



Bucaramanga 30 /Agosto / 2024

REPÚBLICA DE COLOMBIA
TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE BUCARAMANGA
SALA CIVIL – FAMILIA

Magistrada Sustanciadora:
Dra. JENNY CAROLINA MARTÍNEZ RUEDA

REFERENCIA: PROCESO DECLARATIVO RESPONSABILIDAD CIVIL RADICADO: 68001-31-03-002-2022-00081-01 INTERNO 580/2024 DEMANDANTES: FABIANNY GILBERTO GÓMEZ FIGUEROA y ANA ISABEL JIMENEZ ORTEGA, actuando en nombre propio y en representación del menor J.G.J.
DEMANDADOS: CLINICA MATERNO INFANTIL SAN LUIS S.A., CLINICA DEL CESAR S.A., FRANCY TATIANA VILLABONA GÓMEZ y MARCO VINICIO RODRÍGUEZ TANDAZO. LLAMADOS EN GARANTÍA: SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A., SEGUROS DEL ESTADO S.A. y la PREVISORA COMPAÑÍA DE SEGUROS. PROCEDENCIA: JUZGADO SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO DE BUCARAMANGA. DE BUCARAMANGA.
ASUNTO: RECURSO APELACION SENTENCIA

MAYERLI GUALDRON ABREO, identificada con cedula de ciudadanía No.63,496.536 de Bucaramanga, tarjeta profesional No.112.216 del C.S.J., en calidad de apoderada de la parte demandante, conforme a sustitución realizada por el abogado, **LUZBIN OVIEDO REYES**, mayor de edad, identificado con Cedula de Ciudadanía N°.13.563.641 de El Playón (Santander), abogado en ejercicio con Tarjeta Profesional No. 302.165 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en calidad de apoderados de los señores FABIANNY GILBERTO GOMEZ FIGUEROA, identificado con cedula de ciudadanía No. 91.517.978 de Bucaramanga, correo electrónico fabianmy532@gmail.com , y ANA ISABEL JIMENEZ ORTEGA, identificada con cedula de ciudadanía No. 26.946.126 de Valledupar, correo electrónico fabianmy532@gmail.com , quienes actúan en nombre propio y en representación de su menor hijo J. GOMEZ JIMENEZ, identificado con registro civil No.1067.640.792 , en término, me permito sustentar RECURSO DE APELACION, contra la sentencia proferida el 29 de Julio de 2024. En cumplimiento al auto proferido por su Honorable Despacho, el 23 de agosto de 2024. El cual me permito sustentar así:

ANTECEDENTES

PRIMERO: Se radico demanda por **RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL - RESPONSABILIDAD MEDICA**, contra CLINICA MATERNO INFANTIL SAN LUIS DE BUCARAMANGA, persona jurídica identificada con Nit.8902087588, con domicilio principal en calle 48 No.25-56, Representada Legalmente por SERGIO EDUARDO PRADA, o quien haga sus veces al momento de la notificación de la presente audiencia, CLINICA DEL CESAR S.A, persona jurídica identificada con Nit.892300979-9, con domicilio principal en calle 16 No.14-90 Barrio Alfonso Lopez Valledupar, Representada Legalmente por



JAIME ALBERTO BARROS PIMIENTA, o quien haga sus veces al momento de la notificación de la presente audiencia, al medico VILLABONA GOMEZ FRANCY TATIANA, medico general con registro profesional No. 20330 y al médico MARCO VINISIO, medico de turno el día de los hechos en la CLINICA MATERNO INFANTIL SAN LUIS DE BUCARAMANGA , de conformidad a la historia clínica de fecha 27 de diciembre del 2018, por los perjuicios ocasionados con la muerte del menor GABRIEL FABIANNY GOMEZ JIMENEZ (Q.E.P.D), registro civil de nacimientos NUIP 1142725457, quien falleció el 30 de Diciembre del 2018.

SEGUNDO: El Despacho profirió sentencia, estableciendo:

En Audiencia instrucción y juzgamiento, se establecieron como HECHOS PROBADOS, aspectos relacionados con el embarazo, ingreso a la clínica Chicamocha, el parto, el feto nace vivo, asiste a control de recién nacido. Es decir los siguientes hechos sustentados en la demanda conforme a historia clínica:

La Señora Ana Isabel Jiménez Ortega, identificada con cédula de ciudadanía No.26.946.126 de Valledupar, fue atendida por la Clínica Chicamocha, Instituto prestadora de servicios de salud IPS, durante su epoca materna, en forma integral. Las ecografías tomadas durante el embarazo de la señora Jimenez, muestra un alto riesgo G1P0, especificando que el feto único vivo, tiene un crecimiento normal con un percentil con anemia leve 10,3.

El tres de diciembre del 2018, mi poderdante ANA ISABEL JIMÉNEZ ORTEGA, fue atendida por la EPS salud total y IPS que recibe clínica chicamocha, sucursal Bucaramanga, donde presento los soportes clínicos carne materno, historia clínica, reporte de las dos ecografías, reporte hepatitis B, reporte toxoplasma, reporte de IGM toxoplasma, reporte de glicemia, reporte de hemograma completo, reporte de urocultivo, reporte treponema rápido, reporte prueba rápida de VIH, reporte de frotis vaginal sin que se requirió, reportes serologías, reporte parcial de orina, reporte de elisa, reporte curva de tolerancia, reporte cultivo estreptococo agalactiaetía, reporte citología, soporte de carne vacunación. Lo cual prueba un embarazo de alto riesgo, pero desarrollo normal.

En su historia clínica puede evidenciarse durante el embarazo la existencia de un feto único vivo, peso de 690 gr, con una placenta normal, inserción en cara anterior grado 1, detalle Anatómico entre los límites normales, sin evidencia de malformaciones.

A las 29 semanas, según historia clínica, se puede establecer que el embarazo tiene un feto único vivo con perfil de crecimiento normal, bajo riesgo obstétrico, altura uterina acorde con la edad gestacional, incremento de peso de 15 kg IMC 29.3, bueno lución clínica, continuar con calcio ácido fólico y sulfato ferroso recomendación para prevenir la infección con todos o plasma, recomendaciones generales prevención de infección con el toxoplasma nutricionales, lavado de manos antes de ingerir alimentos, comer las carnes bien cocidas o asadas, lavarse bien las frutas y verduras, sedan recomendaciones sobre signos de alarma consultar por urgencia si presentas salida de líquido por vagina, dolor abdominal típico cólico, irradiado o región lumbar. A las 34.5 semanas por eco, según historia clínica, se puede evidenciar que no hay riesgo, buen estado, con SBS estables, con aumento excesivo de peso durante el embarazo.

El 13/12/2018, mi poderdante ingresa a la Clínica chicamocha sala de partos, dando a luz un recién nacido: llanto fe diuresis, hora de nacimiento 00:17, fecha diciembre 13 del 2018, PC 35 cm PT 36 cm, talla 53 cm, peso 2.870 G, sexo masculino, PA 30 cm huellas plantar profilaxis ambulancia, total mat más vitamina k, recién nacido normal.

Historia clínica Chicamocha 14/12/2018. ANA ISABEL JIMÉNEZ ORTEGA y EPS salud total. Procedimiento quirúrgico evolución diaria epicrisis. Mi poderdante sale de parto, donde le dan las recomendaciones de salida: Recomendaciones de la materia una dieta sin grasas ni lácteos asistir a urgencias impresentable fiebre menos rojos duros o dolorosos sangrado



vaginal en abundante cantidad y fétido, vómito o dolor torácico, herida quirúrgica roja dura y dolorosa, secreción por herida quirúrgica, lavado diario quirúrgica con agua y jabón, dejar descubierta, retirar puntos en 10 días en centro médico clínica chicamocha, sede conucos de 8 a 11 AM. Asistir a citas de control del postparto en su EPS, debe asistir con él bebe, reclamar en 8 días en reportes de TSH en archivo de la clínica y llevarlo a la cita de control postparto, continuar medicamentos según recomendaciones del especialista.

Recomendaciones del recién nacido: continuar lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, continuar vacunación, continuar controles de crecimiento y desarrollo, dar el sol de 8 a 9 Am y el de 3 a 4 pm, cubriendo ojos y genitales, realizar limpieza del ombligo con alcohol, asistirá a urgencias si presenta fiebre dificultad respiratoria, no comió, vomita todo, se pone amarillo, convulsiona, se pone morado.

según su Historia clínica, asiste a control el 17/12/2018, - número de historia: 26946127 e historia No. 8694445, con su recién nacido.

En este control, se establece que los controles prenatales, prueban un embarazo normal, sin complicaciones parto, cesárea programada a las 39 semanas, sin complicaciones intraoperatorias, recién nacido no requirió uci, no Inter y CIA hemoclasificación materna o positivo YRNO positivo, fecha del parto 13 diciembre del 2018, RN, de sexo masculino, con peso al nacer de RN 2.870 G, talla 35 cm, actualmente con succión adecuada buena adaptación neonatal está recibiendo lactancia materna exclusiva y a libre demanda alterna con en familia 8Oz al día, de posición y diuresis normal, muñón de cordón umbilical presente baños de sol diario en la mañana, TSH 6.2.

Lactante de menos de cuatro días de edad, quien acude a consulta junto a su madre quien refiere, adecuada lactancia materna, niega picos febriles, niega signos de dificultad respiratoria, refiere diuresis y deposiciones normales, esquema de vacunación completo, al examen físico peso 2860 G talla 49 cm PC 33 puntos centímetros, cabeza normal, tórax normal, abdomen normal cadera barlow y ortolani a negativos, extremidades normal, neurológico reflejos primitivos presentes, se considera lactante menor con adecuada actuación neonatal.

Como HECHOS NO PROBADOS, se establecen los siguientes aspectos, atención en la UMB Cañaveral, Urgencia Clínica San Luis, Urgencia Clínica del Cesar, Necropsia y Perforación del intestino. Hechos de la demanda del cuarto al Sexto.

Se adelantaron los interrogatorios de la parte demandante y los médicos FRANCY TATIANA VILLABONA Y MARCO DIONISIO.

Se adelanto la prueba pericial de la Medico DANIELA CHACON

Y se recepcionaron los testimonios de los médicos *LUIS IGNACIO VILLAMIZAR DURAN SERGIO ENRIQUE ZABALETA*.

Algunos aspectos manifestados por el Despacho y consideraciones para proferir el fallo fueron:

Responsabilidad civil contractual falla médica por activa, la ejerció los padres del menor, parte pasiva el médico General Francia Tatiana Villabona y el médico pediatra Marcos Vinicio, la clínica San Luis y la clínica del Cesar.

Se fijó el litigio y se concluyó, que la falla médica responsabilidad civil con una responsabilidad contractual, existen cuatro requisitos el hecho dañoso, el daño, el nexos causal y la culpa. Vinculados a través de un contrato, la demandante está afiliada a cuenta con dicha EPS, se presta el servicio al menor, hay responsabilidad civil contractual.



Ahora la falla médica, se estructura la responsabilidad, La falla probada es carga del demandante, se debe acreditar la culpa conforme a sentencia del Consejo superior de la judicatura casación civil del 30 de septiembre de 2016 del doctor Ariel Salazar Ramírez

El acto médico propiamente dicho obtener diagnósticos rehabilitaciones o cirugías ve a tu auxiliar medicamentos prescritos y toda la actividad del servicio sanitario, I no sólo de las no sólo de los galeno sino de las mismas entidades se muestra que el elemento adverso, se produce por falla en un proceso en un procedimiento del prestador de servicio, ellos son responsables y los médicos quedarán en exonerados. La responsabilidad del galeno, se estudia con una sentencia del 30 de enero de 2001, el médico se obliga a todos los medios que tenga su alcance; debe demostrarse la responsabilidad la culpa probada, se estudia de la sentencia del 8 de mayo de 1990, reitera la doctrina carga de la prueba del médico se examina en forma individual y en conjunto el régimen de la culpa probada, la carga de la parte actora, tiene que probar la culpa.

Se estudiaron las pruebas documentales y testimoniales dos testigos. una prueba pericial y los interrogatorios de la parte demandante y la parte demandada dos médicos que fueron demandados el hecho dañoso.

El hecho dañoso, no se da el incumplimiento contractual que obligan al sistema general de salud a agentes del sistema medios no de resultado; el médico está obligado a su experiencia.

El daño, causado por que el menor falleció; por lo tanto el daño está acreditado con el fallecimiento del niño.

Respecto a la Clínica del Cesar, está plenamente establecido, que ninguno de los hechos o pretensiones están enfocadas a estructurarse alguna falla en el servicio médico, en la clínica del César

En el interrogatorio el padre del menor manifiesta que su hijo vomitó, que era domingo. Eso no era así, eso es falso, no era domingo, dice que el medico no dio recomendaciones, y, el niño sigue igual, es falso, si hay recomendaciones que realizó el médico y el médico no le ordeno gotas al bebé, los padres ya se las estaban dando.

