en Hospital San Sebastián de Girardot como código azul por estatus convulsivo, no resolutivo."</p>
23-09-2011	<p>A las 7:00 pm la médica Yirley Alexandra Sandoval⁶⁴ recibió paciente en la unidad de reanimación acostado en camilla inconsciente febril con oxígeno por ventury al 50% a 12 litros por minutos con</p>

⁶² Declaración rendida por Olmer Torres Amaris entre minutos 1:17:47 a 2:07:15 de la audiencia de pruebas del 10 de mayo de 2022 incorporada en el Documento Digital N° 77 – 78 del Expediente Digital

⁶³ Ver folio 87 del Cuaderno 1

⁶⁴ Ver folio 91 del Cuaderno 1

	monitorización permanente. Con signos vitales TA 117/44 PC 125 Saturación 98% con líquidos endovenosos en ambos miembros superiores y con sonda vesical a cistoflo, la cual contenía 500 cc de orina amarilla clara.
23-09-2011	A las 7:37 pm el paciente presentó episodio convulsivo y la médica Yirley Alexandra Sandoval ⁶⁵ ordenó la administración de midalozam.
23-09-2011	A las 6:25 pm fue contactada la Clínica San Sebastián de Girardot, quienes solicitaron fax de remisión.
23-09-2011	A las 6:35 pm nuevamente fue contactada la Clínica San Sebastián de Girardot, en donde la Jefe Eliana informó que no hay disponibilidad de camas.
23-09-2011	A las 6:40 pm el Dr. Fabian Vera, médico de turno habló con el Dr. Olarte de la Clínica San Sebastián de Girardot, quien reitera que no hay disponibilidad de camas.
23-09-2011	A las 6:52 pm fue contactado el Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué, en donde informaron que no hay disponibilidad de camas.
23-09-2011	A las 7:05 pm fue contactada a la Clínica de Ibagué, en donde les solicitaron enviar la remisión por fax
23-09-2011	A las 7:10 pm fue contactada la Clínica Calambeo cuya llamada fue atendida por Kelly Cifuentes quien pidió el envío de la remisión
23-09-2011	A las 7:13 pm fue contactado el Hospital Federico Lleras Acosta confirmando el recibo del correo electrónico y a su vez indicaron que no había disponibilidad de camas
23-09-2011	A las 7:15 pm fue llamada la Clínica Tolima, en donde pidieron el envío por fax de la remisión
23-09-2011	A las 7:35 pm fue llamada la Clínica de Ibagué, en donde le informaron la indisponibilidad de camas
23-09-2011	A las 7:40 pm fue llamada la Clínica de Calambo, en donde informaron indisponibilidad de camas
23-09-2011	A las 8:15 pm, el paciente salió del servicio de urgencias con código azul, en camilla inconsciente con líquidos endovenosos permeables en los dos miembros superiores pasando SSN con oxígeno por ventury 50% a 12 litros por minuto, con sonda vesical a cistoflo en compañía de auxiliar de enfermería, conocido del paciente y con destino al servicio UCI de la Clínica San Sebastián de Girardot bajo código azul con diagnóstico de insuficiencia renal aguda y deficiencia de electrolitos

3) De la atención médica brindada por Médicos Asociados S.A. en Liquidación (Nueva Clínica San Sebastián de Girardot I.P.S.)

Fecha	Descripción Evento
23-09-2011	<p>A las 20:47 horas ingreso el paciente con adinamia, astenia, fiebre, alteración del estado de la conciencia. Igualmente, sobresale nota médica que refiere que hace 5 horas presentaba sensación de desvanecimiento asociada a dinamia con astenia y alteración del estado de conciencia siendo llevado rápidamente al Hospital de San Luis Tolima en donde presento fiebre cuantificada 41,5 grados asociada espasmos tónicos clónico generalizados en 2 ocasiones. A su vez, presentaba adema dificultad respiratoria de leve a moderada intensidad con deterioro de su estado de la conciencia motivo por el cual fue trasladado como código primario ingresando en mal estado general.</p> <p>Igualmente, sobresale nota médica que dice "<i>paciente quien el día de hoy inicia entrenamiento desde las 6am hasta las 4pm que presenta el cuadro clínico, caminata de 3 km recta con equipo de entrenamiento</i>".</p> <p>El médico tratante Dr. Vladimir Antonio Ferreira Olano, en el examen físico se tienen que en su momento contaba con los siguientes signos vitales, T.A. 70/40 - S/D, F.C. 118/min, F.R. 38/min, temperatura: 39 °C, peso 70 Kg, glasgow 7/15 y SAT 86 %. Igualmente, el paciente ingresa en mal estado general, taquicárdico, polipneico con respiración paradójica, sin respuesta al llamado verbal, normocéfalo, mucosa oral secas lengua seca, cuello sin adenopatías, no ingurgitación yugular, tórax hipo ventilados, estertores crepitos y roncus en bases pulmonares, ruidos cardiacos taquicárdicos, respiración paradójica, polipneico con tiraje intercostal y retracción subcostal, abdomen blando depresible, no doloroso a la palpación, sin defensa abdominal, no signos de irritación peritoneal, ruidos hidroaéreos presentes, puno percusión negativa, extremidades simétrico, no edema evidenciándose cianosis a nivel periférica en extremidades inferiores y se observaron excoriaciones a nivel de región plantar bilateral, sin respuesta verbal, no respuesta a estímulos dolorosos, pupilas mióticas poco reactivas a la luz.</p> <p>De acuerdo a lo anterior fueron establecidos como diagnósticos principales de ingreso: Diagnóstico N° 1: J80x - Síndrome de dificultad respiratoria del adulto; Diagnóstico N° 2: J159 - Neumonía bacteriana, no especificada; y (iii) Diagnóstico N° 3: T670 - Golpe de Calor e Insolación.</p> <p>A su vez fueron establecidos los siguientes: (i) SDRA (ii) Falla ventilatoria (iii) golpe de calor (iv) DHT grado iii (v) choque séptico (hipotensión arterial) (vi) nac?? (vii) síndrome convulsivo a estudio y (viii) alteración de estado de conciencia.</p> <p>Como plan de manejo el médico tratante dispuso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reanimación, monitorización continua - Solución salina 1000cc bolo y luego 100cc hora - Intubación orotraqueal previa sedación tubo 7.5 - Fentanyl 100ug iv ahora - Midazolam 5mg iv ahora - Vecuronio 8mg iv ahora - Sedación continua midazolam 2mg iv hora - fentanyl 100ug iv hora - Ranitidina 50mg iv cada 8 horas - Dopamina 7ug/kg/min - Sonda orogástrica - Cánula orofaríngea 000158

⁶⁵ Ver folio 92 del Cuaderno 1

	<ul style="list-style-type: none"> - Glucometría - Ekg - Rx de tórax - Tag simple de cráneo - Laboratorios: Ch, BUN, Creatinina, TP, TPT, Sodio, Potasio, Cloro, Glicemia, Gases Arteriales, Parcial de orina, Cuantificación de La/Le - Nueva valoración
23-09-2023	A las 22:22:00 nuevamente fue valorado por el médico general, Vladimir Antonio Ferreira Olano, quien ordenó valoración por UCI siendo valorado de forma inmediata por el Dr. Almarales, quien consideró que por gravedad del paciente debía ser trasladado inmediatamente a la UCI. Enseguida fue trasladado el paciente a UCI.
23-09-2023	A las 23:49:00 fue aceptado el paciente en la UCI con reporte de paraclínicos, con cuadro hemático, leucocitosis, neutrofilia, plaquetas 133000mm ³ , tiempo de coagulación normales, electrolitos, hipopotasemia leve, cloro normal, sodio normal, creatinina 1.56mg/dl, BUN 29mg/dl, parcial de orina hematuria microscópica. Como plan de manejo fue ordenada tasa de filtración glomerular 71.25ml y continuando manejo por unidad decidiendo aumentar goteo de dopamina, 10ug/kg/min, TA 80/30, FR 20 x min, S02 100%, FC 110x/min.
24-09-2023	A las 01:15 al paciente le fue realizado TAC Cráneo sin evidencia de lesión alguna sin signos de isquemia o hemorragia con buena delimitación entre la sustancia gris y sustancia blanca. A su vez, en el RX de Tórax se evidencio elevación de hemidiafragma lado derecho, borramiento de seno costofrenico con evidencia atelectasia del lóbulo medio.
24-09-2023	A las 1:52 el médico de la especialidad de urgencias y paciente crítico, Dr. José Rafael Almarales Navarro, en valoración de interconsulta observó paciente en malas condiciones de salud, emitiendo olor fétido, pálido, deshidratado, con intubación orotraqueal soporte vasopresor con dopamina. Registrando a su vez como signos vitales, TA 103/52 MM HG, TA arterial media 65 MM HG, frecuencia cardiaca 60 por minuto, frecuencia respiratoria 20 por minuto, saturación O ₂ 98% y temperatura de 36 °C. También sobresale nota médica que da cuenta de impresión diagnóstica: <ul style="list-style-type: none"> - Golpe de calor - Falla respiratoria aguda secundaria - Edema cerebral secundario - Choque hipovolémico no hemorrágico grado IV - Falla renal aguda Como análisis y plan el médico tratante determinó con criterios diagnósticos de golpe de calor, con alto probabilidades de mortalidad cercana al 70 %, con riesgo de falla renal aguda por rabdomiólisis de hasta 30%, con evidencia de Rx de tórax de atelectasia lóbulo medio, tubo endotraqueal a 2.5 cm de la carina, con tac cerebral que evidencia signos de edema cerebral sin lesiones que ocupen espacio o sangrado cerebral, con creatinina elevada, hipocalémico, gases arteriales de ingreso con acidosis metabólica leve, con adecuada saturación venosa. En la misma valoración fue decidida colocación de catéter venoso central subclavio derecho punción única sin complicaciones, presión de llenado de 8 cm, fue iniciada reanimación hídrica vigorosa en metas de reanimación para cheque hipovolémico severo hemorrágico. A su vez, el médico requirió de la presencia de acompañantes de primer grado y por el alto grado de complicaciones fue solicitado CPK, CPIK MB para confirmar rabdomiólisis, en el momento no posibilidad de mioglobulinuria siendo a su vez ordenados paraclínicos de control 8 am para valoración de evolución falla renal, electrolitos, glicemia, tiempos de coagulación y Rx de tórax control post – catéter.
24-09-2011	A las 10:40 am el médico de la especialidad de urgencias y paciente crítico, José Rafael Almarales Navarro, reitero los diagnósticos anotados y evidenció que el paciente seguía requiriendo de la Unidad de Cuidados Intensivos para soporte ventilatorio mecánico invasivo, monitoreo continuo cardiovascular, respiratorio, hemodinámico estricto, paciente bajo sedo analgesia RASS +4, acoplado a la ventilación mecánica invasiva con parámetros ventilatorios elevados, con acidemia severa, en el momento con adecuados volúmenes urinarios, balance positivo con mejoría de las presiones de llenado, quien para ese día en la mañana presento fiebre. Igualmente, dieron continuidad de antipirético con acetaminofén, y medios físicos antitérmicos. A su vez, sobresale nota médica de paciente con alto riesgo de falla renal aguda, y mortalidad cercana al 70 % continuando con reanimación. Como plan de manejo fue ordenado el aumento de fentanilo a 150 Meg/hora, aumentar midazolam 4 mg/hora iniciando a su vez nutrición enteral líquida completa y balanceada. Asimismo, solicitaron BUN, creatinina, electrolitos en la tarde, agua helada por sonda orogástrica.
24-09-2011	A las 14:06 horas el paciente ingresa en shock con evidencia de hemoglobinuria en el parcial de orina, e insuficiencia renal aguda, electrolitos normales al examen físico paciente febril, normotenso, ruidos cardiacos rítmicos, pulmones claros, abdomen blando no doloroso, extremidades sin edemas. Como reporte de laboratorios obra registro HB 14.4gm/dl, blancos 14600, plaquetas 133000, sodio 139meq/l, potasio 3,3meq/l, cloro 108meq/l, glicemia 94.8mg/dl, BUN 29mg/dl, creatinina 1,5mg/dl, CPK 3661, CPKMB 93. En análisis y plan del paciente el médico de las especialidades de medicina interna y nefrología, Dr. Rafael Gregorio Suárez establece entre otros hallazgos evidencia de rabdomiólisis vs. hemoglobinuria. Dejando la siguiente nota, esto último poco probable por la ausencia de caída de hemoglobina ordenando la continuidad del plan de hidratación amplio manteniendo presiones venosas centrales efectivas de 10cm de agua y un ritmo diurético de 2cc/kg/hora.
25-09-2011	A las 10:01 el médico de la especialidad de urgencias y paciente crítico, Dr. José Rafael Almarales Navarro, en su análisis estableció como diagnósticos los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> - Golpe de calor - Choque hipovolémico - Falla respiratoria aguda - Edema pulmonar por sobrecarga hídrica - Edema cerebral - Falla renal aguda en urgencia dialítica por rabdomiólisis A su vez, sobresale nota médica de que llama la atención mejoría de los azoados con respecto al día de ayer en la tarde, y con volúmenes urinarios adecuados en balance positive, se continua

	<p>protección neuronal, se tomará tac cerebral de control en 24 horas, y de acuerdo a evolución corrección acidosis, mejoría rabdomiólisis, mejoría función renal y desaparición de hipertermia ordenó suspender sedo analgesia para llevar a protocolo de extubación programada continuando con igual soporte multiorgánico instaurado. Igualmente, dieron inicio a heparina 5000 unidad sc, cada 12 horas, destete de adrenalina, glucometrías cada 6 horas y medios físicos antitérmicos.</p>
26-09-2011	<p>A las 7:04 horas el médico de cirugía general Dr. Juan Manuel Martínez conforme a los diagnósticos anotados en el examen físico evidenció entre otros hallazgos sospecha de rabdomiólisis por elevación de CPK observando a su vez paciente desacoplado con la ventilación mecánica, pupilas mióticas pobremente reactivas, estertores diseminados en ambos campos pulmonares, no masas, no megalias, no estigmas de sangrado. Balances hídricos positivos con diuresis limitrofe y presiones de llenado elevadas. Control metabólico adecuado, electrolitos normales, disminución de la creatinina con BUN estable, orina clara, CH normal y tiempos de coagulación ligeramente prolongados. Acidosis metabólica en la gasometría con trastorno moderado de la oxigenación y la perfusión.</p> <p>Como plan de manejo fue decidido llevar a balances neutros como parte del manejo de la sobrecarga pulmonar secundaria a la reanimación vigorosa requerida para lo cual fue adicionado a diurético en bolo y se reajustada la noradrenalina con pronóstico reservado.</p>
26-09-2011	<p>A las 19:16 horas el médico de cirugía general, Dr. Juan Manuel Martínez en la cual advirtió problemas en la evolución como hipotensión refractaria al uso de vasopresores a dosis máximas; así como la ausencia de esfuerzos respiratorios por lo que requirió de asistencia completa de ventilador, déficit neurológico dado por ausencia de reflejos pupilares y sobrecarga pulmonar secundaria al proceso de reanimación. Además, en el momento registraba malas condiciones generales con signos de vasoconstricción periférica, llenado capilar prolongado, tensiones arteriales con medias persistentemente bajas en la medición con catéter invasivo arterial, pupilas mióticas no reactivas, ausencia de reflejos en la vía aérea. Igualmente, sobresale nota médica de alta probabilidad de muerte y/o falla multiorgánica.</p> <p>Como plan de manejo el médico tratante decidió durante la noche dar prioridad a la recuperación del estado cardiovascular siendo disminuida la dosis de la sedo analgesia por su efecto hipotensor toda vez que el edema cerebral había mejorado; asimismo fue realizada reposición volumétrica reajustando con hipertónica para evitar el ingreso a edema pulmonar por sobrecarga de volúmenes y de mantol por encontrarse conjurada la rabdomiólisis y la falla renal estaba en resolución.</p>
26-09-2011	<p>A las 22:54 el médico de cirugía general, Dr. Juan Manuel Martínez, evidenció paciente con elevación de la temperatura por encima de 38,3 °C por 2 horas seguidas con pobre respuesta a las medidas antitérmicas empleadas por lo cual fue adicionada dipirona como antipirético persistiendo hipotensión refractaria al manejo con noradrenalina y vasopresina a pesar de la suspensión de la sedación, presiones de llenado elevadas.</p> <p>Durante el seguimiento de la evolución nuevamente presenta secreción espumosa por tubo coincidente con nuevo episodio de edema pulmonar, paciente con pobre pronóstico con pérdida de la función cardiovascular y pulmonar, déficit neurológico severo, con shock neurogénico severo de pobre respuesta a los vasopresores. Se sospecha compromiso suprarrenal ante la refractariedad del cuadro por lo cual fue iniciado bolo de corticoides de 300 mg ahora continuando por dosis horaria. En general deterioro clínico marcado con pérdida de los mecanismos regulatorios cardiovasculares, térmicos, metabólicos, requiriendo soportes elevados y con alta probabilidad de muerte. Como plan de manejo dieron inicio a infusión de furosemida, corticoide en bolo, continuar medidas antitérmicas y antipirético para lo cual suspendieron líquidos hipertónicos.</p>
27-09-2011	<p>A las 7:21 horas el médico de las especialidades de cirugía general y manejo de UCI, Dr. Juan Manuel Martínez que para ese día persistía, sin esfuerzos ventilatorios espontáneos, sin cambios en la respuesta pupilar, piel fría y signos de vasoconstricción, sin respuesta neurológica a pesar del retiro de la sedación; balance hídrico positivo con diuresis adecuada en volumen y calidad de orina; control metabólico adecuado, balance electrolítico en límites normales, elevación de la creatinina, con CH estable y sin coagulopatía evidenciable en tiempos de coagulación, estado ácido básico en acidosis metabólica sin cambios respecto al último control.</p> <p>En general observó estabilización del perfil hemodinámico en las últimas horas, logrando control de los episodios de edema pulmonar y de la hipotensión en las últimas 6 horas. De otra parte, persistencia febril sin foco séptico ni cambios en el perfil leucocitario lo que sugirió fiebre de origen central siendo aplicados medios físicos y antipiréticos sin éxito de repetir episodios de elevación de la temperatura se definiría el uso de clorpromacina.</p> <p>Asimismo, fue advertida la caída de la función renal a pesar de los buenos volúmenes urinarios motivo por el cual fue solicitado de nuevo intervención al grupo de nefrología para considerar la necesidad de diálisis. También solicitaron ecocardiograma con el fin de determinar si el origen de la sobrecarga se debe a patología estructural, isquémica o valvular posterior a la rabdomiólisis. Adicionalmente solicitaron intervención a neurología para definir pronóstico neurológico continuando con soporte vital avanzado en UCI ventilatorio, cardiovascular, metabólico, ácido básico con el fin de proteger la vida y con alta probabilidad de muerte.</p>
28-09-2011	<p>A las 8:09 horas el médico de las especialidades de medicina interna y nefrología, Dr. Rafael Gregorio Suárez, al examen físico observó paciente afebril, normotenso con apoyo cardiovascular farmacológico, ruidos cardíacos rítmicos, pulmones ventilados con peep de 12, abdomen blando no doloroso, extremidades sin edemas, con catéter venoso central para hemodiálisis en femoral derecha.</p> <p>Igualmente, sobresale resultados de laboratorios: HB 11.6 gm/dl, blancos 14390, plaquetas 129000, sodio 140MEQ/L, potasio 3.3MEQ/L, cloro 110MEQ/L, BUN 25mg/DL, creatinina 1.92mg/DL.</p> <p>Como plan de manejo se observa disfunción multiorgánica con deterioro de parámetros renales, en el contexto de hipervolemia por lo que el día anterior dieron inicio a hemodiálisis de urgencia.</p>
28-09-2011	<p>A las 12:05 horas el médico de la especialidad de urgencias y paciente crítico, Dr. José Rafael Almarales Navarro, en cuya valoración sobresalen como diagnósticos los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - . Golpe de calor - . Choque distributivo - neurogénico - . Falla respiratoria aguda - . Edema pulmonar por sobrecarga hídrica en resolución - . Edema cerebral en resolución

