



TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE RISARALDA
SALA TERCERA DE DECISIÓN

MAGISTRADO PONENTE: ANDRÉS MEDINA PINEDA

Aprobado por la Sala en sesión de hoy

Pereira, 22 de agosto de 2024

Reparación Directa	
Asunto:	Sentencia de Segunda Instancia
Radicación:	66001-33-33-003-2018-00425-01 (A-0954-2022)
Demandante:	Alonso Mayorga León y otros
Demandados:	Nación – Ministerio de Salud y Protección Social, ESE Santa Mónica de Dosquebradas y Cafesalud EPS S.A. en liquidación.
Llamadas en garantía:	La Previsora S.A. Compañía de Seguros, Allianz Seguros S.A. y Equidad Seguros.
Procedencia:	Juzgado Tercero Administrativo del Circuito de Pereira

➤ **Tema:** Falla médica/ Negligencia médica / Infarto de miocardio / Demora en actuaciones en el servicio de urgencias / **Niega / Declara probada la excepción de falta de legitimación en la causa por pasiva** / Responsabilidad de la ESE Hospital Santa Mónica de Dosquebradas / **Confirma.**

1. EL ASUNTO A DECIDIR

Decide la Sala el recurso de apelación interpuesto por la parte demandante¹; contra la sentencia proferida por el Juzgado Cuarto Administrativo del Circuito de Pereira el 14 de junio de 2022, **que declaró probada la excepción de falta de legitimación en la causa por pasiva y negó las súplicas de la demanda.**

2. EL RESUMEN DE LA CRÓNICA PROCESAL

PRIMERA INSTANCIA

Actuación	Archivo Plataforma SAMAI	Fechas o asuntos
Presentación demanda	2_ DEMANDA(.PDF) NroActua 18	24/09/2018
Auto remite por competencia a Juzgados	4_AUTOTRIBUNALREMITEP(.PDF) NroActua 18	27/11/2018
Se inadmite la demanda	6_AUTOINADMITEDEMANDA(.PDF) NroActua 18	22/01/2019
Subsana demanda	7_SUBSANACIONYDICTAMEN(.PDF) NroActua 18	06/02/2019

¹ Archivo N° 61 del expediente digital

Se admite la demanda	9_AUTOADMITEDEMANDAPD(.PDF) NroActua 18	21/02/2019
Notificación personal por buzón electrónico	10_NOTIFICACION(.PDF) NroActua 18	17/06/2019
Llamamientos en garantía presentados por ESE Hospital Santa Mónica de Dosquebradas	11_LLAMAMIENTOGARANTIAE(.PDF) NroActua 18	10/07/2019
Contestación Minsalud	12_CONTESTACIONMINISTER(.PDF) NroActua 18	19/07/2019
Contestación ESE Hospital Santa Mónica de Dosquebradas	13_CONTESTACIONESESANTA(.PDF) NroActua 18	05/09/2019
Admite llamamientos en garantía	16_AUTOADMITELLAMAMIENT(.PDF) NroActua 18	12/12/2019
Contestación La Previsora S.A.	18_CONTESTACIONPREVISOR(.PDF) NroActua 18	17/02/2020
Contestación Allianz Seguros	19_CONTESTACIONALLIANZS(.PDF) NroActua 18	17/02/2020
Auto resuelve excepciones	23_AUTORESUELVEEXCEPCIO(.PDF) NroActua 18	13/10/2020
Auto fija fecha de audiencia inicial	24_AUTOFIJAFECHAAUDIENC(.PDF) NroActua 18	19/11/2020
Celebración de audiencia inicial	30_ACTAAUDIENCIAINICIAL(.PDF) NroActua 18	19/01/2021
Auto aplaza audiencia de pruebas	41_AUTOSENALANUEVAFECHA(.PDF) NroActua 18	12/05/2021
Celebración audiencia de pruebas	44_ACTAAUDIENCIAPRUEBAS(.PDF) NroActua 18	21/07/2021
Celebración continuación audiencia de pruebas	50_ACTACELEBRACIONAUDIENCIA(.PDF) NroActua 19	12/11/2021
Sentencia de primera instancia	58_SENTENCIAPRIMERAINSTANCIA(.pdf) NroActua 25	14/06/2022
Notificación Sentencia vía electrónica	59_Soporte notificación Sentencia Primera In(.pdf) NroActua 26	16/06/2022
Recurso de apelación de los demandantes	61_RECURSODEAPELACIÓNSENTENCIADEMANDANTES(.pdf) NroActua 28	06/07/2022
Auto concede recurso de la llamada en garantía	64_AUTORESUELVECONCESIONRECURSO APELACION(.pdf) NroActua 31	25/08/2022

SEGUNDA INSTANCIA

Actuación procesal	Archivo	Fechas o asuntos
Acta de Reparto apelación	1_001ACTAREPARTO(.pdf) NroActua 1	09/09/2022
Ingresó a Despacho del Magistrado Ponente	2_002INGRESODESPACHO(.pdf) NroActua 2	09/09/2022
Auto admite recurso de apelación	3_003AUTOADMITERECURSO(.pdf) NroActua 5	19/09/2022
A Despacho para Sentencia	5_005INGRESODESPACHO(.pdf) NroActua 9	04/11/2022

3. ANTECEDENTES

Los señores [1] Alonso Mayorga León (Esposo); [2] Jhonathan Mayorga Gallego (hijo), [3] Stephany Mayorga Gallego (hija); [4] Michael Mayorga Gallego (hijo) y [5] Jennifer Mayorga Gallego (hija), en ejercicio del medio de control de reparación directa, demandaron en procura que se declare responsables a la (I) Nación – Ministerio de Salud, (II) ESE Hospital Santa Mónica de Dosquebradas y (III) Cafesalud EPS S.A. por los daños y perjuicios generados, con ocasión de las presuntas fallas en el servicio médico, **relacionadas con la muerte de la señora Yaneth Gallego López.**

1. Pretensiones.

1.1. Que se declare patrimonialmente responsable a las demandadas por los daños y perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales ocasionados a los demandantes por la falla en el servicio que condujo a la muerte de la señora Yaneth Gallego López, **como consecuencia a la atención médica prestada desde el 21 de junio de 2016**

1.2. Como consecuencia de lo anterior, que se hagan las siguientes condenas:

1.2.1. Perjuicios morales

Cien (100) salarios mínimos legales mensuales vigentes en favor de cada uno de los demandantes ALONSO MAYORGA LEÓN, JHONATAN MAYORGA GALLEGO, STEPHANY MAYORGA GALLEGO, MICHAEL MAYORGA GALLEGO y JENNIFER MAYORGA GALLEGO.

1.2.2. Perjuicios materiales

1.2.2.1. Lucro cesante consolidado.

VEINTISIETE MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL CIENTO VEINTI CUATRO PESOS M/CTE (\$ 27.645.124), por falta de productividad desde el día de la materialización del daño hasta el día de la presentación de la demanda, a partir de la fórmula: $LCC = Va \times (1+i)^n - 1/i$

1.2.2.2. Lucro cesante futuro.

CIENTO SETENTA Y OCHO MILLONES SETENTA MIL SESENTA Y OCHO PESOS M/CTE (\$178.070.068), a favor de los demandantes, por lo dejado de percibir por la familia de parte de la causante, desde el día del daño hasta el tiempo de vida probable, restándole el tiempo ya vivido, a partir de la fórmula, LCF: $(VA \times (1 + i)^n - 1) / (i \times (1 + i)^n)$

1.3. Reconocer a cada uno de los demandantes o a quienes representen sus derechos al momento del fallo condenatorio, los intereses que se generen a partir de la fecha de ejecutoria. De conformidad con el artículo 1653 del Código Civil todo pago se imputará primero a intereses.