No lo llevaron, porque no le dieron recomendaciones manifiesta el Padre, lo cual también es falso, también en su interrogatorio el padre manifiesta que en la noche presentó vómito suave, su esposa le daba seno, no eras experta, no sabe si le dio fiebre, presentó cambios en la deposición, salieron hasta las cinco de la tarde sólo recibe atención el menor hasta el día siguiente a las 3.00P.M. cuando llegan a Valledupar, manifiesta el padre que el abdomen ya estaba morado.

Por lo tanto la declaración del Padré es falsa y respecto a la interrogatorio que hace la señora Ana Isabel, manifiesta que el doctor no demoró ni cinco minutos y que lo dio de alta, enviando a consulta externa, a la media hora de llegar a Valledupar vomitó, es falso, no lo vieron a la hora.

Manifestó que la consulta externa no se la dieron de una vez, no había cita, se la daban hasta el 5 de enero, los padres debían estar presente los signos de alarma y recomendaciones dadas por el medico, ante la presencia de los síntomas descritos en la historia clinica, debían de llevarlo nuevamente a urgencias, pero al día siguiente, el menor estaban en Valledupar y como a la hora presentó vómito, lo llevó con su hermana y se fue a la clínica de Cesar a eso de las 3:30, ingresaron al menor a la UCI. Que el niño presentó fiebre y vómito cuando llegó a consulta, declaró la mamá y después cuando llegaba ya se le había pasado la fiebre, porque le había dado dolex, La madre en su interrogatorio admite que le dieron recomendaciones, que no lo lleva a urgencias, en la historia clinica manifiesta que vómito dos veces, que sólo lo presenta hasta que llegó a Valledupar, lo cual es falso contrario a lo manifestado en su interrogatorio, dijo que vomitó dos veces, tomó un avión a la 1:30 falso, que presentó fiebre y cambio de coloración y cambios en la deposición, pero, no lo llevó a urgencias y se va para Valledupar.

En el interrogatorio de los dos médicos, ambos manifestaron, que cuando se le entregaron a las órdenes a la Madre y cuando ya se estaba dando la salida del menor y se había cerrado la historia clínica la mama hace la pregunta a la médico general si puede viajar



con el menor, y ella le dice que debe preguntarle al pediatra, ella se dirige al pediatra, quien también manifiesta que ella le preguntó, que si podía viajar y él manifiesta que no viaja, que no viajar porque tenía que estar pendiente del niño.

No se consignó en la historia clínica, porque la manifestación se hizo posterior al cierre de la misma, pero el despacho lo da por cierto, ya que los dos interrogatorios los médicos manifestaron lo mismo.

Las recomendaciones están en la historia clínica y establece el vómito lechoso, por lo tanto para que se estuviera frente a una urgencia de cirugía, tendría que ser el vómito verdoso. El protocolo en la clínica San Luis, la urgencia esa es atendida por médico general y lo respalda un pediatra, los médicos especialistas, se hacen por consulta externa. Puede pedir una interconsulta, pero es por consulta externa, siempre lo recibe un cirujano pediatra, es una subespecialidad no tiene la obligación de tenerla en urgencia, debe ser por consulta externa o atención prioritaria, Ese es el protocolo.

El perito en lo pertinente, describe que no hay signos de estrangulamiento, el niño si tenía que ser valorado por el cirujano pediatra, lo tenía que ser si era inmediato o programada no habían signos de alarma por ello se remitió por consultas externas si se presentan vuelva nuevamente a urgencias. El despacho relaciona todas las preguntas y las respuestas que emite la perito en su peritaje.

Después se pronuncia, no se le dijeron las cosas al médico, realmente, desde cuando fue atendida en la San Luis, a la clínica César de Valledupar, se llegó a la Clínica del Cesar a las tres P.M. casi 24 horas después, el menor fue atendido por el médico general, múltiples episodios de vómito en la tarde cuando ya estaba en el Cesar, niega otra sintomatología, no manifiesta que tenía fiebre, dolor abdominal, ya pasaron 24 horas. Fue valorado por consulta externa en Valledupar y remiten a Clínica del Cesar, el 28 de diciembre a las 3:34 lo revisa el médico y el médico infectólogo Carlos Alberto Ospina, sobre la medianoche, leve distensión, no dolor a la palpación, movimiento de volumen alargada, no hay cambios en la coloración del menor; el Papá habló de una coloración y la mamá también dijo, lo cuales falso, lo cual es contrario a lo que se consigna la historia clínica del César, quien prácticamente sé que no hay cambios en la coloración del en la piel, por lo tanto la Mamá y el Papá están mintiendo.

Las causas de fallecimiento, fue un shock severo; pero también existió una perforación del intestino, cuál era el estado clínico del niño en la San Luis y a la clínica del César, en la clínica del Cesar distensión y múltiples episodios verdosos y vidriosos, llevan al cirujano pediatra también se intentó reducir la hernia el testículo, era necrótico y perforación en intestino; pero eso fue 24 horas más tarde, como se modificaba el estado de salud el diagnóstico de arte y observación el juez debía analizar con ella la historia clínica cuál era la condición del menor hasta cuando falleció entró por urgencias y en este momento no ameritaba cirugía, no se estructura la responsabilidad, como se le ordena de pediatra se remita a urgencias, pero no lo hicieron, cantidad de horas que pasaron de pediatra y cirujanos, el incumplimiento contractual no se encuentra cuál sería la omisión, no hay esa culpa, negligencia, impericia indebida, no la hay, era carga el demandante probar la culpa, no había hernia encarcelada para entrar a cirujano pediatra no se la asistencia de la falla.

Por lo anterior no prosperan las pretensiones de la demanda se encuentra la correspondiente condena costas se resuelve negar las pretensiones de la demanda y condenar en costas y agencias en derecho en la suma de 2,500,000.

HISTORIAS CLINICAS – PRUEBAS DOCUMENTALES DE LA DEMANDA

HISTORIA CLINICA MATERNO INFANTIL SAN LUIS.

El 27 de diciembre del 2018, fue atendido por Urgencias el menor hijo GABRIEL FABIANNY GOMEZ JIMENEZ, en la clínica MATERNO INFANTIL SAN LUIS S.A de Bucaramanga, por la médica general con registro profesional 20330, VILLABONA GOMEZ FRANCY TATIANA, quien en la historia clínica manifiesta que el menor fue valorado por el médico pediatra de turno Dr. Marco, en la



cual se establece; Diagnóstico K409 hernia inguinal unilateral o no especificada, sin obstrucción ni gangrena. Motivo de Consulta: "tiene una hernia". Enfermedad Actual: "hijo de Ana Isabel de 14 días de vida, quien el día de hoy se encontraba en consulta de control, con pediatría Dra Olga Segovia, quien al examen físico encuentra "masa que protruye en región inguinal derecha, al parecer dolorosa, asociada a irritabilidad" descrito en historia clínica presentada por la Madre. Por lo anterior remiten paciente para para valoración por urgencias. además, vomito #2 episodios, lechoso. niega fiebre, no cambio en las deposiciones, actualmente en manejo con biogaia desde anoche 5 gotas. Antecedentes Personales patológico: niega. quirúrgico: niega, alérgico: niega, vacunas: PAI completo para la edad Neurodesarrollo, sin alteraciones referidas. Antecedentes Familiares niega, Peso (Kg) 3.30, Temperatura 37.00, Talla (CM) 00, Frecuencia cardiaca 170.00, Frec. Respiratoria 56.00, Sat oxígeno(O2)% 95.00, Sistólica 00, Diastólica 00, Estado General aceptable condiciones generales, alerta, activo, afebril, hidratado, Cabeza y Cuello normocefalo, conjuntivas rosadas, escleras anictéricas, mucosa oral humeda, cuello móvil sin adenopatías. Cardiopulmonar RsCsRs , sin soplos. Normo ventilado, sin sobreagregados pulmonares, Abdomen blando, depresible, sin signos de irritación abdominal, hernia inguinoescrotal del lado derecho, sin signos de estrangulamiento ni encarcelamiento. Genitor Urinario normo configurados masculinos Extremidades eutróficas, simétricas, sin edemas, pulsos distales presentes. Examen Neurológico sin déficit motor ni sensitivo. Piel sin lesiones.

Análisis: hijo de Ana Isabel de 14 días de nacido. con clínica de irritabilidad y hallazgo al examen físico de consulta de control con pediatría por consulta externa de hernia inguinal derecha. Por lo cual es remitido a esta institución. valorado por pediatra de turno Dr Marco, quien considera paciente con hernia inguinoescrotal del lado derecho, sin signos de estrangulamiento, ni encarcelamiento. considera irritabilidad asociada a cólico. Continuar biogala 5 gotas al día por un mes.

PLAN; salida, biogala 5 gotas al día por un mes. sacar cita de control con cx pediatrica por consulta externa, sx de alarma: fiebre, cambios de coloración a nivel de la hernia, vomito persistente, cambio en la consistencia de las deposiciones.

HISTORIA CLINICA UME CANAVERAL.

El día 27 de diciembre del 2018, fue atendido por Urgencias el menor hijo GABRIEL FABIANNY GOMEZ JIMENEZ, en la UME CAÑAVERAL, por la médica pediatra OLGA LUCIA SEGOVIAMORALES – PEDIATRA, Registro 68475/1997, donde en su historia clínica se determina: Consulta del Jueves, 27 de diciembre de 2018 12:51 PM, en UME CANAVERAL. Nombre del Profesional: OLGA LUCIA SEGOVIA MORALES - PEDIATRIA (Registro No. 68475/1997). Número de Autorización: 01666-185869675. Tipo de Consulta: CONSULTA EXTERNA CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PEDIATRIA Fecha de la Consulta: 12/27/2018 12:51:00-

Motivo de Consulta: edad 14 días de control
Enfermedad Actual: paciente en control de crecimiento y desarrollo, hoy



vomitó una ocasión lechoso, desde ayer muy irritable, desde ayer comió muy poco, come bien, DEPOSICION última hace 19 horas, diuresis normal, duerme bien. Rango de edad: Ninguna, Cardiopulmonar: no refiere gastro intestinal: no refiere, Genitourinario Osteomuscular: no refiere, Neurológico: no refiere. Endocrino: no refiere osteomuscular: No Refiere Linfomunohematopoyético: No refiere, Vascular Periférico: no refiere, Piel y Faneras: no refiere, TSH Neonatal: 6.2 clasificación de Recién Nacido Psicomotor: VDRL Materno: RNAT No Reactivo Sicosociales: sonrisa social, sigue con la mirada, rta a estímulos sonoros, succión+ Inmunológicos: lactancia + tetero: enfamil 2 onzas 4 v al día, Alergias pai m completo, trae carnet, Causa de Alergia: ninguna. Antecedentes Familiares Madre: abuela materna HTA y diabetes. abuelo paterno diabetes, hermanos: no, Examen Físico, Signos Vitales UMT: topometría Peso:3.2 UMP:Kg IMC:0 TASP:90, TADP:60 FC:90 FR:28 p: 36.5 PC:35 Formulas Apoyo: No E: 50 EPI Posible desnutrición o anemia: No rado General: Buen estado general, Respuesta a Estim. Social: Adecuada Estado de Conciencia: Sin compromiso de conciencia Caracterist. de piel: Color normal lab, piel y lengua examen Físico lado General: buenas condiciones gral, alerta, irritable que calma con mami, hidratado.

Órganos de los Sentidos: cabeza normo cefalea, fontanela normotensa, ojos normal, ori normal Cardiopulmonar: c/p rsesrs no soplos, no sdr, no sobreagregados, no sr, pulsos simétricos, llenado capilar normal. intestinal: no masas, no megalias Curlito urinario; masa que protruye en región inguinal derecha, al parecer dolorosa, Osteomuscular: Sin alteraciones Neurológico: Sin alteraciones Endocrino: Sin alteraciones ubicación Tanner Vello Pub Infoinmunoematopoyético: Sin alteraciones ascular Periférico: Sin alteraciones lel y Faneras: Sin alteraciones de Estudio y Manejo : Análisis y Manejo sis y Manejo sis y Plan de Manejo: hernia inguinal derecha encarcelada??, se remite a urgencias clínica san Luis, (autorizado por Dr Adriana escuderos), para valoración por cirugía pediátrica, se dan recomendaciones de puericultura y signos de alarma, Analisis y Manejo Valoración Nutricional Analisis. DIAGNOSTICO: (K40) HERNIA INGUINAL.

HISTORIA CLINICA DEL CESAR.