	<p>- Sinusitis aguda - Falla renal aguda en urgencia dialítica por rabdomiólisis con terapia de reemplazo renal Entre los paraclínicos fue registrada glicemia 104, sodio 140, potasio 3.3 Cloro 110 BUN, 25 Great 1.9, Leucos 14390, Neutro 92 Hb 11.6 HTO 36 Plaquetas 129000 PCR, TP 16/12 INR 1.2 TPT 46/26 CPK MB Trop ECQ: TT alteración de contractilidad global y segmentaria normal, FEVI 45-50% A su vez como plan de manejo conceptúa que "se encuentra foco en senos paranasales y se deberá continuar antibioticoterapia con ampicilina, claritromicina, se debe continuar seguimiento de respuesta inflamatoria, el día de ayer le fue iniciado la terapia de reemplazo en hemodiálisis tolerada por el paciente, y en mejoría de acidosis metabólica con disminución de azoados el día de hoy, conserva volúmenes urinarios aceptables, se inicia aporte de potasio en infusión continua, se da parte médico a familiares".</p>
28-09-2011	<p>A las 16:52 horas fue valorado por la especialidad de neurología, Dr. German Alonso Palacios, al examen físico observo afebril en el momento, normocéfalo, pupilas reactivas de 1.5 a 1mm, CP normal, abdomen blando, edema en las manos, no se alertaba a estímulos nociceptivos, oculocefálicos ausentes, cornéanos y cardinal presentes, no respuesta motora a estímulos nociceptivos, no signos meníngeos y arreflexia generalizada.</p>
29-09-2011	<p>A las 13:07 horas fue valorado por la especialidad de urgencias y paciente crítico, Dr. José Rafael Almares Navarro, con apoyo de los resultados del RX Tórax que da cuenta de neumotórax derecho, con leve derrame pleural derecho, tubo endotraqueal en posición, catéter venoso central derecho en adecuada posición. Respecto de lo cual sobresale nota médica que da cuenta de, "en el momento con índice de lesión pulmonar moderado con evidencia de SDRA, con Rx de tórax que evidencia neumotórax más derrame pleural derecho por lo cual se solicita TAC de tórax de alta resolución en donde se confirma lesión pulmonar de SDRA neumotórax derecho y derrame pleural derecho importante, continua en síndrome de falla multiorgánica, se reajustan parámetros ventilatorios con estrategia para SDRA, se ordena valoración y colocación de tubo de toracostomía cerrada por cirugía general, se ordena suspender sedación consiente y reiniciar sedo analgesia para acople de ventilación mecánica, se continua resto del soporte instaurado multiorgánico igual." A su vez, estableció como diagnósticos los siguientes: - Síndrome de falla multiorgánica (disfunción miocárdica, renal, pulmonar, hepática) - Golpe de calor - Choque distributivo - neurogénico - Falla respiratoria aguda - Edema cerebral en resolución - Sinusitis aguda - Falla renal aguda en urgencia dialítica por rabdomiólisis con terapia de reemplazo renal</p>
29-09-2011	<p>A las 15:34 horas el médico de cirugía general, Dr. Javier Darío Garzón Rodríguez, evidenció también en el TAC de alta resolución de tórax hidro neumotórax derecho razón por la cual interconsultan a esta especialidad; asimismo fue realizado paso de toracostomía cerrada derecha en la cual hay salida de abundante aire y liquido pleural continuando de momento manejo conjunto servicio de UCI.</p>
29-09-2011	<p>A las 22:00 horas durante el seguimiento de la evolución, el Dr. José Almarales, entre otras notas médicas observó buen control metabólico con tubo de toracostomía derecho drenaje sanguinolento a través del tubo, con requerimiento de soporte vasopresor con noradrenalina siendo nuevamente practicado Rx de tórax de control post tubo evidenciando resolución de neumotórax persistencia de derrame, tubo en adecuado posición siendo solicitado nuevamente Rx de tórax, cuadro hemático, electrolitos, tiempos de coagulación y azoados.</p>
30-09-2011	<p>A las 10:41 horas fue valorado por la especialidad de cirugía general, Dr. Carmelo Diaz Pájaro, "paciente a quien el día de ayer se le paso tubo de tórax derecho con drenaje de hemo neumotórax derecho sin embargo en el día de hoy se revisa tubo de toracostomía en las últimas 24 horas drenó 45 cc seroso, a lo largo del tubo de toracostomía se observa que esta ocluido por abundantes coágulos, se retiran estos con gasas, se pasa una sonda de nelaton a través del tubo logrando retirar el 90% de los coágulos, sin embargo a nivel de punto de inserción persisten coágulos los cuales son de difícil extracción por lo cual se considera cambio de tubo de toracostomía".</p>
30-09-2011	<p>A las 18:44 horas fue valorado por la especialidad de urgencias y paciente crítico, Dr. José Rafael Almares Navarro, con ocasión al seguimiento de la evolución del paciente advirtió malas condiciones generales desde el punto de vista ventilatorio con soporte ventilatorio alto con deterioro de los índices de oxigenación siendo colocado relajante muscular por desacople a la ventilación. Obra registro de cambio de tubo de tórax con Rx control que evidencia reexpansión de neumotórax derecho y adecuada posición continua con soporte vasopresor mixto; asimismo fue evidenciada la reactivación de fiebre la cual fue interpretada por el médico como secundaria a la respuesta inflamatoria por SDRA. Sin embargo, tomó la decisión de hacer seguimiento estricto de foco infeccioso oculto una vez se sospecha se sospecha se decidirá cambio de la estrategia antimicrobiana.</p>
01-10-2011	<p>A las 9:50 horas el médico de las especialidades de medicina interna y nefrología, Dr. Rafael Gregorio Suárez, hizo seguimiento a la evolución del paciente dejando constancia de los antecedentes clínicos tratados hasta ese momento hizo énfasis que se encuentra evolucionando con neumotórax por lo que fue colocado tubo de tórax, hipernatremia con corrección con agua libre y actualmente sin requerimiento de hemodiálisis motivo por el cual fue cerrada interconsulta.</p>
01-10-2011	<p>A las 19:42 horas el médico de la especialidad de urgencias y paciente crítico, Dr. José Rafael Almares Navarro, estableció como nuevos diagnósticos los siguientes: - Síndrome de dificultad respiratoria agudo - Insuficiencia respiratoria aguda secundaria - Sepsis de origen pulmonar - Cardiomiopatía de origen a establecer - Falla renal aguda en resolución Conforme a lo anterior evidenció persistencia de mal estado general requiriendo de múltiples estrategias de ventilación tanto ventilado, por volumen como por presión presentando volúmenes bajos, presiones de la vía aérea elevadas. A su vez, sobresale del Rx Tórax cámara de neumotórax residual y en tal virtud pidió concepto de cirugía general.</p>
01-10-2011	<p>A las 19:50 horas fue valorado por la especialidad de cirugía general, Dr. Javier Darío Garzón Rodríguez, en donde evidenció al paciente con POP de toracostomía cerrada derecha en contexto</p>

	<p>de SDRA siendo manejado con presiones altas en vía aérea, presión meseta alta, entre otros hallazgos, igualmente hizo interconsulta por presencia de neumotórax residual aproximadamente 20% hemitórax derecho con toracostomía funcional y de momento considero cuadro clínico de deterioro de parámetros ventilatorios no son secundarios a neumotórax, que el mismo es residual y no a tensión razón por la cual sugirió continuar manejo de servicio de UCI con estrategia ventilatoria y con pleurevac a succión negativa.</p>
02-10-2011	<p>A las 10:50 horas el médico de las especialidades de medicina interna y nefrología, Dr. Rafael Gregorio Suárez, con ocasión del seguimiento de paraclínicos y del cultivo de secreción advirtió la presencia de la bacteria "<i>klebsiella pneumoniae sensible meropenem</i>" y también del Rx tórax observó SDRA en cuatro cuadrantes, con infiltrado neumónico apical derecho, mínima cámara de neumotórax derecho, silueta cardio mediastínica normal, y engrosamiento de hilio peribroncovascular.</p> <p>Como plan de manejo fue ordenado, (i) modificación de parámetros ventilatorios; (ii) aumento de aporte de agua libre oral; (iii) disminución de aporte hídrico venoso; (iv) antibioticoterapia; (v) nutrición enteral; y (vi) toracostomía a succión continua.</p>
02-10-2011	<p>A las 11:50 horas el médico de cirugía general, Javier Darío Garzón Rodríguez, decidió cambiar modo ventilatorio a "cisto" (sic) controlado ventilado únicamente con presión, hay persistencia de enfisema subcutáneo. Sin embargo, se encuentra tubo de toracostomía en Rx de tórax bien posicionado con disminución de cámara de neumotórax continuamos por el momento manejo de toracostomía cerrada derecha, estrategia ventilatoria por parte de UCI.</p>
02-10-2011	<p>A las 19:26 horas la médica de medicina interna, Dra. Carol Milena Cifuentes, determina como nuevos diagnósticos los de, (i) falla respiratoria aguda + neumonía apical derecha por <i>klebsiella pneumoniae sensible meropenem</i>; y (ii) neumotórax en manejo con toracostomía derecha. Asimismo, obra nota de persistencia de picos febriles altos de difícil control desde las 15:00 dando continuidad al manejo con medios físicos y antipirético de amplio espectro vancomicina meropenem.</p>
03-10-2011	<p>A las 12:05 horas el médico de la especialidad de cirugía general y manejo de UCI, Dr. Juan Manuel Martínez determinó entre otros hallazgos en el cultivo de SOT: positivo para <i>klebsiella pneumoniae</i> sensible a meropenem respecto de lo cual el médico tratante decidió no cambiar combinación antibiótica indicada; asimismo, en el Rx Tórax fue evidenciada disminución en los infiltrados de ocupación alveolar de los 4 cuadrantes pulmonares. También para ese día el paciente presento como problema fundamental la persistencia de fiebre y la aparición de convulsiones tónicas a repetición con postictal corto. Igualmente, obra registro de persistencia elevación de la temperatura a pesar de las medidas antiarrítmicas y el cambio antibiótico con SIRS persistente dado por leucocitosis y fiebre, secreciones purulentas por tubo orotraqueal y fosa nasales, estertores diseminados en ambos campos pulmonares. A su vez registro disociación toracoabdominal, piel fría, con cuadro de neumonía asociada a la ventilación mecánica con reporte de bacilo GRAM negativo orotraqueal.</p> <p>Conforme a lo anterior sobresale nota médica que da cuenta del plan de manejo, "<i>se decide iniciar fenitoína en impregnación y mantenimiento para tratar de controlar status convulsivo, reajustar los antipiréticos, cambiar el catéter venoso central y hacer screening para hongos como medidas de control de la fiebre. En general se considera que el paciente cursa con cuadro clínico de mal pronóstico toda vez que no hay mejoría neurológica después del golpe de calor lo cual indica lesión encefálica. Preocupa el patrón infeccioso persistente que aún no completa las primeras 24 horas de cambio AB y al cual no se le adiciona aun antimicótico en espera de respuesta. Alta probabilidad de muerte. Se da parte a la familia.</i>"</p>
04-10-2011	<p>A las 10:10 horas el médico de la especialidad de cirugía general y manejo de UCI, Dr. Juan Manuel Martínez con ocasión del análisis de la evolución del paciente estableció como nuevo diagnóstico el de neumonía multilobar asociada a la ventilación. A su vez obra registro de los problemas presentados para ese día principalmente el de la persistencia de fiebre a pesar de las medidas tomadas para el control de foco infeccioso (cambio de esquema AB hace 48, retiro de catéter central, screening de hongos con resultado negativo). Además, se evidenció que la respuesta leucocitaria es invariable por persistencia de neutrofilia, taquicardia persistente sin cambios hemodinámicos; asimismo, obra registro de continuidad de drenaje de secreción purulenta por fosa nasal y tubo orotraqueal logrando mejorar patrón de acoplamiento a la ventilación mecánica lo que permitió cambiar a modo SIMV asistido por presión y el retiro del relajante muscular, no obstante, persistiendo fistula broncopleurales por barotrauma. No hay cambios en la radiografía de tórax de control.</p> <p>A su vez, el médico tratante justificó el empleo de con dantroleno "<i>toda vez que en el país no, hay disponibilidad de clorpromacina considerando que las otras medidas antitérmicas (ambientales y farmacológicas con antipiréticos y AINES) han fracasado</i>". En cuanto al estado neurológico permanece alerta sin conexión con el medio externo, sin respuesta a estímulos, sin embargo, se considera enmascarada la evaluación por el estado de relajación muscular inducido. En general paciente con mal pronóstico con sospecha de severa secuela neurológica secundaria al golpe de calor inicial en quien se hace prioritario el control de la temperatura para intentar avanzar en la recuperación funcional.</p>
05-10-2011	<p>A las 8:56 horas el médico de las especialidades de medicina interna y nefrología, Dr. Rafael Gregorio Suárez, entre otros hallazgos evidenció en el Rx de Tórax leve disminución del neumotórax residual del 15% con infiltrados de ocupación alveolar de los 4 cuadrantes pulmonares, consolidado apical derecha. Con registro de tubo toracostomía normo implantado, tubo o-t normo posicionado. También el paciente registraba fiebre en las últimas 12 horas pero con signos de respuesta inflamatoria sistémica activos, entre otros hallazgos.</p> <p>Conforme a la evolución del paciente el médico tratante decidió solicitar valoración por neumología con la finalidad de realizar fibrobroncoscopia para determinar características de imagen persisten en los Rx de tórax o posible atelectasia que no mejora con clapping. También solicitó concepto y cambio de tubo de tórax a cirugía general; quien le indicó que el tubo debía continuar y esperar resolución de neumotórax.</p> <p>De acuerdo a lo anterior sobresalen ajustes al tratamiento consistentes en los siguientes: "<i>(...) se revisan cultivos de secreción orotraqueal y hemocultivos los cuales fueron positivos y se decide terapia de descalonamiento antimicrobiano a cefepima teniendo en cuenta los resultados de los antibiogramas y suspendiéndose el meropenem y la vancomicina, en el momento se suspende inicio</i></p>

