**REPORTE AUDIENCIA DE PRUEBAS**

**MEDIO DE CONTROL:** REPARACIÓN DIRECTA

**DEMANDANTES:** DIANA SIRLEY BUITRON MARIN Y OTROS

**DEMANDADOS:** DEPARTAMENTO DEL CAUCA Y OTROS

**RADICACIÓN:** 19001333300120160024700

Se procede a tomar la asistencia de los presentes, verificando la presencia de todas las partes convocadas. Sin embargo, no comparecieron el apoderado judicial del Departamento del Cauca ni el Ministerio Público. En este contexto, se otorga personería jurídica a los abogados que aún no contaban con ella.

**SANEAMIENTO DEL PROCESO**

El juez hace un recuento de los antecedentes procesales, incluyendo los aplazamientos ocurridos en este caso, los cuales han sido justificados y, por lo tanto, concedidos. Al revisar el expediente, no se encontraron justificaciones para las inasistencias de los testigos, por lo que se prescindirá de las pruebas testimoniales. Se tendrá en cuenta el dictamen pericial y su contradicción.

Inicialmente, la audiencia de pruebas se reprogramó para el 8 de julio de 2021, pero la parte demandante solicitó un nuevo aplazamiento, el cual fue concedido para el 1 de septiembre de 2022. Posteriormente, el apoderado de la parte demandante renunció y solicitó otro aplazamiento, programándose para el 17 de noviembre de 2022. No obstante, la audiencia fue instalada el 1 de noviembre de 2022, y nuevamente la parte demandante pidió aplazamiento, fijándose para el 9 de noviembre de 2023. Ese día, el apoderado solicitó un nuevo aplazamiento, y mediante auto interlocutorio 1544 del 9 de noviembre de 2023, se decidió aplazar para el 10 de octubre de 2024.

Se constata que todos los aplazamientos han sido justificados conforme a la normativa del proceso**. Sin embargo, tras revisar el expediente digital, se observa que no se presentaron las justificaciones de las inasistencias de los testigos, por lo que, de acuerdo con el artículo 218 del Código General del Proceso, se prescindirá de las pruebas testimoniales decretadas.**

En cuanto al dictamen pericial decretado, este fue presentado oportunamente. No obstante, se verificará la presencia del perito para que realice su exposición y se permita la contradicción del peritaje. Conforme a lo dispuesto en el auto 1635, se ordena lo siguiente:

* Primero, incorporar las pruebas documentales aportadas por el Hospital San José de Popayán para que sean valoradas conforme a derecho.
* Segundo, prescindir de las pruebas testimoniales decretadas en la audiencia inicial, tanto para la parte demandante como para la parte demandada, por las razones previamente expuestas.

**PRACTICA DE LA PRUEBA PERICIAL – JAIME ORTIZ**

Señor perito, sírvase informar a este despacho judicial si ha participado como perito en otras audiencias judiciales o si esta es su primera vez presentando un dictamen.

—Su Señoría, ya he actuado como perito en otros casos judiciales.—Bien, esto garantiza que cuenta con experiencia como perito y ha realizado dictámenes en otras ocasiones. - Ahora, señor perito, le solicito que haga un relato detallado de lo que observó tras el análisis de la historia clínica de la menor, Yessica Yulieth Domínguez, hoy fallecida. Por favor, explique si las atenciones brindadas fueron oportunas, cuán diligente fue la praxis médica y los tiempos en los que se atendió la salud de la menor. Prosiga, por favor.

Como ustedes saben, todo debe basarse en lo registrado en la historia clínica. Sin embargo, quisiera aclarar que algunas partes de la historia clínica no son muy legibles. Hubiera sido ideal que esta se transcribiera para facilitar una mejor comprensión de ciertos párrafos. No obstante, a pesar de esa dificultad, se logró hacer un análisis, y trataré de ser lo más breve posible. Solicito su permiso para señalar los puntos en los que podrían haberse presentado fallas, si es correcto llamarlo así, aunque no necesariamente se trata de fallas.