INGRESO: 170524 INFORMACIÓN DE LA EPICRISIS
SERVICIO DE EGRESO: Ninguna
FECHA EGRESO: 30/12/2018 01:21 p. m. ESTADO PACIENTE: MUERTO MOTIVO
DE CONSULTA PACIENTE REMITIDO DE PEDIATRIA CONSULTA EXTERNATIENE
UNA INVAGINACION

ENFERMEDAD ACTUAL. PACIENTE CON CUADRO CLINICO DE APROXIMADAMENTE 3 DIAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN DISTENSION ABDOMINAL, ASOCIADO A MULTIPLES EPISODIOS EMETICOS EN DIA DE HOY NIEGA OTRA SINTOMATOOGIA RAZON POR LA CUAL CONSULTA. PACIENTE MASCULINO A CESAREA SIN COMPLICACIONES, DADO DE ALTA EN COJUNTO CON MADRE. QUIEN CONSULTA POR CUADRO CLINICO DE 2 DIAS DE EVOLUCION CON PRESENCIA DE IRRITABILIDAD A DISTENCION ABDOMINAL,



HOY RESENCIA DE VOLITOS, VALORADO POR PEDIATRA EN CONSULTA EXTERNA QUIEN CONSIDERA CUADRO DE INVAGINACION INTESTINAL Y REMITE PARA SERVICIO DE URGENCIAS, DONDE ES VALORADO Y SE DECIDE HOSPITALIZAR EN UCI NEONATAL PARA MANEJO INTEGRAL SU INGRESO PACIENTE EN REGULAR CONDICION GENERAL, COIN DISTENCION ABDOMINAL MARCADA, DOLOR A LA PAPPACION DE ABDOMEN, CON PRESENCIA DE VOLITO BILIOSO. SE PASA SONDA OROGASTRICA NUMERO 12 CON SALIDE DE ABUNDANTE MATERIAL FECALOIDE APROXIMADAMENTE 60CC. POSTERIORMENTE MENOS DITENDIDO, NO LUCE SEPTICO. LLENADO CAPILAR DE 2-3 SEGUNDOS. LUCE COIN LEVE PALIDEZ. NORMOTERMICO, NO RETICULADO. PATRON RESPIRATORIO NORMAL, A LA AUSCULTACION MURMULLO VESICULAR UNIVERSAL. FR: 40 X MIN, CON RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS CON FC: 133 X MIN, ABDOMEN GLOSOS Y SENCIBLE A LA PALPACION MODERADA, CON RUIDOS HIDROAREOS NORMALES. NO VISEROMEGALIAS. REGION INGUNAL DERECHA GRUESO, QUE CORRESPONDE A HERNIA INGUNAL. SE MANTENDRA EN AYUNO, SE SOLOCOTA RX DE ABDOMEN, Y ECOGRAFIA ABDOMINAL. SE AVISA A CIRUJANO PEDIATRA POR PROBABLE PATOLOGIA ABDOMINAL QUIRURGICA. REVISIÓN DE SISTEMA SU INGRESO PACIENTE EN REGULAR CONDICION GENERAL, COIN DISTENCION ABDOMINAL MARCADA, DOLOR A LA PAPPACION DE ABDOMEN, CON PRESENCIA DE VOLITO BILIOSO. SE PASA SONDA OROGASTRICA NUMERO 12 CON SALIDE DE ABUNDANTE MATERIAL FECALOIDE APROXIMADAMENTE 60CC. POSTERIORMENTE MENOS DITENDIDO, NO LUCE SEPTICO. LLENADO CAPILAR DE 2-3 SEGUNDOS. LUCE COIN LEVE PALIDEZ. NORMOTERMICO, NO RETICULADO. PATRON RESPIRATORIO NORMAL, A LA AUSCULTACION MURMULLO VESICULAR UNIVERSAL. FR: 40 X MIN, CON RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS CON FC: 133 X MIN, ABDOMEN GLOSOS Y SENCIBLE A LA PALPACION MODERADA, CON RUIDOS HIDROAREOS NORMALES. NO VISEROMEGALIAS. REGION INGUNAL DERECHA GRUESO, QUE CORRESPONDE A HERNIA INGUNAL. SE MANTENDRA EN AYUNO, SE SOLOCOTA RX DE ABDOMEN, Y ECOGRAFIA ABDOMINAL. SE AVISAA CIRUJANO PEDIATRA POR PROBABLE PATOLOGIA ABDOMINAL QUIRURGICA. ESTADO INGRESO: HISTORIA CLINICA DE INGRESO YA REFERIDA. PARA EL 28 DE DICIEMBRE VALORACION POR CIRUGIA PEDIATRICA LA CUAL REALIZA REDUCCION DEL HERNIA INGUINO ESCROTAL. LUEGO DE LA REDUCCION SE DEJA EN AYUNO Y NUTRICION PARENTERAL TOTAL. DE MOMENTO NO AMERITA ANTIBIOTICOS. ECOGRAFIA DESCARTO DE MOMENTO INVAGINACION INTESTINAL. MANEJO ANALGESICO. EL 29 DE DICIEMBRE EVOLUCION TORPIDA DADO POR ABDOMEN DISTENDIDO, ALGUN GRADO DE DOLOR EN PALPACION PROFUNDA. DEBITO BILIOSOS. SE DECIDE LLEVAR A LAPAROTOMIA A LAS 11:00 HORAS DONDE SE ENCONTRO MATERIAL LIBRE EN CAVIDAD, ASAS INTESTINALES EDEMATOSAS CON ABUNDANTE FIBRINA Y PERFORACION UNICA A 15 CMS DE LA VALVULA ILEOCECAL. SE DECIDE RESECCION INTESTINAL, ANASTOMOSIS TERMINOTERMINAL. SE REALIZO LISIS DE ADHERENCIA PERITONEALES LAVADO PERITONEAL Y APENDICECTOMIA. EN CANAL INGUINAL DERECHO SE ENCONTRO CORDON Y TESTICULO DERECHO NECROTICO POR LO QUE SE REALIZAR ORQUIECTOMIA DERECHA Y LIGADURA DE SACO HERNIARIO. INGRESA AL UCI EL DIA 29 DE DICIEMBRE A LAS 13:00 HORAS. SE DEJO CONECTADO A VENTILADOR CON PARAMETROS INTERMEDIOS. DE MOMENTO COBERTURA ANTIBIOTICA CON CEFEPIME - AMPICILINA. DURANTE LA NOCHE DEL 29 DE DICIEMBRE ALZAS TERMICAS, TENDENCIA A LA TAQUICARDIA. CONTINUA CON DETERIORO PROGRESIVO DEL



COMPORTAMIENTO HEMODINAMICO, PARA EL 30 DE DICIEMBRE A LAS 06:00 HORAS IDENTIFICACION DE HIPOTENSION, MAL LLENADO CAPILAR DEBITO PATOLOGICO ABUNDANTE. SE ORDENA INCIO DE INOTROPICOS, ROTACION DE ANTIBIOTICOS A VANCOMICINA - MEROPENEM.- INICIO VAFO. ORDENA TRASFUSION SANGUINEA GRE Y PLASMA. ANTECEDENTES: HEMOCLASIFICACION O RH: POSITIVO TSH: 6.2 NORMAL MENOR DE 15 PAI COMPLETO, ALEMENTACION LECHE MATERNA MAS MATERNIZADA. MADRE DE 34 AÑOS 1C1. CONTROL PRENATAL: 8 CONSULTAS, GRUPO SANGUINEO: 0 RH POSITIVO ANTECEDENTES MATERNOS INFECCIOSOS, NO RPM ** SEROGIAS DE LA MATERNA: 27/12/2018: TOXO IgM: NO REACTIVO: 0.31, ELECTROQUIMIOLUMINISCENCIA: VR: NEGATIVO < DE 0.8 21/11/2018: VDRL: NO REACTIVO, HIV NEGATIVO. 18/05/2018: HEPATITIS B: NO REACTIVO TOXO IgG: NO REACTIVO: 10U1, QUIMIOLUMINISCENCIA: VR: NO REACTIVO < DE 1.6 TOXO IM: NO REACTIVO: 0.040, QUIMIOLUMINISCENCIA: VR: NO REACTIVO < DE 0.5 NO TRAE REPORTE ACTUALIZADOS DE HEPATITIS B EXAMEN FÍSICO PACIENTE ESTABLE AFERRILSIMTRICO NORMONASIERODOS CARIOS RITMOS SO A MAGREGADOSSE OBSERVAISSIANDOMAPACIENTE SIN EFICIT MOTORSE ARTISTE N APREHENSION PRESENTENDRMOCE AL ESCLERAS ANICTERICAS PUPILAS SOS NORME EN SE ME SIMETRICO NO SE PALPAN MASAS NO ADENOMEGALIASNORMOCONFIGURADO MASCULINOSIMETRICAS EUTROFICAS SIN EDEMA LLENAOD Nombre reporte : HCRPEpicrisis LICENCIADO A: [CLINICA DEL CESARI NIT (892300979-91 CAILAR < 2 SEGUNDOSPESO: 3190mg. TALLA: 52cm+FC 146 XMIN, FR: 44 XMIN, T 36.5°C, SATO2 92% OXIGENO AMBIENTE, SOG DEBITO FECALOIDEEN REGULAR ESTADO GENERAL, SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA, NORMOCEFALO, FONTANELA ANTERIOR NORMOTENSA. MUCOSA ORAL HUMEDA, PALADAR INTEGRO CON SUCCION POSITIVA, PABELLO AURICULAR CON BUENA IMPANTACION. OJOS NORMALES. LEVE PALIDEZ CUTANEAC/P: TORAX SIMETRICO NORMOEXPANSIBLE, SIN TIRAJES PULMONES CON ENTRADA DE AIRE ADECUADA EN AMBOS CAMPOS, CON MURMULLO VESICULAR. PRECORDIO CALMO CON RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, SIN SOPLOS, PULSOS CENTRALES Y PERIFERICOS PRESENTES. ABDOMEN DISTENDIDO, POCO DEPRESIBLE, NO MASAS NO MEGALIAS, IMPRESIONA DOLOR A LA PALPACION. PERISTALSIS NORMAL. CICATRIZ UMBILICAL ONFALO CLAMPEADO DOS ARTERIAS Y UNA VENA, G/U MASCULINO NORMOCOFIGURADOS PARA LA EDAD, EXTREMIDADES EUTROFICAS SIN EDEMA LLENADO CAPILAR < 2 SEG, PIEL PALIDEZ LEVE, SNC: DE MOMENTOS ACTIVO Y REACTIVO A LA ESTIMULACION, BUEN TONO MUSCULAR. EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD Y JUSTIFICACIÓN DE INDICACIONES TERAPEUTICAS: FALLECIDO RESULTADO EXAMEN: RESULTADO PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS: PACIENTE EN ESATURACION 78%, RETI UEAERIORO SE EVIDENCIA DESDE LAS 8 AM, CON PALIDEZ MARCADA, LLENADO LENTO DE 4 DESATURACION 78%, RETICULADO GENERALIZADO Y ANTE ESTAS CIRCUNTANCIAS SE HA INDICADO APORTE HIDRICO CON HARTMANN IV EN BOLALMENTE NO AHORA PASAR EN 30 MINUTOS Y LUEGO SE HARA TRA CIERO SICO A COMEN A 30 MINUTOS, SH INICIA OPOS POR M (PM 10 migon+ ENN 9 10 EN CONTENTE LAPORTE HIDRICO + INOTRO 15 OCIO VARESTANSION ARTERIAL (36/41. CON MEDIA DE 20mmH9), TAMBIEN YA SE HA INCIADO LA TRASFUSION DE GLOBULOS ROJOS



