



CONSEJO DE ESTADO
SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO
SECCIÓN TERCERA
SUBSECCIÓN A

Consejero ponente: JOSÉ ROBERTO SÁCHICA MÉNDEZ

Bogotá D.C., nueve (9) de agosto de dos mil veintitrés (2023)

Radicación: 180012331000201000377 03 (63.914)
Actor: Carlos Arturo Monroy Moreno y otros
Demandado: E.S.E. Sor Teresa Adele y otro
Referencia: Reparación directa

Temas: RESPONSABILIDAD MÉDICO HOSPITALARIA - Ausencia de criterios de imputación en el caso concreto.

Procede la Sala a resolver el recurso de apelación interpuesto por la parte demandante contra la sentencia proferida por el Tribunal Administrativo de Caquetá, mediante la cual se negaron las pretensiones de la demanda.

Se pretende la reparación de los daños causados por una falla del servicio médico asistencial que produjo la muerte de una persona a causa de una supuesta infección nosocomial y una serie de fallas en su atención.

I. SENTENCIA IMPUGNADA

1. Corresponde a la sentencia proferida el 14 de marzo de 2019, mediante la cual decidió la demanda de reparación directa presentada el 10 de agosto de 2010¹ por los señores Carlos Arturo Monroy Moreno (cónyuge), quien acude en nombre propio y en representación de sus hijos menores Paola Andrea, Mario Alejandro y María Alejandra y Erika Leana Monroy Rodríguez (hija), y Magdalena Villanueva de Rodríguez (madre), en contra de la E.S.E. Sor Teresa Adele y la clínica Medilaser de Florencia S.A., con el fin de que se les declare solidaria y patrimonialmente responsables por los perjuicios irrogados por una falla del servicio médico asistencial que ocasionó la muerte de la señora Viyenny Rodríguez Villanueva el 29 de junio de 2008.

2. Como consecuencia, solicitaron una indemnización por concepto de perjuicios morales, daño a la vida de relación y perjuicios materiales por lucro cesante².

¹ Folios 4-18 C. 1.

² Por tales perjuicios inmateriales deprecaron una suma equivalente a 100 SMLMV para cada uno de los actores y por los perjuicios materiales se deprecó la suma que resultara probada en el proceso con aplicación de las fórmulas utilizadas reiteradamente por el Consejo de Estado.

3. Como fundamento fáctico de la demanda, se narró que el 12 de junio de 2008, la señora Viyenny Rodríguez Villanueva acudió a la ESE Sor Teresa Adele de Florencia, por presentar fuertes dolores abdominales. En ese centro médico se le ordenó la práctica de exámenes de laboratorio y se dejó en observación, pero en vista de que la paciente no evolucionó de forma favorable, fue remitida después de 9 horas a la clínica Medilaser de la ciudad de Florencia. En ese centro hospitalario le fueron practicados nuevos exámenes y se diagnosticó "*shock séptico*", por lo que fue trasladada a la unidad de cuidados intensivos, donde compartió sala con un paciente que falleció el 29 de junio de ese año como consecuencia de una infección nosocomial, motivo por el cual se declaró una cuarentena en el Hospital.

4. Afirieron los demandantes que la señora Viyenny Rodríguez Villanueva resultó contagiada por esa infección nosocomial y que por causa de ello falleció el 29 de junio siguiente.

5. En cuanto a los referidos hechos, señaló que las demandadas eran solidariamente responsables a título de falla del servicio, debido a la "*desidia e impericia*" en la prestación del servicio médico requerido y, a que la clínica Medilaser también concurrió en la producción de la complicación fatal de la paciente, toda vez que no brindó una atención idónea ni oportuna, incluido un diagnóstico preciso de su afección, amén de que no adoptó las medidas tendientes a prevenir el origen y los efectos de infecciones nosocomiales letales para los pacientes, como sucedió en el caso de la señora Viyenny Rodríguez Villanueva, quien falleció como consecuencia de una infección contraída en ese centro médico³.

La defensa

6. La E.S.E. Sor Teresa Adele se opuso a las pretensiones. Manifestó que la señora Viyenny Rodríguez Villanueva fue trasladada a la clínica Medilaser de Neiva, donde falleció el 29 de junio de ese mismo mes, debido a un choque séptico, como consecuencia de una infección nosocomial que habría contraído en ese centro hospitalario, por manera que la única llamada a responder por el daño antijurídico causado era la clínica Medilaser de Neiva⁴.

7. A su turno, Medilaser S.A. se opuso igualmente a las pretensiones de la demanda, para cuyo efecto manifestó que de acuerdo con la historia clínica de la paciente, para el momento de su ingreso a ese centro médico, ya presentaba shock séptico, lo cual permitía descartar que hubiera adquirido una infección intrahospitalaria en dicha clínica. Indicó, finalmente, que no era cierto que la paciente hubiera compartido estancia con otro paciente infectado con bacterias nosocomiales, pues la UCI cuenta con cubículos individuales y que en el registro respectivo no figuraba que el 24 de junio de 2008 hubiera fallecido algún paciente de la UCI por infección nosocomial⁵.

³ Folios 4 a 18 C. 1.

⁴ Folios 125 a 131 C. 1.

⁵ Folios 139 a 150 C. 1.

8. La compañía de seguros Colseguros S.A. -llamada en garantía por Medilaser S.A.- manifestó que su llamante no incurrió en ninguna falla del servicio que le fuera imputable y agregó la inexistencia de nexo causal entre la muerte de la paciente y la atención médica brindada; asimismo, propuso excepciones de límite del valor asegurado y la aplicación de las exclusiones contenidas en la póliza respectiva⁶.