1.4. Condenar en costas de conformidad con el artículo 188 de la Ley 1437 de 2011.

2. Hechos:

Pueden resumirse así:

2.1. La señora Yaneth Gallego López, afiliada en salud a la Empresa Promotora de Salud CAFESALUD, régimen subsidiado, por más de tres años, recibió atención médica en el Hospital Santa Mónica De Dosquebradas.

2.2. Entre marzo y abril de 2016, la paciente acudió a control nutricional con buen estado general. El 03 de mayo consultó por citología y el 06 del mismo mes y año, por control nutricional, **con resultado de bajo peso.**

2.3. El 07 de junio de 2016, consulta en el Hospital Santa Mónica de Dosquebradas, por cervicalgia intermitente irradiada a hombros y puntos dolorosos en región cervical. Se le diagnostica vaginitis, vulvitis y vulvovaginitis enfermedades infecciosas y parasitarias clasificadas en otras partes y cefalea que se le maneja ambulatoriamente con Gemfibrozil.

2.4. El 19 de junio de 2016, la señora Yaneth Gallego López ingresa al servicio de urgencias del Hospital Santa Mónica, **con un cuadro clínico de más de cuatro días de dolor a nivel de la nuca, región interescapular y arcos costales,** con manejo ambulatorio. Refirió dolor de senos, distensión, dolor abdominal, cambio en su estado de ánimo con factores estresantes no regulares; dolor en el pecho, en la espalda y en el brazo derecho, sin recibir tratamiento de fondo. A las 17:13, se le administra solución salina, Buscapina y Tramadol. Se le da salida con fórmula médica e indicación de signos de alarma.

2.5. El 21 de junio de 2016, a las 6:47 a.m., ingresa nuevamente al servicio de urgencias **por desmayo y dolor abdominal.** La paciente refirió que tenía evolución de un día por el mismo dolor abdominal, asociado a distensión abdominal y pérdida de la conciencia por diez minutos, antes de ingresar al centro asistencial.

2.6. Se refiere dolor a la palpación en el mesogastrio, con presencia de globo vesical, sin déficit motor o sensitivo aparente. Fue diagnosticada con otros dolores abdominales no especificados, síncope y colapso.

2.7. A las 7:01 a.m. del mismo día, se registró en nota de enfermería: *“objetivo no responde y en subjetivo, paciente que ingresa al servicio de urgencias inconsciente, diaforética, con presión de 102/48 se le presta atención, la paciente da respuesta a estímulos y ordenes, pero presenta debilidad en el tono muscular, palidez cutánea, emesis, por orden verbal del médico de turno se le pasa sonda nasogástrica número 14 observaciones pendiente ordenes medicas”*, **lo que contradice otras anotaciones de la historia clínica.**

2.8. A las 8:45 igualmente se registró el ingreso, de lo cual se resalta lo más importante: *“a las 7 horas ingreso al servicio de trauma para administrarle los*

*medicamentos a la paciente observo que la paciente no responde al dialogo, esta inconsciente, pálida, diaforética, **sin pulso**, monitorizo la paciente y se inicia R.C.P. 5 ciclos”.*

2.9. La reanimación cardiopulmonar se practica como mecanismo de emergencia, siempre y cuando existan recursos o infraestructura óptima con un carro de paro con un desfibrilador.

2.10. A los cinco minutos entra nuevamente en paro cardíaco, se inicia nueva reanimación cardiopulmonar, se acude al intensivista, quien realiza cardioversión con asistencia de desfibrilador que ya estaba disponible por préstamo del servicio de urgencia. *“La paciente sale nuevamente del paro se le coloca otra vía de acceso venoso, sonda orogástrica a drenaje libre por donde drena material bilioso, se comenta a todas las UCI para remitirla como urgencia vital, se le toma ekg inicial y ekg de control, gases arteriales, se le toma glucometría 285 mg/dl, la paciente presenta un episodio de convulsión tonicoclónico”.*

2.11. La muerte de la señora Yaneth Gallego López **se relaciona con la falla en el servicio por el cuerpo médico, en la atención el 21 de junio de 2016,** momento de la reanimación prolongada que generó isquemia cerebral, la cual finalizó con muerte por falla cardiorrespiratoria, cuando se desconectó del soporte vital previo consentimiento de los familiares, un mes después.

2.12. Testigos presenciales, relatan que los trabajadores de la entidad demandada, gritaron y manifestaron la falta de carro de paro y su prioridad por conseguir el más cercano disponible, circunstancia que reafirma la falla en el servicio.

2.13. Con la muerte de la señora Yaneth Gallego López, su familia se ha visto gravemente afectada y, por lo tanto, procede la reparación de los perjuicios morales y materiales.

3. Intervención de las entidades demandadas.

3.1. La Nación - Ministerio de Salud y Protección Social, señala que los hechos deben ser probados en su totalidad, toda vez que no presta directa o indirectamente servicios de salud, razón por la cual desconoce la historia clínica y las omisiones que presuntamente ocasionaron el daño antijurídico.

Considera que, no está llamada a ocupar el extremo pasivo de la relación procesal, pues se le imputa la causación de un presunto daño reclamado por una falla en el servicio médico prestado por el Hospital Santa Mónica de Dosquebradas, entidad

pública descentralizada, dotada de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa y CAFESALUD EPS.

Indica que, en cumplimiento del mandato constitucional y legal que le compete, no tiene relación causal directa o indirecta con los hechos y las pretensiones de la demanda. **Por consiguiente, no existe nexo causal entre el presunto daño irrogado y la acción u omisión de la entidad.**

Asegura que, tiene como función fijar las políticas y directrices para la recta prestación del servicio de salud en todo el territorio nacional, de manera que, en aquellos casos en los que se pretenda la responsabilidad de la entidad, la demanda deberá encaminarse a cuestionar su proceder en este sentido. Es decir que, para determinar su responsabilidad habrá que establecerse si el daño cuya reparación se pretende, se generó en desarrollo de su función pública o en el marco de la prestación de un servicio público, el cual puede ser cumplido directamente por el Estado o a través de particulares.

3.2. La Empresa Social del Estado Hospital Santa Mónica de Dosquebradas, expresa que revisada la historia clínica de la señora Yaneth Gallego, se observa que tenía antecedentes serios de tabaquismo y que, además, venía siendo atendida en varias oportunidades en la institución.

Previo al día de los eventos coronarios, **a la paciente se le habían practicado electrocardiogramas que mostraban que su función coronaria no tenía anomalías**; sin embargo, la historia clínica informa que tenía síntomas de alarma. Además, cada que consultó por su dolor, fue atendida y observada en los servicios médicos. Cursó un proceso de shock séptico que ni en la entidad a donde se remitió, logró determinarlo debidamente.

