

INFORME AUDIENCIA ART. 181 CPACA // RAD: 2019-00193 // DTES: AURA EDILMA MELO Y OTROS // DDOS: ESE HOSPITAL REGIONAL DUITAMA Y OTRO // LLAMADO: ALLIANZ SEGUROS S.A. Y OTRO // JSBV

Juan Sebastian Bobadilla <jbobadilla@gha.com.co>

Vie 07/06/2024 17:13

Para: CAD GHA <cad@gha.com.co>; Katherine Buitrago Bustamante <kbuitrago@gha.com.co>; Informes GHA <informes@gha.com.co>

CC: Nicolas Loaiza Segura <nloaiza@gha.com.co>; Javier Andrés Acosta Ceballos <jacosta@gha.com.co>

Cordial saludo estimada Área de Informes y CAD:

Mediante el presente informo que el día de ayer, 6 de junio de 2024, siendo las 2:00 P.M., asistí a la audiencia de que trata el artículo 181 del CPACA dentro del proceso que a continuación se identifica:

JUZGADO ONCE (11) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE TUNJA

MEDIO DE CONTROL: REPARACIÓN DIRECTA

RADICADO: 15001-33-33-011-2019-00193-00

DEMANDANTES: AURA EDILMA MELO RISCANEVO Y OTROS

DEMANDADOS: ESE HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA Y OTROS

LLAMADO EN GARANTÍA: ALLIANZ SEGUROS S.A. Y OTRO

1. Presentación de las partes
2. Reconocimiento de personería
3. Práctica testimonial:

- **Yardany Rafael Méndez:** Es médico internista del Hospital Regional de Duitama. Se trata de un paciente que tuvieron en el hospital, en el servicio de urgencias, un señor de 45 años con tensión arterial, con mal manejo crónico. Presente un dolor abdominal irradiado hacia el tórax. Antes de asistir, tomó ibuprofeno, el cual genera dolor abdominal. El paciente llega a las 22:34 P.M. y es atendido 14 minutos después. Ello se encuentra con los protocolos de atención. Se le realiza un electrocardiograma, sus tensiones arteriales se encontraban elevadas, sin embargo, no en rango de urgencia vital. Se le aplica losartan. En este caso, como tenía crisis, se le colocan los medicamentos crónicos. Se evidencia un dolor abdominal cerca al tórax y al hipocondrio derecho. Se llevó a concluir una posible inflamación abdominal. Fue evaluado y se persistió en el dolor abdominal cercano al tórax. Se sospecha un posible infarto que sucede en urgencias, no antes de ingresar. Presenta paro y se coloca adrenalina. El paro sucedió por un lapso de 6 minutos. Presenta cuadro de deterioro respiratorio y cardiovascular que se maneja de inmediato, se hace reanimación. Se solicita de inmediato la atención a la unidad de cuidados intensivos. Se remite la autorización a la EPS, toda vez que no se contaba con cama allí. Tiene 7 revaloraciones por diferentes especialistas, manteniéndolo vivo y en mejores condiciones mientras se da el traslado. Se da su egreso. Se hace el traslado en la ambulancia como urgencia vital a la Clínica Medilaser. Hay una mayor mortalidad en pacientes jóvenes, como el del caso, cuando se presentan paros cardiorrespiratorios. No tiene buen control de cifras tensionales. Se controlan las cifras tensionales con dos medicamentos diferentes. Nunca se evidenció una cifra tensional tan elevada que pudiera afectar el corazón. Desde el ingreso hasta la sospecha de paro, hubo dolor abdominal, el cual se valoró antes de la sospecha del paro. Tan es así, que se solicitaron paraclínicos para diagnosticar el dolor abdominal. En su concepto, presenta un dolor abdominal por el ibuprofeno. Se trató oportunamente la tensión arterial. En

urgencias, presentó un paro cardiorrespiratorio súbito. Sin embargo, siempre tuvo un soporte vital y hubo valoración continua del paciente. Llega a la Clínica Medilaser de manera estable. Se desempeña como medio general desde el 2013. No atendió al paciente.