9. Surtida la etapa probatoria, en sus alegaciones Medilaser S.A. reiteró los argumentos planteados en la contestación de la demanda⁷. Colseguros insistió en las excepciones propuestas, mientras que la parte actora y el Ministerio Público guardaron silencio⁸.

La sentencia de primera instancia

10. Al resolver el conflicto, el Tribunal Administrativo de Caquetá negó las pretensiones de la demanda, por considerar que desde el momento en que la señora Viyenny Rodríguez Villanueva ingresó a la ESE Sor Teresa Adele de primer nivel de atención ya presentaba un cuadro de dolor abdominal y que luego de los exámenes practicados se le diagnosticó una infección urinaria, pero que dada su evolución negativa fue remitida 8 horas más tarde a la clínica Medilaser de Florencia de segundo nivel de atención, para valoración por urología y cirugía general, por manera que no había lugar a imputar falla del servicio a ese centro médico estatal, dado que brindó la atención necesaria a la paciente conforme su nivel de atención.

11. En cuanto a la clínica Medilaser, manifestó que se probó con la historia clínica de la paciente que al momento de ser remitida a esa clínica ya presentaba un cuadro infeccioso urinario y estaba desarrollando un choque séptico producto de su enfermedad base, lo cual causó el síndrome de distrés respiratorio agudo SDRA, que fue la causa inmediata de la muerte de la paciente. Agregó que esa institución médica brindó un tratamiento idóneo y oportuno frente a la infección generalizada que padecía. Así las cosas, concluyó que no existía nexo causal entre el óbito de la paciente y alguna falla del servicio de la institución demandada⁹.

EI RECURSO INTERPUESTO

Sustentación del recurso de apelación

12. En su apelación, la parte actora cuestionó la valoración probatoria realizada por el tribunal, pues partió de afirmar que de acuerdo con las historias clínicas allegadas podía inferirse que la señora Viyenny Rodríguez Villanueva al momento de ingresar al Hospital Sor Teresa Adele (12 de junio de 2008) no presentaba ninguna infección, pues refirió únicamente dolores abdominales, frente a los cuales la atención médica se limitó a formularle analgésicos y practicarle unos exámenes de uroanálisis y hematología, cuya impresión diagnóstica fue de *“urolitiasis, sind. Anémico y*

⁶ Folios

⁷ Folios 299 a 304 C. 1.

⁸ Folio 340 C. 1.

⁹ Folios 341 a 347 C. Ppal.

diverticulosis”, resultado con el cual fue remitida después de 9 horas a la clínica Medilaser de Florencia, lo cual configuró un retardo injustificado dado que la impresión diagnóstica al llegar a dicha clínica fue *“choque de origen séptico, IVU y úlcera perforada”*.

13. Adicionalmente, en la clínica Medilaser se incurrió en una falla médica dado que no hubo un diagnóstico preciso de su afección, pues luego de ser valorada por cirugía general (13 de junio) fue remitida a UCI con diagnóstico de *“choque séptico, poliserositis, IVU? Urolitiasis izquierda, hidrofrenosis izquierda, pancreatitis y bigeminismo”*, no obstante, el médico internista al día siguiente manifestó *“paciente claramente séptica, pero no es claro el foco séptico para tratarlo”*, frente a lo cual se le practicaron exámenes radiológicos y un TAC abdominal, sin que se hubiera precisado el foco de la infección generalizada, lo cual terminó afectando sus pulmones; además, tampoco se le brindó un tratamiento adecuado ni oportuno para sus afecciones, puesto que luego de una evolución negativa falleció por un paro cardíaco.

14. Agregó finalmente que, como no se pudo establecer el origen de la infección, en virtud del principio de carga dinámica de la prueba, se debía inferir que su óbito se debió a una infección de origen nosocomial que no pudo contenerse, por lo que le correspondía a la clínica Medilaser demostrar que no se trató de una bacteria contraída en sus instalaciones¹⁰.

15. Al alegar de conclusión¹¹, las partes reiteraron los argumentos planteados durante el trámite de la presente acción, mientras que el Ministerio Público manifestó que debía confirmarse la sentencia que negó las pretensiones de la demanda¹².

CONSIDERACIONES

16. Sin que se observe causal de nulidad o vicio que impida dictar sentencia, procede la Sala a resolver el recurso de apelación.

El objeto de la impugnación

17. Conforme a la apelación propuesta, el análisis de la Sala se circunscribe a analizar si están acreditadas las circunstancias que alegan los demandantes como hechos determinantes del daño reclamado, esto es, tanto la falla del servicio médico asistencial respecto de la atención médica brindada a la señora Viyenny Rodríguez

¹⁰ Folios 351 a 358 C. Ppal.

¹¹ Dentro del período probatorio, se allegaron los siguientes elementos medios de prueba:

- Historia clínica de la atención brindada a la señora Rodríguez Villanueva en el Hospital local de El Paujil - E.S.E. Sor Teresa Adele- del 12 de junio de 2008.
- Historia clínica de las clínicas Medilaser de Florencia y Neiva entre los días 12 y 27 de junio de 2008.
- Dictamen pericial rendido por un médico forense adscrito al Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Bogotá.
- Testimonio rendido por el médico Jonny Cárdenas especialista en medicina interna.
- Declaración de la médica Angélica María Luna Flores, internista de la Clínica Medilaser Neiva.