Sufrió dos infartos al miocardio dentro del servicio de urgencias, que fueron revertidos conforme a las guías médicas de atención y se logró una sobrevida para que la paciente fuera atendida en otras entidades de salud de mayor complejidad.

Desafortunadamente este tipo de situaciones tienen un pronóstico de alta mortalidad y, si bien, se produjo el deceso de la paciente, no existe prueba alguna de la cual se infiera que haya ocurrido por cuenta de la atención brindada en el Hospital Santa Mónica de Dosquebradas.

4. Intervención de las llamadas en garantía.

4.1. La Previsora S.A. Compañía de Seguros, refiere que se atiende a las anotaciones hechas en forma completa en la historia clínica, las cuales reflejan el estado de salud de la paciente y el tratamiento brindado por el personal médico y hospitalario, el cual estuvo ajustado a las guías médicas de acuerdo con las afecciones que presentaba. Las demás manifestaciones, son apreciaciones personales de los demandantes, las cuales deben acreditar en debida forma.

La actuación del personal médico del Hospital Santa Mónica de Dosquebradas, se apoyó en la ciencia médica, de acuerdo con el diagnóstico de las enfermedades de base que presentaba la señora Yaneth Gallego López, acudiendo a todo cuanto estaba a su alcance.

Aduce que, la historia clínica aportada por el Hospital Santa Mónica de Dosquebradas, revela que la paciente recibió la atención y le realizaron los procedimientos que estaban a su alcance el 20 de junio de 2016. En esa ocasión el problema coronario fue tratado inicialmente por el médico de urgencias y de manera inmediata por el médico intensivista, quien logró estabilizarla y manejar el cuadro de infarto agudo de miocardio, asociado a factores de riesgo como el tabaquismo y el aumento del perfil lipídico.

La diligencia y cuidado se determina, en este caso, con el despliegue de todos los elementos médicos, técnicos, científicos y hospitalarios que a su alcance tenía la demandada, los que le fueron puestos a disposición de la paciente.

Sostiene que, el nexo de causalidad como elemento de responsabilidad, exige determinar con claridad las intervenciones causantes del daño cuya indemnización se pretende. En el caso, si bien la señora Yaneth Gallego López fue atendida en el Hospital Santa Mónica de Dosquebradas por un evento coronario que fue tratado por el personal médico, esto no es suficiente para fijar el nexo causal, si se tiene en cuenta que se le brindó la atención descrita en la historia clínica, ajustada a los protocolos médicos.

4.2. Allianz Seguros S.A., refiere que la historia clínica refleja actuaciones diligentes, oportunas, eficaces y ajustadas a las patologías presentadas por la señora Yaneth Gallego López.

Advierte que a la paciente se le practicaron los procedimientos adecuados para sus padecimientos, los cuales fueron certeros y se le administraron medicamentos y tratamientos para contrarrestarlos. Por lo tanto, no se encuentran estructurados los elementos para que se configure una declaratoria de responsabilidad, toda vez que

el hospital, obró conforme a la *lex artis*, y no incurrió en error que desencadenara en la muerte.

En tal sentir, la atención médica brindada a la señora Yaneth Gallego López nunca restringió los recursos técnicos y humanos de que disponía el Hospital Santa Mónica De Dosquebradas, dejando a su disposición todos los insumos, procedimientos y medicamentos necesarios.

De otra parte, el médico contrae una obligación de medio y no de resultado, lo que le exige la aplicación de su saber en favor de la salud del paciente, ya que está obligado a observar una conducta diligente que normal o rutinariamente aplicaría cualquier otro profesional de la medicina, sin que ello signifique que el fracaso del tratamiento genere un incumplimiento.

Se opone a la prosperidad de las pretensiones, dada la presencia de situaciones jurídicas que derrotan los elementos esenciales que configuran responsabilidad estatal. Además, en ningún momento el Hospital Santa Mónica De Dosquebradas incurrió en una mala praxis o situación análoga contraria a la *lex artis*. Su comportamiento puede calificarse como oportuno, eficiente y diligente, pues empleó todas las acciones que estaban a su alcance, cumpliendo el orden y tiempo exigido por la comunidad médica.

Afirma que la indemnización de perjuicios, tampoco resulta procedente, como quiera que no existe responsabilidad estatal que dé paso a su reconocimiento, ni medios de convicción que lo sustente.

5. Sentencia apelada.

El Juzgado Tercero Administrativo del Circuito de Pereira, mediante providencia proferida el catorce (14) de junio de 2022², decidió:

- 1°. Declarar probada la excepción de falta de legitimación en la causa por pasiva, en este proceso de reparación directa adelantado por el señor ALONSO MAYORGA LEÓN y otros, en contra de la NACIÓN - MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, la Empresa Social del Estado HOSPITAL SANTA MÓNICA DE DOSQUEBRADAS y CAFESALUD EPS S.A en liquidación, de conformidad con lo expresado en la motivación de esta providencia.
- 2°. Denegar las pretensiones.
- 3°. Sin costas por no aparecer causadas.
- 4°. En firme este fallo archívese el expediente.

² Archivo No. 58 del expediente digital de primera instancia.

Para llegar a dicha decisión argumentó que de las atenciones a la señora Gallego López los días diecinueve (19) y veintiuno (21) de junio de 2016, no se advierte un actuar omisivo o negligente, puesto que, de manera inmediata, se determinó la necesidad de ordenar paraclínicos para establecer la causa del dolor abdominal y la pérdida de consciencia referida por la paciente. Además, se ordenó el paso de una sonda nasogástrica y la administración de líquidos endovenosos. **Debe tenerse presente que se la practicó un electrocardiograma que se reportó dentro de límites normales.**

Sostuvo que, los paros cardiorrespiratorios que presentó la señora Yaneth Gallego López, lograron revertirse y, una vez superados, se ordenó su remisión como una urgencia vital, la cual se verificó a las nueve de la mañana de ese mismo día a UCIMED, que es una institución prestadora de servicios de salud, con personería jurídica y patrimonio autónomo, la cual no depende de las demandadas. Por las anteriores razones, no observó un actuar que permitiera establecer la responsabilidad pretendida frente al Hospital Santa Mónica De Dosquebradas.

Manifestó que, aunque se afirma que la maniobra prolongada de reanimación cardiopulmonar generó una isquemia cerebral, no existen elementos probatorios científicos que permitan llegar a esa conclusión, lo que impide un fallo favorable a los demandantes por este hecho.

Advirtió que, en el caso bajo estudio, se acreditó que durante la prestación de atención médica de la señora Yaneth Gallego López en UCIMED, se advirtió la necesidad de remisión de la paciente para manejo por neurología clínica, determinándose la necesidad de la intervención de su EPS como entidad encargada de contar con la red de prestadores necesarios para la atención de sus afiliados.

Así mismo, según el compendio probatorio, la remisión de la paciente de UCIMED al Hospital San Jorge de Pereira no fue oportuna, **tal como lo precisó el perito; no obstante**, no existe prueba de la que pueda inferirse, qué gestiones realizó UCIMED frente la EPS-S CAFESALUD, a la cual se encontraba afiliada la señora Yaneth Gallego López, a fin de que ésta cumpliera las normas de referencia ya comentadas.

