



---

**REPORTE AUDIENCIA DE PRUEBAS|| CASE 15374 2020-00401 - ENITH MOTTA MURCIA Y OTROS VS CLINICA MEDILASER**

---

**Desde** Lizeth Navarro Maestre <lnavarro@gha.com.co>

**Fecha** Dom 31/08/2025 13:03

**Para** CAD GHA <cad@gha.com.co>; Informes GHA <informes@gha.com.co>

**CC** Nicolas Loaiza Segura <nloaiza@gha.com.co>; Alejandro De Paz Martinez <adepaz@gha.com.co>; Gestora De Dependencia <gestordedependencia@gha.com.co>

Estimados compañeros CAD e Informes.

Por este medio reporto audiencia de pruebas llevada a cabo el día 28 de agosto del 2025 dentro del proceso que refiero a continuación:

**DEMANDANTE:** ENITH MOTTA MURCIA Y OTROS  
**DEMANDADO:** CLINICA MEDILASER S.A.S. Y OTROS  
**RAD:** 2020-00401  
**CASE:** 15374  
**COMPAÑIA:** ALLIANZ SEGUROS S A

- Se presentan las partes y se reconoce personería jurídica a los apoderados que carecían de ella. Se deja constancia de la inasistencia del apoderado de la parte demandante y de los demandantes.

**Luis Gonzalo Plata Serrano – Médico Internista y Cuidados Intensivos en la Clínica Medilaser (IMPORTANTE PARA LOS ALEGATOS)**

- Se le interrogan sobre sus generales de ley y sus estudios.

El doctor manifestó que efectivamente prestó atención médica al señor Martín Hernández. Explicó que la primera atención se dio en el servicio de urgencias, donde no había disponibilidad de camas en la unidad de cuidados intensivos (UCI). En ese contexto, se solicitó el paso de un catéter, procedimiento especializado que normalmente realizan médicos de UCI junto con cirujanos generales. Por tal razón, acudió a realizarlo en urgencias, y posteriormente, cuando se liberó una cama en la UCI, el paciente fue trasladado a dicha unidad.

Respecto al estado clínico inicial, señaló que, según la historia médica, el paciente había presentado una pérdida súbita del conocimiento, recuperándolo poco después, pero con dificultad respiratoria. Había sido atendido inicialmente en un centro de primer nivel, donde el médico de turno determinó que la

complejidad del caso superaba las capacidades del lugar y ordenó su remisión a una institución de mayor nivel, siendo trasladado en ambulancia.

Al ingreso a urgencias, el paciente presentaba tendencia a la hipotensión y taquicardia marcada. Durante el traslado ya se le habían practicado maniobras para controlar la arritmia. A su llegada, fue recibido en malas condiciones generales, requiriendo de inmediato un proceso de reanimación, debido a cifras tensionales muy bajas, piel fría, pulsos periféricos débiles y respiración agitada. Con los exámenes practicados, se determinó que el paciente estaba en **shock**, con un cuadro compatible con síncope y disnea de origen no precisado.

Los familiares refirieron que, días antes, el paciente había sufrido un trauma en su trabajo agrícola, específicamente en la cadera, lo que generó la hipótesis de un posible trombo en miembros inferiores que habría migrado a pulmones o corazón, causando el deterioro abrupto. Los estudios realizados posteriormente confirmaron la presencia de un derrame pericárdico severo, asociado a acidosis metabólica grave y falla renal aguda, ya que el paciente había dejado de producir orina.

Ante la necesidad de diálisis, se colocó el catéter correspondiente. No obstante, debido al uso de múltiples fármacos vasopresores para mantener la función cardíaca, la diálisis se planteaba como un procedimiento de altísimo riesgo vital. En ese momento, la prioridad fue atender el derrame pericárdico, pues este impedía la contracción adecuada del corazón. Se decidió realizar el drenaje en la misma cama de hospitalización, dadas las condiciones críticas del paciente y el riesgo de muerte en un eventual traslado al quirófano. La apertura del pericardio permitió evacuar abundante líquido sanguinolento, lo que produjo una mejoría transitoria en la función cardíaca y permitió iniciar diálisis para eliminar ácidos y toxinas acumuladas.