¹² Folio 924 C. Ppal.

Villanueva, como la supuesta infección nosocomial que habría contraído en la clínica Medilaser de Florencia.

Caso concreto

18. La señora Vyenny Rodríguez Villanueva falleció el 29 de junio de 2008 en la clínica Medilaser de Neiva, según el registro civil de defunción allegado¹³.

19. En las historias clínicas de la atención brindada a la señora Rodríguez Villanueva en el Hospital local de El Paujil -E.S.E. Sor Teresa Adele- y en las clínicas Medilaser de Florencia y Neiva entre los días 12 y 27 de junio de 2008¹⁴, se observa que se trataba de una persona de 39 años de edad, quien consultó el 12 de junio de 2008 a las 13:50 por “*dolor abdominal*” al primero de los centros médicos referidos.

20. Al ingreso a ese centro médico de primer nivel se registró un cuadro de +/- 20 minutos de dolor abdominal intenso en flanco izquierdo que no cedía al acetaminofén y buscapina, con emesis asociada. Tenía antecedentes de colecistectomía y cólicos nefríticos. A su ingreso se le practicaron los siguientes exámenes de laboratorio: hematología, hematocrito: 31, hemoglobina: 10.3, Leucocitos: 3000, Neutrófilos: 75%, Linfocitos: 25%. Uroanálisis: color: rojizo, aspecto turbio, proteínas ++, Sangre +++, nitritos positivos, células epiteliales: 0-2xc, leucocitos: 4-6xc, bacterias +++, eritrocitos incontables.

21. El médico general ordenó el inicio de manejo con buscapina, luego dipirona, e hidratación con Lactat o Ringer sin mejoría. La paciente continuó en regular estado general con tensiones arteriales de 90/60 - 80/60. Le administraron meperidina pero persistió igual. La paciente permaneció 8 horas en la institución sin mejoría y se decidió remitirla a la clínica Medilaser de Florencia con impresión diagnóstica de “*dolor abdominal, Urolitiasis ttada., Síndr. Anémico, Diverticulosis??*”.

22. A partir de este momento, en un recuento cronológico, la Sala reseña la siguiente secuencia de acontecimientos:

- La paciente ingresó ese mismo 12 de junio a las 22:15 a la clínica Medilaser. En el registro inicial de atención de urgencias se registró: “*paciente ingresa en malas condiciones generales*” y se indicó como impresión diagnóstica: “**1. Choque de origen séptico? 2. IVU??, 3. Dolor abdominal a estudio — ulcera perforada?**”.

- El 13 de junio fue valorada por internista neumólogo, quien reportó TAC de abdomen (aún no leída por radiólogo), **hidronefrosis izquierda, hepatomegalia, esplenomegalia, derrame pleural bilateral, páncreas ligeramente aumentado de tamaño, cuadro hemático con leucocitosis 26600**, hemoglobina de 10.9, neutrofilia, creatinina de 1.26, parcial de orina con leucocitos 2-3xc, bact escasa

¹³ Folios 31 C. 1.

¹⁴ Folios 29 a 189 C. 3.

Radicación:
Actor:
Demandado:
Referencia:

18001233100020100037700 (63.914)
Carlos Arturo Monroy Moreno y otros
E.S.E. Sor Teresa Adele y otro
Reparación directa

creatinina 1.4, EKG ST elevado con borde superior cóncavo sugerente de pericarditis, y **decidió hospitalizarla en UCI con diagnóstico de choque séptico**, poliserositis, IVIJ?, urolitiasis izquierda, hidronefrosis izquierda, pancreatitis? y bigeminismo. Inició vasopresores e inotrópicos y conceptuó alta probabilidad de ventilación mecánica. También fue valorada por especialista en ginecología, quien le dio de alta por ginecología. También fue atendida por especialista en cirugía general, quien consideró en el momento sin datos de obstrucción intestinal, ni de abdomen agudo quirúrgico. Pendiente ecografía abdominal total.

- El 14 de junio la paciente fue valorada por un médico internista, quien encontró leucocitosis en aumento con neutrofilia severa, gases arteriales con acidosis metabólica severa, función renal estable, lactato de 5.9 indicador de mala perfusión. En el análisis conceptuó *"paciente claramente séptica"*, *"lo más preocupante es no tener claro y ubicado el foco séptico para tratarlo"*, *"se instauran las medidas estándar para sepsis"*, *"apache de 25"*.

- En la valoración de la tarde de medicina interna, la paciente fue intubada por deterioro de funciones orgánicas entrando en disfunción múltiple, se sugirió laparotomía diagnóstica y se solicitó valoración por urología y cirugía general. Este mismo día fue valorada por especialista en urología, quien observó TAC abdominal sin reporte radiológico, *"con cálculos pequeños de +1- 3-5mm en cáliz superior y medio bilateral no obstructivos, con leve dilatación pielicial izquierda y con imagen que podría corresponder a lito de la unión pieloureteral"*, *"el cálculo probable según lo que observó en el TAC de la unión pieloureteral izquierdo genera escasa obstrucción"*.

- El 15 de junio se reportó únicamente *"sin cambios de relevancia"*.

- El 16 de junio medicina interna conceptuó *"paciente con muy severa sepsis sin foco aclarado ni manejado aún"*, *"por su edad y condición de base, la paciente ha desarrollado severa lesión inmunológica en pulmón con muy grave compromiso a este nivel"*. *"la paciente tiene pronóstico reservado"*. Urología solicitó catéter doble jota para colocar en uréter izquierdo para aumentar la excreción ureteral.