Aseguró que, no obran en el proceso medios probatorios que permitan acreditar que efectivamente UCIMED haya tramitado ante la EPS de la paciente, la autorización del traslado a una institución de mayor complejidad, como tampoco se demostró ninguna otra gestión dirigida a la remisión como urgencia vital ordenada por su médico tratante. Por lo tanto consideró que ninguna responsabilidad podría imputarse durante el presente proceso a CAFESALUD EPS, pues ante una eventual

condena conforme los hechos analizados, cabría asignar responsabilidad a UCIMED, sociedad que según certificado de existencia y representación de la cámara de comercio, tiene como objeto social “*LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS MEDICOS GENERALES ESPECIALIZADOS, CUIDADOS INTENSIVOS E INTERMEDIOS, HOSPITALIZACIÓN, AYUDAS DIAGNÓSTICAS Y DE APOYO TERAPEUTICO*”. **Sin embargo**, esta sociedad no figura como demandada en el presente proceso, lo que le impide emitir pronunciamiento alguno en su contra, al configurarse la excepción de falta de legitimación en la causa por pasiva.

Así las cosas, ante la falta de legitimación en la causa por pasiva frente a la NACIÓN - MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, la Empresa Social del Estado HOSPITAL SANTA MÓNICA DE DOSQUEBRADAS y CAFESALUD EPS S.A en liquidación, niega las pretensiones de la demanda.

6. Recurso de apelación.

La parte demandante, inconforme con la decisión, presentó escrito en el cual se concentra en argumentar contra la negativa de condenar a la ESE HOSPITAL SANTA MÓNICA, pues considera que sí existió una falta de atención médica y una falla del servicio de tal entidad, así:

Es necesario, su señoría hacer hincapié, en el estado de salud REAL, y no el supuesto que se atribuye a mi acogido como lo es la simulación de una enfermedad, ya que por una parte con el resultado arrojado por CEDICAF el día 9 de agosto de 2019, en el cual se refiere muy claro DX AMNESIA DIASOCIATIVA, y también en los hallazgos se incluyen apreciaciones que con el simple hecho de verificar sus significados en algún vademécum en positivo o en medio magnético o en la web, se puede tener bases para no solo deducir que mi mandante padece de algo mas que una simulación, como hice alusión, sino también de que obviamente se encontraba en un estado de enfermedad manifiesta, esto acorde a lo a mi manifestado y transmitido por mi poderdante durante la etapa de sustanciación del libelo demandatorio y su respectiva practica de pruebas; aunado a lo anterior los galenos que mencionamos y que posiblemente tuvieron un dictamen y conceptos, aclaro incompletos, mas no erróneo, como de pronto lo mencione o ya queltaba tal cual solo se realizo, lo que dio pie a este fallo negativo; con lo anterior y según los resultados del tramite probatorio, que la vicima directa señora Gallego, según la historia clínica, logro el termino que tuvogenerando su vida de la peor manera, sin atención clínica a favor por falta y falla del servicio de salud de la ESE HOSPITAL SANTA MONICA.

Remontándonos a no solo a los casos homólogos que se pronuncian frente la residualidad y subsidiaridad de la acción de reparación directa incluyo como objetiva, frente a la subjetividad que puede generar una duda razonable de si existe o no, un perjuicio irremediable, para así aplicar el beneficio de amparar los derechos Fundamentales en este caso de los accionantes, so pena, de continuar con un daño el cual puede ser irremediable, ya que todo se deriva de la falla en el servicio , que así se este considerando como si no tuviese responsabilidad el estado, sino, el ente privado UCIMED,

CONCLUSION

Solicito respetuosamente al honorable despacho que en instancia superior que, en un acto de humildad, cooperación, sensatez y justicia hacia los derechos de mis acogidos, por las anteriores consideraciones, y en aplicación de las variaciones jurisprudenciales que en nuestro distrito y a nivel nacional versan al caso, que muy respetuosamente, en instancia de apelación, se deje sin efectos y sea revocada la sentencia que negó las pretensiones requeridas y por el contrario se profiera fallo en el cual se reconozca la protección de derechos a las víctimas, y se reconozca y ordene a las accionadas a proteger los, y consecuentemente sea declarando y condenado los derechos materiales, inmateriales y de toda índole, reparando los derechos de estas víctimas.

7. Pronunciamientos en segunda instancia.

El recurso de apelación fue admitido mediante autos calendado el 19 de septiembre de 2022³, **ante lo cual, las partes guardaron silencio**, de conformidad con la constancia secretarial visible en archivo N° 005 del expediente digital.

CONSIDERACIONES DE LA SALA

1. Competencia.

Agotado el trámite de ley sin que se observe causal de nulidad que invalide la actuación que hasta ahora se ha surtido, procede el Tribunal a decidir sobre el asunto litigado, **siendo competente para hacerlo en segunda instancia**, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 243 y 247 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

2. Problema jurídico.

Corresponde al Tribunal en esta instancia, de acuerdo con los fundamentos del recurso de apelación interpuesto por la parte demandante, determinar si ESE Hospital Santa Mónica de Dosquebradas es responsable por la imputación realizada en los términos del libelo introductorio, en virtud de una falta de atención y una falla en el servicio, **atribuible a una negligente prestación del servicio de salud a la señora Yaneth Gallego López**.

3. Régimen de responsabilidad estatal.

De conformidad con lo establecido en el artículo 90 de la Constitución Política es deber del Estado responder patrimonialmente por los daños antijurídicos que le sean imputables, causados por la acción o la omisión de las autoridades públicas, así mismo fue estipulado en el artículo 140 del Código Contencioso Administrativo que consagra la acción de reparación directa, en la que se establece la posibilidad que tiene el interesado de demandar la reparación del daño cuando su causa sea un

³ Archivo No. 003 del expediente digital

hecho, una omisión, una operación administrativa o la ocupación temporal o permanente de un inmueble por causa de trabajos públicos o por cualquier otra causa.

Tiene establecido la jurisprudencia del Consejo de Estado que dos son los postulados que fundamentan la responsabilidad estatal en los términos del artículo 90 superior: **i)** El daño antijurídico, **y ii)** la imputación del mismo a la administración, *«sin que sea posible predicar la existencia y necesidad y/o valoración y análisis de otro tipo de componentes a efectos de configurar la responsabilidad»*⁴.

Igualmente, la Corte Constitucional ha dicho que *«la fuente de la responsabilidad patrimonial del Estado es un daño que debe ser antijurídico, no porque la conducta del autor sea contraria al derecho, sino porque el sujeto que lo sufre no tiene el deber jurídico de soportar el perjuicio, razón por la cual se reputa indemnizable»*⁵.

Esta cláusula general de responsabilidad extracontractual del Estado tiene como fundamento la determinación de un daño antijurídico causado a un administrado y la imputación del mismo a la administración pública, tanto por la acción, como por la omisión de un deber normativo.

Es así como, con la Carta Política de 1991 se produjo la *«constitucionalización»*⁶ de la responsabilidad del Estado y se erigió esta como garantía de los derechos e intereses de los administrados, que venía reconociendo la jurisprudencia y que ha dado lugar a la existencia de diversos regímenes de responsabilidad, como la falla en el servicio, el régimen de riesgo o el de daño especial.

