

Florencia, 22 de mayo de 2024.

Señor (a)

JUEZ TERCERO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE FLORENCIA
E.S.D.

Ref. Medio de Control : Reparación Directa
Demandante : Sandra Liliana Guaraca Salazar y otros
Demandado : E.S.E. Hospital María Inmaculada y otros
Radicado : 2017-00786-00
Asunto : Alegatos de Conclusión de Primera Instancia

LUIS ALVEIRO QUIMBAYA RAMÍREZ, identificado como aparece al pie de mi firma, de autos conocidos como apoderado de la parte demandante dentro del proceso de la referencia, presento **ALEGATOS DE CONCLUSIÓN DE PRIMERA INSTANCIA**, de la siguiente forma:

1. EL DAÑO:

En el *sub-lite*, el daño se encuentra acreditado con el Registro Civil de Defunción N° 9927837, en el que consta el fallecimiento de la señora OFELIA GUARACA SALAZAR (q.e.p.d.), ocurrido el día 17 de septiembre de 2015, en Florencia, Caquetá.

2. IMPUTACIÓN FÁCTICA Y JURÍDICA –FALLA DEL SERVICIO-DEFICIENTE PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS MÉDICOS:

De acuerdo con la Historia Clínica obrante en el expediente, la señora OFELIA GUARACA SALAZAR (q.e.p.d.) para el día nueve (9) de septiembre de 2015, ingresó al servicio de urgencias de la E.S.E. FABIO JARAMILLO LONDOÑO con un cuadro clínico de dolor abdominal tipo ardor al nivel del epigastrio asociado a malestar general, reseñándose: “*abdomen blando dolor de palpación en epigastrio no masas*”. Como diagnóstico se registró: “*Gastritis Crónica*”, siendo dada de alta a las 05:00 p.m. La paciente es reingresada a las 09:00 p.m. del mismo día, con un cuadro clínico de dolor abdominal tipo cólico en epigastrio, polaquiuria, disuria y orina turbia. Diagnosticándose: “*dolor abdominal, gastritis crónica e infección de vías urinarias*”.

El 10 de septiembre de 2015 a las 08:00 a.m., la paciente es valorada nuevamente y se ordenó su remisión a un centro hospitalario de III Nivel.

Siendo las 11:06:09 horas, la señora Ofelia Guaraca Salazar (q.e.p.d.) es recibida en el servicio de urgencias de la E.S.E. Hospital María Inmaculada de Florencia, con un cuadro clínico de dolor abdominal en parte superior, emesis, diarrea en múltiples ocasiones, diaforesis e hipotensión con trastorno de ansiedad y agitación:

**E.S.E. HOSPITAL
MARIA INMACULADA**

E S E HOSPITAL MARIA INMACULADA
000000891180098
REPORTE HISTORIA CLINICA INGRESO

Ingreso: 501281 Fecha Historia: 10/09/2015 11:23:06 a.m. # Autorización: HX Página 1/130
Fecha Ingreso: 10/09/2015 11:06:09 a.m. Causa del Ingreso: Enfermedad general adulto
Identificación: 40614795 Nombres: OFELIA Apellidos: GUARACA SALAZAR
Número de Folio: 2 Ubicación: HOSPITAL MARIA INMACULADA E.S.E - ATENCION INICIAL DE URGENCIAS

IDENTIFICACIÓN

Apellidos: GUARACA SALAZAR Tipo Documento: CC Numero: 40614795
Nombres: OFELIA Edad: 51 Años 04 Meses 17 Dias (23/04/1964)
Dirección: PARCELA SAN RAFAEL - OTROS - MILAN Sexo: FEMENINO
Teléfono: - 3108892229 Grupo: RH:
Entidad: CAJA DE PREVISION SOCIAL DE COMUNICACIONES Tipo Afiliado: NO APLICA
CAPRECOM EPS
Tipo Paciente: SUBSIDIADO Estado Civil: SOLTERA
Profesión: GENERAL Grupo Étnico: NINGUNO DE LOS ANTERIORES

ANAMNESIS

Motivo de Consulta: REMITIDA CON DX DOLOR ABDOMINAL
Enfermedad Actual: PACIENTE CON CC DE 4 DIAS DE PRESENCIA DE DOLOR EN EPIGASTRIO, SIN PRESENCIA DE IRRADIACION, EMESIS EN MULTIPLES OCASIONES, DIARREA EN MULTIPLES OCASIONES, CON PRESENCIA DE COLURUA. REFIEREN EPISODIOS PREVIOS. SIN PRESENCIA DE OTRA SINTOMATOLOGIA.

ANTECEDENTES

Siendo las 05:58:58 p.m., se reporta la llegada de los resultados del hemograma tomado a la paciente:

PLAQUETAS, INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA] METODO AUTOMATICO (HMI)

Resultados de la Muestra 1

Analitos	Valor	Observación
Recuento de Leucocitos	8.1 x10 ³ /mm ³	
Recuento de Eritrocitos	3.75 x10 ⁶ /mm ³	
Hemoglobina	10.19 g/dl	
Hematocrito	33.0 %	
Volumen Corpuscular Medio	88 fl	
HB Corpuscular Media	27.16 pg	
Concentración HB Corpuscular Media	30.84 g/dl	
Ancho Distribución Eritrocitaria	14.4 %	
Recuento de Plaquetas	329 x10 ³ /mm ³	
Volumen Plaquetario Medio	7.9 fl	Formula Leucocitaria:
% Neutrofilos	54.0 %	
% Linfocitos	31.5 %	
% Monocitos	8.1 %	
% Eosinofilos	5.1 %	
% Basofilos	1.3 %	
# Neutrofilos	4.37 x10 ³ /mm ³	
# Linfocitos	2.55 x10 ³ /mm ³	
# Monocitos	0.88 x10 ³ /mm ³	
# Eosinofilos	0.41 x10 ³ /mm ³	
# Basofilos	0.11 x10 ³ /mm ³	

HOSPITAL MARIA INMACULADA
E.S.E. Florencia Caquetá
Certifica que esta copia es fiel copia tomada del original.
Firma: *[Firma]*
QUIA, INFORMACION

Si bien los mencionados resultados arrojaron que la paciente sufría de anemia, el médico general a cargo, no ordenó ningún manejo al respecto. En palabras del Médico Perito Dr. JORGE MARIO VILLA LÓPEZ, Especialista en Medicina Interna y Derecho Médico:

PREGUNTADO: Doctor, anteriormente usted nos mencionó que la paciente presentaba una anemia. ¿Usted encontró que a esa anemia se le hubiera dado algún tipo de manejo?

PREGUNTADO: Ni siquiera el manejo sino lo que me llama la atención es que no se le hizo un tipo de diagnóstico, o sea no se estudió porqué tenía anemia la paciente. Porque mire que después le encuentran, pasándole una sonda vesical una secreción al final o lo que drena del abdomen es ripio de café y eso está hablando de hemorragia digestiva superior, si yo encuentro una anemia que tengo en un paciente que está en estado crítico, tengo que estudiar si está perdiendo sangre y por dónde está perdiendo sangre, por qué está haciendo anemia y cuando uno sabe por qué está haciendo anemia, pues maneja el paciente, pero nunca supimos por qué no hubo un estudio de porqué tenía anemia.

En la misma fecha y hora se reporta que la paciente se torna álgica, pálida y sudorosa, con sospecha de infarto, **ordenándose por parte del médico general un electrocardiograma, el cual no se pudo tomar por mal funcionamiento del equipo:**

OBJETIVO - ANALISIS

PACIENTE CON MEJORIA DE SU SINTOMATOLOGIA, TIENE SOLAMENTE ARDOR EPIGASTRICO, SEGUN ENTINDO E INTERROGANDO A PACIENTE Y FAMILIAR, EL CUADRO DE LA PACIENTE CORRESPONDE A GASTRITIS AGUDA, DURANTE EL EXAMEN PACIENTE SE TORNA ALGICA, PALIDA SUDOROSA, SE DECIDE LLEVAR A TOMA DE EKG, SE INTENTA MAS DE MEDIA HORA TRATAR DE TOMAR EKG SIN EXITO POR FALLA DE LOS EQUIPOS .
TIENE PARACLINICOS NORMALES
ECO NORMAL
TOLERA LA VIA ORAL
FC 64 FR 20 T36 PA 9/70
PACIENTE EN MALAS CONDICIONES GENERALES, NO SE PUDO TOMAR EKG SE SOLICITA ANALGESIA SE SOLICITANE ENZIMAS CARDIACAS Y RESTO DE PARACLINICOS PARA DESCARTAR EVENTO ISQUEMICO DE CARA INFERIOR

Para las 07:10:57 p.m., se reportaron los siguientes resultados de exámenes:

OBJETIVO - ANALISIS

PACIENTE QUE INGRESA CON CUADRO CLINICO DE DOLOR ABDOMINAL , DIAFORESIS , E HIPOTENSION CON TRASTORNO DE ANSIEDAD Y AGITACION , ENCUENTRO PACIENTE DIAFORETICA CON RUIDOS CARDIACOS RITMICOS PULMONES CLAROS, BAJO SEDACION , CON EKG QUE MUESTRA RITMO SINUSAL TRASTORNO DE REPOLARIZACION , CAMBIOS DE LESION ANTIGUA EN CARA SEPTAL , CON CLORO 74 Y SODIO 114 . SEGUN REPORTE DE LABORATORIO , PENDIENTE CARDIOENZIMAS PARA DESCARTAR PATOLOGIA CORONARIA SE MANEJARA COMO TRASTORNO HIDROELECTROLITICO HIPONATREMIA.