RESUM ELEMEN ESTABA SOLICITADA Y SE HA INCIADO SU TRANSFUSIÓN Y DADA POR LAS CARACTERISTICAS CLINICA DE ANEMIA AGUDA PRESUMELAMENTE POR SANGRADO INTRAABDOMINAL POR REPORTE ENTREPADO A CAS 41ST AM DE HB 10.7 Y HEMATOCRITO DE 32.7 UIEN STOLERINE AL INGRESO DE 40.8) Y POR ESTA RAZÓN YA ME COMUNIQUE CON EL MD CIRUJANO PEDIATRA DR. CARLOS OSPINO Y A QUIEN SE LE INFORME DE LA CONDICION CLINICA Y CRITICA DEL NICO NECE SABER CUE VENDRA PARA A LA UNIDAD, OTRO COMPSANGRE RAEACIONADO CON EL ESTADO GRAVE ES LA POSIBILIDAD DE ESTADO SEPTICO GRAVE Y HE DECIDIDO TOMAR MUESTRA DE SANGRE PARA HEMOCULTIVO X 2 Y HACER CAMBIO DE LOS ANTIBIÓTICOS POR VANCOMICINA A 15 MG/KG/DOSIS CADA 8 HORAS Y MEROPENEM A 10 MG/KG/DOSIS IV CADA 8 HORAS), SE PASO DE VENTILACIÓN MECANICA CONVENCIONAL A VENTILACION DE ALTA FRECUENCIA PARA RECLUTACION ALVEOLAR / MEJORAR LA OXIGENACION (FR 10 HZ, PRESION MEDIA 18 AMPLITUD 26 FIO2 100%) Y HA MEJORADO LA SATURACION AHORA DE 94% Y SE LE HABIA SOLICITADO O REALIZAR RX DEL TORAX CON PORTATIL Y GASES ARTERIALES (HAY REPORTE ANTES DE LA MANIFESTACION DEL DETERIORO, DE LAS 05:38 HORAS: PH 734 PCO2 21 BAJO / PO2 72 / BIC 11.3 /EB - CONMEJORO DE LAFC PASANDO DE SO A TAMEN POR LENOLNA 108KO S15 DE 1.00 POR RADICARDA PARCARON 2OSA 14.5 / SAT 93% Y AHORA INDICO UNA NUEVA MUESTRA). POR PRESENTAR TIEMPO PROLONGADO DEL TPT DE 43.2 SEG SE INDICA GLUCOMETRIA BAJAS DE 25mg% (A LAS 6:20 AM) LE APLICARON DEXTROSA AL 10% 60c IV EN BOLO Y SOLICTO AHORA NUEVA GLUCOMETRIA Y DIO 58mg% A LAS 8 AM. LA TÀ ARTERIAL HORA ES DE 40/20 MEDIA 23 E INDICO NUEVA CARGA HIDRICA DE HARTMANN A 10 CC/KG EN 30 MINUTOS (INICIADA A LAS 0810 AM. YA SE INICIARON LAS DOSIS DE LOS ANTIBIOTICOS. *BALANCE DE 24 HORAS = INGRESO 282 CC / DIURESIS 14.1 CC/KG /HORA / PERDIDA INSENSIBLES 47.7 CC / BALANCE TOTAL + 265 CC. LA RX DE LA MADRUGADA ESTANDO EN VENTILACION CONVENCIONAL SE OBSERVA TOT A NIVEL DE LA CARINA Y SE LE RETIRÓ 0.8cmts, NO HAY DERRAME PLEURAL, NO HAY FOCO NEUMONICO Y PRESENTTA ADECUADO VOLUMENES PYULMONARES, SOLICTO AHORA UNA NUEVA RX DEL TORAX ESTANDO EN VAFO Y RX DEL ABDOMEN. HEMOS INTENTADO COMUNICARNOS CON LOS PADRES PERO NO CONTESTAN AL LLAMADO AL CELULAR, POR LO QUE INSISTIRÉ.HAY DEBITO IMPORTANTE POR SOG TIPO BILIOSOS MUY OSCURO. *A ESTE MOMENTO AL TERMINAR DE ESCRIBIR TODO LO REALIZADO RESALTO QUE ES IMPORTANTISIMO DESCRIBIR TODO LO REALIZADO PERO ANTES QUE REALIZAR EL ESCRITO EL ACTUAR SOBRE EL PACIENTE CON LA VERIFICACION DE SU CONDICON CLINICA Y LA APLICACIÓN CONTROLADA DE TODO LO INDICADO ES VITAL PATRA INTENTAR LOGRAR RESCATAR AL NIÑO O SACARLO DE SU GRAVEDAD Y DESCRIBO CON DETALLE TODO LO REALIZADO DESDE LAS 7 AM. *IMPRESIONA DE MEJOR ASPECTO, EL LLENADO CAPILAR ES DE 3 SEGUNDOS, YA NO HAY TANTO RETICULADOS, ESTA MAS ACTIVO Y LA TA MEDIA AHORA ES DE 35. HACE APERTURA OCULAR ESPONTSANEA. MUCOSA ORAL HUMEDA.DR POLANIA30/12/18 PEDIATRIA

TURNO MAÑANA HORA:
09:00 HORAS. RX DE TORAX>TECNICA ADECUADA, BUEN VOLUMEN PULMONAR, BUENA TRASPARENCIA PULMONAR NO CONSOLIDADOS.



SILUETA CARDIOTIMICA NORMAL.
RX DE ABDOMEN>>>OPACIDAD GENERALIZADA POR POSTOPERATORIO INMEDIATO. CONTINUA MANEJO INSTAURADO. DR POLANIA30/12/18 09:32 HACE 10 MINUTOS LE REALICE MASAJE CARDIACO Y SE LE APLICARON 2 DOSIS DE ADRENALINA 1:10.000 0.3 CC CADA UNA POR BRADICARDIA DE 52/MIN Y SE AUMENTARAPIDAMENTE A 99/MIN. 121/[MIN.SU](#) CONDICION CLINICA SIGUE SIENDO MUY CRITICA, ESTA CONECTADO A LA VENTLIACION DE ALTA FRECUENCIA, AUSCULTO BUENA ENTRADA DE AIRE EN AMBOS CAMPOS PULMONARES, BUENA EXPANSION Y SATURACION 89-91%. ABDOMEN DISTENDIDO PERO NO TENSO, NO DURO, SE DEJA DEPRIMIR ALGO. PERSISTEN LOS RETICULADOS EN TODO EL CUERPO, YA NO TAN PRONUNCIADOS QUE CUANDO RECIBÍ EL TURNO, PERO AUN ESTAN PRESENTE. TA 45/29 CON MEDIA DE 36mmHg. LLENADO CAPILAR DE 3 SEGUNDOS. ESTA CON APERURA OCULAR ESPONTANEA. NORMOTERMICO CON ASPECTO TOXIINFECCIOSO. SU CONDICION CLINICA SIGUE SIENDO MUY GRAVE, A PESAR DE TODAS LAS ACCIONES ESTABLECIDAS. SOLICITARÉ CONTROL DE HEMOGRAMA EN 6 [HORAS.SE](#) MANTIENE IGUAL MANEJO Y YA LOS PADRES ESTAN INFORMADOS DE LA CONDICION DEL NIÑO Y SE LE HA EXPLICADO QUE SU ESTADO DE GRAVEDAD ESTA DETERMINADO MUY SEGURAMENTE POR PROCERSO INFECCIOSO (ESTADO SEPTICO). LA NUEVA RX DEL TORAX REALIZADA AHORA EN LA MAÑANA TIENE ADECUADOS VOLUMENES PULMONARES, NO HAY ESCAPE AEREO, NO HAY DERRAME PLEURAL, SILUETA CARDIO TIMICA NORMAL. TOT EN POSICION ADECUADA.DR POLANIA 30/12/18 A LAS 09:40 INICIÉ EL PROCESO DE REANIMACION CARDIO PULMONAR POR PRESENTAR BARDICARDIA 54/MIN, SE REALIZA MASAJE CARDIACO (AL IGUAL EN LAS VECES ANTERIORES CON BRADICARDICARDIA Y EN EL QUE SE APLICÓ ADRENALINA IV, TAMBIEN SE REALIZÓ SIEMPRE MASAJE CARDIACO) Y OXIGENACION CON BOLSA A TRAVÉS DE TUBO OROTRAQUEAL Y DURANTE TODO EL PROCESO LAS FRECUENCIAS CARDIACAS OSCILABAN ENTRE 50 Y 85/MIN, Y SIEMPRE SE MANTUVO EL MASAJE CARDIACO Y SE APLICARON EN TOTAL 10 DOSIS DE ADRENALINA (1:10.000) A 0.1 CC/KG/DOSIS ENTRE LAS 09:40 Y LAS 11:20 AM Y SE DECLARA FALLECIDO A LAS 11:25 AM. EL NIÑO DURANTE EL PROCESO DE REANIMACION LA SATURACION INICIAL ESTUVO ENTRE 85 Y 91%, CON RETICULADO GENERALIZADO, HACIA APERTURA OCULAR ESPONTANEA Y ALGUNOS MOVIMIENTOS LEVE DE LAS EXTREMIDADES Y DESDE LAS 10: 40 AM, NO LOS VOLVIÓ A PRESENTAR, Y A LAS 10:50 NO HABIA FRECUENCIA CARDIACA, NI MOVIMIENTOS REPIRATORIOS PROPIOS, SOLO LOS PROPORCIONADOS POR LA OXIGENACION CON LA BOLSA DE REANIMACION, SE ADICIONARON 3 DOSIS MAS: DE ADRENALINA (INCLUIDAS ESTA EN EL TOTAL DE 10 DOSIS) Y NO HUBO RESPUESTA ALGUNA A LA MANIOBRAS Y LOS FARMACOS INDICADOS, SIN PRESENCIA DE MOVIMIENTO ALGUNO, SIN RESPUESTA CLINICA A LOS ESTIMULOS, CON PUPILAS MIDRIATICAS, CON FR 0/MIN, CON FC 0/MIN Y SIN REGISTRO DE SATURACION EN EL MONITOREO CONSIDERE QUE EL NIÑO FÁLLECIÓ A LAS 11:25 AM, Y LES NOTIFIQUE A LOS PADRES, LOS CUALES CONTANTEMENTE ESTUVIERON EN EL PROCESO REFERIDO, ES DE MENCIONAR QUE TAMBIEN SE ADMINISTRÓ UNA CARGA ADICIONAL DE HARTMANN POR SU HIPOTENSIÓN CON TENSION ARTERIAL MEDIA DE 20mmHG (A 10 CC /KG, SIENDO ESTA LÁ TERCERA) Y TAMBIEN UNA DOSIS DE HIDROCORTISONA (A DOSIS 1 MG/KG N= 3.2 MG) AL CONSIDERAR HIPOTENSIION REFRACTARIA. SE LOGRÓ TRANFUNDIR GLOBULOS ROJOS 45 CC IV Y SE INCIÓ LA TRANSFUSION DE PLASMA, PERO NO



SE COMPLETÓ EL VOLUMEN POR EL FALLECIMIENTO DEL NIÑO. RECIBIO PARCIALMENTE REPOSICION CON BICARBOTANO DE SODIO IV AL EVIDENCIARSE ACIDOSIS METABOLICA SEVERA (DE LAS 09:37 AM= PH 6.93 / PCO2 11 / PO2 82 // BIC 3.0 // EB NO MARCA // A-a DO2 617 / Pa O2: 699 / pa O2/ PA O2: 0.12),CAUSA PRINCIPAL DEL FALLECIMIENTO= SHOCK SEPTICO SEVERO,COMENTARIO ADICIONAL EN EL ANALISIS DE LO OCURRIDO DESDE EL INICIO DE LA ENFERMEDAD, EL NIÑO NACIÓ EN LA CIUDAD DE BUCARAMANGA Y LA MADRE AFIRMA QUÉ EL 25/12/15 ESTANDO EN DICHA CIUDAD, EL NIÑO COMENZO A PRESENTAR LLANTO FRECUENTE, ALGO IRRITABLE Y ELLA LO ASUMIÓ COMO POSIBLE CUADRO DE COLICO ABDOMINAL, PERO ANTE LA PERSISTENCIA DE LO REFERIDO LO LEVÓ PARA QUE FUESE VALORADO POR PEDIATRIA Y QUIEN DESPUES DE UN DETALLADO ANALISIS CLINICO OBSERVO LA HERNIA INGUINAL DERECHA POR LO QUE LO REMITIO POR SERVICIO DE URGENCIA PARA GIRUCIA PEDIATRICA, PERO LO VALORÓ UN PEDIATRA QUIEN DETERMINO QUE NO SE REQUERIA EN EL MOMENTO DE URGENCIA AL CIRUJANO Y LE INDICÓ CITA CON DICHA ESPECIALIDAD POR CONSULTA EXTERNA. POR LO QUE ELLA DECIDE TRAERLO A VALLEDUPAR, LO EVALUA UNA PEDIATRA DE ESTA CIUDAD Y LO REMITE A ESTA INSTITUCION DONDE ES VALORADO EN ESTA CLINICA CON DIAGNOSTICOS DE PROBABLE PATOLOGIA QUIRURGICA ABDOMINAL REALIZANDOSE PARACLINICOS Y VALORADO POR CIRUGIA PEDIATRICA, QUE INICIALMENTE REDUCEN LA HERALA DE MANERA MANUAL Y AL DIA SIGUIENTE SE EL CIRUJADO REALIZA INTERVENCION QUIRURGICA ENCONTRANDOSE PEQUEÑA PERORACION INTESTINAL Y HACE RESECCION INTESTINAL DE +- 2CMTS. REALIZA ANASTOMISIS DE LOS BORDES, Y APENDICECTOMIA PROFILACTICA, SE PASA A LA UNIDAD. NEONATAL INTUBADO, SE CONTINUAS LA VENTILACION MECANICA, NUTRICION PARENTERAL, ANTIBIOTICOS (AMPICILINA+ CEFEPIME), ENTRE OTRAS INDICACIONES Y EN LA MAÑANA DE HOY PRESENTA DETERIORO CLINICO, CARACTERISTIAS DE ESTADO SEPTICO, AL INCIO DE MI TURNO A LAS 7 AM DE HOY EVIDENCIO SU CONDICIÓN CRITICA Y PROCEDI A REALIZAR TODOS PROCESOS PARA INTENTAR EVITAR EL FALLECIMIENTO PERO NO FUE POSIBLE Y FALLECE A LAS 11:25 AM EN SHOCK SEPTICO SEVERO.