	<p><i>de dantroleno por corrección de la fiebre, se decide llevar a balance negativo y se suspende fenitoína como anticonvulsivante el cual puede ocasionar fiebre asociada. Sin embargo, el paciente con síndrome convulsivo por daño estructural cerebral por lo cual se considera beneficio de terapia anticonvulsivante y se inicia ácido valproico solicitándose nueva valoración por neurología para concepto en este aspecto, se da parte médico a familiares, se espera evolución clínica. (...)</i></p>
05-10-2011	<p>A las 20:10 horas el médico de la especialidad de neurología, Dr. German Alonso Palacios, estableció como diagnósticos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Golpe de calor 2. Falla multisistémica 3. Síndrome Convulsivo 4. Sinusitis - neumonía multilobar – toracostomía Der 5. Ira en convalecencia 6. Edema Cerebral 7. Hipernatremia 8. Sedación Fentanyl - midazolam <p>S: Persisten picos febriles, requiriendo soporte ventilatorio O: TA 104/70, FC 100, intubado, FR 24 asiste 6xmin, SAT 94%, pupilas de 1 mm, reactivas, corazón rítmico, RSRS normales, abdomen blando, extremidades bien perfundidas, oculocefalicos conservados en planos vertical y horizontal, cardinal, corneas conservados, nociceptivos, arreflexia generalizada, no signos meníngeos I: Estacionario Como plan de manejo fue solicitado TAC cerebral simple de control</p>
06-10-2011	<p>A las 21:00 horas el médico de la especialidad de urgencias y paciente crítico. Dr. José Rafael Almarales Navarro, realizó fibrobroncoscopia en la cual encontraron gran cantidad de pus en lóbulo superior pulmonar derecho y leve en los lóbulos medio e inferior. A su vez, en conjunto realiza opinión endoscópica con el neumólogo consistente en atelectasia lóbulo superior derecho, sin signos de actividad broncopulmonar, con lo cual descartaron fistula. Como plan de manejo fue decidido el inicio conjunto al cefepima de moxifloxacino 400 mg al día, para aumentar el espectro de cubrimiento antibiótico, solicitando gram y cultivo de lavado bronquial; y continuando resto de soporte instaurado y medios físicos antitérmico.</p>
07-10-2011	<p>A las 6:25 horas el médico de la especialidad de urgencias y paciente crítico. Dr. José Rafael Almarales Navarro, realizó seguimiento del paciente encontrando en el Rx de Tórax neumomediastino residual derecho, con infiltrados de ocupación alveolar de los 4 cuadrantes pulmonares, con ligera disminución, consolidado apical derecha vs atelectasia, con tubo de toracostomía normo implantado, tubo o-t normo posicionado. En su valoración determinó que el Rx tórax evidencia persistencia de imagen de radiopacidad apical derecha atribuible a proceso parenquimatoso posible absceso pulmonar vs empiema tabicado como condicionante de no modulación de SIRS y disfunción pulmonar que requiere manejo por cirugía de tórax para lo cual obra nota médica que da cuenta sobre el inicio de trámite de remisión dadas las potenciales complicaciones y secuelas. Como plan de manejo fue dada la orden de remisión a cirugía de tórax; asimismo inicio de clindamicina, a su vez fue solicitado TAC de Tórax contrastado con ajuste de parámetros ventilatorios continuando con el resto de soporte instaurados.</p>
07-10-2011	<p>A las 19:37 horas el médico de la especialidad de anestesia, Ismael Enrique de la Hoz, entre los hallazgos sobresale la revisión del TAC cerebral de control evidenciando signos de mejoría de edema inicial. No obstante, como plan de manejo se ordenó continuar con el trámite de remisión para valoración y manejo por cirugía de tórax.</p>
08-10-2011	<p>A las 10:22 horas el médico de la especialidad de urgencias y paciente crítico. Dr. José Rafael Almarales Navarro, entre otros hallazgos evidenció secreción purulenta en escara de cuero cabelludo por lo que decidió iniciar AB tipo oxacilina y cultivo previo. Igualmente consideró realizar interconsulta a CX plástica para concepto y manejo continuando antibioterapia instaurada. Asimismo, aumento el aporte hídrico endovenoso. A su vez, sobresale nota médica sobre la continuidad del trámite de remisión para valoración y manejo por Cx de Tórax.</p>
08-10-2011	<p>A las 11:20 horas el médico de la especialidad de cirugía general, Dr. Carmelo Díaz Pajaro, realizó toracostomía cerrada derecha y continúa soporte y manejo conjunto de UCI.</p>
09-10-2011	<p>A las 9:44 horas el médico de la especialidad de urgencias y paciente crítico. Dr. José Rafael Almarales Navarro, nuevamente establece como diagnósticos los siguientes: DX DE MANEJO -. Síndrome de falla multiorgánica (disfunción miocárdica, renal, pulmonar, hepática) -. Síndrome convulsivo secundario en manejo -. Falla respiratoria aguda -. Sinusitis aguda en manejo -. Neumonía multilobar asociada a la ventilación en manejo -. Falla renal aguda resuelta -. Edema cerebral en resolución -. Escara sobre infectada en cuero cabelludo</p> <p>Entre los hallazgos sobresale como problemas consistentes en el requerimiento prolongado de ventilación mecánica y absceso pulmonar. Igualmente, obra registro de los siguientes Rx: (i) Rx de tórax: tubo de toracostomía cerrada derecho sin cambios, con evidencia de persistencia de neumotórax en ápice infiltrados intersticiales en cuatro cuadrantes con escasa disminución de la misma; (ii) Tac de tórax: infiltrados en tercio medio pulmón izquierdo, con aéreas de consolidación, tubo de toracostomía que transcurre a través del parénquima pulmonar con persistencia de gran neumotórax derecho.</p> <p>A su vez, persiste con pobres parámetros de oxigenación, sin tolerancia a disminución de parámetros ventilatorios, con desacople a la misma a la disminución de sedo analgesia, hipocalcemia leve en aporte del mismo en infusión continua, con cifras de temperatura controladas, sin fiebre en las últimas 24 horas. Como plan de manejo ordenó continuar esquema antibiótico en el momento con leve elevación de leucocitosis, bajo sospecha de absceso pulmonar, y con oxacilina por ulcera por presión en región occipital con secreción el día anterior en escasa mejoría para lo cual ordena continuar remisión para manejo integral por cirugía de tórax y de unidad de cuidados intensivos, continuando otros soportes ya instaurados, pendiente valoración por cirugía plástica de lesión</p>

	occipital, y dada la persistencia del desacople a la ventilación mecánica dio orden abolo de 2 mg iv de vecuronio.
09-10-2011	A las 11:55 horas el médico de la especialidad de cirugía general, Carmelo Díaz Pájaro, con ocasión del análisis efectuado en conjunto con el Dr. Burbano del TAC de Tórax evidenciaron neumotórax importante del 50 % motivo por el cual fue cambiado tubo de toracostomía debido a las fenestras del anterior adheridas al pulmón. No obstante, hizo la siguiente anotación <i>"desde el punto de vista radiológico y quirúrgico no se beneficia de procedimiento intervencionista teniendo en cuenta que son múltiples continuando manejo soporte uci"</i> .
09-10-2011	A las 20:14 horas el médico de la especialidad de urgencias y paciente crítico. Dr. José Rafael Almarales Navarro, advirtió la persistencia de neumotórax residual e imágenes compatibles con abscesos pulmonar o neumonía necrotizante, con sospecha de fistula broncopleurale continuando remisión para manejo integral en UCI y cirugía de tórax. Asimismo, fueron solicitados Rx de tórax, cuadro hemático, electrolitos, azoados y tiempos de coagulación glicemia.
10-10-2011	A las 8:45 horas el médico de la especialidad de urgencias y paciente crítico. Dr. José Rafael Almarales Navarro, durante el seguimiento de evolución del paciente estableció los siguientes diagnósticos: <ul style="list-style-type: none"> - Síndrome de falla multiorgánica (disfunción miocardia, renal, pulmonar, cerebral, hepática) - Golpe de calor - Síndrome convulsivo secundario controlado - Falla respiratoria aguda - Sinusitis aguda en manejo - Neumonía multilobar asociada a la ventilación en manejo - Falla renal aguda resuelta - Edema cerebral en resolución - Ulcera por presión sobre infectada en cuero cabelludo Como problemas presentados en el paciente obra registros de, (i) requerimiento prolongado de ventilación mecánica; (ii) absceso pulmonar?; (iii) persiste episodios de fiebre; (iv) continua manejo drenaje abundante por tubo de toracostomía; y (v) hipokalemia. Entre los hallazgos evidenció a través del tubo de toracostomía cerrada derecha secreción purulenta motivo por el cual dio inicio a vancomicina continuando manejo con cefepime, moxifloxacino, suspendiendo a su vez oxacilina. Igualmente dio orden de continuar con remisión para manejo integral en UCI y cirugía de tórax considerando a su vez que el paciente cursa empiema pulmonar y requerimiento de manejo quirúrgico decorticación.
10-10-2010	A las 8:54 horas el médico de la especialidad de cirugía general, Javier Darío Garzón Rodríguez, efectuó seguimiento de la evolución evidenciando que el paciente registraba TA 134/70, FC 89 FR 20 T36.7, tubo de tórax derecho dreno 650 CC con características serohemáticas, pero con membranas de fibrina advertidas para ese día y sin logras visualizar pus a través del drenaje. En los laboratorios de control observó CH sin leucocitosis pero con neutrofilia de 85%, electrolitos con hipokalemia 5%, PCR positiva en 72, ligera hiponatremia e hipoglicemia (65), HB: 10.9 tiempos de coagulación normales. De acuerdo a lo anterior considera que se trata de un paciente con sepsis de origen pulmonar secundario a abscesos pulmonares múltiples, no susceptibles de drenaje percutáneo ni de manejo QX, con tubo de tórax con drenaje serohemático aun importante, radiológicamente persiste neumotórax residual del 10%. Y encontrándose pendiente el cultivo de la muestra tomado durante la fibrobroncoscopia.
10-10-10	A las 18:43 horas la médica de la especialidad de cirugía plástica, Catherine Baron Cifuentes, realizó seguimiento a los hematomas del paciente y para el momento realizó seguimiento al trauma inicial presentando hematoma subgaleal occipital nivel presentando posteriormente infección del hematoma, necrosis de la piel en el momento se encuentra escara necrótica de aproximadamente de 4 x 4 cm en la región occipital, la cual se desbrida sin complicaciones evidenciando tejido sin exposición ósea sin signos de infección a este nivel. En región sacra observó ulcera por presión de 4 x 3 cm Grado III sin signos de infección con contaminación fecal. Como plan de manejo realizó curaciones con hebermin en escara sacra y región occipital insistiendo con medidas antiescaras con cambios de posición, hidratación de piel y adecuada nutrición.
10-10-10	A las 20:00 horas fue realizada junta médica con la participación de los médicos, Dr. Jorge Sandoval (cardiólogo), Dr. Javier Garzón (cirugía general), Dr. Iván Torres (subgerente medico), Dr. Ismael De La Hoz Peña (anestesiología - uci) y Dr. José Rafael Almarales (medicina de urgencias y paciente crítico - UCI) quienes revisaron historia clínica del paciente efectuando el siguiente análisis: <i>"(...) [a]notándose que el paciente por datos obtenidos por compañeros policías y datos de remisión el paciente presento evento convulsivo en sitio de prácticas asociado al consumo de agua al parecer no trata y con riesgo de haber broncoaspirado, episodios convulsivos identificados por médico que realiza atención inicial y al parecer durante su traslado, lo cual crea la posibilidad que el paciente se bronco aspirara desde el momento mismo del evento revisándose secuencia adilogica desde su ingreso a la unidad de cuidados intensivos aparece una imagen radiológica atelectasia en base derecha la cual posterior a la intubación resuelve, pero queda una imagen en radiografía de control de imagen con tendencia a la consolidación, la cual a las 72 horas del ingreso evidencia imagen de caverna en la misma base posteriormente evolucionado a SDRA, aparición de nuevas imágenes bulosas y de cavernas con posterior aparición a neumotórax espontaneo por posible barotrauma o biotrauma, en el contexto del paciente se considera aunque los cultivos reportan gérmenes gram (sic) negativos, la gran posibilidad que la neumonía multilobar con la cual cursa el paciente y con la presencia de niveles hidroaéreos se encuentra asociado a infección polimicrobiano y por gérmenes gram positivos no identificados posible stafilococcus aureus, cuyo foco primario puede estar relacionado con diseminación hematogena o en paciente inmunosuprimido, sin embargo no hay datos claros de estado previo de salud del paciente el cual pudo poder estar deteriorado y haber presentado evolución tan tórpida y rápidamente progresiva, en cuyo contexto se indagara a familiares y compañeros de posibilidades de estados gripales previos o infecciones de piel que ayuden desde el punto de vista epidemiológico a encontrar la causa directa de dicha evolución tan tórpida, considerando prudente continuar tramite de remisión para concepto y manejo por infectología, neumología y cirugía de tórax teniendo en cuenta que con los resultados del tac de tórax actual y a la resolución gradual luego del cambio del tubo de toracostomía derecha del neumotórax residual se descarta la posibilidad de fistula broncopleurale y con la presencia de múltiples abscesos pulmonares en el manejo médico, en el momento el manejo es médico, por lo cual se conceptúa continuar con igual esquema antimicrobiano ajustado hoy cefepima, vancomicina moxifloxacino. Se solicitarán estudios de inmunodeficiencia, se continuo resto del soporte multiorgánico instaurado igual.</i> 22:00 paciente quien continua con signos de respuesta inflamatoria sistémica activos nuevamente febril, se

	<p>decide suspender cefepima inicio de meropenem se policultiva, se solicitan koh, continua con buen control metabólico, con volúmenes urinarios adecuados en balance negativo, tolerando soporte nutricional enteral, se continua resto del soporte multiorgánico igual, se solicita cuadro hemático, electrolitos, tac de tórax de alta resolución de control por persistencia y empeoramiento de radiopacida (sic) lóbulo superior derecho con empeoramiento radiológico, azoados, tiempos de coagulación, PCR."</p>
11-10-2011	<p>A las 12:59 horas el médico de las especialidades de cirugía general y UCI, Juan Manuel Martínez, registro como diagnósticos los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Síndrome de falla multiorgánica (disfunción miocárdica, renal, pulmonar, cerebral, hepática) - Golpe de calor - Síndrome convulsivo secundario controlado - Falla respiratoria aguda - Neumonía multilobar asociada a la ventilación en manejo - Falla renal aguda resuelta - Edema cerebral en resolución - Ulcera por presión sobre infectada en cuero cabelludo - Síndrome de descondicionamiento físico <p>Obra registro de los paraclínicos: Glicemia 87 Sodio 152 Potasio 5.2 Cloro 120 BUN 29 Great Leucos 9530 Neutro 87 Hb 9.9 HTO 32 Plaquetas 550000 PCR 92 TP 12/12 INR 0.9 TPT 28/26 CPK MB Trap GRAM SEC OROTRAQUEAL bacilos gram negativos en escasa cantidad KOH secreción orotraqueal, negativo para estructuras mióticas RX DE TORAX: Tubo de toracostomía cerrada derecho, neumotórax en disminución en campo pulmonar derecho, infiltrados intersticiales con escasa disminución, tubo endotraqueal en adecuada posición.</p> <p>Entre los hallazgos sobresale que, en la noche y madrugada el reinicio de antibióticos de amplio espectro por aparición de fiebre con reactivación del SIRS con buen resultado. Como medida preventiva también se cambiaron accesos venosos, sondas y drenajes siendo cambiado el tubo de toracostomía con mejoría de la placa de tórax. Obra también obra registro de evolución neurológica no evaluable por sedación profunda por lo cual el médico tratante decidió iniciar destete con cambio intermitente vigilando el balance toracoabdominal y el acoplamiento a la ventilación mecánica.</p> <p>Control metabólico adecuado, con electrolitos, azoados, CH y tiempos de coagulación normales. Estado ácido básico en alcalosis metabólica compensada con PAFI deteriorada. Persistiendo imagen de neumotórax residual en la placa de control encontrándose pendiente de reporte de TACAR. En general, el médico tratante consideró paciente cursando cuadro pulmonar infeccioso de manejo medico antibiótico quien requiere de supervisión directa del tratamiento por neumología y cirugía de tórax, en el contexto de falla respiratoria de etiología mixta, infecciosa y muscular, con pobre pronóstico neurológico por secuelas del golpe de calor y en quien se considera requiere de manejo en institución de mayor nivel que cuente con neumología como servicio tratante de base. Se inicio suspensión intermitente de sedo analgesia con el ánimo de evitar brusco despertar que empeoro el patrón ventilatorio con pronóstico reservado. Se dio parte a la familia.</p>
11-10-2011	<p>A las 21:51 horas llegó la ambulancia medicalizada para traslado del paciente a sitio de remisión a Fundación Cardioinfantil de Bogotá.</p>
12-10-2011	<p>A las 22:00 horas fue cerrada la epicrisis por remisión a la Fundación Cardioinfantil con lo siguientes diagnósticos definitivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Síndrome de falla multiorgánica (disfunción miocárdica, renal, pulmonar, cerebral, hepática) - Golpe de calor - Síndrome convulsivo secundario controlado - Falla respiratoria aguda - Neumonía multilobar asociada a la ventilación mecánica - Falla renal aguda resuelta - Edema cerebral en resolución - Ulcera por presión sobre infectada en cuero cabelludo - Síndrome de descondicionamiento físico <p>El paciente egreso en ambulancia medicalizada en remisión a Fundación Cardioinfantil de Bogotá con soporte ventilatorio mecánico invasivo, bajo sedo analgesia y dosis única de relajante neuromuscular para manejo integral por neumología, infectología, cirugía de tórax con signos vitales TA 135/83 FC 120 FR 20 SAT 93% FIO2 0.5.</p>