PLAN:

1. OBSERVACION
2. SSN AL 3% HIPERNATREMICA 500CC PARA PASAR EN 12 HRS CADA 12 HRS
3. PENDIENTE REPORTES DE PARACLINICOS

A pesar de que los mencionados resultados arrojaban el sodio y cloro bajos, no se ordenaron estudios diagnósticos con el fin de determinar su causa, limitándose a iniciar corrección con solución salina al 3%. En palabras del Médico Perito Dr. JORGE MARIO VILLA LÓPEZ, Especialista en Medicina Interna y Derecho Médico:

*“...llama mucho la atención que encuentran un sodio en 114 el sodio en 114 pone en riesgo la vida de cualquier paciente de cualquier persona, un sodio demasiado bajo, y un cloro de 74 que también es muy bajo y le inician corrección, **cabe anotar que no la estudian porque tiene un sodio tan bajo y el cloro tan bajo,** y le empiezan solución salina concentrada al 3% para poder subirle el sodio.”*

El 11 de septiembre de 2024 a las 02:47:29 a.m., se reportan resultados de radiografía de tórax, los cuales según la lectura de Medicina General corresponden a una: **“imagen sugestiva de masa pulmonar izquierda”**, y se ordena TAC de Tórax.

TIENE REPORTE DE TROPONINA NEGATIVA, CK TOTAL Y MB: NORMAL, HIPONATREMIA, POTASIO NORMAL. RX DE TORAX: AUMENTO DE LA TRAMA PARAHILIAR, IMAGEN SUGESTIVA DE MASA PULMONAR IZQUIERDA CON DESVIACION DE LA TRAQUEA.

PACIENTE CON CUADRO DE DOLOR ABDOMINAL Y TORACICO, CON ENZIMAS CARDIACAS INICIALES NEGATIVAS, PERO CON IMAGEN SUGESTIVA DE MASA A NIVEL PULMONAR IZQUIERDA, ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, SIN DISTRESS RESPIRATORIO.

Carrera 6 No. 15-36 Barrio Sete de Agosto - Florencia - Caquetá

Teléfono 3115214795 - Fijo 4340117

www.qytabogados.com

Siendo las 01:57:55 p.m., el Médico Internista Juan de Jesús Larios Fontalvo, indicó que la imagen en pulmón izquierdo corresponde a una **neoplasia pulmonar**, motivo por el cual ordenó la remisión de la paciente a la especialidad de neumología en ambulancia medicalizada:

PARACLINICOS:
BIOMARCADORES CARDIACOS NEGATIVOS. SODIO 109. K 4.04
ECOGRAFIA ABDOMINAL NORMAL
RX TORAX: IMAGEN RADIOOPACA EN CAMPO PULMONAR IZQUIERDO. DESCARTAR PATOLOGIA NEOPLASICA.

ANALISIS: PACIENTE CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS, EN EL MOMENTO ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, AFEBRIL, HIDRATADA. SIN SIRS. SIN DETERIORO CLINICO. CON ELECTROLITOS DE CONTROL QUE MUESTRAN PERSISTENCIA DE HIPONATREMIA POR LO QUE CONTINUA REPOSICION, CARDIOENZIMAS NEGATIVAS. EN RADIOGRAFIA DE TORAX SE OBSERVA IMAGEN EN PULMON IZQUIERDO RADIOOPACA QUE ES NECESARIO DESCARTAR NOPLASIA POR LO QUE SE SOLICITO TAC DE TORAX. SE INICIAN TRAMITES DE REMISION A NEUMOLOGIA.

PLAN:
REMISION A NEUMOLOGIA. TRASLADO EN AMBULANCIA MEDICALIZADA
PENDIENTE TAC DE TORAX SIMPLE Y CONTRASTADO
SS ELECTROLITOS DE CONTROL
CONTINUAR RESTO DE ORDENES IGUAL
CSV-AC

MARIA EMACULADA
Caquez

El 12 de septiembre de 2015, siendo las 09:31:11 a.m., el Médico Internista Luis Gonzalo Plata Serrano, emite su lectura del TAC de Tórax descartando la masa en el pulmón izquierdo, considerando la **presencia de cicatrices pulmonares**, la dilatación aneurismática de la aorta ascendente, y granulomas calcificados:

OBJETIVO - ANALISIS

MEDICINA INTERNA

DIAGNOSTICOS DE

1. HIPONATREMIA MODERADA
2. MASA EN TORAX??
3. DILATACION ANEURISMATICA DE LA AORTA?

PACIENTE CON CUADRO DE SOMOLENCIA, DISTRES RESPIRATORIO, CEFALEA. EN SU EVALUACION EN URGENCIAS SE IDENTIFICA UNA HIPONATREMIA MODERADA, RADIOGRAFIA DE TORAX CON PRESENCIA DE MASA Y PERDIDA DE VOLUMEN PULMONAR SEVERO DEL PULMON IZQUIERDO, SE ENCUENTRA CON TRATAMIENTO DE 10 AMPOLLA DE NATROL EN 400 CC SSN. QUE SE ESTA PASANDO A 40 CC HORA POR VENA PERIFERICA.
CONCEPTO: 1. HIPONATREMIA QUE SE DEBE TRATAR CON CATETER VENOSO CENTRAL VIA FEMORAL, LA DILUCION SERA 12 AMPOLLA DE NATOL EN 380 CC SSN PASAR A 15 CC HORA PARA IR SUBIENDO LENTAMENTE EL SODIO E IMPEDIR FENOMENO DE DEMIELINIZACION OSMOTICA CENTRAL. 2. EL TAC DE TORAX CON CICATRICES PULMONARES SECULARES PROBABLEMENTE TUBERCULOSIS PASADA CON PERDIDA DE VOLUMEN DE AMBOS PULMONES CON PRESENCIA DE NODULOS, Y EXTENSA CICATRIZACION PLEURAL PARTICULARMENTE EN EL HEMITORAX DERECHO. COMO HALLAZGO INCIDENTAL LA AORTA ASCENDENTE MIDE MAS DE 4 CM DE DIAMETRO TRANVERSO Y LONGITUDINAL SUGIRIENDO DILATACION ANEURISMATICA DE LA MISMA. SE CONSIDERA DEBE SEGUIR REPOSICION DE NATROL POR VIA VENOSA CENTRAL DE LA FORMA INDICADA Y DEBE SEGUIR SU ESTADO DE REMISION A NEUMOLOGIA PARA DETERMINAR CONDUCTA A SEGUIR EN ESTE ASPECTO. HOSPITALIZAR MIENTRAS SE REMITE.

PLAN
HOSPITALIZAR
CONTINUA REMISION A NEUMOLGIA
12 AMPOLLA DE NATOL EN 380 CC SSN PASAR A 15 CC HORA POR ACCESO CENTRAL
RESTO IGUAL
CSV-AC

MARIA EMACULADA
Caquez

Obsérvese la contradicción entre las lecturas del TAC emitidas por los Médicos Internistas, pues, el Dr. Juan de Jesús Larios Fontalvo indicó que la imagen en pulmón izquierdo correspondía a una neoplasia pulmonar, mientras que, el Dr. Luis Gonzalo Plata Serrano opinó que se trataba de la presencia de cicatrices pulmonares, la dilatación aneurismática de la aorta ascendente y granulomas calcificados. Diagnósticos opuestos, emitidos por la falta de una lectura oficial por parte de un médico radiólogo.

Al respecto el Médico Perito Dr. JORGE MARIO VILLA LÓPEZ, manifestó:

“Cabe anotar que la lectura del radiólogo nunca fue aportada en la historia clínica que yo revisé, estas lecturas, son lecturas que hacen los médicos del TAC en la historia clínica y no el radiólogo.”

Esto significa que, los médicos internistas encargados de tratar a la paciente emitieron sus propias lecturas de la imagen arrojada por el TAC DE TÓRAX, sin que en ningún momento se hayan apoyado en una lectura oficial por parte de un médico radiólogo, ocasionado que se anotaran diagnósticos erróneos.

Siendo las 06:31:23, Cirugía General cerró la interconsulta al considerar que la radiografía de tórax no evidenciaba neumotórax y ordenó continuar el manejo por medicina interna.