TRATAMIENTO RECIBIDO:
PACIENTE DE 15 DIAS DE NACIDO SIN HOSPITALIZACIONES PREVIAS, INGRESA EL DIA DE HOY REMITIDO DE CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRIA CON DX DE INVAGINACION INTESTINAL PARA MANEJO EN UCI NEONATAL. INGRESO PACIENTE Y ORDENO TRASLADO INMEDIATAMENTE A UCI NEONATOS. SE LES EXPLICA MANEJÓ A SEGUIR A LOS PADRES REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR .

CONDICIONES SALIDA: FALLECIDO
INDICACIONES DEL PACIENTE A LA SALIDA:
FALLECIDO JUSTIFICACIÓN MUERTE: DIAGNÓSTICOS DE INGRESO CODIGO Y NOMBRE K403 - HERNIA INGUINAL UNILATERAL O NO ESPECIFICADA, CON OBSTRUCCION, SIN GANGRENA K581 - INVAGINACION K564 - OTRAS OBSTRUCCIONES DEL INTESTINO 9369 - SEPSIS BACTERIANA DEL RECIEN NACIDO, NO ESPECIFICADA 7X - ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE DEL FETO Y DEL RECIEN NACIDO DIAGNÓSTICOS DE EGRESO CODIGO Y NOMBRE 1469 - PARO CARDIACO, NO ESPECIFICADO P369 - SEPSIS BACTERIANA DEL RECIEN NACIDO, NO ESPECIFICADA



Necropsia realizada, en la cual se determina:

DESCRIPCION QUIRURGICA GRABIEL FABIANNY GOMEZ JIMENEZ

CIRUJANO: OSPINO PEÑA CARLOS ALBERTO

ANESTESIOLOGO: SERGIO MARTINEZ DAZA.

INSTRUMENTADORA: CELIDA VIZCAINO

DIAGNOSTICO PREOPERATORIO: K564 PTRAS OBSTRUCCIONES DEL
INTESTINO

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO

- LAPAROTOMIA EXPLORATORIA SOD
- LAVADO PERITONEAL TERAPEUTICO SOD
- LISIS DE ADHERENCIAS PERITONEALES POR LAPAROTOMIA SOD
- ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO A INTESTINO DELGADO SOD
- RESECCION TOTAL DE INTESTINO DELGADO SOD
- ORQUIECTOMIA TESTICULO SOD

DIAGNOSTICO POSTOPERATRIO: K631 PERFORACION DEL INTESTINO
(NO TRAUMATICA).

DESCRIPCION: paciente en decúbito supino, bajo anestesia general, asepsia, antisepsia, colocación de campos quirúrgicos, se realiza laparatomía supra e infraumbilical. Se encuentra peritonitis generalizada, con materia libre en cavidad, asas intestinales edematosas, con abundante fibrina y perforación única a 15 cm de la válvula ileocecal, por lo que se realiza resección intestinal y anastomosis terminal. Con vicryl 5-0 con puntos separados. Se cierra por planos hasta piel con vicryl 3-0 y nylon 4-0.

Luego exploramos el canal inguinal derecha encontrándose cordón y testículo derecho necrótico por lo que se realiza orquiectomía derecha y ligadura del saco herniario con vicryl 3-0 cierra por planos con vicryl 3-0 y nylon 4-0, no se presentaron complicaciones.

Paciente GOMEZ JIMENEZ, hijo de ANA ISABEL, No 14949478245 edad 10, sexo F, médico OSPINO PEÑA CARLOS ALBERTO, entidad salud total EPS, fecha de recibo 3 de enero del 2019, fecha de toma de muestra, 29 de diciembre del 2018.

Espécimen remitido Instituto.

Intestino Delgado apéndice secall testículo diagnóstico clínico perforación intestinal necrosis de testículo y cordón espermático descripción macroscópica.

A. rotulado porción de intestino Delgado se recibe un fragmento intestino que mide 3 cm de largo por 1 cm de diámetro exteriormente presenta una superficie irregular de color grisáceo con membrana de aspecto fibrinógeno muy lentas al corte la mucosa es de color grisáceo las paredes están engrosadas con pocos restos alimenticios de color verde con una perforación de ser o punto 7 cm de diámetro.



B. Rotulado apéndice Cécale se recibo un apéndice que mide cuatro por ser o punto 3 cm la serosa está despulida la mucosa es de color blanquecino.

C. rotulado testículo se recibe un espécimen quirúrgico que mide 2.5x1.5x1.5 cm. Exteriormente presenta una superficie irregular de color gris oscuro parcialmente abierto al corte presenta una superficie lisa de color gris oscuro aspecto hemorrágico se procesan cortes representativos de Aby c.

Descripción microscópica

- A. Los cortes muestran pared intestinal con mucosa ulcerada acompañado de necrosis isquémica tras mural los cortes de sección se encuentran histológicamente viable.
- B. Los cortes muestran apéndices equal
- C. con mucosa conservada con presencia de agregados linfoides con centros foliculares reactivos y polarización del manto los corte muestran parénquima testicular con necrosis es química y hemorrágica.

Diagnóstico histopatológico

Ileón terminal recección (3 cm.)

Pared intestinal con necrosis isquémica tras mural inflamación aguda y hemorragia reciente. Apéndice secall apendicetomía: hiperplasia folicular linfoide reactiva. Testículo derecho orquiectomía: Parénquima testicular con necrosis isquémica y hemorragia reciente no se observa más línea en la muestra evaluada.

SUSTENTACION DEL RECURSO

La responsabilidad médica se establece «a partir del régimen de la culpa probada, pues sabido es que, por regla general, el profesional de la medicina no se compromete a sanar o curar a su paciente, más bien a hacer todo lo posible, desde su conocimiento, para remediar sus padecimientos», como lo estimó la Corte en sentencia de 17 de noviembre de 2011.

Partiendo de este aspecto, la parte Demandante, no se encuentra conforme con el enfoque dado al litigio, por las siguientes razones:

Al momento de exponer las consideraciones del Despacho, fundamenta que las mismas las realiza con la valoración de las pruebas documentales allegadas al proceso, determinando que la atención brindada, o, el protocolo por parte de la Clínica Materno Infantil San Luis fue realizada en debida forma, sustentando que la especialidad de cirujano pediatra es por consulta externa o prioritaria, y, que en la misma no se cuenta con el mismo disponible en urgencias. Lo anterior, no es de recibo, ya que es claro que los médicos especialistas no se encuentran en forma permanente en urgencias, pero en casos de vital importancia, para proteger la vida de los pacientes deben ser requeridos en forma inmediata, o, dejar el paciente hospitalizado para la valoración del especialistas, sin exponer al mismo a un riesgo, y, mas



cuando se trataba de un menor de 13 días de nacido. Donde quedan las garantías constitucionales. Jurisprudencialmente, se ha establecido circunstancias en las que el acceso a los servicios y/o tratamientos de salud, debe ser garantizado de manera inmediata. En este orden de ideas, la sentencia C-936 de 2011 expresó que en el evento en que se estuviera en presencia de una urgencia en el suministro de los servicios de salud y medicamentos excluidos del POS, la EPS debe proveer el medicamento o servicio de forma inmediata, sin perjuicio de la revisión posterior del Comité Técnico Científico. La citada providencia dispuso lo siguiente:

“Vale la pena aclarar que el concepto de urgencia no se agota con las emergencias médicas, las cuales se caracterizan por el riesgo inminente que se cierne sobre la vida. Los casos de urgencia son definidos por el artículo 3 del Decreto 492 de 1990 “Por el cual se reglamenta parcialmente los servicios de urgencias y se dictan otras disposiciones” de forma amplia así:

“1. URGENCIA. Es la alteración de la integridad física y/o mental de una persona, causada por un trauma o por una enfermedad de cualquier etiología que genere una demanda de atención médica inmediata y efectiva tendiente a disminuir los riesgos de invalidez y muerte.”

A su vez, las urgencias pueden clasificarse de la siguiente forma: (i) urgencias leves, que son aquellas en las que la demora de la asistencia no genera cambios en el pronóstico médico; (ii) urgencias menos graves, en las que la atención puede tardar algunas horas sin que empeore el pronóstico; y (iii) urgencias graves o emergencias médicas, en las que cualquier demora en la prestación de los servicios médicos conlleva un aumento del riesgo de muerte.

En consecuencia, la urgencia no tiene que provenir necesariamente de un caso fortuito, como un accidente, sino que puede ser consecuencia de la evolución de una enfermedad adquirida tiempo atrás, como enfermedades catastróficas tales como el cáncer o la insuficiencia renal.

Con fundamento en estas consideraciones, la Sala considera necesario reiterar la regla que ya había fijado frente al trámite ante los CTC, en el sentido de que cuando el médico tratante disponga que el medicamento, tratamiento, insumo o cualquier servicio excluido del plan obligatorio de salud de cualquier régimen deba prestarse de manera inmediata según criterio del médico tratante, la EPS deberá hacerlo así (...)

Además, cabe recordar que el artículo 130 de la Ley 1438 [de 2011] dispone que es una conducta que vulnera el derecho a la salud y, por tanto, sancionable: “130.4 Poner en riesgo la vida de las personas de especial protección constitucional”, como son los niños, los adultos mayores, la mujeres embarazadas, las personas en situación de discapacidad y las personas gravemente enfermas, entre otras.”.

En este orden de ideas, en el presente caso, se trataba de un menor de 13 días de nacido, que previamente, por valoración de Médico Pediatra, fue remitido a Urgencias, para valoración del Médico Cirujano Pediatra. Es clara la historia clínica de la Dra. Segovia, cuando remite a urgencias y



posteriormente consigna valoración cirujano pediatra. Estas notas medicas son claras, sin signos de interrogación, por lo tanto, no podría el Despacho determinar que no existe en urgencias medico de esta especialidad, y, que al remitir por consulta Externa al menor se cumplió con el protocolo, donde queda la remisión del otro medico pediatra, donde queda la urgencia y el riesgo de la vida del menor, al esperar una cita por consulta externa, ni, siquiera es prioritaria. *En efecto, la garantía constitucional de la salud no tiene tanto por objeto el resultado de la preservación del bienestar físico o la evitación de la muerte sino, ante todo, de la prestación del servicio, según los mejores estándares disponibles, y de acuerdo con la dignidad humana.*

Ahora, el Despacho frente a los Médicos, especialmente, los de la Clínica Materno Infantil que atendieron al menor, debió estudiarse como un caso de responsabilidad médica por error diagnóstico. Es claro que *La responsabilidad médica se debe analizarse bajo el tamiz del régimen de la falla probada, lo que impone no sólo la obligación de probar el daño del demandante, sino, adicional e inexcusablemente, la falla por el acto médico y el nexo causal entre esta y el daño, sin perjuicio de que en los casos concretos el juez pueda, de acuerdo con las circunstancias, optar por el régimen de responsabilidad objetiva. Lo cual fue probado claramente con las historias clínicas del menor, los síntomas, el tiempo transcurrido en la atención en las dos clínicas y el fallecimiento del menor.*

La parte Demandante anexo toda la historia clínica, para establecer el régimen de la falla probada.

El artículo 34 de la Ley 23 de 1981, “*por la cual se dictan normas en materia de ética médica*”, define la historia clínica como un documento en el cual se realiza “*el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente*” de carácter privado sometido a reserva que puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos en la citada ley. La Corte Constitucional en la Sentencia T-528 de 2016 indicó que la historia clínica no debe ser entendida únicamente como una descripción del estado de salud de quien consulta o es atendido, *pues es un documento de importante relevancia que consigan la secuencia de los procedimientos que se le realizan al paciente tanto por el médico tratante como por el equipo de salud (enfermeras y auxiliares) que lo asiste. En esa medida, en ella se deben detallar los actos médicos como el diagnóstico y tratamiento, la evolución del paciente,* la atención paramédica e inclusive los actos extra médicos.

Así pues, la historia clínica es un documento privado en el que se detalla el proceso gradual o escalonado de la información básica sobre las razones por las cuales se consulta o se acude al servicio médico y se consigan los síntomas que reporta el paciente y que logre apreciar el médico. De la interpretación de ese conjunto de signos y síntomas, el médico tratante debe especificar la metodología empleada para la valoración de esas expresiones y proferir un diagnóstico con fundamento en la *lex artis ad hoc*. Finalmente, se debe registrar el tratamiento o procedimiento ordenado, la verificación de la evolución del paciente, y las recomendaciones profilácticas.