Sin embargo, debido al tiempo prolongado en shock —superior a la llamada “hora de oro”—, el daño metabólico y multiorgánico ya era avanzado e irreversible. Se evidenció falla renal, edema cerebral, alteraciones severas de la microcirculación y una coagulación intravascular diseminada (CID), que provocaba hemorragias masivas difíciles de controlar, incluso con transfusiones y factores de coagulación.

Sobre la causa del cuadro, el doctor precisó que solo se manejaron hipótesis: un posible tromboembolismo pulmonar, aunque no se pudo demostrar por ecocardiografía; o un derrame pericárdico asociado a enfermedades como tuberculosis o cáncer, descartadas posteriormente al no encontrarse evidencia concluyente en la biopsia pericárdica, que solo mostró inflamación aguda. En conclusión, todo quedó en el terreno de lo presuntivo.

Finalmente, el doctor resaltó que el paciente ingresó en condiciones extremadamente graves, con falla de múltiples órganos desde el inicio. Pese a que se aplicaron todos los protocolos médicos disponibles en la institución y se realizaron procedimientos de alta complejidad, el cuerpo del paciente no respondió debido a la severidad del daño metabólico y hemodinámico acumulado.

**Manifiéstele al despacho. Este estado del shock que llegó el paciente a clínica mediláser, afectando varios órganos en su conocimiento del área de la medicina. ¿En qué índice de morbilidad o mortalidad el paciente con ese Estado de choque que presenta llegó en qué porcentaje de morbilidad o mortalidad?**

El doctor explicó que, conforme a la literatura médica y criterios universalmente aceptados, existen marcadores metabólicos de muy mal pronóstico, con mortalidad cercana al 100%. Entre ellos: un pH sanguíneo menor a 7.01, un bicarbonato sérico menor a 6 y una base en exceso inferior a  $-11$  o  $-12$ . Señaló que el paciente Martín Hernández presentaba estos parámetros desde su ingreso, lo que lo ubicaba en una condición clínica de altísima mortalidad.

Además, a esta situación se sumaban otros factores de gravedad: anuria (ausencia de producción de orina), hipoxemia severa, necesidad de soporte con múltiples fármacos vasopresores y acidosis metabólica marcada. El médico enfatizó que, en tales condiciones, la labor clínica se limita a “tapar huecos”, es decir, sostener momentáneamente funciones vitales, pero con un pronóstico final desfavorable, pues la literatura médica muestra que estos pacientes rara vez sobreviven.

No obstante, recalcó que, aunque en países con mayores recursos médicos y protocolos más estrictos — como Estados Unidos— un paciente en esas condiciones podría ser catalogado de inmediato como “no rescatable”, en nuestro sistema de salud se procura continuar los esfuerzos terapéuticos, ya que la medicina no es exacta y existen casos aislados en los que se logran respuestas inesperadas. Por ello, se realizaron todas las intervenciones posibles: oxigenación, fluidoterapia, transfusión sanguínea, depuración de toxinas y drenaje del pericardio.

Frente a la pregunta de si hubo demora o inoportunidad en el manejo diagnóstico o terapéutico, el doctor fue enfático en señalar que no la hubo. Explicó que la prioridad inicial con un paciente en estado de shock es garantizar condiciones mínimas de estabilidad: presión arterial suficiente, contractilidad cardíaca y adecuada oxigenación. Solo después de estabilizar estos parámetros es posible realizar procedimientos invasivos como el drenaje pericárdico. De lo contrario —indicó—, abrir el pericardio de un paciente en shock sin soporte equivale a “propinarle otra puñalada”, ya que el paciente no resistiría la intervención.

En consecuencia, las decisiones se tomaron en el orden clínico correcto. El catéter se colocó cuando existieron condiciones mínimas. El drenaje pericárdico se realizó en la cama de cuidados intensivos y no en sala quirúrgica debido al alto riesgo de muerte durante un traslado, pero con la técnica más estéril y adecuada posible, logrando una mejoría transitoria en la función cardíaca.