La determinación de uno u otros regímenes de responsabilidad estatal corresponde al juzgador, en virtud del principio de *Iura Novit Curia*, aplicable en las acciones de reparación directa como una excepción de la regla de la justicia rogada en materia contencioso administrativa, el cual le confiere al operador jurídico el direccionamiento hacia el régimen de responsabilidad pertinente a los fundamentos de hecho o *causa petendi*, realizando la valoración que le corresponde por excelencia acerca de las actividades y elementos que hubieren intervenido en tales sucesos, con miras a encauzar el análisis del asunto planteado hacia el sistema de imputación que la jurisprudencia ha elaborado, precisamente, en consideración a las diversas actividades de la administración y a los elementos involucrados en tales actuaciones.

⁴ Consejo de Estado; Sección Tercera; Sentencia del 30 de agosto de 2007; Exp. 15932

⁵ Corte Constitucional, Sentencia C-333 de 1996.

⁶ Consejo de Estado. Sección Tercera. Subsección C. Sentencia del 23 de enero de 2015. C.P. Jaime Orlando Santofimio Gamboa. Rad. 760012331000199703251 01 (20.507).

En relación con el régimen de responsabilidad en materia de prestación del servicio médico, como el que se debate en el *sub examine*, la jurisprudencia del Consejo de Estado ha recorrido desde el régimen inicial de la falla probada, el cambio hacia la falla presunta⁷, y las teorías de la carga dinámica de la prueba^{8/9} y de la probabilidad determinante¹⁰, **para regresar el régimen probatorio de la exigencia de la prueba de la falla médica, o falla probada¹¹.**

Al respecto, se trae a cita lo reiterado por el Consejo de Estado sobre el régimen de responsabilidad en materia médica:

«...»

*(...) es importante recordar que desde hace ya varios años la jurisprudencia del Consejo de Estado abandonó la teoría de la falla presunta **para acoger la regla general que señala que en materia de responsabilidad médica deben estar acreditados en el proceso todos los elementos que la configuran**, esto es, el daño, la actividad médica y el nexo de causalidad entre ésta y aquel¹², sin perjuicio de que para la demostración de este último elemento las partes puedan valerse de todos los medios de prueba legalmente aceptados, cobrando particular importancia la prueba indiciaria...»¹³*

Conforme lo razonado en precedencia, tal como lo consideró la *a quo*, el régimen de responsabilidad aplicable debe ser el de falla probada del servicio, con la posibilidad de acudir a la prueba indiciaria para la demostración del **nexo causal** en el evento de ser necesario, teniendo en cuenta que la actuación que es objeto de censura se relaciona con la presunta falla en la que incurrieron las entidades demandadas.

4. Acervo probatorio.

Se encuentran los siguientes elementos probatorios relevantes para adoptar la decisión de mérito que corresponde en esta instancia:

4.1. Declaraciones extraproceso.

⁷ Expediente 6897. De esta evolución da cuenta el fallo expedido por la misma Corporación el 24 de agosto de 1992. Expediente 6754. Actor: Henry Enrique Saltarín Monroy.

⁸ Sentencia del 22 de marzo de 2001, expediente 13.284.

⁹ H. Consejo de Estado. Sección Tercera. Consejero Ponente: Jesús María Carrillo Ballesteros. Expediente 12.706. Sentencia de enero 24 de 2.002.

¹⁰ Consejo de Estado. Sección Tercera. Decisión reiterada recientemente, que tiene su origen en la sentencia de mayo 3 de 1.999.

¹¹ Consejo de Estado. Sección Tercera. Consejera Ponente: Ruth Stella Correa Palacio. Sentencia de agosto 31 de 2.006. Radicación número 68001-23-31-2000-09610-01 (15772). Actor: María Olga Sepúlveda Ramírez. Demandado: Hospital Ramón González Valencia, sentencia del 15 de febrero de 2012, Expediente 23001-23-31-000-1999-01599-01(21738), demandante: Eugenio Isaza Bohórquez, demandado: Instituto De Seguros Sociales; sentencia del 3 de mayo de 2013, Expediente: 25000-23-26-000-2001-00572-01(26352), demandante: Guillermo León Arboleda Arboleda, demandado: Hospital Salazar de Villeta.

¹² Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencias de 31 de agosto de 2006, Exp. 15.772, C.P. Ruth Stella Correa Palacio; y de 30 de julio de 2008, Exp. 15.726, C.P. Myriam Guerrero de Escobar, entre otras.

¹³ Consejo de Estado. Sección Tercera. CP: Danilo Rojas Betancourth, 3 de mayo de 2013, Expediente: 25000-23-26-000-2001-00572-01(26352), demandante: Guillermo León Arboleda Arboleda, demandado: Hospital Salazar de Villeta.

- Declaración extraproceso del 02 de febrero de 2017¹⁴, rendida por la señora María Teresa Noreña de Patiño, quien indica:

PRIMERO: Afirmamos que todas las declaraciones que presento en generales de Ley y las que a continuación rindo, por medio de este documento, lo hago **BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO** y a sabiendas de las implicaciones que acarrea penalmente el perjurio.

SEGUNDA: Declaro que conocí desde hace mas de 16 años, de vista, trato y comunicación en calidad de vecina del barrio, compañera de trabajo de tejido de croché y amiga de la señora que en vida respondió al nombre de **YANETH GALLEGO LOPEZ (Q.E.P.D.)**, de mayoría e identificado con el cedula numero 41.917.219 expedida en Armenia-Quindío; es cierto y me consta que en vida fue una persona muy activa, y trabajadora, y que al igual que yo desde hace mas de una década que realizaba todo tipo de actividades físicas, era independiente y autónoma, autosuficiente, y que compartía la mayor parte o casi todo su tiempo libre, a realizar en su hogar o en mi casa, los tejidos, bolsos, ropa, y demás en la modalidad croché, tejidos que posterior a elaboración o a veces por pedido vendíamos mensualmente y que dicha arte u oficio, junto con su comercialización, ha sido una actividad que genera ingresos de hasta 2 salarios mínimos mensuales legales vigentes, de los cuales ella a voz y conocimiento de causa de los hechos de la señora YANETH GALLEGO LOPEZ, utilizaba y gastaba en su familia y en sus pocos gastos personales.

TERCERA: Declaro además que mi amiga y compañera de trabajo, la señora **YANETH GALLEGO LOPEZ (Q.E.P.D.)**, como ocupaciones y actividades, adicional a la de ama de casa, como menciono agrosomodo en declaración anterior realizaba tejidos en croché, tejido zapatos, manteles, bolsos y maletines, tendidos, sabanas, ropa en general y todo lo concerniente y derivado de tejidos en la modalidad croché, los cuales ofrecía y vendía a la comunidad vecina, a sus contactos personales, familiares y clientes que por su buen desempeño y excelente calidad de acabados y materiales, la buscaban y voz a voz hacían incrementar su clientela, y sus ventas en general por tejer actividades que desempeñábamos a veces en compañía.

CUARTA: Declaro además que la señora **YANETH GALLEGO LOPEZ**, como remuneración por su actividad independiente de elaboración y venta de tejidos en croché, recibía una remuneración **MENSUAL** superior y aproximada a **UN MILLON DE PESOS MONEDA LEGAL COLOMBIANA (\$1.000.000.00 M/cte.)**, los cuales destinaba en mayor parte a gastos familiares y una menor parte en sus gastos personales y de materia prima para la continuación de sus labores de tejido.