La historia trata de una adolescente de 17 años, quien consultó en el Hospital del Norte de Popayán el 26 de abril de 2014, alrededor de las 11:20 a.m., con un cuadro clínico de una semana de evolución, que incluía fiebre no cuantificada, dolor abdominal, náuseas, vómito, adinamia y astenia. Fue atendida por el médico de urgencias de Nivel 1, quien identificó signos de deshidratación y solicitó exámenes paraclínicos. En el examen físico inicial no se encontraron hallazgos significativos. Sin embargo, los resultados de laboratorio mostraron que las plaquetas estaban en 149,000 por milímetro cúbico, siendo el rango normal de 150,000 a 450,000. Es importante destacar que un hemograma realizado un año antes, en junio de 2013, reportaba 247,000 plaquetas y una hemoglobina de 13.6, lo que puede servir como referencia. O sea, que era un hemograma, una serie blanca, normal leucocitos y el diferencial normales, pero en esta encontramos plaquetas de 149001 hemoglobina que estaba en 10.6 ya era un poco baja para la niña. Y el recuento diferencial de Glóbulos Blancos estaba completamente normal ya.

El examen de orina presentó características compatibles con una infección urinaria, ya que se detectaron nitritos positivos, piuria (es decir, glóbulos blancos en la orina) con un límite de 10 por campo, lo cual está en el límite, y bacteriuria con dos cruces de bacterias, lo que no es normal. Además, se realizó una de orina sin centrifugar, que reportó bacilos gramnegativos. Dado que el examen fue tomado por sonda, tiene alta confiabilidad. Con estos cuatro parámetros, o incluso con tres, la probabilidad de una infección urinaria se estima entre el 95% y el 98%. El coprológico fue negativo, lo que descartó una gastroenteritis bacteriana. Es importante aclarar que los virus no se observan al microscopio.

Aquí se presentó la primera falla: se solicitó un urocultivo, pero este no aparece en ningún registro. Según una nota de enfermería, el urocultivo no se tomó. Cuando un examen de orina es anormal, el médico debe coordinar con el laboratorio para que guarden una muestra de orina para el urocultivo, evitando tomar otra muestra con sonda. En este caso, no se realizó el urocultivo a pesar de que podría haberse hecho con la misma muestra inicial.

**El diagnóstico fue de infección urinaria, y acertadamente le administraron una quinolona, específicamente ciprofloxacina, un antibiótico potente de amplio espectro, que cubre la mayoría de las bacterias causantes de infecciones urinarias en adolescentes. También se le agregó gentamicina, y la paciente fue hospitalizada el 26 de abril de 2014. A pesar del tratamiento, la paciente no mostró mejoría. El 27 de abril, en horas de la noche, seguía presentando fiebre y dolor. El 28 de abril, a las 4:00 a.m., se le realizó un nuevo hemograma, que mostró una disminución de las plaquetas a 45,000, aunque los leucocitos y el recuento diferencial se mantuvieron normales. La hemoglobina había bajado de 10.6 a 8.8.** (Esto puede reforzarse y argumentarse que la joven estuvo en observación y que se le suministro medicamento para el diagnostico inicial)

En este punto, ya había afectación en dos líneas celulares: la plaquetaria y la roja, lo que llevó a considerar que la paciente padecía un dengue grave, lo cual ameritaba cuidados intensivos.

Aquí se presenta una segunda falla: cuando la niña ingresó el 26 de abril, ya llevaba una semana con síntomas, y al agregar los días 26, 27 y 28, sumaban al menos 10 días de enfermedad. Si conocemos la evolución natural del dengue, sabemos que esta enfermedad tiene tres fases: la febril, que dura aproximadamente 3 días; la fase crítica, que va del día 4 al 7, donde las plaquetas comienzan a disminuir y pueden surgir complicaciones; y la fase de convalecencia, que inicia a partir del día 8. Esta paciente ya estaba en el día 10, lo que sugiere que no podía tratarse de un dengue. Además, la paciente había mencionado que su periodo menstrual terminó el 23 de abril, pero entre el 26 y el 28 seguía refiriendo sangrado vaginal, lo que indicaba que no era dengue. Presentaba petequias en las extremidades inferiores y superiores, así como una lesión purpúrica en el brazo izquierdo. Todo esto indicaba un trastorno de la coagulación, no dengue, y debía considerarse un diagnóstico diferente. Entonces la remiten y aquí viene otra falla. - Voy a poner un ejemplo ¿yo en este momento tengo un paciente en paro cardiorrespiratorio y yo lo intubó y llamo a un hospital, ustedes tienen ventilador y unidad de cuidado intensivo?