Respecto a la interconsulta con cardiología, el doctor aclaró que esta no habría modificado la conducta médica adoptada. Un cardiólogo, mediante ecocardiograma, solo habría confirmado lo que ya mostraba la tomografía de tórax: un derrame pericárdico masivo de 500 a 600 ml que requería drenaje inmediato. De hecho, precisó que tanto con ecocardiografía como sin ella, la decisión terapéutica habría sido la misma: abrir el pericardio y drenar el líquido para intentar mejorar la contractilidad cardíaca.

Finalmente, el doctor subrayó que, pese a la mejoría momentánea del corazón tras el procedimiento, los demás órganos ya se encontraban en falla múltiple, lo que determinó el desenlace fatal.

#### **PEDRO ROCHA – DICTAMEN PERICIAL – IMPORTANTE PARA ALEGATOS**

El paciente, un hombre joven de 45 años, ingresó el 12 de abril de 2018 remitido desde otra región hacia Florencia. El motivo de consulta fue síncope, diaforesis y taquicardia. El síncope corresponde a la pérdida

transitoria de la conciencia con recuperación espontánea, la diaforesis se refiere a una sudoración profusa y la taquicardia hace alusión a una frecuencia cardíaca superior a 90 latidos por minuto. El perito aclaró que estos síntomas son muy difusos e inespecíficos, pudiendo corresponder a más de 20 patologías distintas, por lo cual el médico receptor debía iniciar estudios diagnósticos básicos.

En urgencias se realizaron los estudios de laboratorio estándar, incluyendo hemograma, electrolitos, función renal (urea y creatinina), pruebas hepáticas y demás análisis de sangre. Estas intervenciones fueron consideradas como las adecuadas, pues correspondían al protocolo diagnóstico frente a síntomas generales en un paciente con compromiso hemodinámico.

Respecto a los diagnósticos diferenciales, el perito explicó que, teniendo en cuenta la edad y los signos clínicos, los principales a considerar eran el infarto agudo de miocardio, que constituye la principal causa de muerte a nivel mundial y en Colombia, especialmente en un hombre de 45 años con obesidad; la disección aórtica, que debía descartarse por la evolución rápida y el dolor torácico; y el tromboembolismo pulmonar masivo, frecuente en cuadros agudos que pueden llevar a la muerte en un plazo de 24 a 72 horas en pacientes jóvenes. Además, se documentó una falla renal aguda, hallazgo inesperado en un paciente sin antecedentes previos, lo cual empeoró aún más el pronóstico. El perito señaló que existe una estrecha relación entre la falla renal, la falla cardíaca y la presencia de derrame pericárdico masivo, condiciones que en este caso complicaron de manera significativa el cuadro clínico.

Durante la evolución, el paciente requirió soporte con medicamentos vasopresores, como adrenalina, para manejar la hipotensión, además de atención avanzada en unidad de cuidado intensivo. Sin embargo, desde el ingreso ya presentaba parámetros de muy mal pronóstico: función renal deteriorada, acidosis metabólica persistente y necesidad de reanimación y soporte hemodinámico. Según las escalas clínicas aplicadas, el paciente tenía inicialmente un 30% de riesgo de mortalidad en los primeros siete días, pero este porcentaje aumentó a un 60–70% al no observarse mejoría en la acidosis ni en la función orgánica.

En relación con el derrame pericárdico, el perito manifestó que no fue posible establecer su causa exacta. Aclaró que las causas de origen médico suelen estar relacionadas con procedimientos invasivos, como el cateterismo, lo cual no aplicaba en este caso, pues el paciente no había recibido intervenciones previas antes de su ingreso.

Finalmente, el perito concluyó que no existió inoportunidad en el manejo médico, dado que se actuó con las medidas indicadas para estabilizar al paciente y brindarle soporte vital. El pronóstico era muy malo desde el ingreso, debido a la combinación de falla renal, acidosis metabólica, hipotensión y compromiso multiorgánico. El derrame pericárdico no constituyó la causa directa del fallecimiento, sino que fue un hallazgo asociado a un cuadro sistémico más complejo. Aunque no se pudo determinar con certeza el factor desencadenante principal del estado crítico, sí se evidenció que el deterioro del paciente era irreversible a pesar de la atención recibida.