4) De la atención médica brindada por Fundación Cardio Infantil:

Fecha	Descripción Evento
12-10-2011	<p>A las 2:39 horas el paciente ingreso a la Fundación CardioInfantil siendo ingresado inmediatamente a UCI.</p>
12-10-2011	<p>A las 3:04 horas la médica especialista de medicina crítica y cuidado, Dra. Lina María Saucedo Jaramillo, valoró al paciente con ingreso de código rojo registrando a su vez los siguientes signos vitales: Frecuencia Respiratoria: 14 Latidos/min, Tipo de Respiración Normal, Saturación de Oxígeno 89%, Con Oxígeno FIO2: 50 %, Temperatura Febril, Ventilación Asistida: Si A su vez como diagnósticos de ingreso fue establecido el de, otras convulsiones y las no especificadas en estudio y absceso del pulmón con neumonía. Antecedentes: paciente con un cuadro clínico de alteración del estado de conciencia, posterior a caminata prolongada, falla renal secundaria a rabdomiólisis, que fue manejada con terapia dialítica en sitio de remisión desconociéndose el modo utilizado, además de lesiones pulmonares que no han sido aclaradas y sugestivas de neumonía multilobar con absceso pulmonar (?) vs SDRA. Asimismo, observa al examen físico otros probables focos de infección con sitio de inserción del catéter venoso central subclavio derecho con eritema, drenaje por tubo de toracostomía de aspecto purulento, orina turbia y sedimentada así como zonas de presión con secreción purulenta y fétida, siendo solicitados paraclínicos del ingreso con hemocultivos, urocultivo, cultivo de secreción</p>

	<p>orotraqueal, perfil hepático, función renal, química sanguínea completa, ácido láctico, gasometría, radiografía de tórax. Ordenando a su vez, (i) cuidado de la piel, con vaselina pura, cambios de posición y valoración por clínica de heridas; (ii) cambio de catéter venoso central, sonda vesical; y (iii) valoración por servicio de Cirugía de Tórax según radiografía.</p> <p>Sobresale nota médica que dice que "llama la atención el importante compromiso neurológico, que no es explicado por hallazgos tomográficos anormales, se solicita RM cerebral y telemetría, para descartar lesiones no evidentes en TAC y/o status epiléptico no convulsivo".</p>
12-10-2011	<p>A las 8:51 horas la médica especialista de medicina crítica y cuidado, Dra. Lina María Saucedo Jaramillo, estableció como diagnósticos (i) Sepsis de probable origen pulmonar; (ii) neumonía extrahospitalaria; (iii) síndrome convulsivo en estudio, descartar neuro infección; (iv) falla renal aguda en resolución; (v) rhabdomiólisis; y (vi) golpe de calor.</p> <p>Como análisis advirtió que el paciente llevaba 18 días con soporte ventilatorio cursando en ese momento signos de respuesta inflamatoria sistémica con probable foco infeccioso a nivel pulmonar, con cobertura antibiótica con vancomicina y meropenem iniciado hace 4 días. Entre otros hallazgos llamó la atención aumento de secreciones respiratorias, con compromiso de oxigenación por lo que persiste sospecha foco infeccioso a este nivel.</p> <p>Como plan de manejo fue solicitado TAC de tórax para valoración de parénquima pulmonar, TAC cerebral, valoración por neurología para realización de punción lumbar por acceso venoso central extrahospitalario, con signos de infección local realizando cambio de dicho acceso con cultivo del mismo. Por parte renal con insuficiencia renal aguda que requirió terapia de remplazo renal, en ese momento con diuresis correcta, azoados estables, electrolitos con hipernatremia e hipercloremia. Por escaras sacras, extrahospitalarias, fue solicitada valoración por clínica de heridas. Asimismo, fue determinado paciente mal pronostico dado el estado general, familiares informados de situación clínica, pronóstico y conducta a seguir. Y solicita valoración por neumología realización de fibrobroncoscopia. Asimismo, fue ordenada prueba ELISA para VIH previa autorización de familiares.</p>
13-10-2011	<p>A las 14:10 horas, la médica de la especialidad de neurología, Dra. María Inés Vergara Streinesberger, como análisis observó al paciente al parecer sin antecedentes previos, con episodio de fiebre, pérdida del estado de conciencia y crisis convulsiva, posteriormente falla ventilatoria que requiere manejo en UCI con múltiples comorbilidades asociadas, con golpe de calor como probable evento desencadenante.</p> <p>Como plan de manejo decidió, reiniciar fenitoína 100 mg iv c/8h ordenando a su vez la punción lumbar. También dejó constancia de determinar la posibilidad de realizar video telemetría por presencia de escara occipital.</p>
12-10-2011	<p>A las 14:15 horas por interconsulta de la especialidad de cirugía de tórax, Luis Jaime Téllez Rodríguez, interconsulta al servicio de cirugía de tórax para valoración de tubo de tórax e infección pulmonar que probablemente requiera intervención quirúrgica. El médico tratante conceptuó sobre el estado del paciente evidenciando antecedente de lesión pulmonar con complicación de neumonía y neumotórax derecho en ventilación mecánica prolongada remitido de Hospital de Giradot. Con apoyo de la revisión de la tomografía de tórax encontra extensas lesiones e infiltrados intersticiales y de ocupación alveolar bilaterales, cámara de neumotórax anterior derecha con engrosamiento pleural sin evidencia de derrame tubo de tórax en cavidad pleural observando varias lesiones tabicadas (sic) comprometiendo en mayor proporción el lóbulo superior derecho aparentemente ninguna con comunicación a cavidad pleural y extensa consolidación de lóbulo inferior derecho y paciente clínicamente con fuga aérea y drenaje serohemático; por el momento consideró como un paciente en estado crítico con neumonía cavitada y cavidad pleural drenada con toracostomía cerrada el cual por el momento no requiere intervención quirúrgica y se estaría atento a la evolución ya que en cualquier momento la condición pleuropulmonar podría indicar un cambio de conducta.</p>
12-10-2011	<p>A las 14:40 horas el médico de la especialidad de medicina crítica y cuidado, Dr. Rafael Arturo Meza Matallana, realizó punción lumbar subclavia izquierda. En segunda punción se obtuvo retorno venoso, con técnica de seldinger, se avanza catéter venoso central, se fija a 18 cm, se cubre con apósito. Sin complicaciones.</p>
12-10-2011	<p>A las 15:41 horas el médico de la especialidad de neumología, Dr. Jaime Andrés Rodríguez Fellow, realizó el procedimiento de fibrobroncoscopia más bal sin complicaciones a través de tubo orotraqueal fibrobroncoscopio identificando carina con aspecto normal, localizó bronqui fuente derecho, de aspecto y calibre normal; asimismo, fue identificado bronquio para el lóbulo inferior, con calibre normal, con eritema de mucosa y aprecia secreción mucoide y seropurulenta la cual se aspira en lavado bronco alveolar.</p> <p>Como plan de manejo fueron ordenados cultivos para hongo, micobacteria, aerobios, tinciones para hongos, bk, gram.</p>
12-10-2011	<p>A las 18:58 horas el médico de la especialidad de medicina crítica y cuidado, Dr. Rafael Arturo Meza Matallana, con ocasión de los estudios de extensión en TAC de tórax evidenció cavitación en hemitórax derecho con neumotórax residual e imagen de ocupación alveolar multilobar, con lavado bronco alveolar que evidencia predominio de neutrófilos, con coloración de gram con bacilos gram negativos, cultivo en curso. A su vez, el paciente fue valorado por cirugía de tórax quien consideró que no tiene indicación quirúrgica en el momento. Paralelamente fue practicado ecocardiograma transtorácico en el cual fue descartada presencia de vegetaciones, con adecuada contractilidad ventricular. Y simultáneamente, fue nuevamente valorado por neurología con TAC de cráneo que descarta lesiones ocupantes de espacio y hemorragia, pendiente realización de punción lumbar.</p> <p>De otra parte, respecto de la parte microbiológica con aislamiento de bacilos de gram negativos de bacilos gram negativos en lavado bronco alveolar, sin estructuras fúngicas ni BAAR, urocultivo negativo, hemocultivos en curso y cultivo de punta de catéter en curso, con cobertura antibiótica con meropenem y vancomicina, se continua cobertura antibiótica instaurada, hasta obtener reporte definitivo de cultivos, pendiente niveles séricos de vancomicina. Se encuentra pendiente ELISA para VIH por estado crítico de paciente.</p> <p>Se anotó que el estado del paciente presentaba evolución estacionaria persistiendo estado crítico y continuando vigilancia clínica con soporte ventilatorio, antibioticoterapia de amplio espectro, resto de tratamiento instaurado. Y con mal pronóstico dado el estado actual de paciente, familiares informados de situación clínica, pronóstico y conducta a seguir.</p>
13-10-2011	<p>A las 9:42 horas, el médico de la especialidad de medicina crítica y cuidado, Dr. Rafael Arturo Meza Matallana, entre los hallazgos del paciente fueron advertidos de la revisión del TAC de tórax</p>

	<p>imágenes de émbolos sépticos pulmonares, con cavitación, valorado por cirugía de tórax sin indicación de intervención quirúrgica por el momento, con toracostomía a succión. A su vez, fue valorado por neurología con punción lumbar con presión de apertura ligeramente elevada, sin alteraciones en líquido cefalorraquídeo, coloración de gram negativa para bacterias, cultivo en curso. Asimismo, fueron advertidas lesiones embólicas a nivel de la piel y pulmonares descartándose a su vez endocarditis infecciosa con ecocardiograma transtorácico, y por ende se consideró estudiar foco de embolización por lo que fue solicitado TAC toracoabdominal con contraste para estudio de probable trombosis séptica en grandes vasos y estudio de cavidad abdominal en busca de infartos esplénicos u otra alteración intraabdominal.</p> <p>Igualmente, por persistencia de picos febriles y signos de respuesta inflamatoria sistémica, con aislamiento de bacilos gram negativos en secreción orotraqueal, en paciente con antibioticoterapia con meropenem previa, se consideró posibilidad de selección de mutantes por meropenem, por lo que se escaló a doripenem. Por parte renal con diuresis correcta, azoados correctos, electrolitos con hipernatremia en corrección. Se observa anemia, sin signos de hipoperfusión, se continúa vigilancia.</p>
14-10-2011	<p>A las 6:58 horas el médico de la especialidad cirugía de tórax, Dr. Juan Carlos Garzón Ramírez, con ocasión del análisis del TAC de tórax evidenció múltiples consolidaciones parenquimatosas pulmonares multisegmentarias, y presencia de neumáticos. Predominio basal, asociado a moderado derrame pleural de morfología libre. Neumotórax derecho con tubo toracostomía Rx de tórax con silueta cardiaca normal, con imágenes de cavitación en hemitórax derecho sin cambios, no derrame pleural.</p>
14-10-2011	<p>A las 8:53 horas el médico de la especialidad de neurología, Dr. Jesus Hernán Rodríguez Quintana, estableció como diagnósticos los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- Síndrome de alteración del estado de conciencia. - Neuro infección descartada. - Status no convulsivo? - Encefalopatía séptica? 2. Sepsis de probable origen pulmonar 3. Neumonía extrahospitalaria por bacilos gram negativos 4. Falla renal aguda en resolución 5. Rabdomiólisis 6. Golpe de calor <p>Como análisis reiteró la evolución estacionaria persiste con alteración del estado de conciencia, aunque todavía bajo sedación profunda. Persiste con respuesta inflamatoria sistémica sin descartar encefalopatía asociada a sepsis.</p>
14-10-2011	<p>A las 9:16 horas el médico de la especialidad de medicina crítica y cuidado, Dr. Lina María Saucedo Jaramillo, con ocasión del seguimiento de la evolución del paciente establece como diagnósticos los de (i) sepsis de origen pulmonar; (ii) neumonía extrahospitalaria, empiema derecho por bacilos gram negativos; (iii) síndrome convulsivo en estudio, descartar neuroinfección; (iv) falla renal aguda en resolución; (v) rabdomiólisis; y (vi) golpe de calor. Del análisis del foco infeccioso por lesiones cavitadas en hemitórax derecho, advirtió persistencia de signos de respuesta inflamatoria sistémica, con picos febriles, tendencia a leucopenia, con cobertura antibiótica con doripenem iniciado en el día anterior, cultivos en curso continuando vigilancia clínica, antibioticoterapia instaurada hasta reporte definitivo de cultivos. A su vez, llamó la atención el cuadro clínico de la atención anemia severa, sin signos de sangrado ni inestabilidad hemodinámica siendo ordenada transfusión de 2 U de glóbulos rojos; asimismo, solicita control de hemograma post transfusión.</p>
15-10-2011	<p>A las 15:42 horas, el médico de la especialidad de neumología, Dr. Jaime Andrés Rodríguez B., evidenció germen identificado en cultivo de bal (pseudomona aeruginosa) multiresistente solo sensible a colistina y a pip/tazo, por lo cual el médico decidió suspender vancomicina y daptomicina e iniciar colistina y pip/tazo, se mantiene resto de tratamiento igual. En ese orden fueron determinados como diagnósticos los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sepsis de origen pulmonar (pseudomona aeruginosa multiresistente) 2. Neumonía extrahospitalaria, cavitaciones en hemitórax derecho por bacilos gram negativos 3. Síndrome convulsivo en estudio, descartar neuroinfección 4. Falla renal aguda en resolución 5. Rabdomiólisis 6. Golpe de calor <p>Como plan de manejo fue ordenada ventilación mecánica, sedación consciente, antibiótico de amplio espectro, protección gástrica y profilaxis antitrombótica, monitoria y control clínico.</p>
16-10-2011	<p>A las 9:43 horas el médico de la especialidad de neurología – epilepsia, Walter González Salazar, realizó siguiente valoración del paciente en los siguientes términos:</p> <p><i>"SUBJETIVO: Paciente quien ha permanecido estable desde el punto de vista neurológico. Sus síntomas iniciales cursaron con crisis epilépticas (estatus), rabdomiólisis, al parecer por golpe de calor con posterior compromiso multisistémico. No ha vuelto a presentar eventos convulsivos, se inició levetiracetam. Se suspendió Propofol, en el momento solo con desmedetomidina. (sic) Continúa con fiebre, tiene asociado neumonía por pseudomona.</i></p> <p>OBJETIVO</p> <p><i>Dormido, se despierta ante estímulos auditivos moderados, obedece ordenes sencillas de parpadeo y apertura ocular así como abrir y cerrar boca. Pupilas de 3.5 mm reactivas, mirada central con nistagmos horizontal en reposo fase rápida hacia la izquierda, el cual aumenta con los movimientos oculares. La mirada conjugada en general está limitada solo leve supra e infra versión, muy limitados movimientos horizontales. Corneano presente. Diparesia facial importante, pares bajos con compromiso de IX, X, XI, XII de manera severa. Hipotonía generalizada con arreflexia, pie caído bilateral. Respuestas plantares indiferentes. (...)"</i></p> <p>Cuadro inicial de golpe de calor todavía en proceso de estabilización sistémica, no nuevas crisis, en tto con levetiracetam 1 g PSNG BID. A su sobresale nota médica en la cual se tiene asociado polineuropatía probablemente de paciente crítico la cual explica sus requerimientos ventilatorios y su estado neurológico que más que ser una alteración central está explicado por compromiso periférico severo. Hizo énfasis en que la resonancia cerebral evidencia microhemorragias difusas</p>