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

CIE10	Diagnostico	Observaciones	Principal
D381	TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DE LA TRAQUEA, DE LOS BRONQUIOS Y DEL PULMON		<input checked="" type="checkbox"/>
E86X	DEPLECION DEL VOLUMEN		<input type="checkbox"/>
R101	DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN PARTE SUPERIOR		<input type="checkbox"/>
R11X	NAUSEA Y VOMITO		<input type="checkbox"/>

OBJETIVO - ANALISIS

RX DE TORAX SIN NEUMOTORAX POR LO CUAL SE CIERRA INTERCONSULTA POR CIRUGIA GENERAL Y SE CONTINUA MANEJO POR MEDICINA INTERNA

MARIA INMACULADA
Florencia - Caquetá

El 13 de septiembre de 2015, siendo las 10:39:02 a.m., el Médico Internista Luis Gonzalo Plata Serrano, insiste en la remisión de la paciente a la especialidad de neumología para estudio de la supuesta masa en el tórax, a pesar de que en su propia lectura del TAC esta se encontraba descartada.

ANALISIS: PACIENTE CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS EN EL MOMENTO EN REPOSICION DE SODIO CON SOLUCION SALINA HIPERTONICA POR CATETER CENTRAL SE SOLICITAN ELECTROLITOS DE CONTROL, DE ENCONTRARSE SODIO DENTRO DE LOS RANGOS NORMALES SUSPENDER INFUSION, PACIENTE QUIEN ESPERA REMISION A NEUMOLOGIA PARA ESTUDIO DE MASA EN TORAX, SE CONTINUA MISMO MANEJO INSTAURADO HASTA QUE SE APRUEBE REMISION.

PLAN:
CONTINUA REMISION A NEUMOLGIA
12 AMPOLLA DE NATOL EN 380 CC SSN PASAR A 15 CC HORA POR ACCESO CENTRAL
SS ELECTROLITOS DE CONTROL SI SODIO EN RANGOS NORMALES SUSPENDER INFUSION
RESTO IGUAL
CSV-AC

MARIA INMACULADA
Florencia - Caquetá

En este punto, no resulta razonable que se haya insistido en el diagnóstico de la masa en el tórax cuando el mismo Médico Internista Luis Gonzalo Plata Serrano en la lectura del TAC de Tórax ya la había descartado, persistiendo en una remisión innecesaria a la especialidad de neumología. En palabras del Médico Perito Dr. JORGE MARIO VILLA LÓPEZ:

“El día 13 de septiembre la evalúan e insisten en la masa pulmonar, cuando ya el TAC de tórax había descartado esa masa y encontró una dilatación aneurismática de la aorta, por esta razón sigue con una remisión a neumología que no tiene sentido porque ya le descartaron la masa y el cáncer, y como el cuadro pulmonar, que no es como para manejar un subespecialista. Además, está con un goteo de dopamina porque la paciente empezó a ser hipotensión y empieza a bajarse la presión progresivamente, aunque la causa de esa hipotensión no es clara. Es llamativo que desde el ingreso no está recibiendo manejo para su hipotiroidismo.”

El 14 de septiembre de 2015, siendo las 09:15:48 a.m., Medicina General reporta que la paciente presenta “coma mixedematoso” por hipotiroidismo no manejado, iniciándose altas dosis de levotiroxina con hidrocortisona.

Para las 11:25:01 a.m., la paciente es valorada por el Médico Internista Jorge Enrique Cubillos Mariño, quien reporta hallazgo en el TAC de Tórax de “fibrosis pulmonar con cicatrices pleurales antiguas”, “enfisema centrolobulillar” y “aumento de diámetro de tronco pulmonar”, diagnosticando una **“embolia pulmonar”**, y ordenando la remisión de la paciente a una Unidad de Cuidados Intensivos -UCI-.

FAMILIAR DESCONOCE CONDICIONES CLÍNICAS ADICIONALES A HIPOTIROIDISMO PREVIO CON MULTIPLES MANEJOS EN VARIAS INSTITUCIONES, IMAGEN DE TORAX REGISTRA FIBROSIS PULMONAR CON CICATRICES PLEURALES ANTIGUAS Y ENFISEMA CENTROLOBULILLAR AUMENTO DE DIÁMETRO DE TRONCO PULMONAR, OPACIDAD DE ASPECTO LIQUIDO PERIAORTICO, SIN IMAGEN DE ANEURISMA DEFINIDO OTROL LABORATORIOS: NA: 132.4 K:3.02 BUN: 7.69 CREATININA: 1.71 CL: 97.2 HEMOGRAMA: L5230 HG; 14.11 PLT: 295000 N: 63% GASES ARTERIALES ACIDOSIS METABOLICA COMPENSADA

Siendo las 03:27:45 p.m., Medicina General opina que el TAC de Tórax reporta **“infiltrado alveolar de distribución universal que podría estar relacionado con bronconeumonía”**, ordenándose iniciar tratamiento con ampicilina.

OBJETIVO - ANALISIS

PACIENTE EN MALAS CONDICIONES GENERALES CON TA 107/40 SATURACION 94% FC 100 FR 26 T 36 PACIENTE EN MAL ESTADO GENERAL SOMNOLIENTA PULMONES CON HIPOVENTILACION ANIVEL HEMITORAX IZQUIERDO PACIENTE GLUCOMETRIA DE 90 MG /DL CON GOTEO DE DEXTROSA PACIENTE CON TAC DE TORAX QUE REPORTA INFILTRADO ALVEOLAR DE DISTRIBUCION UNIVERSAL QUE PODRIA ESTAR EN RELACION CON BRONCONEUMONIA POR LO CUAL SE ANEXA AMPICILINA SULBACTAN ENZIMAS CARDIACAS NEGATIVAS INR 1.09 PACIENTE QUIEN NO HA SIDO ACEPTADA EN REMISION EN PROCESO DE ACEPTACION PACIENTE PERSISTE SOMNOLIENTA SS SONDA NASOGASTRICA PARA ALIMENTACION

Como puede observarse, las lecturas del TAC de Tórax y los diagnósticos emitidos por el Médico Internista Jorge Enrique Cubillos Mariño y Medicina General también son contradictorios, pues, el primero diagnosticó la presencia de un **“enfisema centrolobulillar”**, mientras que, la segunda opinó la presencia de **“infiltrados alveolares universales relacionados con bronconeumonía”**.

En palabras del Médico Perito Dr. JORGE MARIO VILLA LÓPEZ:

“PREGUNTADO: Listo Dr. hablaba anteriormente de que había dos lecturas de TAC realizadas por dos internistas diferentes y que éstas eran opuestas, ¿yo quisiera que me explicara un poco por qué estas lecturas eran opuestas?”

*CONTESTÓ: Sí, lo que pasa es que uno de los observadores internista lee el TAC y dice que tiene un enfisema centrolobulillar, un enfisema es una enfermedad pulmonar obstructiva crónica de degeneración del tejido pulmonar producido por hidrocontaminantes, tabaco y otras cosas, y se ve más en pacientes de edad. Les sale con el enfisema y después una internista lee el TAC, pone la lectura y no habla enfisema centrolobulillar, sino que dice que tiene un tromboembolismo pulmonar. Entonces hay dos lecturas del mismo TAC por dos observadores y el uno dice que tiene enfisema y el otro dice que tiene tromboembolismo pulmonar, entonces, se queda uno como bueno, no hay lectura de radiólogo y lo que dicen ellos dos que uno debe ser capaz de leer un TAC, es como muy contrario o no hay similitud en la lectura, entonces eso llama mucho la atención. El doctor Plata dice cicatrices pulmonares, secuelas probables de tuberculosis pasada, con pérdida de volumen de ambos pulmones con nódulos y extensa cicatriz pleural, particularmente en el tórax derecho. Como la aorta mide 4 cm transverso y longitud, o sea que tiene neurisma, luego aparece una lectura 14 y él es el que dice que tiene enfisema centrolobulillar y dice que hay evidencia de fibrosis, ah no, este Plata dice que tiene un aneurisma y posiblemente tromboembolismo y después dice la Dr. Gavia que hay una fibrosis pulmonar, hidrotórax, enfisema centrolobulillar, opacidad mediastinal, aumento del diámetro de las arterias pulmonares. **O sea, no lo leen igual, entonces uno dice venga, pero están viendo el mismo TAC porque esa lectura es como tan diferente.”***

Para las 05:08:51 p.m., Medicina General describe a la paciente desaturada hipotensa, con edemas e hipoventilación pulmonar, insisten en la remisión a la UCI, cánula nasal, oxígeno por ventury, furosemida, inotrópicos y resto de manejo igual. Siendo las 22:00, la paciente

aumenta su dificultad respiratoria, por lo que, se decide intubación oro-traqueal, al pasarle la sonda orogástrica “*se obtiene líquido en cuncho café en abundante cantidad*”.

El 15 de septiembre de 2015, siendo las 12:30:29 p.m., el Médico Internista Jorge Enrique Cubillos Mariño, reporta la hipoventilación de la paciente con crepitos gruesos, indica que cursa “proceso bronconeumónico” manejado con ceftriaxona, con altas posibilidades de “*muerte súbita*”.