En sentencia de 22 de enero de 2014 (exp. 28.816) indicó que el diagnóstico constituye uno de los momentos de mayor relevancia en la prestación del servicio médico, pues los resultados que arroja permiten elaborar toda la actividad que corresponde al tratamiento del paciente, el diagnóstico se encuentra conformado por dos etapas: la primera es aquella donde se realiza la exploración del paciente, esto es, el examen o reconocimiento que va desde la realización del interrogatorio hasta la ejecución de pruebas, tales como palpación, auscultación, radiografías, etc. En la segunda, le corresponde al médico analizar los exámenes practicados y emitir su juicio.

Para el Consejo de Estado; "En una primera etapa se realiza la exploración del paciente, esto es, el examen o reconocimiento del presunto enfermo. Aquí entran todo el conjunto de tareas que realiza el profesional y que comienzan con un simple interrogatorio, tanto del paciente como de quienes lo acompañan y que van hasta las pruebas y análisis más sofisticados, tales como palpación, auscultación, tomografía, radiografías, olfatación, etc. Aquí el profesional debe agotar en la medida de lo posible el conjunto de pruebas que lo lleven a un diagnóstico acertado.

En una segunda etapa, una vez recolectados todos los datos..., corresponde el análisis de los mismos y su interpretación...; se trata, en suma, una vez efectuadas las correspondientes valoraciones, de emitir un juicio...Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, sentencia de 10 de febrero de 2000 Exp.11878. Reiterado en sentencia del 2 de mayo de 2016. Exp.36.517

Asimismo, esa corporación sostiene que para que el diagnóstico sea acertado se requiere que el profesional de la salud sea *"extremadamente diligente y cuidadoso en el cumplimiento de cada una de las fases anteriormente mencionadas"*. En esa medida, el médico debe emplear todos los recursos a su alcance para *"recopilar la información que le permita determinar con precisión cuál es la enfermedad que sufre el paciente"*

En todo caso, es decisivo establecer si el médico empleó todos los recursos y procedimientos adecuados para llegar a un diagnóstico acertado. Al respecto, el Consejo de Estado reitera *"lo que debe evaluarse, en cada caso, es si se utilizaron todos los recursos, esto es, si se practicaron los procedimientos adecuados para llegar a un diagnóstico acertado, lo que obliga, en no pocos eventos, a distinguir entre la responsabilidad de los médicos y la de las instituciones prestadoras del servicio de salud, dada la carencia o insuficiencia de elementos para atender debidamente al paciente"*

Para probar el mismo, adelantare cada una de las valoraciones medicas por parte de los médicos pediatras, los síntomas del menor, análisis no realizado por el Despacho, quien determino traer a colación interrogatorios adelantados a los padres del menor, señalando que se equivocaron en horas, descripción de síntomas u otros, determinando como falso unos aspectos y otros como ciertos.

El 27 de Diciembre de 2018, 12:51 PM, la señora Ana Isabel Jimenez, asiste con su menor hijo, por consulta externa, consulta de primera vez por



especialista, en UME CAÑAVERAL – SALUD TOTAL. (Se acredita la responsabilidad Contractual), el menor es valorado por la Pediatra OLGA LUCIA SEGOVIA MORALES, quien al consignar en la historia clínica, en enfermedad actual, describe claramente:

Paciente en control de crecimiento y desarrollo.
Hoy vomito una ocasión lechoso.
Desde el día de ayer muy irritable.
Desde ayer comió muy poco.
Deposiciones ultima hace 19 horas.
Diuresis normal y duerme bien.

Es importante estudiar lo consignado en esta historia clínica, el bebe ya tenia vomito lechoso y se encontraba irritable, síntomas valorados por el Despacho, quien establece que la madre no referencio que presento mas episodios de vomito y fiebre. No, se comparte este aspecto, ya que claramente el día de la atención solo fue un episodio, dejando a un lado la irritabilidad. Los demás síntomas no fueron valorados por el despacho. El menor, ya no tenia buen apetito, y pasaron 19 horas sin que hiciera deposición, lo cual es grave, pues, los bebes entre la tercera y cuarta semana hacen varias veces al día, en ocasiones lo hacen después de comer.

La medico pediatra, adelanta el examen físico al menor, encontrando una masa que protruye en región inguinal derecha, al parecer dolorosa. El diagnostico del menor es claro, HERNIA INGUINAL, asociada a vomito lechoso, irritabilidad, baja de apetito, y, lo más grave la última deposición hace 19 horas.

En el plan de manejo establece la Pediatra, que el menor debe ser valorado por cirujano Pediatra, quien debe determinar la hernia encarcelada, razón por la que remite a urgencias.

Al terminar la consulta, la madre llega a Urgencias de la Clínica Materno Infantil San luis, ingresando el 27 de Diciembre del 2018, a las 16:06 horas, (3 horas después), es claro que la madre entrega la historia clínica del menor adelantada por la pediatra, con la remisión a cirujano pediatra. En la enfermedad actual se consigna en la historia clínica “ Motivo de Consulta: "tiene una hernia". Enfermedad Actual: “hijo de Ana Isabel de 14 días de vida, quien el día de hoy se encontraba en consulta de control, con pediatría Dra Olga Segovia, quien al examen físico encuentra "masa que protruye en región inguinal derecha, al parecer dolorosa, asociada a irritabilidad" descrito en historia clínica presentada por la Madre. Por lo anterior remiten paciente para para valoración por urgencias. además, vomito #2 episodios, lechoso. niega fiebre, no cambio en las deposiciones, actualmente en manejo con biogaia desde anoche 5 gotas”.

Conforme a lo consignado en esta historia clínica, se puede establecer claramente, que el menor sigue con la irritabilidad, que en tres horas nuevamente presento vomito lechoso y lo mas importante no cambio en las deposiciones, es decir, ya completaba 22 horas desde la última deposición.



En el análisis consignado en la historia clínica, después de ser valorado por otro pediatra (Marco), establece "Análisis: hijo de Ana Isabel de 14 días de nacido. con clínica de irritabilidad y hallazgo al examen físico de consulta de control con pediatría por consulta externa de hernia inguinal derecha. Por lo cual es remitido a esta institución. valorado por pediatra de turno Dr Marco, quien considera paciente con hernia inguinoescrotal del lado derecho, sin signos de estrangulamiento, ni encarcelamiento. considera irritabilidad asociada a cólico. Continuar biogala 5 gotas al día por un mes".

Síntomas que no fueron analizados por el despacho, describe que el menor sigue con la irritabilidad asociada a un cólico, con hernia inguinal derecha sin signos de encarcelamiento o estrangulamiento.

El menor a pesar de ser remitido a cirugía pediatra a urgencias, en la misma determinan que con irritabilidad, vomito, con mas de 19 horas desde la ultima deposición , y sin comer bien lo que tiene es un cólico, en el plan establece salida, biogala 5 gotas al día por un mes. sacar cita de control con cx pediatrica por consulta externa,

sx de alarma: fiebre, cambios de coloración a nivel de la hernia, vomito persistente, cambio en la consistencia de las deposiciones.

Claramente, ni siquiera el menor es enviado a cita prioritaria, no se deja en observación para requerir al cirujano pediatra, olvidando que se trata de un menor de 14 días, le dan de alta con todos los riesgos, estableciendo unos signos de alarma.

El interrogatorio del médico pediatra; que ordeno dar de alta al menor en la clínica San Luis, no fue valorado en forma completa, el Despacho solo determina el mismo en forma parcializada, dejando de laso aspectos importantes, que prueban la equivocación en el plan de salida.

El medico Marco Vinicio , manifiesta, que siempre de acuerdo a los protocolos de manejo, se hizo una valoración correcta, según los protocolos de pediatría, nunca se puso en riesgo en la vía del bebé, se habló con los padres, desde la mamá que fue la que con otro familiar se valoró al bebecito, por dos ocasiones en primera instancia por la doctora Francis médico general, luego de valorarlo me solicitó la valoración, en efectivamente yo acudí hablé con la mamá y otra que estaba con la señora. Hizo un examen físico, le dije a la señora que teníamos que volver a quitar la ropita, siempre los bebés de la cabeza los pies y para eso es importante quitarles la ropita.

Mas adelante manifiesta, la Dra Francis lo valora alrededor de las 2:20 de la tarde, entonces digo que si, vamos a valorar al niño, yo hago mi cuestionario mis preguntas con la mamá y con acompañante de la mamá , es un bebecito de 14 días de vida, sin patologías, luce en buenas condiciones generales, tranquilo, hidratado, un examen físico completamente normal sin dentro de la normalidad entonces. Se aclara que la manifestado en este interrogatorio es contrario a lo consignado en la historia clínica, el menor ya tenía una patología o diagnostico determinado



por otra pediatra, no estaba normal, pues, en ambas historias clínicas se estableció, que el menor se encontraba irritable.

Sigue manifestando el medico en su interrogatorio, revisando al bebecito le pregunto a la mamá Ayala, a la tía o no se, pero quien acompañaba a la mamá del bebé, bueno mamá y usted cómo ve a su bebecito, nosotros ese día fuimos a consulta que teníamos de control de crecimiento y desarrollo y entonces la doctora la pediatra, le parece que el niño tiene una hernia encarcelada y por eso lo remita acá para la clínica San Luis, está muy bien y usted cómo lo ve, o más cómo va a estar, el niño no se está comiendo bien, no se buenas condiciones generales, ha tenido como fiebre, dolor abdominal distensión abdominal, pero, este niño está comiendo, está comiendo hasta más de lo normal. Lo cual también es contrario a lo consignado en la historia clínica, esta irritable, no está comiendo bien.

Explica en su interrogatorio, que cuando se tiene una hernia complicada, lo que nos llama la atención encuentras un bebé totalmente muy fastidiado por el dolor que produce la hernia y al examen físico tú ves un bebecito que está no para de llorar no para de llorar e irritable, distendido el abdomen a la palpación en caso de qué tenga una técnica se hace palpa una masa que es muy muchísimo dolor a la palpación, incluso el bebé que presentan cuando ya la cambios de coloración.

Entonces lo revisé, le dije bueno mami cómo va con la comida al bebé, ha hecho deposiciones normales, contrario a lo consignado en la historia clínica, en esta se consigno a las 12:51 pm del 27 de diciembre, en la cual se consigna que deposición ultima hace 19 horas, la madre presenta la historia clínica y en urgencias, su historia clínica se especifica no cambio en deposiciones. Es decir el bebe ya llevaba 22 horas de la última deposición.

Sigue manifestando en su interrogatorio el medico MARCO, este algún antecedente de importancia que me tengas que contar, el niño, que nació normal, hoy 14 días seguida tomar está tomando algún medicamento, dijo Si hace 24 horas me le formuló el médico biogaya, es su medicamento que se utiliza para el manejo del cólico, es muy frecuente en estos primeros meses de vida, que estaba muy bien que no había ninguna complicación, le doy indicación que podía continuar. Es claro que conforme a esto, el medico lo sigue manejando como un colico. Y para el no existen síntomas, el bebe se encuentra bien, contrario a consignado

Continua: Entonces yo conversando, revisando al niño y les digo, porque hay una situación que me llamó, que ella me decía que no entendía porque lo habían remitido urgencias, que lo remitieron porque la doctora dijo que había una hernia, pero la ella tenía la duda si estaba encarcelada, le digo gracias a Dios, el niño presento una hernia inguinal, que no está en esta situación, y explica, el colegio de cirujanos pediatras en Colombia, en el año 2003, se dejó escrito que formalmente, estos tipos, de esos bebe, se debe programar para operarse en 14 máximo 30 días, es decir una hernia inguinal que no presenta signos de alarma, que no presenta signos de encarcelamiento, no se tiene operar urgencia es una cirugía programada, en otros países como México, como España que los valora y los mandan para el cirujano, el cirujano es el que luego le valorará al bebé va a decidir si es o



no el momento adecuado para operarse, es decir un niño que presenta una hernia que no tiene signos de encarcelamiento, ni que el paciente está bien, que no tiene dolor que está comiendo bien, es decir que está sintomático nunca se va a operar de urgencia siempre es una cirugía programada.

Este análisis realizado por el Medico, es contrario, en este caso se trataba de un menor con 14 días de nacido, al que difícilmente puede establecerse el grado de dolor, por ello debe examinarse con más cuidado. El manifiesta que en el examen físico encontró un bebe que estaba sano, que el bebecito comida bien, que no tenia dolor, lo cual es falso, conforme a lo consignado en la historia clínica ese mismo día en urgencias y la historia clínica con la valoración de la otra pediatra, el bebe no comía bien desde el día anterior, tenia vomito lechoso, la ultima deposición superaba las 19 horas, estaba irritable y con dolor al examen físico. Como puede establecer un diagnostico de bebe sano solo con cólico y remitir a consulta externa. Análisis que brilla por su ausencia por parte del despacho.