	<p>cortico-subcorticales incluso en cerebelo pero no en tallo cerebral que son muy similares a los encontrados en piel y en región distal de sus extremidades.</p> <p>En ese orden, estableció como diagnósticos: (i) diagnóstico principal, epilepsia y síndromes epilépticos sintomáticos G401 en estudio relacionados con localizaciones (focales) (parciales) y con ataques parciales simples; y (ii) diagnóstico relacionado golpe de calor e insolación T670.</p> <p>Como plan de manejo fueron solicitados férulas de inmovilización en 4 extremidades; SS electromiografía y neuro conducción de 4 extremidades para confirmar diagnóstico.</p>
17-10-2011	<p>A las 7:30, el médico de la especialidad de neurología, Dr. Walter González Salazar, como diagnósticos señaló:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- Síndrome de alteración del estado de conciencia. -Neuro infección descartada. -Status no convulsivo? - Encefalopatía séptica? 2.- Polineuropatía del paciente crítico 3.- Sepsis de origen pulmonar (pseudomona aeruginosa multirresistente) 3.- Neumonía extrahospitalaria, cavitaciones en hemitórax derecho por bacilos gram negativos 4.- Síndrome convulsivo en estudio, descartar neuroinfección 5.- Falla renal aguda en resolución 6.- Rabdomiólisis 7.- Golpe de calor 8.- Escaras extrahospitalarias 9.- Sinusitis esfenoidal y etmoidal <p>Entre los hallazgos sobresale nota médica que da cuenta, <i>regulares condiciones generales, hidratado, febril al tacto, acoplado a ventilador, conjuntivas hipocrómicas, escleras anictéricas, iot (sic) in situ, escara occipital con salida de material seroso ruidos cardiacos rítmicos, no soplos respiratorios con soplo tubárico y estertores finos diseminados en ambos campos pulmonares extremidades perfusión 3 segundos, múltiples lesiones equimóticas y algunas vesiculares en miembros inferiores, edema grado iii con fovea generalizado, pulsos presentes disminuidos neurológico despierto, responde a estímulo externo auditivo y tacto, obedece órdenes sencillas de abrir y cerrar ojos, pc pupilas 3 mm reactivas, mirada central, amenaza bilateral presente, corneano y supraciliar bilateral presente, movimientos oculares espontáneos pero solo en plano vertical, óculo-cefalógiros conservados, se evidencia nistagmos binocular horizontal de mayor predominio hacia la izquierda, carinal ausente, motor localiza estímulo doloroso en cuatro extremidades, tono disminuido rmt 0/++++ generalizado respuesta plantar neutra bilateral no meningismo.</i></p>
17-10-2011	<p>A las 8:45 horas en valoración interconsulta por la especialidad cirugía de tórax, Dr. Luis Jaime Téllez Rodríguez observó de la RX tórax que muestra engrosamiento pleural apical con derrame y disminución de la imagen cavitada en el lóbulo superior. Respecto de lo cual analizó al paciente con evolución estacionario no picos febriles en las últimas 24 horas, con drenaje por tubo de tórax derecho de 300 cc de líquido claro. Sin embargo, con persistencia con fuga aérea, más estable del cuadro de respuesta inflamatoria haciendo la recomendación de cuando se logre disminución de parámetros ventilatorios se evaluará nuevamente la situación del escape aéreo.</p>
17-10-2011	<p>A las 9:21 horas de la especialidad de medicina crítica y cuidado, Dr. Juan Mauricio Pardo Oviedo, observó leve mejoría en su estado neurológico central, pero con componente periférico motor, que puede estar en relación a debilidad adquirida en UCI. Asimismo, ordenó continuar manejo de antibiótico, vigilancia neurológica para definir extubación vs traqueostomía; y según evolución EMG.</p>
18-10-2011	<p>A las 7:40 horas de la especialidad de neurología, Dr. Jesus Hernán Rodríguez Quintana, evidenció síndrome de alteración del estado de conciencia, mejoría en interacción con el medio, continuando con soporte crítico.</p>
18-10-2011	<p>A las 9:15 horas de la especialidad de neurología, con ocasión del reporte de video telemetría encontró trazado electroencefalográfico caracterizado por actividad delta generalizada de baja amplitud no reactiva a apertura ocular. No hay patrones periódicos ni actividad epileptiforme. Lo anterior sugiere disfunción bihemisférica (sic) tipo encefalopatía. En ese orden indicó que, la video telemetría resulta compatible con encefalopatía. Se descarta estatus no convulsivo.</p>
18-10-2011	<p>A las 11:51 horas, la médica de la especialidad de medicina crítica y cuidado, Dra. Heidi Isabel Castro Encinales, del seguimiento de la evolución encontró paciente con sepsis de origen pulmonar, con aislamiento de Pseudomonas aeruginosa multirresistente en cultivo de lavado broncoalveolar. A pesar de tratamiento instaurado con colistina y piperacilina tazobactam, paciente persiste con signos de respuesta inflamatoria sistémica, con picos febriles. En ese momento consideró que el antibiograma del germen aislado, a pesar de tener una sensibilidad para piperacilina tazobactam, el MIC no es adecuado por lo que se decidió reiniciar doripenem, asociado a colistina. Adicionalmente, por persistencia de signos de respuesta inflamatoria sistémica, fue sospechado otro germen no identificado, por lo que fueron solicitados nuevos hemocultivos y nuevo cultivo de secreción orotraqueal; asimismo, fue ampliado espectro antibiótico a gram positivos con linezolid. Por antecedente de lesiones a nivel de sistema nervioso central, con hemorragias puntiformes en resonancia magnética fueron solicitados nuevos marcadores inflamatorios para estudio de probable fiebre de origen central. Presenta mejoría en oxigenación, con patrón de tos adecuado, mejoría de alertamiento, se avanzará en destete de soporte ventilatorio, según evolución, se procederá a retiro de la misma, en caso de mala evolución, se procederá a realización de traqueostomía por intubación prolongada.</p> <p>Paciente continua soporte ventilatorio en destete, antibioticoterapia de amplio espectro, resto de tratamiento sin cambios. Tiene pronóstico malo por situación actual, familiares informados de situación clínica, pronóstico y conducta a seguir.</p>
18-11-2011	<p>A las 14:41 horas la médica de la especialidad de medicina crítica y cuidado, Dra. Lina María Saucedo Jaramillo, realizó seguimiento de la evolución del paciente: antecedente de síndrome convulsivo y golpe de calor, con sepsis de origen pulmonar en tratamiento, con soporte ventilatorio prolongado, quien ha permanecido estable hemodinámicamente, sin requerimiento de soporte hemodinámico, con soporte ventilatorio. Por parte ventilatorio, con ventilación en modo espontáneo, bien tolerado, sin aumento de trabajo respiratorio ni desaturación, no deterioro en gasometría, se continuo destete lento de soporte ventilatorio según evolución. Por parte infeccioso con persistencia de signos de respuesta inflamatoria sistémica, picos febriles en el día anterior, no leucocitosis, con aislamiento de Pseudomonas aeruginosa multirresistente en secreción orotraqueal, en el día de hoy, se amplió espectro antibiótico a doripenem, colistina, linezolid y fluconazol, se tomaron nuevos cultivos que se encuentran en curso, marcadores inflamatorios elevados antibiótico</p>

	propuesto.
18-11-2011	<p>A las 20:54 horas, el médico de medicina crítica y cuidado, Juan Mauricio Pardo Oviedo, entre los hallazgos sobresale por la parte infecciosa con modulación de signos de respuesta inflamatoria sistémica, no picos febriles en el día de hoy, no leucocitosis, con aislamiento de Pseudomonas aeruginosa multirresistente en secreción orotraqueal, cobertura antibiótica con doripenem y colistina. Asimismo, fue recibido reporte de PCR que es elevada, reporte de procalcitonina negativo, se considera que fiebre puede ser proceso no infeccioso, probablemente de origen central, por estabilidad hemodinámica y marcadores inflamatorios negativos, frente a lo cual el médico tratante decidió no iniciar de terapia empírica con linezolid y fluconazol, cultivos del día en curso, encontrándose pendiente reporte definitivo. Por parte neurológica, con mejoría discreta de alertamiento, se recibe reporte de telemetría de 12 horas en donde no se reportan eventos convulsivos, con patrón de encefalopatía, por lesiones hemorrágicas en resonancia cerebral, se sospecha compromiso de vasculitis, por lo que se solicitan laboratorios de autoinmunidad (ANAS, ANCAS, C3, C4), continuando seguimiento por neurología.</p> <p>Paciente con evolución estable, se continua vigilancia clínica, retiro progresivo de soporte ventilatorio, antibioticoterapia de amplio espectro, resto de tratamiento instaurado. Tiene mal pronóstico por estado actual, familiares informados de situación clínica, pronóstico y conducta a seguir.</p> <p>Como plan de manejo fue ordenada vigilancia clínica, retiro progresivo de soporte ventilatorio, antibioticoterapia de amplio espectro, resto de tratamiento instaurado. A su vez, solicitaron laboratorios de estudio de vasculitis. Sobresale nota médica que da cuenta, <i>"se buscara vasculitis u otra colagenosis como causa de sus hemorragias, aunque el golpe de calor podría explicar su cuadro. Procalcitonina baja, sugiere fiebre de origen central"</i></p>
19-11-2011	<p>A las 6:26 horas el neurólogo, Walter González Salazar, analizó el reporte de video telemetría de 12 horas, trazado electroencefalográfico caracterizado por actividad delta generalizada de baja amplitud no reactiva a apertura ocular. No hay patrones periódicos ni actividad epileptiforme. Lo anterior sugiere disfunción bihemisférica (sic) tipo encefalopatía. De acuerdo con ello determinó nuevamente los siguientes diagnósticos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Síndrome de alteración del estado de conciencia. - Neuro infección descartada. - Status no convulsivo 2. Polineuropatía del paciente crítico 2. Sepsis de origen pulmonar (pseudomona aeruginosa multirresistente) 3. Neumonía extrahospitalaria, cavitaciones en hemitórax derecho por bacilos gram negativos 4. Síndrome convulsivo 5. Falla renal aguda en resolución 6. Rabdomiólisis 7. Golpe <p>A su vez como análisis observó que, por tratarse de un paciente masculino en 3ª década de la vida en estancia en unidad de cuidado crítico prolongada para control de compromiso sistémico por cuadro de golpe de calor. En el momento en vigilancia de evolución neurológica y manejo farmacológico con levetiracetam 1 g.</p> <p>Paciente persiste con requerimiento de soporte ventilatorio en el momento en pruebas por cuidado intensivo para disminución de parámetros, sin embargo, a la espera de concepto de Cx de tórax sobre hallazgos en ápice pulmonar derecho. Que para ese día el paciente en primeras 24 horas sin picos febriles, reporte de procalcitonina negativo. Asimismo, fue evidenciado paciente con respuesta favorable al manejo farmacológico ante la ausencia de crisis sin embargo evolución neurológica estacionaria, no hay cambios que sugieran progresión.</p>
19-10-2011	<p>A las 8:58 horas el médico de la especialidad de cirugía de tórax, Dr. Luis Jaime Téllez Rodríguez, evidenció paciente con evolución clínica estacionaria con múltiples comorbilidades particularmente con fistula broncopleurales persistentes y sepsis de origen pulmonar, con importante engrosamiento pleural, múltiples cavitaciones derechas. A su vez, consideró que el paciente tiene posibilidad de requerir procedimiento quirúrgico pulmonar para control de la fistula, por lo que por el momento no se considera indicado realizar traqueostomía. Como de plan de manejo dispuso <i>"dejar tubo de tórax a trampa para evaluar expansión pulmonar"</i>.</p>
19-10-2010	<p>A las 9:53 horas la médica de la especialidad de medicina crítica y cuidado, Dra. Heidi Isabel Castro Encinales, evidenció que el paciente ha permanecido estable hemodinámicamente, sin requerimiento de soporte hemodinámico, con soporte ventilatorio en destete. Por parte respiratoria, con destete progresivo de soporte ventilatorio, ha tolerado periodos de soporte en modo espontáneo sin aumento de trabajo respiratorio ni desaturación. Igualmente dio continuidad al destete de soporte ventilatorio progresivo, según evolución se procederá a retiro de soporte ventilatorio, de lo contrario, se solicitará valoración por cirugía de tórax para realización de traqueostomía.</p> <p>En lo referente a la parte infecciosa con modulación de signos de respuesta inflamatoria sistémica, no picos febriles, no leucocitosis, con cobertura antibiótica con doripenem y colistina por aislamiento de Pseudomonas aeruginosa multirresistente en secreción orotraqueal; asimismo tomaron nuevos cultivos que se encuentran en curso, por modulación de signos de respuesta inflamatoria sistémica, y marcadores inflamatorios negativos, continuándose esquema propuesto hasta reporte definitivo de nuevos cultivos. Por parte neurológica con mejoría discreta de alertamiento, pruebas de complemento dentro de límites normales, anticuerpos antinucleares en curso, sigue en seguimiento por neurología.</p> <p>Paciente con evolución estable, se continua vigilancia clínica, soporte ventilatorio en destete, antibioticoterapia de amplio espectro, resto de tratamiento instaurado. Tiene mal pronóstico por situación actual, familiares informados de situación clínica, pronóstico y conducta a seguir.</p>
19-10-2011	<p>A las 15:07 horas el médico de la especialidad de medicina interna, Dr. Henry Augusto Millán Prada, observó que el paciente persiste signos de respuesta inflamatoria sistémica, reporte verbal del laboratorio clínico con hemocultivos #2/3 positivos con tiempo menor a 2 horas de diferencia entre los dos, motivo por el cual retiró de catéter venoso central subclavio derecho. Igualmente ordenó colocación de nuevo catéter.</p>

19-10-2011	A las 18:07 horas el médico de la especialidad de medicina interna, Dr. Henry Augusto Millán Prada, previa asepsia y antisepsia, realizó punción única en acceso yugular derecho, obteniendo retorno venoso, bajo técnica de Seldinger se avanzó guía metálica, la cual presenta resistencia, imposibilitando la misma. Igualmente, se procedió entonces a intento de catéter venoso yugular izquierdo, sin obtener retorno venoso. Conforme a ello, el médico tratante decidió realizar cateterismo venoso subclavio derecho comprobando retorno venoso y avanzando en guía metálica bajo técnica de Seldinger dejando cateter a 19 cms.
19-10-2011	<p>A las 19:49 horas el médico de la especialidad de medicina crítica y cuidado, Dr. Rafael Arturo Meza Matallana, registra que el paciente aproximadamente a las 19+00 cursa episodio de hipotensión y bradicardia que progresa asistolia. Asimismo, da cuenta que realizaron maniobras de reanimación durante 15 minutos sin respuesta y fallece 19+30 diligenciando a su vez certificado de defunción.</p> <p>A las 22:31 horas el médico de la especialidad de medicina crítica y cuidado, Dr. Rafael Arturo Meza Matallana, registro como nota médica hizo constar de la dificultad para establecer las causas de muerte en los siguientes términos: "paciente que fallece en disfunción orgánica múltiple, choque y paro refractario de probable etiología infecciosa dado por reporte de hemocultivos hoy de crecimiento persistente de bacilo gramnegativo y aislamiento de pseudomonas aeruginosa en bal, con hallazgos clínicos y paraclínicos de vasculitis séptica y embolia séptica. Dado que no hay claridad de los eventos que llevaron al ingreso a la institución de remisión en Girardot y que en apariencia el paciente no tenía antecedentes que predispusieran el estado mórbido o que lo expliquen de forma clara, sin poderse establecer la relación o no con las actividades practicadas por el paciente durante el día del evento. Se decide (con solicitud manifiesta de la familia) realizar autopsia médico legal. Se informa que ya se había hecho un registro de defunción en el sistema RUAF con los datos de la patología actual del paciente y que por clínica medica lo lleva a la muerte pero este deberá ser modificado de acuerdo a los hallazgos del procedimiento forense."</p>

5) Informe de Necropsia

- Mediante Informe Pericial de Necropsia N° 2011010111001004252 realizado al cadáver de José Alejandro Hernández Suárez el 20 de octubre de 2011, se indica lo siguiente:

"(...) En cuanto a la causa de la muerte, en razón de lo anteriormente expuesto y de acuerdo con las circunstancias en que se desarrolla el colapso del hoy fallecido, la ausencia de antecedentes médicos del mismo, los hallazgos clínicos de la atención inicial y los posteriores cambios fisiopatológicos secundarios, se puede establecer que se trata de una muerte relacionada con calor, la cual es denominada en el ámbito forense como muerte causada por golpe de calor. (...)"⁶⁶

- Mediante estudio histopatológico del 21 de marzo de 2012 el Profesional Especializado Forense observó lo siguiente:

"(...) PULMON: Presencia de algunos bronquiólos terminales con acúmulos de leucocitos neutrófilos que se extienden a alvéolos vecinos acompañados en otras áreas de proceso en organización con zonas intraalveolares de histiocitos y linfocitos. Ocasionales células gigantes multinucleadas. Hemorragia alveolar focal. Pleura gruesa de aspecto fibrótico con cubierta parcial de membrana fibrinoide. Áreas de edema alveolar.