En este caso, el médico debió contactar a un centro de nivel 3 y comunicar que el paciente tenía un conteo de plaquetas de 45,000 y presentaba un cuadro de dengue, lo que indicaba la posible necesidad de una transfusión de plaquetas. Sin embargo, antes de remitir al paciente, el médico tenía que confirmar si el centro disponía de plaquetas. Al descubrir que no había, debió optar por remitir a la paciente a un centro en Cali, que contara con las capacidades necesarias. En este tipo de situaciones, la reflexión médica adecuada debería haber sido consultar directamente con la unidad de cuidados intensivos o el laboratorio para confirmar la disponibilidad de plaquetas.

Al llamar al laboratorio, se constató que no había plaquetas en el hospital, lo que debió motivar una remisión inmediata del paciente. Si este protocolo se hubiese seguido correctamente, es probable que la situación no habría escalado a este punto.

El 28 de abril, la paciente, que se encontraba en el nivel 1, presentó un episodio de hematemesis, es decir, vómito con sangre de color negro (en "concho de café"), debido a que la sangre ya había sido digerida. También tuvo un episodio de melena, es decir, evacuaciones de materia fecal de color negro, también por la digestión de sangre. En este momento, ya se había identificado sangrado por tres vías: tracto digestivo, orina y genital, lo que indicaba una disfunción orgánica grave.

La paciente fue remitida al nivel 3, aunque se solicitó un cupo desde las 10:30 a.m., no había espacio disponible para su ingreso, lo que obligó a que permaneciera en la camilla que había sido llevada desde el nivel 1. Afortunadamente, la médica rural actuó acertadamente al suspender el tratamiento con gentamicina, ya que las pruebas de laboratorio mostraban que la creatinina de la paciente había aumentado a 1.6, lo que indicaba un deterioro en la función renal.

Se suspendió la gentamicina, ya que es un medicamento tóxico para los riñones y no era necesario en este caso, dado que el ciprofloxacino cubría el mismo espectro bacteriano. La decisión de suspender la gentamicina fue acertada.

Cuando la paciente llegó al nivel 3, el médico la examinó y encontró las mismas lesiones que se habían reportado previamente, además de un edema palpebral y palidez, lo cual era consistente con su hemoglobina de 8.8. Sin embargo, al final de la hoja de recepción se reportó que no había plaquetas disponibles en el hospital, lo que indicaba la necesidad de una remisión urgente. La pregunta que surge es: ¿por qué no se remitió a la paciente a las 15:20 h del 28 de abril, cuando falleció más de 24 horas después, el 29 de abril a las 10:45 h? La paciente pudo haber sido remitida alrededor de las 17:00 h, y la ambulancia en Cali estaba disponible a las 15:00 h, lo que significa que habría llegado a Cali aproximadamente a las 20:00 h del mismo día.

Cuando la enfermera la evaluó, la catalogó como código rojo, lo que indica un paciente con riesgo inminente de complicaciones graves o muerte. En estos casos, la remisión debería haberse hecho como una urgencia vital. Los pacientes en esta situación no pueden ser devueltos, independientemente de si hubo comunicación previa o no entre las instituciones. Entonces, ¿quién no autorizó la remisión de la paciente, cuando había tiempo suficiente para hacerlo?

A las 17:30 h, se le realizaron exámenes de laboratorio, pero los resultados no estuvieron disponibles hasta las 23:00 h. Es inaceptable que un paciente en estado crítico espere casi seis horas por los resultados de sus exámenes. Alguien debía haberse hecho responsable de obtener esos resultados con mayor prontitud, ya fuera el médico, la enfermera o cualquier miembro del personal. En situaciones de emergencia, se deben establecer prioridades, y este paciente era claramente una prioridad debido a su estado crítico. Los resultados de los exámenes debieron haber sido solicitados como urgentes para poder tomar decisiones clínicas a tiempo.