En el interrogatorio, manifiesta la señora Juez, Pues señor MARCO Vinicio, usted me ha hablado y le he entendido claramente, que para el momento que usted revisó constató que la hernia está allí ,pero según lo que usted revisó no estaba en encarcelada, obviamente pues si usted no sé si conoce cómo se siguió digamos desenvolviéndose la situación médica del niño de infortunadamente pues desencadenó el fallecimiento del niño. El medico contesta: Puedo asumir que fue entonces que si, la hernia finalmente se estranguló, la hernia pasó es de estar nunca encarcelada a estarlo y además de estarlo a estrangularse. Conforme a literatura, el paciente al máximo de tiempo de 36 horas y cuáles son las manifestaciones que el paciente comienza presentar vómito persistente, aumenta la distensión abdominal, no hay una situación que lo pueda amar al bebé y por eso es eso, porque incluso antes que tenías, se operaban después de los tres meses, los valora por consulta externa uno, y lo que hacemos es el nota de remisión al cirujano para que el cirujano lo programe y lo operen en el momento que sea conveniente, y, lo que repito el colegio de pediatría de Colombia por protocolo de manejo, se recomienda que esos pacientes sean operados dentro de los primeros 30 días de diagnosticada,

Nuevamente el Despacho pregunta, lo Valoró, si había hernia pero no estaba en encarcelada, entonces, en observaciones sabemos que usted valoró al bebé el 27 de diciembre y que el bebé falleció el 30 de diciembre pasaron tres días, si conoce usted de qué murió el bebé o como consecuencia de que la hernia pasó de estar no encarcelada a encarcelada y estar encarcelada además estrangularse.

Contesto, la situación de salud, complicaciones estrangulamiento 30% por eso previniendo, todos ese es que se le explica la mamá en la consulta de los riesgos de encarcelamiento y se le da una remisión en la historia como quedó anotado para que saque una cita con cirugía pediátrica quién es el que lo va a dirigir el momento para operarse, el bebé Vuelvo insisto quiere decir que finalmente la hernia inguinal, que parecía el bebé pasó a estar en encarcelada y es relativo porque o sea cuando uno también aclarar estamos en un evento de urgencias donde uno tiene la obligación de valorar el paciente, explicar los signos de alarma, si se dan tiene que volver y que anotado en una historia clínica el paciente se dice en la nota de historia



clínica, se explica signos de alarma cuáles son persistencias de vómito, Dolor abdominal irritabilidad, ausencia de evacuaciones, es una señalamiento el paciente se está estrangulando, por lo cual el paciente debe acudir inmediatamente al servicio de urgencias, en un momento que yo lo valoro lo encuentro un paciente y muy buenas condiciones sin signos sinceramiento sin ningún signo de alarma. ANALISIS O VALORACION NO REALIZADA POR EL DESPACHO, primero, el medico en su interrogatorio explica que si la hernia esta encarcelada pasaría en 36 horas a estrangularse, situación que le paso al menor en 24 horas posteriores a la valoración realizada por el y la cita con el nuevo pediatra en Valledupar, además, hablo de signos de alarma diferentes a los señalados en la historia clínica, como ausencia de evacuaciones, tampoco tuvo en cuenta que el menor llevaba mas de 20 horas desde la ultima deposición, que estaba irritable y con dolor al examen físico y vomito, consignado en la historia clínica. El explica en su interrogatorio cuales serian los signos de alarma que le mostraría que la heria se encontraba encarcelado, y conforme a la valoración del primer pediatra, la medico general y lo consignado en la historia clínica, presentaba todos los síntomas, por lo que claramente puede concluirse que la hernia estaba encarcelada y por ello en menos de 24 horas se estrangulo. Se resalta que la ausencia de evacuación y la irritabilidad es el mayor síntoma de encarcelamiento, según la experiencia de este pediatra que valoro al menor y diagnóstico.

Continuo el interrogatorio manifestando, por eso es aquí en la clínica San Luis, en este año hemos tenido dos de besitos con el manejo, se cambia cuando paciente la reducción por parte de cirugía inicialmente, dice programa para para hacerse la concesión definitiva dentro de las primeras 48 horas, pero este bebe luce en buenas condiciones y está sintomático se programa por consulta escena por parte de cirugía o en su defecto por parte de cirugía pediatría por consulta externa.

Nuevamente, la Juez, manifiesta; Por cuarta vez le pregunto, en el caso del Menor del que estamos hablando, la hernia inguinal que no estaba en encarcelada para cuando usted lo valoró, debo entender por el desenlace trágico que tuvo la situación doloroso lamentable que tuvo la situación debo concluido, es correcto, que lo haga que pasó de la hernia de estar muy encarcelada a estar encarcelada y a estrangularse el 27 de diciembre el paciente fue operado el 29 de diciembre más de 36 .

Contesto: entramos en el tiempo rea, I si el cuando lo vi, hubiera estado encarcelada, no se dan las manifestaciones en una forma como se manifestó a las 16 horas y me llamó la atención porque me puse a revisar el expediente historial del bebé, este bebesito, no sé por qué apareció en Valledupar, cuando la mamá es el explico claramente porque ella me dijo que nos vemos viendo estamos tener un viaje, me dijo el viaje hacia donde no un viajecito, mire señora ahorita no pienso que sea la el viaje de su niño, el tratamiento es una cirugía programada y por eso le estamos dando la remisión para que para que vaya con cirujano pediatra y deciden. Manifiesta el despacho, en qué momento se hizo esa pregunta, la mamá lo hizo cuando ya terminamos de consultar, incluso la señora, ya valoramos disculpe una una última pregunta, lo qué pasa es que tenemos un viajecito estos días , como estamos le dije no , no es prudente lo menos importante yo



pienso que es más importante su seguro que le autoricen la cita con cirujano pediatra y es más con él se puede poner de acuerdo tiempo de viaje de lo que se tenga que hacer. MANIFESTACION DADA POR CIERTA POR EL DESPACHO, el despacho se limita a valorar esta manifestación y darla por cierta, con el fin de determinar que se advirtió a la madre que no podía viajar, el Despacho no valoro en forma conjunta la declaración del medico, contrario a la madre que manifestó que no fue así. Lo importante era determinar que efectivamente el diagnostico del medico no fue el acertado, y, que conforme a lo expuesto, el menor ya presentaba todos los síntomas de un encarcelamiento de la hernia, los ignoro, omitio la remisión de la otra pediatra, que debía ser valorado por cirugía pediatra, es claro que no se cuenta en urgencias con la especialidad, pero, debió dejarlo en observación y requerir al cirujano, si el diagnóstico hubiera sido aceptado, al menor no se le hubiera estrangulado la hernia en 24 horas.

En el contrainterrogatorio, el medico contesto claramente, sí leí todo el historial, porque venía ahí porque siempre llegan muchas remisiones con muchos diagnósticos, solicitando los exámenes solicitando valoraciones y todo es importante para nosotros claro que lo remiten en la clínica urgencias, lo remiten para que se haga dicha valoración por otro especialista para que lo valora el cirujano pediatra, bueno la valoración del Menor establece que no es necesario que lo cirujano pediatra y determinado la anterior necesidad, estamos valorando pacientes, existen muchas patologías quirúrgicas en pediatría que no necesariamente por el servicio de urgencias, muchas patologías y nosotros como médicos en urgencias hemos experiencia conocimiento y protocolos que nos dan el aval para hacer para seguir haciendo manejos adecuados. Todo veo que tengo un niño que no me presenta datos de ningún signo de alarma el diagnóstico de la hernia es el 90% clínico, es decir que me baso en lo que diga la mamita en el examen físico, ellos inmediatamente acuden al servicio, hacen la reducción manual de la hernia y una vez el paciente quedó hospitalizado, para ser intervenido quirúrgico en las primeras 24 a más tardar 48 horas

El despacho manifiesta, señor MARCO Vinicio, debe quedarme muy claro y valoró al bebé el 27 de diciembre y lo remitió a la clínica San Luis fue pediatra y pediatra, cuál fue la revisión que hizo Dra que era un bebé de 14 días Vómito y que igualmente la literatura que muchos bebés pueden tener hernias más que a veces los papás se dan cuenta que su control de crecimiento evaluación de su examen físico una pequeña masa y entonces eso le llamó la atención pero a la Dra, puede paréntesis que parece que está encarcelado por lo cual remite cirugía a la clínica San Luis, por pediatría y cirugía pediatra.

Nuevamente la Juez manifiesta, la personas que lo valoró fue crecimiento era un pediatra y eso perdóneme voy a decirlo con todo el respeto, pero no darme las cosas muy claras, eso quiere decir habiendo ya un pediatra, que es un profesional de la medicina por la misma que quería valoración por el cirujano pediatra, usted habría cambiado entonces lo cirujano pediatra cirujano pediatra, perdóneme los términos, lo que quiere hacer entender logrado entonces, usted cambió la orden que dio la médico pediatra que originariamente el 27 de diciembre, sido remitió a valoración por cirujano pediatra, por qué no atendió disposición pediatra. Contesto: ya lo había



determinado pediatra, era que nosotros todos los días hicimos pacientes con muchos diagnósticos que no son apegados a la realidad, que nos pasa que nos mandan un paciente y como que está grave, y el paciente está bien o lo contrario como un paciente que está bien y está grave entonces, para eso nosotros tenemos el Conocimiento científico, experiencia eso trabajo a diario, entonces qué hacemos valoramos los pacientes de la mejor manera que podemos hacerlo y yo basado en la historia clínica, en lo que me comentó la mamá en el examen físico que realicé, yo concluí que es una es un bebé de 14 días de edad que no tienen ningún signo de alarma, que yo no puedo hospitalizar a un bebé que no tiene signos de alarma Hospitaliza, un bebé que no tiene signos, lo estoy exponiendo a estrés por parte del bebé de los papás lo estoy exponiendo a agarrar un infección, no cuando eso ya está escrito que tipo de hernias se deben programar en forma selectiva qué quiere decir estos niño, s son cirujano pediatra se programa la fecha de 14 15 20 30 días y de manera selectiva, el paciente acude la noche anterior al procedimiento ya siguiente se hace la cirugía que es un promedio de una hora y el paciente se deja que se recupera la anestesia y el mismo día sale para la casa salvo que haya una complicación. VALORACION NO REALIZADA POR EL DESPACHO, claramente manifiesta que el examen físico lo complemento con la historia clínica y lo manifestado por la madre, manifiesta que no tenia síntomas, que comía bien, que estaba sano, lo que no es cierto, es completamente falso, ya que efectivamente, en las dos historias clínicas de la UMI y la misma san Luis, se consignan síntomas del menor de un encarcelamiento, el medico en su interrogatorio explica los síntomas con base en su experiencia, el menor presentaba todos los síntomas, no evacuación por mas de 20 horas, irritabilidad, vomito y dolor al examen físico, por que no tuvo en cuenta esto y lo dejo en observación o interno para ser valorado por cirujano pediatra, prefirió omitir la remisión y orden del otro pediatra que determino valoración cirujano y urgencias, y, le dio de alta, si el diagnostico se hubiera hecho en forma acertada por el Dr MARCO, el menor no se le estrangularía la hernia.

Nuevamente la señor Juez, manifiesta, Vinicio, pero es que la posición del despacho sigue siendo la misma, no tendría era igual un pediatra, había dicho valoración porque cirujano pediatra, entonces no tendría que haber sido el cirujano pediatra al cual fue el remitido el que tuviera etiquetado no de urgencias cirugía programada, no era entonces el cirujano, que ya que había sido revisión de patologías siendo muy puntualmente contesto: los pedoiatras estamos en capacidad para determinar si el paciente tiene una valoración urgente o no tiene una valoración urgente, eso lo podemos hacer medicina general pediatría y podemos determinar qué paciente necesito hospitalizarse, qué paciente necesita valoración inmediatamente y qué paciente puede esperar programación por consulta externa.