- El 17 de junio medicina interna en su evolución registró: *"permanece en choque con gran compromiso pulmonar, no se ha encontrado foco séptico pero parece haber modulación del proceso"*.

- El 18 de junio en las notas de evolución se indicó: *"Análisis: hay signos de modulación de la sepsis. Grave lesión pulmonar que tomará mayor tiempo en resolver. Se suspende vasopresina — dobutamina"*.

- El 19 de junio se registró evolución por medicina interna: *"buena función renal, electrolitos normales, lactato normal, buena perfusión, gases arteriovenosos normales, Rx tórax, infiltrados igual"*.

- El 20 de junio la paciente mostró mejoría del choque séptico, permanece con disfunción pulmonar establecida sin requerir excesos de ventilación mecánica. Pendiente laboratorios de control.

- El 21 de junio se registró en las notas de enfermería que no presentaba cambios en su evolución.
- El 22 de junio se registró buena función renal, electrolitos normales, excepto hipokalemia, gases arteriovenosos: hipoxemia, buena perfusión. A/ *"paciente estable en su buena evolución". Cuadro actual predominante y amenazante de la vida a nivel pulmonar".*
- El 23 de junio medicina interna registró: *"Rx tórax: persisten infiltrados de ocupación alveolar bilaterales. Hemograma, leve leucocitosis y neutrofilia, anemia, no trombocitopenia, buena función renal, gases arteriales con tendencia a la hipoxemia. "paciente estable con sepsis y choque resueltos, en el momento con disfunción pulmonar severa en lenta mejoría que está determinando el estado y pronóstico de la paciente, se encuentra con ventilación mecánica protectora para SDRA y sedación".*
- El 24 de junio 11:00. En la nota de evolución de medicina interna se reportó: *"paciente con buena evolución". Según nota epicrisis de egreso UCI adultos 18:00h "Resolvió choque con independencia de vasopresores, no requirió soporte dialítico. Se remite para continuidad de tratamiento en unidad de cuidado intensivo por cuarentena en unidad local".*
- El 24 de junio se indicó: *"paciente en pésimas condiciones generales con disociación toracoabdominal, desaturado".*
- En las notas del 25 y 26 de junio se indicó: *"recibió cubrimiento antibiótico por 10 días y proteína C activada al parecer no aislamiento bacteriológico no anotados en remisión al ingreso a esta unidad con persistencia de SDRA con trastorno de la oxigenación severo, **signos de SIRS con presencia de micelios en parcial de orina por lo que se considera infección urinaria por hongos nosocomial extrainstitucional.** Se evidencia al examen físico infección de tejidos blandos en miembro superior derecho. Se practica búsqueda activa de otros focos infecciosos".* Fue valorada por infectología quien consideró SDRA severo más infección nosocomial mal pronóstico.
- El 27 de junio se indicó que presentaba evolución tórpida y trastorno de oxigenación severo, anemia sin evidencia del origen del sangrado, *"se decidió transfundir 21J de GRE, aún pendiente de cultivos, pronóstico reservado".*
- El 28 de junio se registró en la hoja de evolución: *"paciente con falla multiorgánica por choque y falla pulmonar, en el momento sobreinfección nosocomial extrainstitucional en orina, tejidos blandos y pulmón, con Acinetobacter lowfii en secreción orotraqueal. En la noche presentó 2 paros cardiacos que respondieron a maniobras de reanimación".*
- En la nota del 29 de junio se indicó que la paciente tenía un deterioro clínico progresivo severo, SDRA que no mejora a manejo, disfunción orgánica múltiple

Radicación:
Actor:
Demandado:
Referencia:

18001233100020100037700 (63.914)
Carlos Arturo Monroy Moreno y otros
E.S.E. Sor Teresa Adele y otro
Reparación directa

cardiovascular, pulmonar, renal hematológica y neurológica, presentó paro cardiaco no responde y fallece a las 8:55.

23. Ahora bien, en el dictamen pericial rendido por un médico forense adscrito al Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Bogotá, con base en la historia clínica resolvió las siguientes preguntas (se transcribe de forma literal):

“RESPUESTAS AL CUESTIONARIO PLANTEADO:

¿En qué consiste el shock séptico?

RESPUESTA: (...) Es aquella situación en el que las anomalías de la circulación, celulares y del metabolismo subyacentes son lo suficientemente profundas como para aumentar sustancialmente la mortalidad.

Son fuentes frecuentes de infección los pulmones (40%), cavidad intraabdominal (30%), tracto urinario (10%), infección de tejidos blandos (5%) e infección de un catéter intravascular (5%). La bacteriemia aparece en el 40-60% de los pacientes con choque séptico. En un 10-30% de los pacientes los microorganismos causales no pueden ser aislados, posiblemente debido a la exposición previa a los antibióticos.

¿Cuáles factores predisponen un Shock séptico?

RESPUESTA: Enfermedades que puedan afectar la capacidad inmunológica del huésped como la diabetes, insuficiencia renal, insuficiencia hepática, desnutrición, tumores malignos, infección con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), el tratamiento con drogas inmunosupresoras y corticoesteroides, entre otros.

¿Qué alteración o alteraciones presenta el sistema inmunológico en el shock séptico?