Una de las fallas críticas en el manejo de esta niña fue la suspensión del antibiótico. Ella ingresó con ciprofloxacino y con una prueba confiable de orina que indicaba una infección urinaria. Entonces, surge la pregunta: ¿quién dio la orden de suspender el antibiótico y por qué? No hay registro de esto en la historia clínica, pero era crucial mantener el tratamiento porque la infección urinaria puede complicarse. De hecho, en la autopsia se encontró un absceso renal izquierdo, una complicación severa de la infección urinaria, que puede derivar en absceso renal, pionefrosis o pielonefritis bacteriana focal aguda. Estas son complicaciones agudas graves, mientras que las crónicas incluyen cicatrices y falla renales crónica.

La niña desarrolló también otra complicación severa: coagulación intravascular diseminada (CID). Este cuadro suele requerir la administración de factores de coagulación, pero es fundamental tratar la causa subyacente, en este caso, la infección urinaria y el absceso renal. Al suspender el antibiótico, la infección no fue controlada, lo que contribuyó a la progresión hacia el choque séptico.

Cuando se le realizó un hemograma, los resultados mostraron una hemoglobina de 8.7 y plaquetas de 15,000, lo que indicaba un alto riesgo de sangrado. La niña mencionaba que su menstruación había terminado el 23, pero aún presentaba sangrado el 28. Su creatinina también había aumentado, lo que evidenciaba una falla renal aguda. Otro médico internista que la evaluó sugirió la posibilidad de lupus eritematoso sistémico, basándose en la edad, los cambios hematológicos y el sexo de la paciente, ya que esta enfermedad es más común en adolescentes del sexo femenino.

Sin embargo, el internista no ordenó pruebas para confirmar el lupus ni pruebas de coagulación, a pesar de que la CID es una complicación frecuente de la sepsis y con alta mortalidad. Tampoco se realizó el diagnóstico de la microangiopatía trombótica, a pesar de que la paciente mostraba los criterios para ello: anemia hemolítica microangiopática, trombocitopenia y otras alteraciones que deberían haberse evaluado con mayor detalle.

Finalmente, la niña sufrió múltiples complicaciones, como la formación de microtrombos en la microcirculación que afectaron órganos vitales, y el cuadro se agravó hasta un punto irreversible, llevando al paro cardiorrespiratorio y al fallo multiorgánico. La falta de un tratamiento adecuado desde el inicio, la suspensión del antibiótico y la ausencia de pruebas diagnósticas esenciales fueron fallas determinantes en su evolución clínica.

**PREGUNTAS DEL DESPACHO**

Sírvase manifestar, señor Perito, si cuando usted concurrió al Hospital del Norte de Popayán, que este despacho entiende es de Nivel 1, las atenciones, diagnósticos y tratamientos brindados a la paciente fueron oportunos y acordes con la *Lex artis* para una institución de este nivel. ¿Considera que se tomaron todas las medidas necesarias dentro de las posibilidades del hospital para garantizar una adecuada evolución en la salud de la paciente?

**Respuesta:**

**Su Señoría, considero que el tratamiento fue oportuno y adecuado, teniendo en cuenta las limitaciones de un hospital de Nivel 1, que no dispone de todos los recursos necesarios para casos complejos. En mi opinión, el personal hizo lo que estaba dentro de sus capacidades y posibilidades.**

**Pregunta del despacho:**

Ahora bien, quisiera aclarar si la remisión de la paciente fue interpretada correctamente. Usted mencionó una posible negligencia, ya sea por parte de quien remitió o de quien recibió el caso.

**Respuesta**

Según lo que manifesté anteriormente, debido a la patología, diagnóstico o síntomas presentados por la paciente, se trataba de una urgencia vital que requería una remisión perentoria. Por lo tanto, es importante que se aclare este aspecto para entender mejor si hubo algún error en ese proceso. - **¿**Cuál fue la omisión, si por parte de quien debió remitir oportunamente o de quien debió recibir ese ese traslado?