A/ PACIENTE EN MALAS CONDICIONES GENERALES CON CHOQUE MIXTO CON SOPORTE VENTILATORIO E INOTROPICO, EN QUIEN REPORTE OFICIAL DE TAC DE TORAX MUESTRA PROCESO BRONCONEUMONICO YA SE INICIO MANEJO CON CEFTRIAJONA, PENDIENTE ESPERA DE REMISION A UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS URGENTE, SE CONTINUA MANEJO EN PISO HASTA QUE EPS DEFINA REMISION, PACIENTE CON ALTO RIESGO DE MUERTE SUBITA, SE EXPLICA CONDUCTA A FAMILIARES QUIENES ENTIENDEN YA ACEPTAN. PENDIENTE GASES ARTERIALES DE CONTROL

El 16 de septiembre de 2015, siendo las 06:17:18 p.m., Medicina General reporta que la paciente presenta falla renal aguda y acidosis metabólica, modificando parámetros de ventilación, colocación de vitamina K y furosemida:

OBJETIVO - ANALISIS

PACIENTE DE 51 AÑOS DE EDAD QUIEN SE ENCUENTRA EN MAL ESTADO GENERAL TA 100/80, FC 139 FR 16 T 37 SATURACION 99% POR IOT CON FIO2 50%, TIENE TIEMPOS PROLONGADOS, ADEMAS DE CREATININA Y BUN EVIDENCIA FALLA RENAL AGUDA, GASES ARTERIALES PERSISTE CON ACIDOSIS METABOLICA CON HIPEROXEMIA, CON INFUSION DE INOTROPICOS, ME INFORMA ENFERMERIA SOLO HA DIURESIS POR SONDA 25 CC EN LA MAÑANA Y YA LE HAN ADMINISTRADO 500 CC EN BOLO, INFUSION SSN A 100 CC HORA, SE INDICA APLICAR FUROSEMIDA 20 MG IV CADA 12 HORAS, VITAMINA K 1 AMP DU IV, PENDIENTE EXAMENES DE CONTROL EL DIA DE MAÑANA, EN ESPERA DE REMISION A UCI COMO URGENCIA VITAL, POR PARTE DE SU EPS, PACIENTE EN MUY MALAS CONDICIONES GENERALES SE EXPLICA A FAMILIAR ENTIENDE Y ACEPTA.

El Médico Perito Dr. JORGE MARIO VILLA LÓPEZ, sobre el manejo dado a la falla renal y a la ventilación de la paciente, conceptuó:

“Reportan el 16 de septiembre del 2015 que la paciente continua en malas condiciones con la misma hipotensión y taquicardia y solo es llamativo la hipoventilación hemitórax izquierdo, le hacen un INR, que también es llamativo porque la paciente no está anticoagulada en ninguna parte dice que está anticoagulada y ese INR, pues ya está prolongado da 2.08, que es un marcador de coagulación, una creatinina de 3.45, una mujer de 51 años la creatinina es normal hasta 1, o sea que tiene entre 2.5 veces más alta la creatinina, o sea que está haciendo una falla renal y por lo que dijeron antes que no hablaron de que ella sufría el riñón es una falla renal aguda y la falla renal aguda con una diuresis o sea orinando apenas 300 cm en 12 horas, o sea que es oligúrica, o sea que esta paciente le faltaban, le habían hinchado y no le están poniendo líquidos, pero lo que le faltaba era líquidos para que no se le dañara ese riñón, y la conducta fue aumentar la dopamina, ella realmente necesitaba aumentar el líquido. Ese día le evalúa Medicina Interna, quien la encuentra en muy malas condiciones generales con un soporte inotrópico requiriendo aumento progresivo de ellos, o sea de la dopamina para mantener la presión, con unos tiempos de coagulación prolongados, una acidosis metabólica muy grave, ahí sí le indica que le pongan bicarbonato, le hacen unos nuevos gases por habitación, coagulación, función renal y electrolitos.

“A la 13:06 con diuresis muy disminuida, le inician solución salina bolo 200 cm y dejando un goteo de 100 cm por hora de solución salina, líquidos que necesita la paciente para que no haya una falla renal grave. A las 15:37h le encuentra

nuevamente en estado de shock con una presión de 62/45, una frecuencia cardíaca de 80, cuando uno tiene la presión baja la frecuencia cardíaca, usualmente se aumenta que es un mecanismo compensatorio para poder percibir los órganos bien, o sea que la sangre llegue a los órganos, principalmente al corazón, el cerebro, y en este caso tiene la presión baja con una frecuencia cardíaca normal que no, uno lo que ve es que los mecanismos compensatorios están agotando la paciente, sigue con una gran acidosis metabólica, y con una presión de oxígeno de 279, un bicarbonato de 14.3 está todavía muy bajo el bicarbonato debe ser, debe estar por encima de 22. **Interpretan estos gases como una acidosis metabólica hipoxémica, no puede ser hipoxémica porque para la presión oxígeno es de 279 y lo normal de la presión de oxígeno es de 80 a 100, o sea que está casi al triple que es elevada, saturación de oxígeno tiene 96% que es normal, y con esto le cambian parámetros de ventilación. Ahí es donde uno dice, pero por qué le cambian parámetros, si aquí antes esta con la presión de oxígeno (PO2) elevada.** Aumentan el goteo de dopamina y le ordenan bolo solución salina de 200 nuevamente, siguen insistiendo en la remisión.”

“Siendo las 18:00 h de la tarde aproximadamente el médico evaluó ante los problemas médicos de la paciente replanteados decide colocarle vitamina K por su coagulopatía, no hay ningún estudio solamente un INR, **no hay un estudio de la coagulación de la paciente, que se deben estudiar la vía intrínseca y extrínseca, y buscar causas de coagulopatía,** le empiezan nuevamente dopamina, la infusión de inotrópicos nuevamente, y le informan que su diuresis es de 25cm le dice enfermería al médico, ya 25 cm es que la persona no está orinando nada, y eso lo que está indicando es que la paciente está muy seca, le colocan un bolo de 500 cm, pero le colocan un bolo de 500 y **le ponen furosemida que la pone a orinar, eso la seca más, cada 12 horas.**”

...

“PREGUNTADO: Doctor Jorge Mario, ¿usted considera que fue correcto o incorrecto el manejo de la acidosis metabólica que presentaba la paciente?”

CONTESTÓ: Me parece que fue demorado porque la paciente hace una acidosis metabólica, y también hay que buscar la causa de acidosis metabólica, esa seguramente era la parte renal, pero entonces si el riñón está fallando y ella no tenía falla renal crónica, o sea digamos lo tenía malo antes de entrar al hospital, pues el diagnóstico de una falla renal aguda, entonces a ver por qué está haciendo una falla renal aguda, necesita líquidos. De hecho, hay un artículo muy bello que se llama el agua de vida. Y en el agua de vida se dice que uno de los trastornos hidroelectrolíticos y acido básicos o sea la acidosis lo debe manejar con líquidos y la paciente tenía una falla renal que la pone en acidosis metabólica, que se le deben poner líquidos, líquido para hidratarla para que el riñón pueda perfundir el riñón y le pone uno, le puede poner furosemida pequeñas dosis para que no se inunde, pero ponerle buenos líquidos como un bolo de 200 o un bolo de 300 es muy poquito para un paciente deshidratado, y cuando se tiene un bicarbonato tan bajito, pues uno tiene inmediatamente que decir “venga pongámosle bicarbonato y los líquidos al paciente; **Pero es que el bicarbonato se demora en colocarse más de 24 horas,**

entonces ahí es donde uno dice pues es que se empiezan a agotar los mecanismos de compensación del paciente porque ahí demora en tomar decisiones.”

De acuerdo con lo anterior, la acidosis metabólica y el manejo de la falla renal sufrida por la paciente fue tardío e incorrecto, puesto que, se demoraron en ponerle líquidos permitiendo el daño de los riñones, igualmente, se le suministró furosemida aumentando su deshidratación. Por otro lado, no se buscaron las causas de la coagulopatía, y se le aumentaron los parámetros de ventilación sin que fuera procedente.

En este punto, también llama la atención que a la paciente se le haya aplicado dipirona presentando una falla renal, aumentando la afectación y sufrimiento de los riñones, por la nefrotoxicidad del medicamento:

“PREGUNTADO: Doctor, ¿esta polifarmacia puede afectar el estado de salud del paciente?”

*CONTESTÓ: Pues, dentro de lo que le colocan a la paciente está la dipirona, la dipirona en el año 1978 sale del mercado mundial, no aparece en los libros de farmacología en el Goodman y Gilman, no tiene certificación de la FDA, la razón es la anemia plástica que puede producir en pacientes de raza blanca, la lesión de oído que produce hipoacusia y la lesión renal que produce insuficiencia renal, y la paciente tenía una insuficiencia renal aguda, o sea, que no le podían poner analgésicos antiinflamatorios y entre ellos no se le podía poner dipirona. **Nosotros en el país utilizamos dipirona cuando realmente en el mundo entero no se utiliza y se aplica dipirona, dice no se conoce que la dipirona es nefrotóxica, entonces empiezan a ponerle dipirona y el paciente tenía una falla renal. La gentamicina también en falla renal está contraindicada y le puso gentamicina, y ahí es donde uno dice bueno está paciente el riñón no solamente está sufriendo por la deshidratación, sino también por los medicamentos que le han estado poniendo a la paciente.**”*

El 17 de septiembre de 2015, siendo las 05:51:42 a.m., Medicina General reporta el deterioro progresivo del estado general de la paciente, y para las 09:00 a.m. se reporta su fallecimiento.