Lo anterior se hace necesario para Trámites Legales, y se firma con huella y presentación personal ante el **NOTARIO UNICO DEL CIRCULO DE DOSQUEBRADAS-RISARALDA**, para que de su Fe Pública, esto a los dos días de febrero del año 2017.

- Declaración extraproceso del 24 de enero de 2017¹⁵, rendida por las señoras Jenniffer Mayorga Gallego, Stephany Mayorga Gallego y Alonso Mayorga León, quienes sostienen:

¹⁴ Páginmas 166 y 167 del archivo N° 3 expediente digital.

¹⁵ Páginmas 170 y 171 del archivo N° 3 expediente digital.

SEGUNDA: Declaramos que conocimos de vista, trato, comunicación y convivencia directa en calidad de hijas y esposo de la señora que en vida respondió al nombre de **YANETH GALLEGO LOPEZ (Q.E.P.D.)**, de mayoría e identificada con el cedula número 41.917.219 expedida en Armenia-Quindío; es cierto y nos consta que en vida fue una persona muy activa, y trabajadora, realizaba todo tipo de actividades físicas, muy independiente y autónoma, autosuficiente, participativa en sus grupos de croché, y en general atenta con todas sus cosas familiares y personales.

TERCERA: Declaramos además que nuestra madre y esposa, la señora **YANETH GALLEGO LOPEZ (Q.E.P.D.)**, como ocupaciones y actividades, adicional a la de ama de casa, realizaba tejidos en croché, teja zapatos, manteles, bolsos y maletines, tendidos, sabanas, ropa en general y todo lo concerniente y derivado de tejidos en la modalidad croché, los cuales ofrecía y vendía a la comunidad vecina, a sus contactos personales, familiares y clientes que por su buen desempeño y

excelente calidad de acabados y materiales, la buscaban y voz a voz hacían incrementar su clientela, y sus ventas en general por tejer.

CUARTA: Declaramos además que la señora **YANETH GALLEGO LOPEZ**, como remuneración por su actividad independiente de elaboración y venta de tejidos en croché, recibía una remuneración **MENSUAL** superior y aproximada a **UN MILLON DE PESOS MONEDA LEGAL COLOMBIANA (\$1.000.000.00 M/cte.)**, los cuales destinaba en un 80% a gastos familiares y el otro 20% en sus gastos personales y de materia prima para la continuación de sus labores de tejido.

Lo anterior se hace necesario para Trámites Legales, y se firma con huella y presentación personal ante el **NOTARIO UNICO DEL CIRCULO DE DOSQUEBRADAS-RISARALDA**, para que de su Fe Pública, esto a los 24 días de enero del año 2017.

4.2. Documentales.

- Registros civiles de nacimiento de los demandantes, con los que se comprueba el parentesco entre los demandantes en el grado señalado, además de comprobarse el parentesco con la señora Yaneth Gallego López¹⁶.
- Registro Civil de matrimonio¹⁷, donde consta la unión marital entre el señor Alonso Mayorga León y la señora Yaneth Gallego López desde el 23 de noviembre de 1984.
- Certificado de defunción – antecedente para el registro civil¹⁸, donde consta que la señora Yaneth Gallego López tuvo como fecha de deceso el día veinte (20) de julio de 2016 a las 3:50 p.m.:

¹⁶ Páginas 174 y siguientes del archivo N° 3 del expediente digital.

¹⁷ Páginas 49 y 174 del archivo N° 3 del expediente digital.

¹⁸ Páginas 181 del archivo N° 3 del expediente digital.

127

-Historia Clínica¹⁹ de las atenciones médicas en la E.S.E Hospital Santa Mónica de Dosquebradas de la cual se extrae lo que corresponde a los hechos aquí discutidos, lo siguiente:

Fecha de la atención	Tipo de atención	Motivo de consulta y diagnóstico
09/02/2016 10:43 am	Nutrición	Motivo de consulta: Control nutricional en quien se encontró que sigue estable en su peso, es juiciosa con su plan nutricional y se le insiste en caminar de forma moderada y regular, se le indica Dx. Principal: E781 Hipergliceridemia pura. Control nutricional en 3 meses
30/03/2016 3:36 pm	Nutrición	Enfermedad actual: Antecedente de dislipidemia sin tratamiento farmacológico actual, solo manejo por nutrición, buen estado general.
03/05/2016 8:51 am	Ambulatorio	Toma de citología
06/05/2016 8:03 am	Nutrición	Motivo de consulta: Control nutricional en quien se encontró disminuido de peso, refiere que ha estado omitiendo su comida, porque se está cuidando para disminuir el colesterol. Se le recomienda continuar con su plan nutricional de forma adecuada y cumplir indicaciones clínicas que permitan mantener su estado nutricional y metabólico, sin caer en déficit nutricional, que le genere un estado de malnutrición.
07/06/2016 08:03 am	Ambulatorio	Motivo de consulta: Control. Enfermedad actual: Antecedente de dislipidemia en manejo con GEMFIB 600X2 seguimiento también por nutrición Dx. Principal: E781-HIPERGLICERIDEMA PURA Dx. Relacionado 1: N771-VAGINITIS, VULVITIS Y VULVOVAGINITIS EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS CLASIFICADAS EN OTRA PARTE. Dx. Relacionado 2: G442-CEFALEA DEBIDA A TENSIÓN.
07/06/2016 1:06 pm	Ambulatorio	Se entrega reporte de citología negativa para neoplasia. Con leucocitos presentes.
19/06/2016	Urgencias	Motivo de consulta: dolor