**Como hemos observado, el compromiso de la paciente fue progresivo y secuencial. Es decir, al momento de su ingreso al hospital de Nivel 1, no se manifestaron las complicaciones que ya tenía. El día 28 fue remitida, y el médico del Nivel 1 actuó de buena voluntad; sin embargo, es fundamental que el personal que recibe al paciente esté seguro de contar con los recursos necesarios para su atención. Creo que la responsabilidad recae en quien recepciona al paciente. No debería aceptar un caso si no tiene los recursos disponibles, ya que cualquier complicación que surja podría no ser manejable sin el equipo adecuado, sin importar el conocimiento que se tenga.En su exposición, ha enfatizado la importancia de contar con las herramientas necesarias, como las plaquetas, que la paciente requería.** (En los alegatos analizar si este argumento nos sirve para fortalecer la defensa y desvirtuar la falla en la prestación del servicio)

**Pregunta**

Se advirtió que el diagnóstico inicial estaba, muy probablemente, equivocado. Aun así, si no se trataba de dengue, era crucial que las plaquetas estuvieran disponibles en el centro hospitalario de mayor complejidad donde se recibiría a la paciente.

**Respuesta**

Claro, sí, Señoría. De hecho, el dengue también puede causar coagulación intravascular diseminada, al igual que el COVID-19. Los virus son capaces de inducir esta condición. En este caso, lo que debíamos definir era la causa del descenso de plaquetas y del sangrado. Inicialmente, se asumió que era dengue, pero los resultados de la autopsia y los exámenes de orina revelaron que no se trataba de eso y que podría haber sido una complicación de una infección urinaria.

Por lo tanto, las plaquetas sí habrían sido necesarias, pero no serían el único recurso requerido. Existía un trastorno de la coagulación que también demandaba la transfusión de plasma y de crioprecipitados, es decir, productos hemoderivados ricos en factores de coagulación y fibrinógeno, los cuales se ven drásticamente reducidos en casos de coagulación intravascular diseminada con sangrado masivo. Así que, por sí solas, las plaquetas no habrían sido suficientes.

**Pregunta**

En relación a su experiencia y conocimiento científico, ¿considera que hubo un error en el diagnóstico emitido por los médicos? Ese diagnóstico fue inicialmente establecido en el nivel 1, donde se realizaron algunos exámenes clínicos y paraclínicos dentro de sus posibilidades. Sin embargo, en el nivel de mayor complejidad, con acceso a especialistas y diversas herramientas, era posible haber analizado el caso de manera más profunda y haber llegado a la conclusión de que el diagnóstico estaba equivocado, lo que implicaría que el tratamiento a seguir debía ser diferente al que se estaba llevando a cabo.

**Respuesta**

Claro, su Señoría. Como mencioné al principio, el tiempo de evolución no concordaba con las diferentes fases del dengue, y el examen de orina presentaba resultados anormales. El error radicó en no haber continuado el tratamiento antibiótico e incluso en no haber hecho un cambio en el mismo. En el caso de un paciente con una infección urinaria que se está complicando, es necesario realizar una ecografía renal. Sin embargo, es importante señalar que la calidad de la ecografía depende tanto del operador como de la resolución del equipo. Aunque no se identificaron complicaciones en este examen, se debió tener en cuenta el resultado anormal de la orina al seguir el tratamiento, ya que una infección es un proceso progresivo y dinámico que no se detiene, lo que podría haber llevado a un absceso renal.

Para que un absceso renal se forme, **se requieren entre 7 y 10 días, lo que significa que este ya se había desarrollado antes de que se tomaran las decisiones clínica**s. Así, como mencioné en uno de los apartes, todos se enfocaron en las plaquetas. El internista, al considerar la posibilidad de un trastorno de la coagulación, debió haber solicitado todas las pruebas pertinentes para evaluar otras complicaciones, en lugar de centrarse únicamente en las plaquetas como la causa del sangrado. (tener en cuenta que la joven presentaba síntomas desde el 20 de abril y aisistió al centro medico el 26 de abril, es decir 6 días después de tener en cuadro infeccioso)

Una vez finalizada la diligencia y sin más pruebas por practicar, el despacho decide correr traslado para la presentación de alegatos de conclusión dentro de los diez días hábiles siguientes a la notificación de la actuación realizada por estrados. **En este sentido, el término para presentar los alegatos de conclusión inicia el 11 de octubre de 2024 y finaliza el 25 de octubre de 2024**.