RESPUESTA: El choque séptico estimula el sistema inmune produciendo la activación de los mecanismos de defensa del organismo que se manifiestan como un Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica (SIRS), el cual se caracteriza por la presencia de 2 o más de las siguientes condiciones: temperatura mayor de 38° C o menor de 36° C, frecuencia cardíaca mayor de 90 latidos por minuto, frecuencia respiratoria mayor de 20 respiraciones por minuto, alteración del conteo células blancas. La respuesta inmunitaria a la infección incluye la activación de mecanismos de defensa que incluye la activación e influxo de células del sistema inmune, la liberación de mediadores inflamatorios, vasodilatación local y un aumento de la permeabilidad endotelial, así como la activación de la cascada de la coagulación.

¿Qué es un germen oportunista y cuál es el comportamiento que asumen los gérmenes oportunistas en un paciente con shock séptico?

RESPUESTA: Germen oportunista es aquel que causa infecciones en pacientes cuya respuesta inmune se encuentra alterada, disminuida.

En un paciente con choque séptico, la patogenicidad del germen oportunista depende del estado de inmunocompetencia del paciente. Existe un elevado porcentaje de infección bacteriémica causada por patógenos oportunistas o resistentes, en un estado de inmunodepresión.

¿Si los gérmenes oportunistas aceleran el desenlace del shock séptico y cuál es el porcentaje de mortalidad de un shock séptico?

RESPUESTA: Los gérmenes oportunistas pueden alterar aún más las condiciones fisiológicas de respuesta del organismo ante un choque séptico ya establecido. La mortalidad de choque séptico varía de acuerdo a su causa, factores predisponentes y comorbilidades. Esta situación refleja tasas de mortalidad superiores al 40 %.

Radicación:
Actor:
Demandado:
Referencia:

18001233100020100037700 (63.914)
Carlos Arturo Monroy Moreno y otros
E.S.E. Sor Teresa Adele y otro
Reparación directa

¿En qué consiste una infección nosocomial?

RESPUESTA: Es una infección que se presenta en un paciente hospitalizado en quien la infección no se había manifestado ni estaba en período de incubación en el momento de su hospitalización. Comprende además las infecciones contraídas en el hospital, pero manifiestas después del alta hospitalaria y también las infecciones ocupacionales del personal que labora en los establecimientos sanitarios.

Con fundamento en la historia clínica, en la cual se informa como diagnóstico de ingreso el shock séptico ¿es posible entender que tal patología detectada desde el ingreso de la paciente sea nosocomial?

*RESPUESTA: El choque séptico se puede presentar como consecuencia de la Infección producida por gérmenes adquiridos en instituciones de salud caso en el cual se habla de infecciones nosocomiales, o gérmenes adquiridos extrainstitucionalmente. **Para este caso no es posible definir con certeza razonable el choque séptico fue producto de un germen intra o extrainstitucional.***

Con fundamento en la historia clínica ¿el manejo, tratamiento y órdenes médicas registradas en la historia clínica fueron oportunas, acertadas y correctas en el marco de la ley del arte medico vigente para el caso?

RESPUESTA: En medicina el manejo de las patologías se realiza siguiendo lineamientos de guías de manejo elaboradas o adoptadas por cada centro asistencial y se realiza basado en medicina basada en la evidencia y en estudios científicos de carácter nacional e internacional. Para este caso no contamos con las guías de manejo para choque séptico de la Clínica Medilaser, pero realizando una revisión bibliográfica del manejo propuesto vigente para el 2008, encontramos la Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la sepsis en el servicio de urgencias de adultos (Acta Med Colomb 2008; 33: 139-149), y el Consenso Colombiano en Sepsis elaborado por la Asociación Colombiana de Medicina Intensiva y Cuidado Intensivo (AMCI) y la Asociación Colombiana de Infectología (ACIN), publicado en Guías de Práctica clínica Vol. 11 - 1, 2007, los cuales emiten una actualización de las recomendaciones para el diagnóstico y manejo de pacientes con sepsis de acuerdo al sistema de salud de Colombia, y promueven la implementación de las recomendaciones en la práctica clínica e investigación en sepsis y orientan la identificación temprana de pacientes con sepsis.

De acuerdo con las recomendaciones de manejo de sepsis del consenso y la guía práctica clínica y haciendo una revisión del abordaje y manejo del caso de la paciente Vyenny Rodríguez según historia clínica anexada, encontramos congruencia en el manejo, órdenes médicas y tratamiento instaurado. Sin embargo, no se encontró en la historia clínica resultados de estudios encaminados a la identificación del germen causal (hemocultivos o urocultivos) del cuadro clínico y la sintomatología de la mujer.

Para mayor precisión al respecto con esta pregunta y ante el planteamiento de una posible falla en la atención médica, se establece que dada la complejidad del caso requiere estudio por parte de un equipo interdisciplinario de médicos especialistas en medicina interna, infectología e intensivistas. (...) De acuerdo a nuestra normativa sugiero respetuosamente que el expediente sea enviado a un hospital universitario que cuente con las especialidades requeridas”.

24. El dictamen pericial transcrito merece ser valorado en su integridad, dado que fue rendido por un especialista en medicina forense adscrito al Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Bogotá; además, el mismo tuvo por objeto analizar la idoneidad y oportunidad de la atención brindada a la paciente por los hospitales demandados conforme las referidas preguntas, para cuyo efecto se

fundó en las historias clínicas de cada hospital, en sus conocimientos, en abundante literatura médica referida en el experticio y en su experiencia laboral. También se observa que explicó con suficiencia cada una de las conclusiones y absolvió con claridad las preguntas formuladas, al tiempo que sus análisis y conclusiones resultan coherentes entre sí, amén de que no fue controvertido u objetado por las partes.