¹⁹ Páginas 29 y siguientes del documento N° 001 del expediente digital

3:12 a.m.		Enfermedad actual: paciente que consulta por cuadro clínico de más de 4 días de dolor a nivel de región nual interescapular y de arcos costales por lo que consulta inicialmente en consulta externa donde dan manejo. Además refiere que más el derecho. Refiere “me duelen lo senos” además refiere leve distensión abdominal con dolor abdominal. Refiere además cambios en el estado de ánimo con factores estresantes, no otra sintomatología. Hallazgos: Pte que entra por medios propios a la sala de trauma, consciente, alerta, orientado, sin alteración de déficit neurológico. Cabeza normocefalo con buena implantación de cuero cabelludo no se evidencian heridas ni laceraciones, ojos anictéricos, párpados normales, conjuntiva cornea y pupila normal, nariz sin signos de fractura ni de crepito en punto nasal configuración normal oídos con buena implantación sin otorrea ni otorragia, ni signos de dolor boca, no heridas. Lengua normal no heridas, cuello móvil con dolor a la palpación de puntos gatillo de nuca hombros y región interescapular más marcado izquierdo no heridas ni laceraciones ni deformidades tráquea centrada tórax simétrico sin deformidades ni signos de fractura, ni crépitos, ni respiración paradójica, ni SDR con dolor marcado a la palpación de arcos costales más marcado derecho RSCS rítmicos sin soplos CSPS M-V adecuado sin agregados ni hipoventilación ni abdomen blando depresible con dolor a la palpación de marco cólico con distención y timpanismo marcado no masa no signos de irritación peritoneal ni defensa abdominal, ni heridas ni laceraciones ni hematomas ni equimosis en pared abdominal ext. Eutróficas sin edemas SNC consciente alerta orientado sin alteración ni déficit neurológico ni signos de focalización piel anictérica eutérmica. Dx. Principal: M939-Osteocondropatía no especificado. Dx. Relacionado 1: M939-R104-otros dolores abdominales y los no especificados. Aclaración diagnóstica: paciente que cursa con cuadro clínico de varios días de dolor a nivel nual y costal <u>con EKG dentro de límites normales</u> por lo que se da manejo se da salida con recomendaciones y signos de alarma.
19/06/2016 3:20 a.m.	Urgencias	Objetivo: a las 2+55 HS ingresa paciente de 48 años de edad al servicio de trauma, llega caminando por sus propios medios, consciente, orientada, algica, angustiada, refiere dolor precordial que le irradia a la espalda, al miembro superior derecho, y dolor en los senos, desde hace 4 días, que hoy lo tiene más intenso, se monitoriza, <u>se le toma EKG, se sangra para troponinas</u>, se canaliza con catéter N18 en MSD después de dos intentos ya que la paciente está muy inquieta, SV TA 136/86 P 99 SPO2 100% sin oxígeno, niega alergia a los medicamentos. Subjetivo: paciente refiere “tengo mucho dolor en el pecho, en la espalda y en el brazo derecho” Observaciones: salida con fórmula médica. Se le explican los signos de alarma para que asista de nuevo a urgencias de ser necesario.
19/06/2016 5:13 p.m.	Urgencias	Objetivo: ingresa paciente consciente orientada, ambulatoria, se observa abdomen distendido, globoso. Subjetivo: refiere “me duele el estómago y esta inflamado”. Observaciones: revalorar con reportes.
19/06/2016 5:48 p.m.	Urgencias	Objetivo: paciente ingresa a sala de procedimientos caminando por sus propios medios en compañía de familiar, se observa consciente, estable sin signos de hemorragias ni dificultad respiratoria, se canaliza con catéter num. 20 se le administra tratamiento indicado por el médico. Subjetivo: refiere “dolor abdominal”. Observaciones: revalorar con paraclínicos.
21/06/2016 06:47 a.m.	Urgencias	Motivo de consulta: se desmayó y tiene dolor abdominal Enfermedad actual: paciente de 47 años de edad quien es traída por su hija, quien refiere que paciente presenta cuadro clínico de 1 día de evolución, consistente en dolor abdominal de inicio en epigastrio asociado a distención abdominal, así como presentó “cistitis” según refiere familiar, ya que presentaba polaquiuria y “retención urinaria”, además hija refiere que presentó pérdida de conciencia hace aproximadamente 10 minutos. Hallazgos: normocéfala, escleras anictéricas, pupilas isocóricas normoreactivas a la luz, mucosa oral húmeda, cuello móvil, no masas, no adenopatías, tórax: simétrico, eutrófico, no tirajes, c/p, <u>ruidos cardíacos rítmicos regulares sin soplos</u>, ruidos respiratorios sin agregados pulmonares, murmullo vesicular conservado. Abdomen: distendido, blando, con dolor a la palpación en mesogastrio, presenta globo vesical, no signos de irritación peritoneal. Extremidades: eutróficas, simétricas, no edema, llenado capilar, pulsos periféricos presentes. Neurológico: sin déficit motor ni sensitivo aparente. Dx. Principal: R-104- Otros dolores abdominales y los no especificados. Dx. Relacionado 1: R-104-R55X- Síncope y colapso. Aclaración diagnóstica: paciente de 47 años de edad, quien ingresa por cuadro de dolor abdominal asociado a retención urinaria, paciente ingresa alerta, consciente, colaboradora, hidratada, afebril, estable hemodinámicamente, con cifras

		tensionales, con disminución de valores diastólicos, no signos de hipoperfusión, con glucometría de 129, no signos de dificultad respiratoria, saturando 95% al medio ambiente, se evidencias 2 cuadros de emesis, se da orden de paso de sonda vesical y nasogástrica, al igual se administran líquidos endovenosos, protección gástrica, anti-emético, se solicitan paraclínicos para establecer causa de dolor abdominal , así como estudio de cuadro de pérdida de la conciencia, se explica conducta a paciente y familiar quienes refieren entender y aceptar.
21/06/2016 07:01 a.m.	Urgencias	Paciente ingresa al servicio de urgencias inconsciente , diaforética, con presión de 102/48 se le presta la atención, la paciente da respuesta a estímulos y ordenes pero presenta debilidad en el tono muscular, palidez cutánea, emesis, por orden verbal del médico de turno se le pasa sonda nasogástrica número 14.
21/06/2016 08:25 a.m.	Urgencias	Hallazgos: se acude al llamado de enfermería a las 7+35 horas, se encuentra paciente en asistolia, se traslada a reanimación donde se inicia código azul con compresiones y adrenalina 4 amp con la cual la reanimación fue exitosa , se intuba con tubo número 7, la paciente entra en actividad eléctrica sin pulso, donde se inician nuevas compresiones con 1 amp de adrenalina se estabiliza ritmo, se llama a cuidados intensivos, el Dr. Pinilla intensivista ingresa al código, solicita EKG donde se evidencia FA y se procede cardiovertir y pasa a ritmo sinusal , se toman gases arteriales, se administra por orden de intensivista bicarbonato 3 amp en 500 cc de SSN... Se decide traslado a la UCI como urgencia vital. Dx. Principal: I460- Paro cardiaco con resucitación exitosa.
21/06/2016 08:45 a.m.	Urgencias	Objetivo: A las 7 horas ingreso al servicio de trauma para administrarles los medicamentos a la paciente y observo que la paciente no responde al dialogo, esta inconsciente, pálida, diaforética y sin pulso. Inmediatamente la traslado a la sala de reanimación y le informo al médico de turno, activo código azul. Monitorizo la paciente y se inicia RCP 5 ciclos, se realiza intubación endotraqueal y se le coloca soporte de oxígeno a través de AMBU, se canaliza con 2 vías de acceso venoso, se le pasa sonda vesical a drenaje libre conectada a CISTO FLO por donde drena orina de color ambar claro, la paciente sale del paro y a las 5 minutos entra nuevamente en paro cardíaco, se inicia nuevamente RCP, se acude al intensivista, Dr. Pinilla de UCIMED Santa Mónica quien asiste a la paciente, le realiza cardioversión con 100 J, la paciente sale nuevamente de paro se le coloca otra vía de acceso venoso, sonda orogástrica a drenaje libre por donde drena material bilioso, se comenta a todas las UCI para remitirla como urgencia vital , se le toma EKG inicial y EKG de control, gases arteriales, se le toma glucometría 285 MG/DL, la paciente presenta un episodio de convulsión tonicoclonico. Subjetivo: paciente que se encuentra en muy regulares condiciones generales. Observaciones: a las 9:00 am se traslada como urgencia vital a UCIMED Santa Mónica, va en muy regulares condiciones generales , en compañía de la doctora Liliana Cassiani, la Jefe Lina y Mauricio Taborda Auxiliar de enfermería.

- Tomografía Axial computada de cráneo simple²⁰, realizada **el 24 de junio de 2016** a la señora Yaneth Gallego López, en la cual se registraron los siguientes hallazgos:

HALLAZGOS

En los diferentes cortes obtenidos no hay alteraciones del coeficiente de absorción del parénquima cerebral.
El sistema ventricular es de talla y morfología normal.
No hay desviaciones de la línea media.
No hay colecciones intra ni extra-axiales.
No hay alteración de las estructuras óseas.