SUPRARENAL. Congestión medular.

TIROIDES. Sin alteraciones.

RIÑON. Presencia de necrosis tubular aguda con alguna hemorragia y pigmento escaso pardo rosado. Directo infiltrado inflamatorio intersticial.

PÁNCREAS: Sin alteraciones.

CEREBRO: Cambios neuronales de injuria hipoxia.

CEREBELO: Cambios de injuria hipoxia a nivel de las células de Purkinje.

HIGADO: Congestión sinusoidal con ocasionales vacuolas de esteatosis macrovesicular. Tríadas porta de aspecto usual.

MUSCULO ESQUELETICO. Presencia de fibras con núcleos con tendencia a la distribución central.

RIÑON. Cambios de necrosis tubular con presencia de material pardo rosado intraluminal sugestivo de mioglobinuria residual. Discreto infiltrado inflamatorio intersticial de tipo mononuclear.

DIAGNOSTICO HISTOPALOGICO

- 1. Neumonía en organización con áreas de bronconeumonía. Edema pulmonar.*
- 2. Pleuritis fibrinosa y purulenta en fibrotorax incipiente.*
- 3. Edema alveolar*

⁶⁶ Ver folios 75 – 76 del Cuaderno 1

4. *Necrosis tubular aguda sugestiva de falla renal mioglobínica (...)*⁶⁷

2.5.2. Del daño en el caso concreto

Como se indicó ut supra, el daño se ha entendido como "la lesión del derecho ajeno, consistente en el quebranto económico recibido, en la merma patrimonial sufrida por la víctima, a la vez que en el padecimiento moral que lo acongoja"⁶⁸. Así mismo, el Consejo de Estado ha referido que el daño es "la afectación, vulneración o lesión a un interés legítimo y lícito"⁶⁹.

En el caso *sub judice*, el daño alegado en la demanda se encuentra acreditado, toda vez que, de acuerdo con la historia clínica y el registro civil de defunción⁷⁰, se tiene certeza de la muerte del señor José Alejandro Hernández Suárez. En esa medida, se encuentra acreditado el carácter cierto y personal del daño.

Pero si bien se estableció lo anterior, la comprobación de la existencia de daño no genera *per se* la responsabilidad del Estado, pues, además, debe estar suficientemente acreditado el nexo de causalidad respecto de la acción u omisión de las entidades demandadas y que el daño les sea jurídicamente imputable.

2.5.3. Atribución o imputación del daño

La imputación del daño se predica cuando se encuentra demostrado el nexo de causalidad entre el actuar de la entidad demandada, bien sea por acción u omisión, y el daño sufrido por la víctima. A su vez, debe tenerse en cuenta que la imputación del daño debe ser analizada desde un doble aspecto: la imputación fáctica o material y la imputación jurídica.

La imputación fáctica se construye desde la perspectiva de la identificación de la causa adecuada del daño, teoría por la cual se establece cuál fue la acción u omisión que concretó el daño por parte de la entidad demandada; o si, por el contrario, dicha concreción le es atribuible a la víctima, a un tercero o al azar. Por su parte, la imputación jurídica tiene relación con la identificación del régimen jurídico aplicable; esto es, si el daño demostrado tuvo como causa un daño especial sufrido por la víctima, el riesgo excepcional al que se le sometió, o la falla del servicio.

En el caso *sub examine*, la parte demandante le atribuye responsabilidad a la Nación – Policía Nacional y a Médicos Asociados S.A. en Liquidación (antes Nueva Clínica San Sebastián de Girardot I.P.S.) por falla en el servicio médico y por la infección nosocomial que presentó el señor José Alejandro Hernández Suárez. Así las cosas, es menester analizar la atención médica que le fue brindada a dicho paciente para establecer si hubo fallas; e igualmente analizar si en este caso resulta procedente aplicar el régimen objetivo de responsabilidad por infección nosocomial, como se alega en la demanda.

2.5.3.1. De la falla del servicio de la Nación – Ministerio de Defensa - Policía Nacional

En el sub lite, la parte accionante le atribuye responsabilidad a la Nación – Ministerio de Defensa – Policía Nacional por la falla del servicio por dos causas: (i) por omisión en su posición de garante de prestar seguridad al patrullero como alumno en Curso de Formación y Entrenamiento Internacional COPES y (ii) por falta de oportunidad en la atención asistencial cuando sufrió el golpe de calor, por cuanto requería manejo por parte de la Dirección de Sanidad y en su lugar fue remitido de forma tardía al Hospital Serafín Montaña Cuellar y posteriormente a la Clínica San Sebastián de Girardot.

Pues bien, efectivamente el patrullero José Alejandro Hernández Suárez estaba adscrito al Comando de Operaciones Especiales y Antiterroristas – COPES – por encontrarse cursando el Curso Internacional de Operaciones Especiales. En esa medida, para el 23 de septiembre

⁶⁷ Ver folios 7 – 8 del Cuaderno 1

⁶⁸ Derecho Civil obligaciones. Pág. 538

⁶⁹ Sentencia 14 de marzo de 2019 Exp 39325 Consejera Ponente María Adriana Marín.

⁷⁰ Ver folio 54 del Cuaderno 1

de 2011 se tenía previsto realizar la fase rural en el municipio de San Luis - Tolima, conforme a los lineamientos de la Orden de Servicio N° 68 /PLANE – COPES del 21 de septiembre de 2011. En dicha orden estaban contempladas las siguientes medidas a cargo del Comandante del curso: (i) ordenar la realización de inspecciones, verificaciones, avanzadas y desplazamientos con las medidas de seguridad y descubierta antes de realizar los ejercicios de la fase rural; (ii) disponer de vehículos de seguridad, transporte de equipo y personal, acompañamiento para el desarrollo de la fase rural del curso; (iii) en los desplazamientos que se realicen en cumplimiento de la fase rural del curso se debe obedecer a la planeación, coherencia, pertinencia y suficiencia conforme a las necesidades de formación y capacitación de los futuros comandos; (iv) verificar las novedades y condiciones físicas del personal antes, durante y después de cada ejercicio en la fase rural del curso; y (v) verificar que el personal integrante del curso cuente con elementos para su hidratación personal como son dos cantimploras de agua.

También en la Orden de Servicios N° 68 /PLANE – COPES del 21 de septiembre de 2011 se observa que el enfermero tenía asignadas como labores las de (i) permanecer con los elementos necesarios (botiquín y camilla), para atender cualquier eventualidad que pudiera presentar con el personal que desarrolla la prueba; (ii) antes, durante y después de cada ejercicio verificar el estado de los estudiantes; asimismo, verificar que cada estudiante lleve en el PON sales de hidratación oral, pasar revista de que carguen las cantimploras llenas de agua; (iii) verificar que el grupo integrante del curso lleve botiquín con líquidos (lactad de ringer, cloruro de sodio, dextrosa), equipos de venoclipis, yelcos o catéteres y demás elementos necesarios para la atención del personal del curso en caso lesión o trauma; y (iv) verificar al finalizar de cada prueba el estado de los estudiantes.

Respecto del cumplimiento de las medidas antes descritas, se encontró que, 7 días antes de la actividad del 23 de septiembre de 2011, el estudiante patrullero José Alejandro Hernández Suárez había presentado deshidratación, pero, según lo dicho por el enfermero, tal evento fue manejado con líquidos y sales de hidratación por lo que estuvo bajo control y no constituyó ninguna limitante para que el patrullero realizara el ejercicio de navegación ni la marcha de 7 km prevista para la fase rural.

En esa medida, se infiere que tal situación previa no resultó gravosa para el estudiante comoquiera que siguió cursando sin que él mismo reportara alguna novedad que le impidiera participar en la actividad del 23 de septiembre. Así mismo, se encuentra que el mismo Comandante del Curso de Operaciones Especiales, Teniente Julián Andrés Rico Guzmán manifestó que constantemente pasaba revista sin observar alguna novedad. En esas condiciones, con la finalidad de desarrollar la fase rural fue expedida la orden de servicio N° 68 /PLANE – COPES del 21 de septiembre de 2011 y, en tal virtud, el 23 de septiembre a las 4:30 horas él paso revista al personal sin encontrar novedad alguna respecto de sus condiciones físicas de quienes iba a ejecutar la orden, por lo que impartió las instrucciones del ejercicio. Que en ese mismo instante el enfermero Olmer Torres Amaris hizo entrega al personal de sales de hidratación oral, y a las 6:15 horas los estudiantes embarcaron en los camiones y salieron al punto de inicio del ejercicio de navegación.

A las 7:15 horas, el personal de estudiantes desembarcó en las coordenadas 18N VK98720 49174 verificándose la ruta de navegación e iniciaron la marcha a las 7:25 horas en compañía de los instructores Diego Mauricio Ferraro Ortiz y Hugo Castro Bedoya. Luego, a las 8:00 horas se realizó la primera parada para desayunar. Después de realizada la actividad, a las 10:00 horas pasó revista en forma radial, en donde los instructores no le reportaron ninguna novedad. Asimismo, el patrullero Diego Ferraro Ortiz le reportó que le restaban 3.7 km para llegar al punto final y que se encontraban en condiciones de continuar, por lo que les ordenaba hacer paradas continuas para hidratarse y para descansar. Luego, de hacer una larga parada para almorzar, a las 12:40 horas pasó revista al personal y les preguntó directamente a los estudiantes cómo se sentían físicamente, quienes al unísono respondieron encontrarse aptos para seguir con el ejercicio. Entonces, tomaron su ración de campaña, almorzaron, descansaron e iniciaron la marcha parando en diferentes fincas del sector para reabastecerse de agua.

De forma simultánea, los instructores Hugo Bedoya Castro y Diego Mauricio Ferraro Ortiz, hicieron énfasis que el ejercicio inicial era de navegación y posterior a ello les correspondía guiar una actividad similar de ataque contemplada dentro del terreno. Manifestaron que a las 7:30 horas, después de haber verificado la navegación, se hizo una marcha por 30 minutos y luego tomaron el desayuno. Enseguida, iniciaron la marcha con paradas constantes para abastecer las cantimploras. Sin embargo, faltando media hora de la marcha sobre las 3:30 p.m. o 4:00 p.m., el instructor Diego Mauricio Ferraro Ortiz vio cuando el estudiante se sentó al lado de la carretera y se dio cuenta que no estaba en condiciones de continuar, razón por la que informa al otro instructor Bedoya Castro; quien llamó al carro de seguridad el cual arribó al lugar con el enfermero Olmer Torres Amaris.

Así, entonces, se encuentra acreditado que el enfermero Olmer Torres, a las 16:03 horas del 23 de septiembre de 2011, acudió al llamado de los instructores prestándole los primeros auxilios al patrullero José Alejandro Hernández Suárez, por cuanto presentaba un cuadro de deshidratación severa y que, enseguida le suministró líquidos endovenosos en bolo 1000 cc de cloruro de sodio al 0.9 % y que, al ver su descompensación, procedió a trasladarlo al Hospital Serafín Montaña Cuellar por encontrarse más cerca del lugar de los hechos.

A su vez, de lo dicho por el enfermero y los instructores coinciden en afirmar que enseguida al descanso para la tomar la ración de campaña de almuerzo y antes de iniciar la actividad de la marcha los estudiantes les manifestaron que se encontraban en perfectas condiciones para continuar y que, tampoco advirtieron que alguno de ellos presentase algún malestar o dolencia, por lo que procedieron continuar con la caminata por la carretera. Lo que permite inferir que hasta ese instante el patrullero José Alejandro Hernández Suárez aun no presentaba síntomas ni había informado malestar alguno, máxime que habían sido abastecidos de sales de rehidratación oral.

Al mismo tiempo, de las pruebas allegadas al proceso, no obra registro si el patrullero José Alejandro Hernández Suárez puso en conocimiento a la Unidad de Comandos en Operaciones Especiales y Antiterrorismo - COPES – de sus preexistencias que le impidieran realizar la actividad. Tampoco obra registro si la Institución conoció por otros medios las condiciones de salud que le pudieran impedir la ejecución de las actividades en la modalidad de la fase rural contenida en la orden de servicio N° 68 /PLANE – COPES del 21 de septiembre de 2011. Además, el enfermero Olmer Torres Amaris hizo énfasis que, si hubiera encontrado a alguien con algún malestar antes de iniciar la prueba o hubiera advertido que alguno de los estudiantes no se sentía apto para realizar la actividad, de forma inmediata le hubiera informado a su Jefe para que no lo incluyera en el ejercicio.

Nótese que el mismo estudiante José Alejandro Hernández Suárez durante el día 23 de septiembre de 2011 en ningún momento manifestó malestar ni reportó novedad alguna sobre su estado de salud. Fue más bien el intendente Diego Mauricio Ferraro Ortiz quien durante la caminata por carretera vio a Hernández Suárez que sentó al lado de la carretera, como pálido y que, le preguntaba que cómo estaba, que cómo se sentía pero que él no le respondía nada. Por eso, se procedió a llamar al carro de seguridad, que arribó sobre las 4:00 p.m. con el enfermero, quien le prestó los primeros auxilios y encontró que presentaba una temperatura corporal de 41°C, la cual podría estar asociada a golpe de calor⁷¹. De ahí que, el enfermero inicialmente aplicó 500 cm³ de cloruro de sodio al 0.9% y posteriormente le aplicó otro líquido de 500 cm³. Así que, al ver estado descompensación y en vista de que estudiante no respondía nada, optó por trasladarlo de forma urgente al Hospital Serafín Montaña Cuellar, por tratarse del centro de salud más cercano.

A dicho Hospital fue ingresado a las 5:23 p.m. por el servicio de urgencias, en donde se confirmó la temperatura de 41 °C y que posteriormente presentó episodio convulsivo, siendo clasificado bajo código azul y remitido horas después a la Nueva Clínica San Sebastián de Girardot I.P.S. en donde inmediatamente fue ingresado a UCI.

⁷¹ Consulta efectuada en la dirección <https://www.saluteca.com/golpe-de-calor/>

Bajo las anteriores consideraciones, no se evidencia la falla que en la demanda se atribuye a la Policía Nacional por lo omisión en su posición de garante y por no remitirlo la Dirección de Sanidad. En efecto, aparece acreditado que la orden de ejercicio fue debidamente planeada y ejecutada adecuadamente por los miembros de la institución en cuya cabeza estaba encomendada tal actividad. Igualmente, se dotó al personal de los implementos necesarios, junto con los implementos necesarios (carro de seguridad, enfermero y botiquín) y constantemente se les preguntó sobre sus condiciones de salud, sin que alguien hiciera manifestación de no estar en condiciones para realizar la actividad. Durante la ejecución, de acuerdo con el trayecto a recorrer y las condiciones del clima, se hicieron las paradas necesarias, procurando el bienestar de los alumnos. Particularmente, respecto del señor Hernández Suárez no aparece acreditado que ni antes ni durante haya hecho manifestación alguna en el sentido de no estar en condiciones de realizar la actividad. Por el contrario, fue uno de sus compañeros quien lo notó pálido, por lo que se procedió a llamar al enfermero para prestarle los primeros auxilios.

Igualmente, la labor del enfermero fue oportuna y acertada, pues dado el estado de salud del referido alumno, debía remitirlo al centro hospitalario más cercano para que recibiera la atención médica inicial y así lograr estabilizar su condición hemodinámica. En esas condiciones no resultaba procedente remitirlo a la Dirección de Sanidad de Bogotá D.C., pues lo urgente era estabilizarlo.

De acuerdo con lo anterior, no hay lugar a reprochar nada respecto de los deberes que le asistían a la Policía Nacional, esto es, en lo referente a la planeación y ejecución de la actividad y a la remisión que se le debía hacer al paciente a la institución más cercana para atender la urgencia de la alta fiebre que presentaba asociada al golpe de calor.