Dice la Juez, del circuito mis providencias no las revisa otros del mismo circuito, mis providencias revisa la salas civil del tribunal superior del distrito judicial, vámonos al escenario, ya no del abogado sino del médico pediatra, que tiene la misma especialidad, lo remito cirujano pediatra, la del Caso a esa revisión y efectivamente lo valorara un pediatra y que el cirujano pediatra era hubieras dicho que llegara a la conclusión Contesto: Esto es urgencia, tendría que haber sido cirujano pediatra solamente



encontrarme con un con algo con algo que me haga sospechar que si valoración por cirugía pediátrica, pero no, es un niño buenas condiciones generales asintomático con buena ganancia de eso entiendo

y es la cuarta vez que se lo pregunto, se lo voy a decir le calificó usted la opinión de la pediatra Externa, no tendría que haber sido cirujano pediatra concluyera, el que valorar determinar al respecto concluye al respecto paciente amerita paciente y paciente no tiene ningún tipo de complicación o sea que no tuvo esa capacidad pediatra que lo valoró el 27 de diciembre, contesto, incluso ahorita lo importante es mirar si tiene alguna complicación como lo importante es mirar si el paciente como luce, su estado general sí es clara usted o paciente seguramente se halle al expediente de la correspondiente atención que se trató con posterioridad información se corre con la demanda le atrevo hacer una pregunta me puede contestar a este paciente que estamos hablando se le encarceló la hernia y se la hernia cuando llegó al hospital de Valledupar incluso ecografía abdominal la cual ecografía salió completamente normal porque cuando llegó estaba empezando en una imaginación intestinal y le tomaron una ecografía la cual se reportó completamente normal y luego se le hizo la reducción cerrada y se dejó en ayuno para posteriormente hacerle lael procedimiento quirúrgico Cartero estrangulo la hernia sí o no.

Pero aparentemente sí, lo qué pasa que yo no tendría una consideración de más de seis horas y que hayas viajado y que termine cirugía a las 36 horas de haberse Pregunta. revisó efectivamente la historia química que realizaron al Menor, es decir la de la otra pediatra la doctora Olga Lucía Segovia, fue así cierto o en la enfermedad actual en esa historia clínica, Vio esto que ella manifestó que él tenía irritabilidad y no comía, eso tres aspectos que manifiesta son estos síntomas para pensarse en un encarcelamiento, contesto: el vómito esas preguntas fueron la nota de la pediatra, a lo cual yo le pregunté a la mamá y a la tía, mamá cuénteme la historia que cuando le puse como empezó, entonces dijo que nosotros de crecimiento desarrollo del paciente en buenas condiciones generales, que había presentado vómito pero que antes del día anterior un médico le había dado unas gólicas de bio y le Cómo está, el niño está comiendo bien, lo qué pasa que estuvimos en control de consulta de crecimiento la doctora le vi una pequeña Masita aquí, que piensa que es una hernia y entonces se lo manda para que el servicio de la clínica San Luis para que se ha valorado, está comiendo bien, la mama dijo no está comiendo más de lo normal y de hecho el peso pesaba 2680 g que llegó a la 3300 g, es decir que más de 400 g que es un peso adecuado. NO VALORADA POR EL DESPACHO, lo manifestado por el medico es falso, ya que efectivamente conforme a lo consignado en las dos historias clínicas UMI y San Luis urgencias, el menor no comía bien desde el 26 de diciembre, como manifestó a la pediatra Segovia, la ultima deposición llevaba mas de 19 horas, presento vomito, irritable y color al examen físico. Como puede asegurar aue la madre manifiesta que comia antes en exceso y que estaba sano.

Se pregunta; en la materna infantil San Luis en la materna infantil San Luis en la historia clínica se consigna que lindo tiene estabilidad y que tiene dos episodios de vómito aparte de lo había valorado está la pediatra anterior, ahora comparte esta notación de la historia clínica, me permito preguntarle



usted dice que la Madre le dijo que no que no había que no presentaba vómito que estaba comiendo muy bien y que no estaba irritable eso fue consignado en la historia clínica en el momento de su valoración

Contesto: yo lo valoré entonces le pusimos allí de qué se encuentra tranquilo afebril, hidratado, normal suave, depresiva la palpación, sin dolor a la palpación, sin cambios de coloración en el sitio de de la hernia, buen llenado capilar, paciente que no presenta signos de alarma, por lo cual se le explica la madre que debe ser valorado por los consulten por el servicio de cirugía pediatría y se anotó también o signos de alarma que quedaron allí consignados en clínica, revisamos le decimos que el vómito es una causa frecuente de pediatría y la causa más frecuente desde vómito es la mala técnica alimentaria, porque después hicimos el niño vomitando está comiendo bien, ya no ha vuelto vomitar y aproveché de posición disposición intestinal blanda de color amarillo. Ordena finalmente el Menor salga para ser valorado por cirugía pediatra por consulta externa es cirugía sería en los sísmos de alarma estableceNO VALORADO POR EL DESPACHO, lo manifestado por el medico es falso, en la historia clínica aparece claramente que el menor hizo la ultima deposición hace 19 horas, y en urgencias sigue igual, como puede hablar de deposiciones blandas y amarillas, no consignadas en la historia clínica, pues es todo lo contrario.

En el interrogatorio el medico planteo la edad del paciente cuando es menor de tres meses y mayor de tres meses, explíqueme eso por favor que cuando el bebé es menor de tres meses y tiene una hernia Contesto: el colegio de cirujanos de Loja Colombia, estos pacientes debe ser valorados por el servicio de consulta de cirugía pediátrica, quien tiene un plazo de más o menos según ellos entre 14y 30 días para hacer el tratamiento quirúrgico definitivo, a los menores de tres meses bebecito en cambio en los mayores de tres meses, el riesgo de estrangulamiento es mucho menor entonces ellos que prefieren hacerle un seguimiento clínico mensual esperando que el bebé gane mayor peso, mayor edad, en meses se ha visto que disminuye los quirúrgicos y los riesgos de anestesia.

Manifiesta la Juez, será puntualmente y estaba en condiciones digamos que bien normales, no sugería que hubiera encarcelamiento en esa hernia aunque usted pues constó la presencia la existencia de la hernia y se usa esa señora este Caso entonces se va para consulta externa valoración del cirujano pediatra, usted dio unos signos de alarma y tenían que ver cuatro cosas es más o menos lo que yo pues tengo entendido, vómito fiebre el cambio en las deposiciones y no se me da que era como como se aprecia a físicamente cuestión de distensión en la zona donde estaba presente la hernia, contesto, Tuvimos un niño presentó vómito nuevamente y que ya había cambiado la coloración en la zona donde estaba la hernia, si el niño llega consulta el 28 y la mamá le dice vomitó y mire cambió la coloración que habría que hacer allí por favor, manifiesta, cirugía en las primeras 24 a 48 horas

Que si se hubiera si no viaja el niño si no se le desplaza el niño a otra ciudad sino que también hubiera presentado este ayer tuviera la oportunidad de que lo operaste antes o antes tiempos antes al tiempo que finalmente lo fue



en otra ciudad contesta, porque está un paciente comienza presentar cambios de coloración vómito persistente dolor abdominal distinción uno tiene que hacer las seis primeras horas o sea y lo había Seis primeras horas.

En estos términos, el despacho no realizó una valoración completa del interrogatorio del Médico MARCO DIONISIO, solo dio por cierta la manifestación de no viajar con el menor. Con estas dos historias clínicas valoradas hasta el momento en el presente recurso, con el interrogatorio del Médico, queda plenamente probada la falla presunta, el error en el diagnóstico, además de no dejar el menor en observación, para ser valorado por el cirujano pediatra, ya que había sido remitido por otro especialista, porque correr el riesgo de un estrangulamiento de la hernia cuando ya presentaba varios síntomas, que el pediatra MARCO VINICIO desconoció. Con lo manifestado en el interrogatorio se establece claramente que el menor presentaba todos los síntomas de un encarcelamiento.

Cuando el menor al día siguiente, es valorada por Pediatría, en ella se consigna que el menor vomitó el mismo día, que esta siendo valorado, es decir 24 horas siguientes a la valoración del pediatra Marco, y mucha irritabilidad, conforme a la historia clínica, no existe manifestación alguna, en referencia a cambio de coloración, es claro en la historia clínica, cuando ya a ingresado a la Clínica del Cesar, en UCI, donde se especifica;

“enfermedad actual. paciente con cuadro clínico de aproximadamente 3 días de evolución consistente en distensión abdominal, asociado a múltiples episodios eméticos en día de hoy, niega otra sintomatología.

Razón por la cual consulta. paciente masculino a cesárea sin complicaciones, dado de alta en conjunto con madre. quien consulta por cuadro clínico de 2 días de evolución, con presencia de irritabilidad a distinción abdominal, hoy presencia de bolitos, valorado por pediatra en consulta externa quien considera cuadro de invaginación intestinal y remite para servicio de urgencias, donde es valorado y se decide hospitalizar en uci neonatal.”

El despacho, no realizó un análisis probatorio en forma adecuada, solo tomó aspectos de interrogatorios en forma parcializada y aislada, para fundamentar su fallo, olvidando adelantar un estudio completo de las historias clínicas del menor, los síntomas consignados en ella, y, la valoración completa del interrogatorio del médico MARCO VINICIO, pues solo con estas pruebas, se establece el error en el diagnóstico por parte del Pediatra, quien no solo desconoció la remisión de la otra pediatra, sino al contrario también desconoció la sintomatología del menor en las dos historias clínicas (UMI y SAN LUIS), en el interrogatorio acepto que recibió la historia clínica de la otra pediatra, y, como si fuera poco, manifiesta que el bebé estaba bien, que no tenía ningún síntoma, lo cual es falso, el mismo instruye en su interrogatorio los síntomas de la hernia encarcelada y el menor los presentaba, ya pasaban más de 19 horas de la última deposición, claramente existía una obstrucción, lo que terminó en la perforación del mismo y estrangulamiento de la hernia, se aclara que nunca cambió el color de la piel en la parte inguinal, ni estando en UCI, por lo que ese síntoma no se presentó, pero si existían más que



probaban el encarcelamiento de la hernia, el vómito verde, bilioso y cristalino, ya se dio posterior al estrangulamiento de la hernia y perforamiento del intestino .

Quiere resaltar la parte Demandante, que en la valoración realizada por el Despacho, respecto a las pruebas documentales y testimoniales, especialmente, el interrogatorio de la madre del menor y el del médico especialista (Pediatra, Dr MARCO VINICIO), se limita a establecer a señalar la madre como la única responsable, pues, más que un interrogatorio, la titular del despacho en todo momento, trato de enrostrarle las fallas en la sintomatología del menor, las cuales no existieron, pues, claramente no valoro la historia clínica completa, en la cual se puede verificar la existencia de dos valoraciones medicas con dos pediatras, uno, que remite al cirujano pediatra por posible hernia encarcelada y el otro pediatra que resto credibilidad a esa primera valoración y ordena la salida del menor, y, sin ningún examen especializado , o, valoración del cirujano pediatra, que llegara a concluir que la primera valoración de la pediatra estaba errada. Y por si fuera poco, en estas dos historia clínica se puede determinar que el menor estaba irritable, comía poco y presentaba vomito en mas de una ocasión, lo que es contrario a lo manifestado por en el Interrogatorio por el Medico Pediatra MARCO DIONICIO, pues, claramente el dice que el niño comía bien, estaba tranquilo y no tenía vomito. Ahora, lo mas grave es que en el mismo interrogatorio este medico explica en que caso el considera una hernia encarcelada, y, conforme a esa descripción el menor cumplía con todos los síntomas propios para que el la considerara como encarcelada. En estos términos como puede el Despacho realizar una ponderación de responsabilidad subjetiva basada en el interrogatorio del médico Dionisio. El cual es un interrogatorio, que, desde todo análisis lógico, es contrario a lo plasmado en la historia clínica, pues, dicho sentido del fallo lo enrostra al dejar tal carga de responsabilidad a la señora Madre, cuando esta no tiene dicha experticia. El Despacho debió realizar una ponderación conjunta y objetiva, pues, claramente está probada la responsabilidad medica en la falla de diagnostico emitido por el Medico Dionisio.

SOLICITUD

Conforme a lo anterior, se da por sustentado el presente recurso y se solicita se REVOQUE el fallo proferido por el Despacho, en Audiencia de Instrucción y Juzgamiento del día 29de julio del 2024, por el JUZGADO SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO JUDICIAL DE BUCARAMANGA. Y en consecuencia se acceda a las pretensiones de la demanda.

NOTIFICACION

El suscrito apoderado en carrera 12 No.34-67. Of.604 edificio los castellanos, Centro Bucaramanga; celular 318-5971878 correo electrónico: oviedoabg@gmail.com.

Atentamente,



Abogado **LUZBIN OVIEDO REYÉS**
PENAL-ADMINISTRATIVO-CIVIL
ESPECIALISTA DERECHO CONSTITUCIONAL-UNIVERSIDAD LIBRE DE COLOMBIA

MAYERLI GUALDRON ABREO,
c.c. Numero 63.496.536 expedida en Bucaramanga
T.P. No.112.216 del C. S. J,
correo electrónico abogadamayerli@gmail.com

LUZBIN OVIEDO REYES
C.C. 13.563.641 de El Playón.
T.P. 302.165 del C.S.J.

correo electrónico SIRNA: oviedoabg@gmail.com.