Sobre el manejo de la reanimación de la paciente, el Médico Perito Dr. JORGE MARIO VILLA LÓPEZ, indicó que la reanimación con líquidos fue tardía, no se le suplió el bicarbonato, y no se le hizo un seguimiento al sodio:

*“El día 17 de septiembre del 2015, siendo las 5:00 h la paciente empeora con hipotensión de 50/26, eso de una u otra forma, está explicando la aplicación de furosemida que le baja la presión a la paciente, a pesar de dosis altas de inotrópicos, saturación de oxígeno en descenso, por lo que ordenan adrenalina a dosis de carga de un miligramo IV cada 3 minutos sin obtener la respuesta deseada, la dopamina es pues inotrópico, la adrenalina también, pero la adrenalina es el más potente, y es para casos ya de reanimación, **esta paciente, pues hace rato está para ser reanimada con líquidos y para ser reanimada de otras formas para suplirle el bicarbonato. Cabe anotar que no volvió a ver en**”*

cuanto estaba el sodio de la paciente entre los exámenes no hay reporte de sodio de ahí en adelante. Eso no encuentran respuesta con la adrenalina, por lo que le aumentan los líquidos con un bolo de lactato de ringer de 500 cm tipo líquido, pues se tiene potasio también y reporta que aún tiene reflejo corneal y nauseabundo. A las 6:57 h de la mañana reportan que la presión no es audible, que tiene un pulso de 95 por minuto y no hay una marcación en el monitor de la saturación, dice que persiste su esfuerzo respiratorio cuando se retira el ventilador y concluye que la paciente tiene una actividad cardiaca sin pulso, y le informan a la familia del mal estado de la paciente.”

En el Informe de Necropsia de fecha 18 de septiembre de 2015, la Médica Forense ANGELICA MARIA LOSADA SUAREZ, indicó que no se palparon masas en los pulmones de la paciente.

En el Informe de Resultado Estudio Histopatológico fechado 1° de marzo de 2016, el Patólogo Forense RICARDO BAQUERO TORRES, expone que los cortes histológicos reflejan en el pulmón focos neumónicos incipientes.

“Se realiza la necropsia y el patólogo Ricardo Baquero Torres concluye, después de revisar todos los órganos y hacer los cortes histológicos, que estos muestran en los cortes focos neumónicos incipiente, la palabra insipiente es que no tiene como tal una neumonía, la neumonía produce lo que se conoce, una hepatización del pulmón, el pulmón es lleno de aire y parece como una esponja cuando uno lo toca, o sea que uno lo aprieta y es como una esponja, y cuando hay neumonía se siente como el hígado. En este caso, él dice que los focos neumónicos son incipientes, en el estómago cambios por gastritis crónica moderada, y en el esófago gran congestión y hemorragia en la adventicia que es la capa externa del esófago y en otras vísceras no se encontró ninguna alteración.”

En consecuencia, tanto el informe de necropsia como el estudio histopatológico arrojaron la inexistencia tanto de la masa en el tórax como del proceso bronconeumónico de la paciente, diagnósticos bajo los cuales se ordenó su remisión a la subespecialidad de neumología y el suministro de antibióticos.

De acuerdo con el Médico Perito Dr. JORGE MARIO VILLA LÓPEZ, Especialista en Medicina Interna y Derecho Médico, en la E.S.E. Hospital Departamental María Inmaculada de Florencia, se le emitieron 21 diagnósticos diferentes, sin haberse profundizando en ninguno de ellos, lo que impidió brindarle un tratamiento oportuno y adecuado a su cuadro clínico:

“PREGUNTADO: ¿Doctor, es claro entonces que la paciente se dificultaba mucho el diagnóstico que ella tenía, cual usted considera que es la causa de que se le hicieran 21 diagnósticos diferentes?

CONTESTÓ: Pues yo pienso que cuando uno lee la historia clínica lo que le llama mucho la atención a uno es que son supuestos diagnósticos, o sea es lo

*que nosotros llamamos diagnósticos de trabajo o diagnósticos diferenciales, **pero la obligación de uno es estudiar cada una de las patologías que uno dice que tiene el paciente para ir descartando y poder decir tiene esta enfermedad.** Quedan un montón de diagnósticos de insuficiencia renal, pues nunca fue estudiada, le encuentran una hiponatremia que es fatal de 104, dice le empiezan sodio y no le vuelven a hacer un sodio en toda la historia clínica, aunque uno no sabe qué pasa con el sodio, un sodio de esos es fatal, encuentran una acidosis metabólica severa, pero no le estudian la causa de por qué está haciendo acidosis metabólica, por qué el paciente tiene acidosis metabólica, el paciente le ponen líquidos, se hincha, después dicen que es un coma mixedematoso que es por definición la complicación más grave del hipotiroidismo no tratado durante años, que no es el caso del paciente, pues si bien la paciente tomaba levotiroxina y dicen en una de las atenciones previas de que llegó y que llevaba unos días sin tomársela, la paciente se tomaba la levotiroxina irregularmente, pero se la tomaba, y durante la hospitalización dicen que le dan levotiroxina y le hacen ese diagnóstico que tampoco lo desarrollan, nos quedamos sin saber si tenía eso, que es una neumonía, pero los reactantes de fase aguda, o sea los leucocitos, los neutrófilos no están elevados y en las infecciones en un paciente joven siempre se elevan las defensas porque es la forma del cuerpo de defenderse de las bacterias y no está elevado, o sea que decir que una neumonía, el TAC no es claro, no hay lectura, al menos yo no vi lectura del radiólogo, si la encontraron muy bueno que la aporten porque lectura de radiólogo no había, entonces la TAC no era una TAC según las descripciones de los internistas que la vieron, cada uno hizo una lectura diferente de la TAC, uno de los internistas dice que tiene enfisema en la historia clínica, y otra internista dice que tiene un tromboembolismo pulmonar, pero no hay lectura pues de radiólogo, nos quedamos sin saber qué opinaba el experto en leer las placas, entonces la manejan como por los dos lados, no sabemos la PCR de la paciente, la PCR que se conoce como un reactante de fase aguda es un examen muy sencillo, muy simple que se hace en el primer nivel, o sea que en el segundo nivel también lo tienen y cuando la PCR se eleva y está elevada a más de 10 veces su valor superior uno sospecha que tiene infección, pero dentro de los exámenes no hay reporte de la PCR, o sea que los exámenes no están de acuerdo con infección y después llega con el patólogo y el patólogo no encuentra una lesión pulmonar que pueda decir “tiene una neumonía”, de hecho él lo que pone es que tiene como unos infiltraditos ahí que puede ser una neumonía, pero no concluye porque la necropsia dice en estudio o sea que él no dice que es una neumonía y no encuentra ninguna lesión en ningún órgano, ella hizo una insuficiencia renal aguda, sin embargo en el riñón no se encuentra ningún daño en la necropsia, no se encuentra compromiso del páncreas, no lo describen en la necropsia pero él dice que todos los órganos están normales, entonces como una pancreatitis tampoco, **o sea que el diagnóstico se queda en veremos y todo lo que hicieron fue manejarla sintómicamente, ella hacía un síntoma y la manejaban, hacia otro síntoma y le manejaban el síntoma, pero no le hacían el diagnóstico, entonces, queda con 21 diagnósticos y ninguno de ellos confirmado,** o sea que los médicos tampoco supieron que tenía la paciente y de que falleció y lo otro pues no dice que realmente la paciente necesito un tercer nivel y necesitaba ser*

manejada en un tercer nivel por subespecialistas que pudieran hacerle el diagnóstico a la paciente acertado y retomar el caso de cero para poderle hacer el diagnóstico, pero todo el tiempo que estuvo la paciente no se pudo conseguir la remisión.

Esto significa que, el manejo brindado a la paciente OFELIA GUARACA SALAZAR (Q.E.P.D.) fue predominantemente sintomático, sin que los médicos tratantes, tanto generales como internistas, hubieran ordenado los exámenes y ayudas diagnósticas que resultaban necesarias, con el fin de descartar o confirmar cada uno de los diagnósticos de trabajo que fueron emitidos.

En este sentido, durante el tiempo de hospitalización nunca se estudió la supuesta falla renal padecida por la paciente, los bajos niveles sodio, la causa de la acidosis metabólica severa, no existió una lectura oficial del TAC de tórax por parte de un médico radiólogo, conduciendo a lecturas erróneas y contradictorias entre los médicos internistas, y entre estos y los médicos generales, no se examinó la PCR, se diagnosticó una neumonía sin criterios claros en los resultados de los exámenes de laboratorios. Errores y omisiones que impidieron llegar a un diagnóstico acertado y, por ende, a un tratamiento oportuno y adecuado.