25. De otra parte, en el testimonio rendido por el médico Jonny Cárdenas, especialista en medicina interna, quien atendió a la señora Rodríguez Villanueva en la clínica Medilaser de Florencia, manifestó que la paciente Viyenny Rodríguez Villanueva no compartió su estancia en la UCI con otro paciente que estuviera en pésimas condiciones de salud y que hubiese fallecido, porque la unidad de cuidados intensivos estaba diseñada de tal manera que cada paciente se encuentre en un cubículo personalizado e independiente, en el sentido de que cada espacio o cubículo cuenta con sus propios equipos e instrumentos que se usan exclusivamente para cada paciente, con el agregado cierto de que todo el personal médico y paramédico que atiende la UCI cumple con todas las normas básicas de bioseguridad. Adicionalmente manifestó lo siguiente:

*"Atendí a la paciente en urgencias, que ingresó por remisión, **la valoración inicial fue cuadro infeccioso a nivel renal, por eso fue remitida a un nivel de mayor complejidad -clínica Medilaser- donde se encontró inflamación y por eso se consideró antibióticos y tratamiento especializado.** (. . .) ¿a paciente llegó con shock séptico? CONTESTÓ: **Cuando la atendí ya tenía criterios de desarrollo de shock séptico derivado de la infección renal,** ¿también presentaba sepsis severa y disfunción orgánica? CONTESTÓ: **son patología que vienen como consecuencia del shock séptico y ella los fue presentando a través del tiempo"** (se resalta).*

26. En el mismo sentido, en la declaración de la médica Angélica María Luna Flores, internista de la Clínica Medilaser Neiva, quien atendió a la paciente, manifestó que la causa de muerte de la paciente fue un SDRA, que llevó a una falla multiorgánica, producida por infección de vías urinarias y que, por lo demás la atención brindada cumplió con los criterios de idoneidad y oportunidad establecidos para ese tipo de afecciones. Al respecto manifestó:

*"En la demanda se alega que la paciente murió como consecuencia de una infección intrahospitalaria. ¿Qué puede indicar al respecto? Realicé una revisión un poco atrás de dónde viene y en qué condiciones y si se revisa la historia clínica desde que llegó al primer centro de salud, era una paciente que llegó gravemente enferma porque tenía una tensión 80/50, lo normal de una persona es 120/70, si tiene 90, 80 de tensión, eso se llama hipotensión, pero si usted ya le da un manejo que le pone líquidos eso se llama shock, **y el shock por la causa que sea eso indica que usted está en un balance muy comprometido de su cuerpo, ella venía con una infección urinaria, y las infecciones urinarias son una de las causas que genera un SDRA,** no todos los pacientes hacen un SDRA. Ya la señora venía muy comprometida; en el lapso en que estuvo interna la paciente se indica que presentó cierta mejoría, pero reviso la historia clínica y veo dos cosas, la señora nunca se pudo extubar, y eso es un indicador de que usted no está bien, usted no puede depender de un ventilador artificial que le da todo, usted puede tener parámetros de mejoría; lo otro que se documenta hay unas fases dentro del distrés respiratorio donde se habla que usted es más fácil de colonizar cuando tiene un SDRA, es decir le pueden dar*

infecciones sobre agregadas por el solo hecho de tener la enfermedad de que puedan salir otras bacterias dentro del proceso, pero no necesariamente eso fue lo que mató a la paciente, lo que mató a la paciente es el compromiso sistémico, porque ella tenía comprometido el pulmón, el hígado, riñones, como dije el SDRA en su fase exudativa o proliferativa puede favorecer a que se colonice pero el SDRA sólo con un shock séptico es suficiente para que la paciente hubiera tenido un desenlace desfavorable. (...) ¿Cuál es la causa probable de la muerte? Yo diría que hay varias causas, uno un SDRA, un choque séptico que traía la paciente desde que llegó, una sepsis de origen urinario que traía previamente, todos esos son procesos ascendentes desde que un paciente hasta que llegan a su máximo estado de salud que lo lleva a la causa de la muerte. ¿De conformidad con la historia clínica esta paciente salió en algún momento de su condición crítica? No, porque siempre dependió de un ventilador para poder respirar, y en algún momento requirió más y más oxigenación, y a pesar de los relajantes, nunca salió, ella hizo dos paros cardio respiratorios atendidos por mí donde salió en las dos ocasiones, y finalmente hizo un tercer donde falleció. ¿Analizado el contexto clínico, a qué se atribuye el fallecimiento? Entre más grave sea la infección al inicio, mayor es la probabilidad de un desenlace fatal así tengamos lo mejores antibióticos, así tengamos los mejores doctores eso no le quita peso a lo que ya el paciente trae, ella hizo disfunción de muchos órganos y la causa final es un SDRA, que esta sumado a una serie de difusión de muchos órganos, llamada difusión multiorgánica, producido por infección de vías urinarias complicadas por los cálculos renales que tenía” (se resalta).

27. Respecto de los testimonios de los médicos antes referidos, debe precisarse que si bien tienen un vínculo laboral con la entidad demandada, no es posible, en principio, deducir la existencia de interés o animosidad suficientes para alterar sus respectivas versiones de los hechos por esa circunstancia o para catalogarlos como sospechosos, pues precisamente esa condición, les permitió brindar la atención al paciente y conocer su caso; en todo caso, su dicho será analizado de forma conjunta con los demás elementos de prueba allegados al plenario como pasa a exponerse.