**Narda Liliana Rodriguez Borja- Medica General**

Se le interroga sobre sus generales de ley y sus estudios.

La declarante refiere que, el 12 de junio de 2018, ingresó un paciente al servicio de urgencias del Hospital de Cartagena del Chairá, acompañado por Edith Motta y remitido inicialmente por un médico particular que lo había estado valorando. El paciente consultó por mareo, fatiga y polidipsia.

Se le brindó atención en un nivel primario de salud, cuyo objetivo principal era estabilizarlo y observarlo. Sin embargo, debido a la agudeza del cuadro, se decidió su remisión a un centro médico de tercer nivel, que en este caso correspondía a la Clínica Medilaser. El paciente permaneció aproximadamente dos horas en el hospital de primer nivel.

Aunque en la historia clínica no se encuentra registrado el electrocardiograma, sí aparece consignado un diagnóstico de taquicardia inusual, por lo que la médica supone que dicho examen se realizó. Se practicó glucometría, la cual mostró resultados alterados. También se ordenaron otros estudios, entre ellos un cuadro hemático, que finalmente no se llevó a cabo por razones que desconoce. Señala que lo prioritario en ese momento era la estabilización, considerando que la clínica de referencia estaba a tres horas de distancia, y la misión principal era garantizar condiciones seguras para la remisión.

Explica que al paciente se le suministró tratamiento acorde con el diagnóstico presuntivo, sin que se realizaran exámenes complementarios que no corresponden al nivel de atención primaria, dado que en estas instituciones no es posible procesarlos ni tomarlos.

En cuanto al proceso de remisión, precisó que no es posible trasladar a un paciente inestable por una vía en condiciones difíciles, y que la ambulancia debió estar disponible desde el inicio, pues el trámite de remisión coincidió con el tiempo de estabilización. Según la historia clínica, el paciente ingresó a las 10:45 a. m. y hacia las 15:00 horas ya estaba formalizada la remisión, hora que generalmente se consigna cuando el paciente efectivamente sale hacia el centro de referencia.

Respecto al interrogatorio realizado a los familiares, la médica informó que estos manifestaron que el paciente se encontraba solo al momento del evento inicial y que presentó síntomas como mareo, decaimiento, fatiga y sed. Posteriormente, lo llevaron a un médico particular, quien recomendó el traslado al hospital. La declarante aclara que desconoce cuánto tiempo duró esa primera atención por el médico particular.

**OJITO: QUEDA PENDIENTE FIJACIÓN DE NUEVA FECHA PARA AUDIENCIA POR ESTADOS.**

Respetuosamente,



**Lizeth Navarro Maestre**

*Abogada Junior*

TEL: 312 226 3744

Bogotá - Cra 11A # 94A - 23 Of 201 | +57 317 379 5688

Cali - AV 6A Bis # 35N - 100 Of 212 | +57 315 577 6200

Londres - EC3A 7AR GB Ed. St Botolph. 138 Houndsditch.



**Aviso de Confidencialidad:** La reproducción, copia, publicación, revelación y/o distribución, así como cualquier uso comercial o no comercial de la información contenida en este Correo Electrónico y sus adjuntos se encuentra proscrito por la Ley. Al ser destinatario del presente correo y no devolverlo acepta que el manejo de la información aquí contenida debe manejarse de manera confidencial y reservada. Si usted no es destinatario por favor contacte al remitente y elimine copia del correo, así como de sus adjuntos.

**Confidentiality Notice:** The reproduction, copying, publication, disclosure and/or distribution, as well as any commercial or non-commercial use of the information contained in this Email and its attached files are prohibited by law. If you are the intended recipient you agree that the information contained herein must be used and managed in both, confidential and reserved manner. If you are not the intended recipient please contact the sender and delete a copy of the mail as well as its attachments.