De acuerdo con la mencionada prueba pericial, la E.S.E. Hospital Departamental María Inmaculada de Florencia con sus médicos internistas, contaba con la posibilidad de emitirle un diagnóstico a la paciente durante sus ocho (8) días de hospitalización, haciendo uso de los ayudas diagnósticos correspondientes:

PREGUNTADO: Doctor, digamos que una de las situaciones más problemáticas considero yo del caso es que, ¿hasta qué punto el segundo nivel podía o no podía hacer un diagnóstico completo? Y digamos si el simplemente manejar los síntomas que fue lo que se hizo, ¿estuvo o no acorde?, es decir, ¿se debían limitar los médicos a manejar los dolores, los síntomas o demás, o a pesar de haber una orden a tercer nivel ellos debían auscultar? y ¿si realmente no sabemos o no conocemos si tenían las herramientas, los elementos y demás que les hubiera permitido certeramente determinar cada uno de estos diagnósticos como presuntivos, como que no se confirmaron o no se auscultaron más allá de indicar en la historia clínica que probablemente o posiblemente pudiera tener la paciente?

CONTESTÓ: Señor juez, yo le cuento, el internista tiene el suficiente armamento científico para hacer diagnóstico, de hecho, la función de nosotros los internistas es decir que tiene la paciente y decirle cuál es la solución de su problema. Hacerle un diagnóstico para poder ser advertida, es decir, usted tiene esta enfermedad la vamos a manejar de esta forma o decir usted si tiene cáncer entonces la vamos a mandar a neumología y oncología o la vamos a mandar a biopsia.

*Yo ya trabajo en consulta externa y yo desde aquí desde consulta externa hago esos diagnósticos, a mí me llega un paciente con una imagen de una masa pulmonar le mandó el **estudio de resonancia o TAC, veo la resonancia, se***

confirma la masa, se la mandó a biopsiar y hasta en la semana sacó el diagnóstico de que tiene cáncer o no, y a las dos semanas ya los pacientes están en lobectomía y todo eso, o sea que uno hasta en el consultorio puede hacer esos diagnósticos, aunque el segundo nivel no tiene el armamento y los especialistas para apoyarse, está en un sector donde puede decir, bueno, no tenemos tercer nivel, entonces necesitamos mejor una resonancia, entonces hágame el favor una resonancia y trasládela para la resonancia. Estamos sospechando que tiene un tromboembolismo pulmonar, entonces hagámosle un Angiotac o sea un TAC de los vasos sanguíneos y confirmemos que tiene un tromboembolismo pulmonar con el Angiotac solamente con el Angiotac le hubieran hecho el diagnóstico, con la resonancia hubieran mirado si tenía una masa realmente y si la tenía hubieran dicho, bueno hay que biopsiar, entonces que la biopsien, Le hagan una biopsia de esta masa guiada por TAC y eso también se lo hace en radiología.

Estamos sospechando que tiene una enfermedad suprarrenal, entonces, pues antes de empezarle la adrenalina, noradrenalina le tomó catecolaminas fraccionadas en sangre, en orina, fijar CTH, le pido cortisol y le pido, pues como todas las hormonas para poder confirmar y ahora si hacemos la dopamina. Estamos sospechando que tiene una neumonía entonces la TAC no es muy clara, entonces, pidámosle una resonancia, pidámosle la PCR y vemos con el hemograma, y hagámosle hemocultivos a ver si en los hemocultivos aparece, pueden ser negativos, pero se le hacen pues, me está mostrando que lo estoy haciendo al hacerle el diagnóstico. Que le salió un líquido como ripio de café en el estómago, entonces hagámosle una endoscopia digestiva superior, hágame el favor y la mandamos para una endoscopia, si me entiende, o sea uno que este en un segundo nivel, se puede apoyar del tercer nivel, la paciente estaba mejor en un tercer nivel porque allá están los subespecialistas y todas estas cosas, que hace que sea más cómodo para ella y para los médicos hacerle el diagnóstico, pero cuando uno es un segundo nivel uno utiliza el tercer nivel para poder hacer el diagnóstico.

Se utiliza todas las ayudas diagnósticas alrededor de uno y por esos campos como otras ayudas diagnósticas, radiología y todo lo que uno pueda utilizar para hacer el diagnóstico y si uno puede hacer diagnóstico desde un consultorio, no en este tipo de pacientes tan graves, este paciente tan grave, pues se hubiera beneficiado más de una unidad de cuidados intensivos Sí, de subespecialistas también, pero se hubieran estudiado los diagnósticos para ver qué era lo que tenía la paciente como le digo yo.

En concordancia con lo anterior, durante los ocho (8) días de hospitalización de la paciente, se pudieron llevar a cabo las ayudas diagnósticas necesarias, así se expuso en el peritaje comentado:

PREGUNTADO: ¿En esos digamos 8 días valorando como llegó la paciente, a como fue evolucionando digamos durante la hospitalización la evolución en cuanto a perder, poco a poco su salud hasta fallecer fue en su consideración

Carrera 6 No. 15-36 Barrio Siete de Agosto - Florencia - Caquetá

Teléfono 3115214795 - Fijo 4340117

www.qytabogados.com

muy rápida, muy digamos evolucionó muy rápido? o ¿ella ya desde que ingresó ya estaba en unas condiciones de muy graves?

CONTESTÓ: No, la evolución no es rápida, en 8 días se pudo haber hecho muchos de los estudios que le estoy diciendo. La condición en la que ella ingresa es porque según la historia clínica el día 9 de septiembre tiene epigastralgia, síntomas gastrointestinales le hacen diagnóstico de una infección urinaria y la empiezan ampicilina sulbactam, o sea que el cuadro es gástrico, un cuadro dolor abdominal, en ningún momento pues la frecuencia respiratoria esta más allá del valor normal, pues es normal hasta 20 y los máximos que hizo fue 22, un paciente con neumonía respirar 30 por minuto 35; **el cuadro es gástrico, pero no le hacen endoscopia ni nada de eso, pero sin endoscopia, se puede mandar a hacer urgente y se pueda hacer al otro día de haber ingresado, pero no le hicieron endoscopia. Entonces, pues tuvieron el tiempo razonable como para hacer diagnóstico, pero yo lo que vi en la historia clínica es que, no sé, pues llegó un punto en el cual dicen que tiene un cáncer de pulmón y piensan en el neumólogo y ya se quedan como neumólogo, neumólogo, cáncer de pulmón manéjela sintomáticamente, mientras que la ve el neumólogo por cáncer de pulmón y cáncer de pulmón y el TAC no muestra masa, sin embargo, sigue el diagnóstico cáncer de pulmón y siguen con eso, es como si hubieran, no sé, como enlatado en la en la cuestión y después cuando empieza a ponerse mal empiezan ya a hacerle todos los diagnósticos de gravedad y ya se va volviendo, sí, muy tarde.** Hay algo que nosotros en medicina, que mis maestros me enseñaron que es el del alcatraz. Cuando un Alcatraz está pescando el mira desde el cielo y cuando ve un pez el se lanza en picada y ya no puede frenar, si pasa una ballena pues se clava en la ballena y se murió, si paso un barco se pegó contra el barco, no puede frenar, y ese signo es cuando un paciente empieza a deteriorarse de tal forma que llega a un punto de no retorno por los mecanismos de compensación del paciente y eso se ve muy claramente en esta paciente se hace una presión de 50/25 y sin embargo, el pulso no es de 135 150 como había sido antes que hacía hipotensión, sino que el es de 80, o sea que llegó un momento en el cual la paciente deja de compensar los mecanismos dejan de funcionar y ahí no hay reversa doctor.

*Entonces el tiempo, se pudo haber estudiado la paciente en ese tiempo, en más tiempo, pues se estudia mucho mejor, en un tercer nivel, pues hay más posibilidades de diagnóstico, **pero eso no quiere decir que en un segundo nivel y un especialista en Medicina Interna no sean capaces de hacer diagnósticos en los segundos niveles, porque si no los pacientes en segundos niveles, todos se agravarían y pasarían catástrofes en segundos niveles, uno tiene que utilizar la red, uno tiene que utilizar las imágenes diagnósticas de tercer nivel y mandar el paciente en la ambulancia para que se los hagan, uno utiliza las endoscopias de si no tienen el hospital las ambulatorias para que hagan esos exámenes y uno pone a funcionarios o uno mismo se pone a conseguir el examen lo más pronto posible a llamar, a los colegas y decirle “ve necesito que le hagas una resonancia a esta paciente urgente” pues a gestionar.***

Pues ahí se dan muchas cosas, no quiero desvirtuar que en tercer nivel hubiera sido lo óptimo que una unidad de cuidados intensivos hubiera sido lo mejor, pero en un segundo nivel cuando no sé tiene eso hay que gestionar, hay que estudiar, hay que hacer las cosas.

De acuerdo con lo expuesto, los médicos tratantes durante el tiempo de hospitalización, no hicieron uso de las ayudas diagnósticas pertinentes, tales como la **endoscopia digestiva** debido al cuadro gástrico y dolor abdominal inicial, la **lectura oficial por radiología del TAC de Tórax** y una **resonancia magnética** para descartar la masa pulmonar, **exámenes de laboratorio de catecolaminas y CTH** para estudiar una enfermedad suprarrenal, exámenes de laboratorio de **PCR y hemocultivos** para descartar o confirmar una enfermedad infecciosa pulmonar, un **ANGIOTAC** para descartar o confirmar el tromboembolismo pulmonar. Todos estos exámenes y ayudas diagnósticas pudieron ser ordenados por los médicos internistas y realizados mediante transporte de la paciente mediante ambulancia medicalizada.