- El paciente en el registro de los signos vitales aparece que no tenía shock y se encontraba con una oxigenación normal y en cuestión de minutos, tiene una emergencia respiratoria que implica intubación orotraqueal porque su pulmón tenía un edema pulmonar. El paro pudo haber sido generado por la tensión arterial crónica sin control adecuado, es el único factor de riesgo. No hay un mal diagnóstico. Era un dolor abdominal desde un comienzo, por eso se diagnosticó una gastritis. El paciente presenta el evento coronario de manera súbita.
- No es común que un paciente con dolor abdominal presente paro cardiorrespiratorio. En la historia clínica es la interpretación de lo que dice el paciente. Es normal que presente dolor en el tórax por gastritis. Aval significa solamente una información. Es un deber reportar al centro regulador de urgencias. No se puede trasladar sin mantenerlo en condiciones. El hospital tenía UCI en comodato, sin embargo, con ellos se comentó y dijeron que no había camas disponibles. No habría ninguna diferencia entre ingresar al paciente a dicha UCI o a Tunja. Se estabilizó al paciente. El riesgo no está por el transporte. Es deber de estabilizar al paciente en el sitio. Trasladarlo de urgencias a la UCI propia del hospital, si no está estable, es un riesgo grande, al igual que su traslado a Tunja. El paciente estaba muy mal por sus propias condiciones y no por una mala atención. Logra llegar con signos vitales artificialmente ajustados, dado que su corazón no podía latir. La mortalidad del paciente, de 45 años, es muy elevada, dado su evento súbito. Por la severidad de su enfermedad, era muy probable la muerte. Se toma 11 horas desde que presenta su paro cardíaco, hasta que ingresa a Medilaser, pero es lo necesario para estabilizarlo. El señor presentó el paro cardiorrespiratorio de manera súbita, tuvo edema pulmonar, pero eso no necesariamente deriva en un paro. No había manera de predecir el paro. Se entuba por el edema pulmonar y viene progresando, pero clínicamente ocurre de manera súbita, porque no hay ningún registro de shock. No todas las fallas presentan paro.
- **Nadia Lorena Naisaque Barbosa:** Fue un paciente que llegó de Duitama. Ingresó con soporte vasopresor. Ingresó desaturado en malas condiciones generales. Se evidencia anuria, taquicárdico, por lo cual se decidió suspender la dopamina. Se inicia dextrosa y se solicitan paraclínicos. Posteriormente presenta paro cardiorrespiratorio, no se obtiene retorno y se declara fallecido. Evidentemente al ingreso, llegó con tensión arterial muy baja asociado a taquicardia, básicamente sus signos vitales estaban siendo sostenidos artificialmente. Era un paciente en muy mal estado general. Ya estaba en un choque cardiogénico. Es un infarto letal. Llegó en estado postreanimación. Estaba siendo ventilado. Se hizo un examen físico, se hizo manejo de soporte vasopresor, el inicio de dextrosa por hipoglicemia. Se atendió el paro cardiorrespiratorio. La causa del fallecimiento fue el paro cardiorrespiratorio, debido a una falla multiorgánica.
-
- Se suspendió la dopamina porque llegó taquicárdico. El paciente tenía un infarto que lo lleva al choque cardiogénico. Estaba anúrico, hipotenso, lo cual lo llevó a esos signos vitales. Tenía signos vitales bajos. Ya tenía afectaciones renales. Se solicitó hemograma, función renal, tiempos de coagulación. Esto era consecuencia de las condiciones naturales del paciente, debido a su condición. El paciente presenta el choque cardiogénico por el paro cardiorrespiratorio. El paciente venía con un soporte ventilatorio. Se continuó por el manejo iniciado por el Hospital de Duitama. El paciente ingresó en urgencia vital, por lo que no llegó directamente a UCI, primero debía

reanimarlo. De acuerdo con el plan de manejo médico, se le dispusieron las herramientas. Fue todo de acuerdo con el protocolo médico. En Medilaser, se hizo todo lo que establecen los protocolos médicos. No hay ningún manejo inadecuado del paciente.

- ¿Cómo es el manejo del paciente en UCI, debe determinarse un diagnóstico o deben estabilizarse los signos vitales? R: El paciente venía ya con un diagnóstico ¿Probabilidades de sobrevida en las condiciones que llegó? R: Tenía un pronóstico muy bajo. Tenía una probabilidad de muerte mayor a 90%. Tenía muchas afectaciones. Tenía 4 sistemas alterados, renales, respiratorios, cardíacos, etc. tenía una probabilidad de muerte superior al 95%.
- Cuando se pone la remisión y la EPS se encarga de buscar la institución. El paciente llegó como urgencia vital, por lo que llegó a reanimación. Se debe continuar el mismo manejo que se le hubiera dado en UCI. Si hubiera llegado directamente a UCI, el resultado fatal hubiera sido el mismo. No es determinante el tiempo, porque el paciente venía con el soporte de UCI. El señor llega a las 12:57 a la Clínica Medilaser, ingresa de inmediato a la sala de reanimación. Presenta paro cardio-respiratorio a las 2:10 P.M. Trasladarlo a la UCI no hubiera sido diferente, dado su alto grado de mortalidad. Se hubiera dado el mismo manejo.
- **Sergio Andrés Corredor Velandia:** Fue una atención inicial. Se hizo anamnesis, se solicitaron los exámenes pertinentes para el servicio de urgenciología. Se modificó el tratamiento para pasarlo a sala de reanimación. Se verificaron sus signos vitales y su estado neurológico. En la anamnesis se hace un relato de la enfermedad actual del paciente. El paciente ingresa en mal estado general, hipotenso, con alta frecuencia cardíaca, intubado y en general su estado de salud era malo. Se le solicitaron diferentes exámenes, se solicitó electrocardiograma. Se suspendió la dopamina. Solo se atendió inicialmente. El hecho de estar entubado refleja su mal condición general. Se tuvieron las herramientas correspondientes.
- Tenía probabilidades de paro cardiorrespiratorio. R: Con las condiciones, había altas posibilidades de que presentar un segundo evento cardiorrespiratorio. Medicamentos ordenados y su función. R: Sólo ordena la norepinefrina y suspende la dopamina.
- La valoración se hizo al momento inicial. El paciente pasó a otro médico que era el especialista en urgencias. El paciente fue remitido como urgencia vital.
- Se oficiará a MEDIMAS para que allegue las autorizaciones.
- Se suspende la diligencia, hasta tanto se allegue el dictamen del INMLCF.

Se da por termina a las 5:20 P.M.

[@CAD GHA](#): Favor cargar.

[@Katherine Buitrago Bustamante](#): Por favor, ayúdanos consiguiendo el acta.

Gracias!