2.5.3.2. De la falla del servicio médico imputada a la Nueva Clínica San Sebastián de Girardot I.P.S.

La parte accionante le atribuye la muerte del señor José Alejandro Hernández Suárez a la Nueva Clínica San Sebastián de Girardot I.P.S. porque la atención médica fue defectuosa, pues en esa institución adquirió la bacteria *Klebsiella Pneumoniae* ocasionada por la contaminación de la ventilación mecánica, y porque no se siguieron las guías y los protocolos de atención de bioseguridad del sistema de salud; por eso, señaló que la ventilación mecánica fue la causante de la infección nosocomial y que de haberle brindado un tratamiento adecuado al paciente su estado de salud no hubiera empeorado porque dadas las complicaciones del procedimiento invasivo conllevó a una complicación del neumotórax que empeoró su estado de salud que produjo su muerte por falla multisistémica. Concluyó indicando que se debe en este caso aplicar el régimen objetivo de responsabilidad

Entonces, para establecer si el daño alegado en la demanda le es atribuible a la Nueva Clínica San Sebastián de Girardot I.P.S. es pertinente analizar, a partir de las pruebas allegadas al proceso, la atención médica brindada al paciente para evidenciar si hay falla alguna y/o si es procedente aplicar en este caso el régimen objetivo de responsabilidad.

Pues bien, el paciente José Alejandro Hernández Suárez ingresó a las 20:47 horas por el servicio de urgencias de la Nueva Clínica San Sebastián de Girardot I.P.S. en donde fueron establecidos como diagnósticos principales de ingreso (i) golpe de calor e insolación; (ii) síndrome de dificultad respiratoria del adulto; (iii) neumonía bacteriana, no especificada; (iv) SDRA; (v) falla ventilatoria; (vi) DHT grado iii; (vii) choque séptico (hipotensión arterial); (viii) nac??; (ix) síndrome convulsivo a estudio y (x) alteración de estado de conciencia. Ante la gravedad del cuadro clínico, se ordenaron exámenes de laboratorio e imágenes diagnósticas. Efectivamente, los resultados de laboratorios evidenciaron la presencia de leucocitosis, neutrofilia, plaquetas 133000mm³, tiempo de coagulación normales, electrolitos, hipopotasemia leve, cloro normal, sodio normal, creatinina 1.56mg/dl, BUN 29mg/dl, parcial de orina hematuria microscópica. A su vez, en el RX de Tórax se evidenció elevación de hemidiafragma lado derecho, borramiento de seno costofrenico con evidencia

atelectasia del lóbulo medio siendo trasladado inmediatamente a UCI a las 22:22 por orden del médico general, Dr. Vladimir Antonio Ferreira Olano.

A las 1:52 a.m. del 24 de septiembre de 2011 durante la valoración de ingreso a UCI el médico de la especialidad de medicina de urgencias y paciente crítico, Dr. José Rafael Almarales Navarro, estableció como impresión diagnóstica, golpe de calor, falla respiratoria aguda secundaria, edema cerebral secundario, choque hipovolémico no hemorrágico grado iv y falla renal aguda, pues, consideró que dadas los criterios médicos del golpe de calor el paciente tenía altas probabilidades de mortalidad cercana al 70 % con riesgo de falla renal por rabdomiólisis de hasta 30%, con evidencia de Rx de tórax de atelectasia lóbulo medio.

Es importante resaltar que desde su ingreso a la Nueva Clínica San Sebastián de Girardot I.P.S. presentaba síndrome de dificultad respiratoria, neumonía bacteriana, no especificada, SDRA y falla ventilatoria, motivo por el cual resultaba indispensable y necesario el soporte ventilatorio mecánico invasivo bajo monitoreo continuo para salvarle la vida al paciente. En esas circunstancias fue por ello que desde su ingreso requirió intubación en urgencias y soporte multiorgánico iniciándose su posterior reanimación hídrica vigorosa en metas de reanimación para choque hipovolémico severo. Sin embargo, ante el alto grado de complicaciones fue solicitado cpk, cpik mb con la finalidad de confirmar rabdomiólisis, siendo confirmada posteriormente.

Lo anterior, evidencia que desde el primer día de UCI fue advertida la necesidad de ventilación mecánica invasiva y el daño renal como consecuencia de la hipotensión, deshidratación, colapso vascular y rabdomiólisis asociada a la lesión térmica. Tal afectación de salud requirió terapia de reemplazo renal mediante diálisis efectuadas durante su estancia en la UCI. Paralelamente, el mismo 24 de septiembre de 2011 en horas de la madrugada en la radiografía de tórax fue evidenciado atelectasia del lóbulo medio.

El 26 de septiembre de 2011 a las 19:16 horas ante la ausencia de esfuerzos respiratorios y por déficit neurológico, el médico de cirugía general Dr. Juan Manuel Martínez consideró que el paciente requería asistencia completa de ventilador dada la ausencia de reflejos pupilares y sobrecarga pulmonar secundaria al proceso de reanimación. Además, en dicho momento registraba malas condiciones generales con signos de vasoconstricción periférica, llenado capilar prolongado, tensiones arteriales con medias persistentemente bajas en la medición con catéter invasivo arterial, pupilas mióticas no reactivas, ausencia de reflejos en la vía aérea motivos por los cuales el médico tratante dejó consignada la nota médica de alta probabilidad de muerte y/o falla multiorgánica.

Simultáneamente, también era manejada la hipotensión porque en el paciente persistía su elevación de temperatura por encima de 38,3 °C y con pobre respuesta a las medidas antitérmicas empleadas, por lo cual, se decide adicionar dipirona como antipirético, lo que dio como resultado hipotensión refractaria al manejo con noradrenalina y vasopresina a pesar de la suspensión de la sedación, presiones de llenado elevadas, persistiendo el pobre pronóstico con pérdida de la función cardiovascular y pulmonar, déficit neurológico severo, con shock neurogénico severo de pobre respuesta a los vasopresores.

Luego para el 27, 28 y 29 de septiembre de 2011 los médicos tratantes de las especialidades de cirugía general y manejo de UCI, medicina interna y nefrología, advirtieron la alta probabilidad de muerte por deterioro clínico marcado con pérdida de los mecanismos regulatorios cardiovasculares, térmicos, metabólicos, lo que requirió soportes elevados por presentar falla multiorgánica dado que resultaron afectados los tejidos más sensibles como riñones, pulmones, cerebro, entre otros, en razón a la caída de la función renal a pesar de los buenos volúmenes urinarios, hipotensión y edema pulmonar coincidente con nuevo episodio de edema pulmonar.

El 29 de septiembre de 2011 a las 13:07 horas fue valorado por la especialidad de urgencias y paciente crítico, con apoyo de los resultados del RX Tórax se evidenció neumotórax derecho, con leve derrame pleural derecho, por lo que fue practicado TAC tórax de alta resolución confirmando lesión pulmonar de SDRA neumotórax derecho y derrame pleural

derecho, continuando en síndrome de falla multiorgánica (disfunción miocárdica, renal, pulmonar, hepática), choque distributivo – neurogénico, falla respiratoria aguda, edema cerebral en resolución y sinusitis aguda, a los ya establecidos.

Durante el seguimiento efectuado el 30 de septiembre de 2011 el médico de la especialidad de cirugía general, Dr. Carmelo Diaz Pájaro, observó que a lo largo del tubo de toracostomía estaba ocluido por abundantes coágulos, siendo retirados enseguida con gasa pasando una sonda de nelaton a través del tubo logrando retirar el 90% de los coágulos; ante lo cual, se decidió cambiar el tubo de toracostomía. Igualmente, se decidió hacer seguimiento estricto de foco infeccioso oculto y posteriormente se revisaría cambio de la estrategia antimicrobiana. Al día siguiente, el mismo médico de la especialidad de urgencias y paciente crítico Dr. José Rafael Almares Navarro, evidenció persistencia de mal estado general requiriendo de múltiples estrategias de ventilación tanto ventilado, por volumen, como por presión presentando volúmenes bajos.

El 1 de octubre de 2011 a las 10:50 horas, el hemocultivo reportó como microorganismo aislado "*klebsiella pneumoniae sensible meropenem*" siendo diagnosticada falla respiratoria aguda con neumonía apical derecha por *klebsiella pneumoniae* con neumotórax en manejo con toracostomía derecha. Sumado a los diagnósticos determinados con anterioridad consistentes en, síndrome de dificultad respiratoria, síndrome de falla multiorgánica, golpe de calor, choque distributivo – neurogénico, edema cerebral en resolución, sinusitis aguda y falla renal aguda en urgencia dialítica por rhabdomiólisis con terapia en reemplazo renal. Posteriormente, el 3 de octubre de 2011 a las 12:05 horas el médico de la especialidad de cirugía general y manejo de UCI, se decidió iniciar fenitoína en impregnación y mantenimiento para tratar de controlar status convulsivo, reajustar los antipiréticos, cambio de catéter venoso central y hacer screening para hongos como medidas de control de la fiebre.

El 4 de octubre de 2011 a las 10:10 horas el médico de la especialidad de cirugía general y manejo de UCI, advirtió que para ese día persistió la fiebre a pesar de las medidas tomadas para el control de foco infeccioso (cambio de esquema AB hace 48, retiro de catéter central, screening de hongos con resultado negativo). Además, se evidenció que la respuesta leucocitaria era invariable por persistencia de neutrofilia y taquicardia; asimismo, obra registro de continuidad de drenaje de secreción purulenta por fosa nasal y tubo orotraqueal logrando mejorar patrón de acoplamiento a la ventilación mecánica lo que permitió cambiar a modo SIMV asistido por presión y el retiro del relajante muscular.

A su vez, el médico tratante justificó el empleo de con dantroleno "toda vez que en el país no, hay disponibilidad de clorpromacina considerando que las otras medidas antitérmicas (ambientales y farmacológicas con antipiréticos y AINES) han fracasado". En cuanto al estado neurológico del paciente permaneció alerta sin conexión con el medio externo, sin respuesta a estímulos, sin embargo, se consideraba estar enmascarada la evaluación por el estado de relajación muscular inducido. En general, el médico tratante estableció mal pronóstico con sospecha de severa secuela neurológica secundaria al golpe de calor inicial y en que se hacía prioritario el control de la temperatura para intentar avanzar en la recuperación funcional.

El 5 de octubre de 2011 a las 8:56 horas el médico de las especialidades de medicina interna y nefrología, en conjunto con la especialidad de cirugía general con ocasión de la revisión de los cultivos de secreción orotraqueal y hemocultivos que resultaron positivos, decidieron iniciar terapia de descalonamiento antimicrobiano a cefepima teniendo en cuenta los resultados de los antibiogramas, suspendiéndose a su vez el meropenem y la vancomicina, como también el dantroleno y la fenitoína. Sin embargo, hicieron la salvedad que el paciente por presentar síndrome convulsivo por daño estructural cerebral se considera manejo de terapia anticonvulsivante y se inició ácido valproico solicitándose nueva valoración por neurología para concepto en este aspecto.

Luego al día siguiente el médico tratante de la especialidad de urgencias y paciente crítico, realizó fibrobroncoscopia encontrando una gran cantidad de pus en lóbulo superior pulmonar derecho y leve en los lóbulos medio e inferior. A su vez, en conjunto realiza

opinión endoscópica con el neumólogo consistente en atelectasia lóbulo superior derecho, sin signos de actividad broncopulmonar, con lo cual descartaron fistula. Como plan de manejo fue decidido el inicio conjunto al cefepima de moxifloxacino 400 mg al día, para aumentar el espectro de cubrimiento antibiótico, solicitando gram y cultivo de lavado bronquial; y continuando resto de soporte instaurado y medios físicos antitérmico.

El 7 de octubre de 2011, el médico de la especialidad de urgencias y paciente crítico. Dr. José Rafael Almarales Navarro, realizó seguimiento del paciente encontrando en el Rx de Tórax persistencia de imagen de radiopacidad apical derecha atribuible a proceso parenquimatoso posible absceso pulmonar vs empiema tabicado como condicionante de no modulación de SIRS y disfunción pulmonar por lo que considero manejo por cirugía de tórax. En la misma fecha obra nota médica que da cuenta sobre el inicio de trámite de remisión dadas las potenciales complicaciones y secuelas.

El 9 de octubre de 2011 el médico de la especialidad de urgencias y paciente crítico. Dr. José Rafael Almarales Navarro, entre los hallazgos sobresale como problemas consistentes en el requerimiento prolongado de ventilación mecánica y absceso pulmonar. Igualmente, obra registro de los siguientes Rx: (i) Rx de tórax: tubo de toracostomía cerrada derecho sin cambios, con evidencia de persistencia de neumotórax en ápice infiltrados intersticiales en cuatro cuadrantes con escasa disminución de la misma; (ii) Tac de tórax: infiltrados en tercio medio pulmón izquierdo, con aéreas de consolidación, tubo de toracostomía que transcurre a través del parénquima pulmonar con persistencia de gran neumotórax derecho.

A su vez, para el mismo día a las 11:55 horas el médico de la especialidad de cirugía general, Carmelo Díaz Pájaro, con ocasión del análisis efectuado en conjunto con el Dr. Burbano del TAC de Tórax evidenciaron neumotórax importante del 50 % motivo por el cual fue cambiado tubo de toracostomía debido a las fenestras del anterior adheridas al pulmón. No obstante, hizo la siguiente anotación "desde el punto de vista radiológico y quirúrgico no se beneficia de procedimiento intervencionista teniendo en cuenta que son múltiples continuando manejo soporte uci". Luego, el 10 de octubre de 2011 el médico de la especialidad de urgencias y paciente crítico evidenció como problemas presentados en el paciente (i) requerimiento prolongado de ventilación mecánica; (ii) absceso pulmonar?; (iii) persistencia de episodios de fiebre; (iv) manejo continuo de drenaje abundante por tubo de toracostomía; y (v) hipokalemia. Asimismo, entre los hallazgos evidenció a través del tubo de toracostomía cerrada derecha secreción purulenta, motivo por el cual dio inicio a vancomicina continuando manejo con cefepime, moxifloxacino, suspendiendo a su vez oxacilina. Igualmente, dio orden de continuar con remisión para manejo integral en UCI y cirugía de tórax considerando a su vez que el paciente cursa empiema pulmonar y requerimiento de manejo quirúrgico decorticación.

En esa misma fecha, a las 20:00 horas, fue realizada junta médica con la participación de los médicos, Dr. Jorge Sandoval (cardiólogo), Dr. Javier Garzón (cirugía general), Dr. Iván Torres (subgerente medico), Dr. Ismael De La Hoz Peña (anestesiología - uci) y Dr. José Rafael Almarales (medicina de urgencias y paciente crítico - UCI) quienes revisaron historia clínica del paciente efectuando el siguiente análisis:

"(...) [a]notándose que el paciente por datos obtenidos por compañeros policías y datos de remisión el paciente presento evento convulsivo en sitio de prácticas asociado al consumo de agua al parecer no trata y con riesgo de haber broncoaspirado, episodios convulsivos identificados por médico que realiza atención inicial y al parecer durante su traslado, lo cual crea la posibilidad que el paciente se bronco aspirara desde el momento mismo del evento revisándose secuencia adilogica desde su ingreso a la unidad de cuidados intensivos aparece una imagen radiológica atelectasia en base derecha la cual posterior a la intubación resuelve, pero queda una imagen en radiografía de control de imagen con tendencia a la consolidación, la cual a las 72 horas del ingreso evidencia imagen de caverna en la misma base posteriormente evolucionado a SDRA, aparición de nuevas imágenes bulosas y de cavernas con posterior aparición a neumotórax espontaneo por posible barotrauma o biotrauma, en el contexto del paciente se considera aunque los cultivos reportan gérmenes gram (sic) negativos, la gran posibilidad que la neumonía multilobar con la cual cursa el paciente y con la presencia de niveles hidroaéreos se encuentra asociado a infección polimicrobiano y por gérmenes gram positivos no identificados posible stafilococcus aureus, cuyo foco primario puede estar relacionado con diseminación hematogena o en paciente inmunosuprimido, sin embargo no hay datos claros de estado previo de salud del paciente el cual pudo poder estar deteriorado

y haber presentado evolución tan tórpida y rápidamente progresiva, en cuyo contexto se indagara a familiares y compañeros de posibilidades de estados gripales previos o infecciones de piel que ayuden desde el punto de vista epidemiológico a encontrar la causa directa de dicha evolución tan tórpida, considerando prudente continuar trámite de remisión para concepto y manejo por infectología, neumología y cirugía de tórax teniendo en cuenta que con los resultados del tac de tórax actual y a la resolución gradual luego del cambio del tubo de toracostomía derecha del neumotórax residual se descarta la posibilidad de fistula broncopleurales y con la presencia de múltiples abscesos pulmonares en el manejo médico, en el momento el manejo es médico, por lo cual se conceptúa continuar con igual esquema antimicrobiano ajustado hoy cefepima, vancomicina moxifloxacino. Se solicitarán estudios de inmunodeficiencia, se continuo resto del soporte multiorgánico instaurado igual.

22:00 paciente quien continua con signos de respuesta inflamatoria sistémica activos nuevamente febril, se decide suspender cefepima inicio de meropenem se policultiva, se solicitan koh, continua con buen control metabólico, con volúmenes urinarios adecuados en balance negativo, tolerando soporte nutricional enteral, se continua resto del soporte multiorgánico igual, se solicita cuadro hemático, electrolitos, tac de tórax de alta resolución de control por persistencia y empeoramiento de radiopacidad lóbulo superior derecho con empeoramiento radiológico, azoados, tiempos de coagulación, PCR."