El Médico Perito Dr. JORGE MARIO VILLA LÓPEZ sobre la conducta adoptada por los médicos tratantes también manifestó:

“PREGUNTADO: Doctor Jorge Mario, yo quisiera que usted nos indicara, digamos la conducta de los internistas que la vieron sobre todo en los especialistas en medicina interna que es lo suyo, fue más que para confirmar el diagnóstico, fue más como expectante a que se remitiera la paciente, o sea algo así le entendí de la respuesta anterior.

*CONTESTÓ: Cuando uno lee la historia clínica, en la historia clínica se insiste mucho en el cáncer de pulmón y en las remisiones a neumología, encuentra el paciente con el sodio bajito, pero no dicen venga porque la paciente tiene el sodio muy bajo, o sea, estudiamos las causas de sodio bajo, miremos qué le puede bajar el sodio a una paciente. La paciente está haciendo hipotensión, está haciendo shock, bueno manejémosle el shock porque pues hay que manejarle el shock, aparte de manejarle el shock uno debe decir “por qué están haciendo shock y porque se le bajó la presión”, “por qué está haciendo esto” y esas respuestas uno lee la historia y no están, hablan de insuficiencia suprarrenal, pero no estudia suprarrenales, o sea, “por qué no estudiaron las suprarrenales” “por qué no hacen un estudio de las glándulas suprarrenales” “porque no hacen las catecolaminas en sangre fraccionadas, en orina fraccionadas”, la CTH, las catecolaminas son la dopamina, la adrenalina que eso es lo que le colocan para poderla reanimar, pero entonces hagámosle antes de ponerle dopamina, hagámosle el diagnóstico primero, entonces estudiémosla, “estoy sospechando que hizo un infarto de una suprarrenal”, entonces mandémosle una resonancia, hasta un TAC de esa suprarrenal, sí, o sea, hay muchas cosas que uno dice, bueno, venga esto, por qué. “Por qué tiene el paciente estas cosas”, “Por qué está haciendo estos síntomas”, **y uno empieza a mirar a ver dónde encuentra el por qué y no se encuentra ningún estudio que se haya hecho, del porque tenía la paciente cada una de las cosas que fueron encontrando y ahí uno tiene que decir bueno la función de uno como internista es buscar el “por qué”, si queda registrado en la historia clínica tiene***

una hiponatremia y está hiponatremia es hipovolémica, o sea, tiene bajo el volumen, como es está paciente, o es euvolemica, o sea normal, no está deshidratada o es hipervolemica como después se encontró que estaba hinchada. Bueno, entonces busquemos la causa de cada uno de esos, o sea, venga usted está tomando hidroclorotiazida es un ejemplo, la hidroclorotiazida produce una hiponatremia grave. Usted que está utilizando, que otras enfermedades puede tener, venga pensemos en por qué está haciendo hiponatremia, quién regula el sodio entonces, estudiemos la regulación del sodio. Por eso yo dentro de la de la bibliografía puse un estudio de hiponatremia, o sea, afortunadamente nosotros tenemos a la mano en la internet un montón de revistas que son gratuitas y un montón de cosas que podemos buscar para poder decir venga, nos faltó estudiar esto del sodio ¿por qué lo tiene bajo? Estamos sospechando que la suprarrenal está mal, venga estudiamos sobre eso, leamos sobre eso y mañana traigamos en la ronda los diagnósticos posibles y la cuidamos de esos diagnósticos. En la historia no está eso, entonces uno dice bueno, entonces, qué pasó, o sea, por qué no, no se estudiaron las cosas que venía presentando la paciente que le ponían en riesgo la vida, un sodio de 114 nos pone en riesgo la vida de cualquier ser humano, una presión de 50/25 y de 30 yo no sé qué, ya casi es premortem, entonces porqué la tiene así. Estoy con una insuficiencia suprarrenal, venga estudiando la insuficiencia suprarrenal, a ver si la tiene y si la tiene, el por qué la tiene, por qué está haciendo insuficiencia renal y estás no estás, entonces uno dice bueno, y entonces, cómo soluciona uno el problema, si no se identifica el problema “hay que identificar el problema. Y uno tiene pues mínimamente puede tener el Harrison en las poblaciones y en los estudios de segundo nivel, tiene un internet donde puede buscar sobre el problema y hacer como un diagnóstico; O unos diagnósticos diferenciales y decir no venga, trabajemos sobre esto, “vea yo encontré que la hiponatremia también puede dar, por eso”, “que la paciente puede tener esto también”, “venga veámosla en este sentido y hagamos estos exámenes”. Es lo que yo digo pues, nosotros los internistas en la medicina, la medicina se divide en dos partes grandes partes, la quirúrgica y la clínica, y nosotros en la clínica, los internistas somos los mandados y deberíamos ser a tener el mayor conocimiento clínico para hacer los diagnósticos más difíciles que nadie es capaz de hacer, de hecho, el internista hace diagnósticos que le pasan los subespecialistas, entonces uno está mandado a hacer diagnósticos de pacientes muy difíciles y para esos diagnósticos uno lo único que necesita es saber enfocar el paciente, estudiar los signos y síntomas que eso se llama semiología y empezar a dirigir el estudio por donde uno piensa que tiene la paciente, y también consultar reunirse, preguntar, pues no sé.

Sera que no hay un montón de cosas que pudieron hacer, yo eso no lo puedo decir, **yo me baso en la historia clínica, pero cuando uno lee la historia clínica uno dice, “no pues es que faltó un montón de cosas por hacer que se pudieron haber hecho en un primer nivel, en el segundo nivel y hasta en un consultorio antes de que la paciente pues entrara en shock”. Ya con la paciente en shock, ya el consultorio salía de afuera, pero cuando la paciente empieza con los síntomas que no está en shock, pues hasta un internista en un consultorio podría hacer el diagnóstico de**

una paciente que no está en shock, es lo que quiero decir con respecto a la historia clínica, basándome en la historia clínica.

Por lo tanto, resulta reprochable que los médicos tratantes, tanto generales como internistas, hayan insistido en el diagnóstico de cáncer de pulmón y la remisión a la especialidad de neumología, sin haber estudiado las causas del cuadro clínico de la paciente por medio de las ayudas diagnósticas mencionadas.

Esta insistencia en el diagnóstico de cáncer de pulmón afectó el pronóstico, impidiéndose que la paciente recibiera un diagnóstico acertado y un tratamiento oportuno. En palabras del Médico Perito Dr. JORGE MARIO VILLA LÓPEZ:

“PREGUNTADO: Dr. Jorge Mario, de acuerdo con las respuestas que usted nos ha dado anteriormente, usted considera que esta insistencia en este diagnóstico de neumonía, de masa pulmonar, ¿esto afectó el pronóstico de la paciente?”

*CONTESTÓ: Claro, es que si no se hace diagnóstico el paciente que empieza a deteriorarse, pues se va deteriorando cada día más y como le dije yo al señor juez, hay un punto en el cual los mecanismos compensatorios del ser humano mantienen a la persona en buen estado, viva y si se le baja la presión, entonces se le aumenta el pulso, si el riñón empieza a fallar hay mecanismos esta la hormona antidiurética, liquido antidiurético, hay un montón de hormonas bueno, como por decir algo hay un montón de situaciones en las cuales el cuerpo empieza a producir en mayor percusión de riñón, entonces aumentó la adrenalina para que llegue más sangre al riñón y entonces se filtre más. Ahora si el paciente está deshidratado, pues el cuerpo puede producir lo que sea, producir taquicardia, lo que sea para mantener la perfusión renal y para mantener la filtración glomerular, si está deshidratado y no lo hidratan, entonces el paciente se empeora. **El que uno no haga el diagnóstico del paciente pues de una u otra forma está poniendo en riesgo al paciente porque no hay un diagnóstico, como le decía al juez, hay un montón de herramientas que uno puede utilizar. El staff médico reunirse, llamar colegas, pedir exámenes por fuera del hospital utilizando toda la red del paciente y utilizando todos los argumentos que hay en el lugar donde uno está. No solamente quedarse en “remítalo, remítalo, remítalo. Ah, no se puede conseguir remisión, no, eso no, eso la remisión, no la remisión”, no venga estudie las causas de cada una de las cosas que usted está diciendo, “entonces sí”, si se queda uno en un diagnóstico así se pierde tiempo valioso y ese tiempo juega en contra del paciente.**”*

Sobre la enfermedad de edema pulmonar como posible causa del deceso de la paciente, Médico Perito Dr. JORGE MARIO VILLA LÓPEZ, expuso:

“PREGUNTADO: Dr. Jorge Mario, anteriormente usted nos manifestó que una Angiotac nos hubiera podido confirmar o descartar un tromboembolismo pulmonar, ¿ese mismo Angiotac nos hubiera permitido diagnosticar o descartar un edema pulmonar?”