Análisis de imputación en el caso concreto

Sobre la responsabilidad de la E.S.E. Sor Teresa Adele

28. El acervo probatorio ya referido enseña que la señora Viyenny Rodríguez Villanueva ingresó al Hospital Sor Teresa -de primer nivel de atención- el 12 de junio de 2008 a las 13:50. A su ingreso, el médico general luego de su valoración consignó como impresión diagnóstica inicial “*dolor abdominal*”. Asimismo, durante las 8 horas aproximadas de permanencia en este Hospital le fueron practicados los exámenes de diagnóstico: hematología (hematocito, hemoglobina, leucocitos, neutrófilos, linfocitos) y Uroanálisis.

29. También se registró que reportaba una deshidratación de leve a moderada y una tensión arterial de 90/60 — 80/60, con disminución de glóbulos blancos (leucopenia), con parcial de orina que reflejaba una grave infección urinaria dado el reporte de bacterias y de nitritos, todo lo cual -según la historia clínica- indicaba un foco infeccioso que tenía la paciente desde su llegada a ese centro médico, y que desde la obtención de los resultados le fueron suministrados medicamentos para tratar su impresión diagnóstica (buscapina, dipirona, tramal, mepetidina, metroclopamida) y se la dejó en observación para valorar su evolución.

30. Posteriormente, y luego de haber transcurrido 8 horas en observación, se decidió su remisión a la clínica Medilaser de Florencia de segundo nivel de atención para que se realizara una valoración por urología y cirugía general y, efectivamente, fue remitida a la Clínica Medilaser de Florencia con impresión diagnóstica de *"dolor abdominal, urolitiasis ttada, sindr. Anémico, diverticulosis??"*.

31. De acuerdo con tales registros médicos, se infiere que la señora Rodríguez Villanueva recibió una atención adecuada en el hospital Sor Teresa Adele de primer nivel de atención en relación con la afección inicial con la que consultó (dolor abdominal), frente a lo cual se le practicaron varios exámenes y le suministraron medicamentos; sin embargo, dada su evolución desfavorable, se decidió su remisión a una institución de un nivel superior de complejidad luego de transcurridas 9 horas aproximadamente, sin que se hubiera acreditado que dicho lapso hubiese configurado una demora injustificada.

32. En ese sentido, no media prueba que acredite una omisión o retardo injustificado en la remisión de la paciente por parte del Hospital Sor Teresa Adele. Por el contrario, de la historia clínica se desprende que a la señora Rodríguez Villanueva se le brindó atención pronta y eficiente, puesto que se le suministró medicamentos conforme a los síntomas observables, se le practicaron exámenes pertinentes y se le mantuvo en observación por un tiempo prudencial, para luego, a la luz de los resultados de los exámenes y de la observación realizada frente a los medicamentos suministrados en las primeras 8 horas de atención, remitirla a un centro hospitalario de mayor nivel.

33. En todo caso, debe resaltarse que la historia clínica allegada demuestra que la paciente ingresó con un proceso séptico probablemente asociado a una infección de vías urinarias (U.V.I.) y que, por tal razón, y ante la ausencia de evolución favorable fue remitida a Medilaser para valoración por urología y cirugía general, sin que se hubiera acreditado ninguna falla o retardo injustificado respecto de dicha atención; en consecuencia se impone confirmar la sentencia de primera instancia en relación con ese hospital demandado.

Sobre la responsabilidad de la Clínica Medilaser S.A.

34. La historia clínica de ese centro médico evidencia que la señora Viyenny Rodríguez al momento de su ingreso llegó en muy malas condiciones generales, pues se registró hipotensa, con náuseas, vómitos, con parcial de orina *"IVU, CH, CON HB 10.3 NO NEUTROFILIA"*, motivo por el cual se le diagnosticó desde su ingreso shock séptico.

35. De lo anterior se puede afirmar que al momento de ingresar ya presentaba una infección grave que comprometía seriamente su salud, frente a lo cual la clínica Medilaser -de segundo nivel de atención- desplegó todos los medios tecnológicos y de personal a su alcance con miras a detectar el choque séptico, dado que practicó hemocultivos, urocultivos, TAC, ecografía abdominal total, radiografía, etc.; asimismo para prevenir las infecciones presentadas, tales como medidas de profilaxis en la UCI, e incluso traslado preventivo de la paciente a Medilaser de

Neiva; y para tratar el SDRA (pese a que el mismo se concretó finalmente en el deceso de la paciente), de todo lo cual se infiere que se realizaron todos los procedimientos correspondientes para el manejo de su cuadro clínico, lo cual resultó acorde con el protocolo o guía establecida para ese tipo de casos, como lo precisó el dictamen pericial rendido en el proceso.

36. En ese sentido, con base en la información contenida en la historia clínica, el perito del Instituto Nacional de Medicina Legal estableció, por un lado, que no estaba probado que la paciente hubiese presentado el choque séptico como producto de un germen nosocomial y, por otro lado, se encontró congruencia en el manejo de la paciente de conformidad a la patología que presentaba.