El 12 de octubre de 2011 a las 22:00 horas fue cerrada la epicrisis por remisión a la Fundación Cardio infantil con los siguientes diagnósticos definitivos: (i) síndrome de falla multiorgánica (disfunción miocárdica, renal, pulmonar, cerebral, hepática); (ii) golpe de calor; (iii) síndrome convulsivo secundario controlado; (iv) falla respiratoria aguda; (v) neumonía multilobar asociada a la ventilación mecánica; (vi) falla renal aguda resuelta; (vii) edema cerebral en resolución; (viii) ulcera por presión sobre infectada en cuero cabelludo; y (ix) síndrome de descondicionamiento físico. Nótese que conforme a lo dicho en la Junta Médica uno de los hallazgos estudiados fue la infección polimicrobiana por gérmenes gram positivos no identificados con posible *Staphylococcus aureus*, la cual no fue atribuible propiamente a la diseminación hematológica

Ya en la Fundación Cardio Infantil entre las valoraciones hechas sobresale la del 16 de octubre de 2011 que da cuenta sobre la probable causa de la infección pulmonar puesto que de acuerdo al análisis efectuado por el médico de la especialidad de neurología – epilepsia, Walter González Salazar, que sus síntomas iniciales cursaron con crisis epilépticas (estatus), rabdomiólisis, al parecer por golpe de calor con posterior compromiso multisistémico y en tal virtud consideró que el cuadro inicial de golpe de calor todavía en proceso de estabilización sistémica y que, tiene asociado polineuropatía probablemente de paciente crítico la cual explica sus requerimientos ventilatorios y su estado neurológico que más que ser una alteración central esta explicado por compromiso periférico severo. Hizo énfasis en que la resonancia cerebral evidencia microhemorragias difusas cortico-subcorticales incluso en cerebelo, pero no en tallo cerebral que son muy similares a los encontrados en piel y en región distal de sus extremidades.

En ese orden, estableció como (i) diagnóstico principal, epilepsia y síndromes epilépticos sintomáticos G401 en estudio relacionados con localizaciones (focales) (parciales) y con ataques parciales simples; y (ii) diagnóstico relacionado golpe de calor e insolación T670. Como plan de manejo fueron solicitados férulas de inmovilización en 4 extremidades; SS electromiografía y neuro conducción de 4 extremidades para confirmar diagnóstico.

Paralelamente, el 18 de octubre de 2011 a las 20:54 horas el médico de medicina crítica y cuidado registró que fue recibido reporte de PCR que indica que es elevada y reporte de procalcitonina negativo, considerando que la fiebre puede ser proceso no infeccioso, probablemente de origen central, por estabilidad hemodinámica y marcadores inflamatorios negativos, frente a lo cual decidió no iniciar de terapia empírica con linezolid y fluconazol. Por parte neurológica, con mejoría discreta de alertamiento, se recibe reporte de telemetría de 12 horas en donde no se reportan eventos convulsivos, con patrón de encefalopatía, por lesiones hemorrágicas en resonancia cerebral, se sospecha compromiso de vasculitis, por lo que se solicitan laboratorios de autoinmunidad (ANAS, ANCAS, C3, C4), continuando seguimiento por neurología. A su vez, solicitaron laboratorios de estudio de vasculitis. Sobresale nota médica que da cuenta, "se buscara vasculitis u otra colagenosis como causa de sus hemorragias, aunque el golpe de calor podría explicar su cuadro. Procalcitonina baja, sugiere fiebre de origen central".

El 19 de octubre de 2011 a las 19:15 horas el paciente cursa episodio de hipotensión y bradicardia que progresa a asistolia. Asimismo, da cuenta que realizaron maniobras de reanimación durante 15 minutos sin respuesta y fallece a las 19:30. Posteriormente, a las 22:31 horas el médico de la especialidad de medicina crítica y cuidado, Dr. Rafael Arturo Meza Matallana, hizo constar de la dificultad para establecer las causas de muerte en los siguientes términos:

"[p]aciente que fallece en disfunción orgánica múltiple, choque y paro refractario de probable etiología infecciosa dado por reporte de hemocultivos hoy de crecimiento persistente de bacilo gramnegativo y aislamiento de pseudomonas aeruginosa en bal, con hallazgos clínicos y paraclínicos de vasculitis séptica y embolia séptica. Dado que no hay claridad de los eventos que llevaron al ingreso a la institución de remisión en Girardot y que en apariencia el paciente no tenía antecedentes que predispusieran el estado mórbido o que lo expliquen de forma clara, sin poderse establecer la relación o no con las actividades practicadas por el paciente durante el día del evento. Se decide (con solicitud manifiesta de la familia) realizar autopsia médico legal. Se informa que ya se había hecho un registro de defunción en el sistema RUAF con los datos de la patología actual del paciente y que por clínica médica lo lleva a la muerte pero este deberá ser modificado de acuerdo a los hallazgos del procedimiento forense."

Así, entonces, el informe Pericial de Necropsia N° 2011010111001004252 contentiva de la necropsia realizada el 20 de octubre de 2011 a las 15:00 horas determinó que el joven sufrió un colapso súbito mientras realizaba ejercicio físico de entrenamiento en condiciones de exposición a altas temperaturas ambientales y que la necropsia evidencia signos de proceso infeccioso pulmonar y congestión visceral generalizada por lo que fue realizado estudio de histopatología que reportó, neumonía organizada con áreas de bronconeumonía, edema pulmonar, pleuritis fibrosa y purulenta con fibrotórax incipiente, edema alveolar, necrosis tubular aguda sugestiva de falla renal mioglobinúrica.

Adicionalmente, en cuanto a la causa de la muerte, de acuerdo con las circunstancias en que se desarrolla el colapso de la persona fallecida, la ausencia de antecedentes médicos del mismo, los hallazgos clínicos de la atención inicial y los posteriores cambios fisiopatológicos secundarios, se puede establecer que se trata de una muerte relacionada con calor, la cual es denominada en el ámbito forense como muerte causada por golpe de calor.

De acuerdo con lo anterior, se observa que la atención médica brindada al paciente por parte de la Nueva Clínica San Sebastián de Girardot estuvo ajustada a los requisitos de oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad, tal como lo exige la calidad del servicio. En efecto, basta repasar la historia clínica para evidenciar los ingentes esfuerzos tanto del personal médico como asistencial para propender por el restablecimiento de la salud del paciente, pese a lo cual todo resultó infructuoso, pues el paciente no superó la situación inicial con la que llegó al centro hospitalario. En tales condiciones, no aparece acreditada la falla del servicio alegada en la demanda, pues la institución hospitalaria puso al servicio del paciente todos los medios y recursos de los que disponía. Por esa razón, el resultado final respecto de la recuperación del paciente no es obligación asumida por el centro hospitalario, tal como lo ha señalado en su jurisprudencia el Consejo de Estado.

Finalmente, en lo referente a la infección nosocomial por la presencia de la bacteria "*klebsiella pneumoniae*", hay que señalar que, efectivamente, esta es una situación adversa que se presenta en los casos de ventilación mecánica prolongada en pacientes como el del señor José Alejandro Hernández Suárez. Así está documentado en la literatura médica, tal como lo refirió en su concepto uno de los médicos tratantes:

"(...) [C]OMPLICACIONES DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA

Toda situación anormal durante la ventilación mecánica es potencialmente una complicación grave, porque al comprometer la ventilación pueden llevar a la muerte del paciente. Podemos considerar 4 formas de complicaciones asociadas a la ventilación mecánica:

Asociadas a los sistemas mecánicos: Cuando se presentan problemas con válvulas, mangueras, fuente de gases, conexiones, etc., probablemente es la primera causa de complicaciones evitables, ya

que con un adecuado sistema de seguimiento y alarmas programadas adecuadamente, se pueden prevenir y corregir rápidamente en manos de personal entrenado.

Asociadas a la vía aérea artificial: No es infrecuente encontrar estas complicaciones, las que se pueden producir en tres momentos: a) durante la intubación: trauma, aspiración de contenido gástrico, arritmias, etc., b) durante la ventilación mecánica: malposición u obstrucción del tubo, extubación accidental, etc., o c) posterior a la extubación: principalmente compromiso de los reflejos de la vía aérea y secuelas laringotraqueales. Recordemos que la presión de la mucosa traqueal es de 25 a 35 mmHg por lo que el cuff del tubo endotraqueal se debe mantener entre 20 y 25 mmHg para reducir el riesgo de lesiones traqueales.

Infección pulmonar (neumonía asociada al ventilador NAV): Al colocar un tubo endotraqueal debemos reemplazar las funciones de la vía aérea superior (calentar, humidificar y filtrar el aire), así como realizar un adecuado manejo de las secreciones bronquiales, de lo contrario favoreceremos la aparición de infecciones respiratorias que pueden acarrear comorbilidades, prolongar el soporte ventilatorio e inclusive poner en riesgo la vida del paciente¹⁵. La neumonía asociada al ventilador (NAV) podemos definirla como aquella infección pulmonar que ocurre después de 48 horas de la intubación o el inicio de la ventilación mecánica¹⁶. El diagnóstico es complejo y se basa en tres aspectos clínicos: signos de sepsis (taquicardia, fiebre, leucocitosis), secreciones purulentas y rayos X de tórax con una imagen pulmonar compatible y persistente en el tiempo. **El aislamiento por cultivos de un germen patógeno es difícil de distinguir si es el causante de la infección o sólo está colonizando la vía aérea. Se ha demostrado que más del 70% de los pacientes hospitalizados en las unidades de cuidado intensivo tiene su faringe y vía aérea superior colonizada por gérmenes Gram negativos, Gram positivos y hongos, siendo los principales patógenos en la neumonía nosocomial^{16,17}.**

Lesiones inducidas por la ventilación mecánica:

- **Barotrauma:** es una complicación grave, cuya mortalidad alcanza un 10 a 35% y aumenta cuando se atrasa el diagnóstico. El barotrauma engloba una serie de patologías (enfisema intersticial alveolar, enfisema subcutáneo, pneumomediastino, pneumoperitoneo y neumotórax) que tienen en común la presencia de aire fuera de las vías aéreas. Si bien se ha asociado a un aumento en las presiones de vía aérea, uso de PEEP y disminución con ciertos modos de VM, no hay nivel de presión o modo de VM que nos asegure que no vaya a ocurrir, por lo que es una complicación que debe ser tenida en cuenta siempre frente a cualquier desadaptación del paciente, aumento en las presiones de vía aérea o hipoxemia sin origen claro.

- **Volutrauma:** injuria pulmonar inducida por ventilación mecánica, sobre todo por distensión local, antes que por la presión per sé. La distensión alveolar comprime los vasos alveolares aumentando la resistencia vascular pulmonar, lo que produce una sobrecarga del ventrículo derecho, con el consecuente desplazamiento del septum interventricular y disminución del retorno venoso. Atelectasias: complicación causada frecuentemente por una programación con bajo volumen tidal o por una obstrucción de la vía aérea, lo podemos prevenir usando PEEP, evitando niveles de oxígeno muy elevados, previniendo tapones mucosos con fisioterapia respiratoria. Muchas veces es necesario eliminarlos con broncofibroscopia. Atelectrauma: ocasionado por la apertura y cierre extremo de los alvéolos y es un mecanismo frecuente de injuria pulmonar. (...)"

Según lo anterior, la presencia de la bacteria "*Klebsiella pneumoniae*" en la humanidad del paciente no obedeció a una irregularidad del ente hospitalario por la falta de seguimiento a los protocolos de asepsia y antisepsia, sino que tal infección se presenta por el hecho de mantener por tiempo prolongado al paciente con ventilación mecánica, sin que ello implique irregularidad alguna. Por esa razón, es que se habla de infección nosocomial, porque se desarrolla intrahospitalariamente pese a que se adopten las medidas necesarias para prevenirla.

Ahora, pudiera pensarse que en estos casos por la sola presencia de tal infección nosocomial se aplicara el régimen objetivo de responsabilidad, como aduce el demandante. Empero, tal argumento en el presente caso no tiene cabida, por lo siguiente: En primer lugar, porque, como se indicó, la infección estaba documentada en la literatura médica, y se iba a presentar por más medidas de asepsia y antisepsia que se adoptarían. En segundo lugar, la ventilación mecánica era necesaria para la preservación de la vida del paciente, pues de no haber sido así, hubiera muerto súbitamente. En tercer lugar, porque la causa de la muerte del paciente no fue la infección nosocomial, sino el golpe de calor, tal como lo señaló el informe pericial de necropsia, coadyuvada eso sí por la falla multisistémica. En cuarto lugar, porque en este caso con la ventilación mecánica no se estaba ensayando con el paciente, como ocurre en el caso de las vacunas, donde en pro del bienestar general

puede alguien resultar afectado y ahí sí habría lugar a aplicar el régimen objetivo de responsabilidad por rompimiento de la igualdad ante las cargas públicas. Por tales razones, en el sub lite no resulta procedente aplicar el régimen objetivo de responsabilidad.

Nótese igualmente que en la misma Sección Tercera del Consejo de Estado no hay unificación jurisprudencial respecto de la aplicación del régimen de responsabilidad objetivo en casos de infección nosocomial, justamente porque la actividad médica no puede ser considerada como una actividad peligrosa.

En conclusión, el daño, consistente en la muerte del señor José Alejandro Hernández Suárez no obedeció a la falla en la posición de garante ni a la omisión de remitirlo a la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional; ni a la falla del servicio por parte de la Nueva Clínica San Sebastián de Girardot; y tampoco a la infección nosocomial, pues no fue la causa del deceso, por lo que no resulta procedente aplicar el régimen de responsabilidad objetiva. Por consiguiente, se denegarán las pretensiones de la demanda porque la parte accionante no cumplió con la carga afirmativa de la prueba, señalada en el artículo 167⁷² del Código General del Proceso.

2.6. COSTAS

En cuanto a la condena en costas, en aplicación del criterio objetivo valorativo señalado por el artículo 188 de la ley 1437 de 2011, en concordancia con el artículo 365 del Código General del Proceso, debe verificarse si hay lugar a condena en costas a la parte vencida.

Se habla de un criterio «*objetivo*» porque en toda sentencia se «dispondrá» sobre costas, es decir, se decidirá, bien sea para condenar total o parcialmente, o bien para abstenerse. Y es «*valorativo*» porque se requiere que en el expediente el juez revise si las mismas se causaron y en la medida de su comprobación, tal y como lo ordena el CGP. En consideración a lo anterior, dado que no aparece acreditado, el Despacho se abstendrá de condenar en costas a la parte vencida.

Finalmente, el abogado José Alejandro Hernández Suárez presentó renuncia⁷³ al poder conferido por Médicos Asociados S.A. en Liquidación antes Nueva Clínica San Sebastián de Girardot I.P.S. razón por la cual se aceptará su renuncia. Asimismo, se requerirá a Médicos Asociados S.A. en Liquidación para que designe apoderado judicial para que continúe con la representación judicial de la sociedad.

En mérito de lo expuesto, el **Juzgado Treinta y Cinco (35) Administrativo del Circuito de Bogotá - Sección Tercera**, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley,

RESUELVE

PRIMERO: NEGAR las pretensiones de la demanda, por las razones expuestas en la parte motiva.

SEGUNDO: NO CONDENAR en costas, conforme a lo indicado.

TERCERO: Por Secretaría del Juzgado, procédase a la notificación de la sentencia en la forma dispuesta en el artículo 203 de la Ley 1437 de 2011.

CUARTO: En firme esta providencia, por Secretaría, **liquídense** los gastos del proceso y en caso de existir remanentes, entréguense a la parte interesada. **Archívese** el expediente, haciéndose las anotaciones del caso.

⁷² Artículo 167. Carga de la prueba. Incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen.

⁷³ Documentos Digitales N° 107 – 109 del Expediente Digital

QUINTO: ACEPTAR la renuncia presentada por el abogado José Alejandro Hernández Suárez al poder conferido por Médicos Asociados S.A. en Liquidación antes Nueva Clínica San Sebastián de Girardot I.P.S.

SEXTO: REQUERIR a Médicos Asociados S.A. en Liquidación, antes Nueva Clínica San Sebastián de Girardot I.P.S. que de forma inmediata designe apoderado judicial en el presente asunto.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

**JOSÉ IGNACIO MANRIQUE NIÑO
JUEZ**

Dmap

Firmado Por:

Jose Ignacio Manrique Niño

Juez

Juzgado Administrativo

035

Bogotá, D.C. - Bogotá D.C.,

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica,
conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación: **a49fd273be1cf3a1d196e1d4a3b03b4068354b6cd042aa0e39e59922f29a47d0**

Documento generado en 06/07/2023 07:43:20 PM

Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:
<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>