*CONTESTÓ: El TAC contrastado nos puede ayudar a hacer diagnóstico de edema pulmonar. El TAC que tenía la paciente también nos puede ayudar a hacer un diagnóstico de edema pulmonar, la clínica de la paciente suma el diagnóstico de edema pulmonar. Al final, cuando yo veo lo que dice el patólogo en la necropsia, dice que cuando exprime los pulmones sale una sustancia rosada líquida y eso es típico del edema pulmonar. O sea, todas estas imágenes hasta una lectura de un Rayo X de tórax bien leído bastante experticia ayuda a hacer el diagnóstico de edema pulmonar. **La resonancia hubiera sido excelente en este caso, pero toda la descripción y los TAC leídos por los internistas y todo eso no le dejan a uno como claro si tiene o no tiene un edema pulmonar.***

PREGUNTADO: ¿Usted encontró en la historia clínica que a la paciente se le hubiera dado un manejo médico a un posible tromboembolismo pulmonar o un posible edema pulmonar?

*CONTESTO: En el edema pulmonar lo que se hace aparte de intubarla la paciente como se hizo, en la intubación usualmente sale líquido rosado espumoso, que no lo reportan en la historia y le pusieron furosemida, que la furosemida, pues hace parte del manejo de edema pulmonar, le pusieron morfina que la morfina hace parte del edema pulmonar, **lo que yo mencioné es que la paciente le ponen morfina y le ponen tramadol al mismo tiempo y los dos medicamentos inhiben el centro respiratorio, entonces le están poniendo morfina cada 6 horas y tramadol cada 8, y eso suma para que el centro respiratorio se inhiba y no respire bien el paciente como efecto secundario.***

*Pero la morfina con la furosemida sería el manejo para el edema pulmonar, **lo que pasa es que no hay como dentro de los diagnósticos y el cuadro clínico como algo claro de edema pulmonar. De hecho, por la función renal y por cómo está orinando la paciente y todo eso uno lo que deduce, la hipotensión y todo; deduce es que la paciente en vez de estar sobrecargada de líquidos y tener una enfermedad que produzca edema pulmonar, porque no tuvo un infarto que da edema pulmonar, no tuvo tromboembolismo pulmonar que da edema pulmonar, tampoco era una sobrecarga de líquidos porque al revés estaba deshidratada. Entonces volvemos a lo mismo, es un diagnóstico que como no se evoluciona en él, no puede decirse que la paciente tenía un edema pulmonar exactamente, nos quedamos cortos en todos los diagnósticos que le pregunten, yo puedo decir que por ejemplo, el infarto de dónde sacaron la clínica de infarto, en ningún momento menciona que tiene clínica de infarto, entonces son un montón de cosas que uno dice, pero de dónde sacan esto y hacia dónde va el diagnóstico, hay que desarrollar el diagnóstico y uno ve que no los desarrollan entonces no llega como a ningún lado y entonces son callejones sin salida.***

Lo anterior permite concluir, que el edema pulmonar nunca fue diagnosticado por los médicos tratantes, ni mucho menos se realizó la resonancia magnética o el ANGIOTAC que hubiera permitido confirmarlo o descartarlo. Ahora bien, los medicamentos que le fueron suministrados a la paciente resultaban contraindicados, como el tramadol y la morfina que tienen el efecto de inhibir el centro respiratorio impidiendo una adecuada respiración.

Por ende, ante la inexistencia de criterios claros de un tromboembolismo pulmonar y mucho menos de un edema pulmonar, y al haberse omitido los exámenes diagnósticos necesarios para confirmarlo o descartarlo, **resulta erróneo afirmar que esta fue la causa del fallecimiento de la paciente, tal y como lo pretende hacer ver el Médico Perito Dr. Diego Devia Manchola, experticia que resulto desvirtuada en el presente proceso.**

En conclusión, la falta de uso de las ayudas diagnósticas pertinentes al cuadro clínico de la paciente afectó su pronóstico de recuperación, impidiendo que se le suministrara un tratamiento oportuno y adecuado. Así lo afirmó categóricamente el Médico Perito Dr. JORGE MARIO VILLA LÓPEZ:

“PREGUNTADO: Doctor entonces como última pregunta, ¿es decir que la falta de uso de esas ayudas diagnósticas que usted no se ha expuesto anteriormente es lo que afectó el pronóstico de esta paciente, pronóstico de recuperación de esta paciente? CONTESTÓ: Sí, hay una frase de Hipócrates que me enseñaron mis maestros, es que “si uno no sabe qué tiene el paciente antes de sentarla en la camilla, ya no va a saber”. O sea, primero interrogarlo bien, hacer todo el acto de semiología para hacer el diagnóstico y empezar a hacer los estudios, según el diagnóstico que uno ya tiene cuando interroga la paciente, o sea que desde que ingresa a urgencias con un buen interrogatorio de la paciente, preguntándole bien pudieran haber enfocado mejor la paciente, la paciente dice, “tengo dolor abdominal” póngale dipirona, “me arde” póngale ranitidina, pero no le interrogan bien, entonces cuando uno ve toda la historia por ninguna parte hay un interrogatorio donde dice la paciente dice que siente esto, que siente esto otro, que siente esto otro, no, sino que cuando hace cualquier cosa de una vez ponerle tratamiento para lo que hace, pero no interroga, tampoco dice que interrogaron los familiares, que dijeron que habían visto la paciente hacer esto, lo otro, lo otro. Entonces, así como van a pedir ayudas diagnósticas bien pedidas porque como son ayudas diagnósticas, los exámenes más el diagnóstico el médico ya tiene que tener un diagnóstico de trabajo y las ayudas diagnósticas las pide para confirmar este diagnóstico de trabajo, pero como nunca tuvieron el armamento para hacer el diagnóstico de trabajo, pues lógicamente ellos como que no encontraron los caminos para pedir ayudas diagnósticas, si falta una endoscopia de ingreso, o sea si ingresa y le haces un diagnóstico de una crisis péptica severa, la lleva a ser remitida a un segundo nivel, el segundo nivel, dice ve me la repitieron por una crisis péptica severa que la paciente no mejora, está vomitando, se está deshidratando, hacerle una endoscopia, le hubieran hecho una endoscopia, pero nunca tuve una endoscopia, entonces es porque como que no le hacen el diagnóstico, no interrogan bien porque en la historia no veo un interrogatorio bien de la paciente, de los familiares no.”

Así las cosas, en plenario se encuentra demostrado que la E.S.E. Hospital Departamental María Inmaculada de Florencia incurrió en una deficiente prestación de los servicios médicos en la atención de la paciente OFELIA GUARACA SALAZAR (Q.E.P.D.), puesto que, durante su hospitalización emitió múltiples diagnósticos de trabajo errados, sin hacer uso de las ayudas diagnósticas disponibles que permitieran llegar a un diagnóstico acertado, lo que a su vez hubiera conllevado a un tratamiento idóneo, adecuado y oportuno, aumentando significativamente la sobrevida de la paciente.

- **TARDANZA EN LA REMISIÓN DE LA PACIENTE AL NIVEL III:**

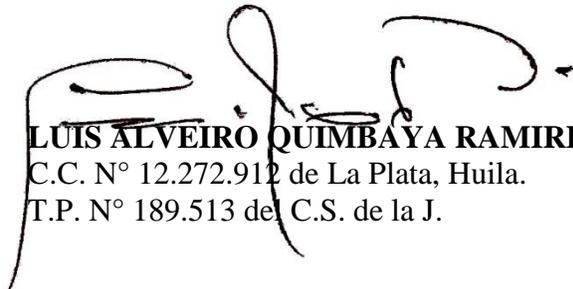
Para el 11 de septiembre de 2015, se ordenó la remisión de la paciente a la subespecialidad de neumología por la presencia de una neoplasia pulmonar, y tres (3) días después, se ordenó su remisión una Unidad de Cuidados Intensivos -UCI- en una institución con un mayor nivel de complejidad, por encontrarse en un estado de shock mixto, desaturada hipotensa, con edemas e hipoventilación pulmonar.

Ninguna de las dos (2) remisiones se concretaría por inoperancia administrativa a cargo de la E.P.S. CAPRECOM, a pesar de que existían órdenes judiciales emitidas por el Juzgado Penal del Circuito para Adolescentes. En este sentido, la Empresa Promotora de Salud demandada incumplió con la obligación de garantizar la red de atención a la paciente y, por ende, con la carga de ubicar un cupo donde le pudieran brindar el servicio o nivel de atención requerido, pues, las remisiones no fueron aceptadas por las Instituciones Prestadoras de Salud -I.P.S.- que contaban con el servicio debido a la falta de contrato con la E.P.S.

PETICIÓN

De conformidad con los fundamentos fácticos y jurídicos anteriormente expuestos, se encuentra probado el daño y la imputación, por lo que, solicito respetuosamente que concedan todas y cada una de las pretensiones declarativas y de condena de la demanda.

Atentamente,


LUIS ALVEIRO QUIMBAYA RAMIREZ
C.C. N° 12.272.912 de La Plata, Huila.
T.P. N° 189.513 del C.S. de la J.