37. Cabe señalar que si bien el perito manifestó que *“no se encontró en la historia clínica resultados de estudios encaminados a la identificación del germen causal (hemocultivos o urocultivos) del cuadro clínico y la sintomatología de la mujer”*, lo cierto es que revisada la historia clínica se encontró la práctica de exámenes de *“hemocultivos: negativo y urocultivo: negativo”*, a partir de lo cual se puede deducir que sí se realizaron las medidas a la identificación del germen causal, cuyo resultado fue negativo.

38. Las anteriores conclusiones se acompasan con lo dicho por la médica internista Angélica María Luna Flores, quien precisó que la complicación fatal de la señora Viyenny Rodríguez Villanueva se originó por un Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo SDRA, probablemente generado por la infección urinaria que padecía desde el momento en que buscó atención médica y que, por lo demás, las intervenciones que se realizaron para mejorar su estado de salud se llevaron a cabo en el momento oportuno y de acuerdo al protocolo médico pertinente; no obstante lo cual, su delicado estado de salud condujo al lamentable resultado, sin que pueda atribuírsele a la Clínica Medilaser S.A., una falla en la prestación del servicio médico.

39. Por otra parte, en relación con la supuesta enfermedad nosocomial, debe resaltarse que en el dictamen pericial rendido se precisó que el choque séptico se puede presentar como consecuencia de la infección urinaria producida por gérmenes adquiridos en instituciones de salud, caso en el cual se habla de infecciones nosocomiales, o también se puede generar por gérmenes adquiridos extra-institucionalmente, pero que para este caso no era posible definir con certeza razonable si el choque séptico fue producto de un germen intra o extrainstitucional.

40. Por lo demás, la supuesta cuarentena que se habría declarado en la clínica Medilaser de Florencia que habría sido la causa del traslado de la paciente a Neiva tampoco fue acreditada en el expediente.

41. Así las cosas, se infiere que en este caso no se probó que la paciente hubiera contraído alguna enfermedad de tipo nosocomial, pues lo cierto es que, según la historia clínica el choque séptico derivó de una infección de vías urinarias que fue la causa de consulta de la paciente, sin que la misma se hubiera podido controlar, pese al suministro de la atención brindada. En ese sentido, el médico internista Jonny Cárdenas, quien atendió a la señora Rodríguez Villanueva en la clínica

Medilaser de Florencia manifestó que en la valoración inicial la paciente presentaba un cuadro infeccioso a nivel renal, y que esa fue la razón para que fuera remitida a ese centro médico de mayor nivel de atención, donde luego de la práctica de los exámenes médicos se le diagnosticó shock séptico derivado de la infección renal.

42. Conforme a lo expuesto en este caso, es pertinente resaltar, que el cuadro clínico de la paciente que inicialmente consistió en un shock séptico y que pese a la atención y tratamiento especializado que se le suministró, finalmente la paciente no respondió favorablemente al tratamiento.

43. Lo que está probado dentro del plenario es que los galenos y las instituciones hospitalarias demandadas que atendieron a la paciente Viyenny Rodríguez usaron todos los medios humanos, locativos y logísticos para garantizar su integridad desde su consulta inicial en donde se le diagnosticó shock séptico y que, posteriormente, desde su ingreso a la UCI pese al tratamiento especializado, rápidamente desarrolló síndrome de disfunción multiorgánica, con compromiso pulmonar, renal hematológico y cardiovascular que la llevó a su óbito.

44. Finalmente, resulta necesario precisar que no obran pruebas que permitan inferir, incluso mediante indicios, que la paciente contrajo la infección en el ambiente intrahospitalario.

45. En conclusión, resalta la Sala que en el presente asunto la atención brindada a la paciente, de conformidad con las pruebas allegadas, fue idónea y oportuna, circunstancia que conduce a considerar que hay una ausencia de nexo causal entre el daño reclamado y la conducta imputada a las instituciones médicas demandadas, por manera que la decisión a adoptar no puede ser otra sino la de confirmar la sentencia apelada.

Costas

46. Como no se observa en este caso temeridad o mala fe en el actuar de las partes, la Sala se abstendrá de condenar en costas (artículo 171 del C.C.A., modificado por el artículo 55 de la Ley 446 de 1998).

II. PARTE RESOLUTIVA

47. En mérito de lo expuesto, el Consejo de Estado, en Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección A, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

RESUELVE

PRIMERO: CONFIRMAR la sentencia apelada, esto es la proferida el 14 de marzo de 2019 por el Tribunal Administrativo de Caquetá, mediante la cual se negaron las pretensiones de la demanda.

SEGUNDO: Sin condena en costas.

Radicación:
Actor:
Demandado:
Referencia:

18001233100020100037700 (63.914)
Carlos Arturo Monroy Moreno y otros
E.S.E. Sor Teresa Adele y otro
Reparación directa

TERCERO: Ejecutoriada la presente providencia, por Secretaría **DEVOLVER** el expediente al Tribunal.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE,

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE
MARÍA ADRIANA MARÍN

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE
JOSÉ ROBERTO SÁCHICA MÉNDEZ

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE
MARTA NUBIA VELÁSQUEZ RICO

VF

Nota: se deja constancia de que esta providencia fue aprobada por la Sala en la fecha de su encabezado y que se suscribe de forma electrónica mediante el aplicativo SAMAI, de manera que el certificado digital que arroja el sistema permite validar la integridad y autenticidad del presente documento en el enlace <https://relatoria.consejodeestado.gov.co:8080/Vistas/documentos/validador>. Igualmente puede acceder al aplicativo de validación escaneando con su teléfono celular el código QR que aparece a la derecha.