- Ecocardiograma transtorácico²¹ realizado a la señora Yaneth Gallego López **el 22 de junio de 2016**, del cual se extrae:

²⁰ Página 111 del archivo N° 3 del expediente digital.
²¹ Páginas 113 y siguientes del archivo N° 3 del expediente digital.

DESCRIPCIÓN MEDIDAS Paciente en UCI

- 1- Función sistólica ventricular izquierda preservada, FEVI: 70%, el ventrículo izquierdo conserva su morfología, geometría. Sin alteraciones segmentarias en la contractilidad. Relación E/A:0.7
- 2- Ventrículo derecho de tamaño y función normal.
- 3- Aurícula izquierda de tamaño normal.
- 4- Válvula aórtica.GP: 2.9mmHg GM: 1.1mmHg. AVA: 2.7Cm²
- 5- Válvula mitral. AVM:4.8Cm² GP: 1.6mmHg GM:0.9mmHg
- 6- Válvula tricúspide de aspecto morfológico normal.
- 7- Válvula pulmonar no valorable.
- 8- No evidencia de derrame pericárdico.

CONCLUSIONES:

- 1- Función sistólica ventricular izquierda preservada. FEVI: 70%, corazón hiperdinámico, sin alteraciones segmentarias en la contractilidad.
- 2- No evidencia de derrame pericárdico.

- Ultrasonografía de abdomen total: hígado, páncreas, vesícula, vías biliares, riñones, bazo, grandes vasos, pelvis y flancos²², realizada el 22 de junio de 2016 a la señora Yaneth Gallego López, en la cual se registraron los siguientes hallazgos y conclusiones:

HALLAZGOS

Se observa hígado de forma, tamaño, contornos y ecoestructura normal, sin lesiones focales o difusas en su interior.
Vesícula biliar distendida, de paredes engrosadas y edematizadas, sin observarse calculos en su interior.
No hay dilatación de la vía biliar intra o extrahepática.
Páncreas, bazo, riñones de aspecto ecográfico normal.
Los grandes vasos abdominales no presentan alteración.
No se observa líquido libre en la cavidad peritoneal.
La vejiga vacía al momento del estudio lo que impide la adecuada valoración.
Se observo moderada cantidad de líquido ascítico libre con líquido perihepático, periesplénico, perivesicular, ambas goteras parietocolicas y fondo de saco posterior.
Utero de aspecto ecográfico usual con endometrio trimilimétrico homogéneo.
No se observaron masas ni colecciones organizadas.

CONCLUSION:

1. LIQUIDO ASCITICO EN MODERADA CANTIDAD COMO FUE DESCRITO.
2. RESTO DEL ESTUDIO SIN HALLAZGOS PATOLOGICOS DETECTABLES POR ESTE METODO IMAGENOLOGICO.

- Reportes de videotelemedicina de 24 horas²³:

29 de junio de 2016:

²² Página 117 del archivo N° 3 del expediente digital.

²³ páginas 119 y siguientes del archivo N° 3 del expediente digital.

HISTORIA CLINICA

DX: SHOCK PARO RESPIRATORIO CONVULSIONES
ESTADO EPILEPTICO MIOCLONICO POST RCP PRESUMEN LANCE ADAMS, SS PARA
EVALUAR ACTIVIDAD CONVULSIVA, 5 DIAS DE SEDACIÓN BARBITURICA, EN EL MOMENTO
CON MIDAZOLAM EN INFUSION MAS ACIDO VALPRÓICO, Y TIOPIENTAL

DESCRIPCIÓN DEL REGISTRO
Trazado tomado en UCI con mala modulación en los ritmos de fondo, con pobre progresión de los
mismos, durante todo el estudio presento actividad epileptiforme de puntas generalizadas y punta
onda lenta de 2 cps.

ACTIVIDAD INTERICTAL:
Durante todo el estudio actividad paroxística generalizada epileptiforme de ondas agudas y punta y
onda lenta de 2 cps.

ACTIVIDAD ICTAL:
En el video de las 24 horas no se registra actividad motora , pero en el trazado esta en un status
eléctrico

CONCLUSION:
Videotelemetria de 24 horas en UCI anormal por actividad paroxística epileptiforme generalizada de
ondas agudas y punta onda lenta de 2 cps, configurando un estatus convulsivo eléctrico. La
posibilidad de unas mioclonicas por hipoxia cerebral (encefalopatía hipoxica) síndrome de LANCE
ADAMS es la primera posibilidad, se sugiere manejo ya establecido y ademas utilizar valproato
intravenoso mas levetiracetam intravenoso y / o lacosamida intravenosa, ademas d el goteo de
benzodiacepina. No utilizar fenitoina.

06 de julio de 2016:

HISTORIA CLINICA

DX: SHOCK PARO RESPIRATORIO CONVULSIONES
ESTADO EPILEPTICO MIOCLONICO POST RCP PRESUMEN LANCE ADAMS, SS PARA
EVALUAR ACTIVIDAD CONVULSIVA, EN EL MOMENTO CON MIDAZOLAM EN INFUSION MAS
ACIDO VALPRÓICO.

DESCRIPCIÓN DEL REGISTRO
Trazado tomado en UCI con mala modulación en los ritmos de fondo, con pobre progresión de los
mismos, durante el estudio presento actividad epileptiforme de puntas generalizadas de moderado
voltaje, en relacion a la telemtria del 29 de junio de 2016, hay disminucion de la actividad, pero
persiste con actividad.

ACTIVIDAD INTERICTAL:
Durante el estudio actividad paroxística generalizada epileptiforme de ondas agudas

ACTIVIDAD ICTAL:
En el video de las 24 horas no se registra actividad motora , pero en el trazado esta con actividad
eléctrica de ondas agudas en menor proporción que en el trazado del 29 de junio de 2016.

CONCLUSION:
Videotelemetria de 24 horas en UCI anormal por actividad paroxística epileptiforme generalizada de
ondas agudas. La posibilidad de unas mioclonicas por hipoxia cerebral (encefalopatía hipoxica)
síndrome de LANCE ADAMS es la primera posibilidad, se sugiere manejo ya establecido y ademas
utilizar valproato intravenoso mas levetiracetam intravenoso y / o lacosamida intravenosa.
Benzodiacepina IV. Hay disminución de la actividad en relación al estudio del 29 de junio de 2016.

- Resumen Epicrisis²⁴ donde se evidencias las atenciones médicas en UCIMED y de las cuales se puede extraer lo siguiente:

Fecha de la atención	Tipo de atención	Motivo de consulta y diagnóstico
21/06/2016 10:43 a.m.	UCI	MOTIVO CONSULTA INGRESO A UCI DIAGNOSTICOS 1. CHOQUE DE ORIGEN A DETERMINAR , CARDIOGENICO? VS SEPTICO? 2. ESTADO POST-REANIMACION (2 PARADAS CARDIACAS , AESP, PRIMERO 10 MINUTOS, SEGUNDO 3 MINUTOS) ORIGEN A DETERMINAR 3. DOLOR ABDOMINAL EN ESTUDIO 4. ANTECEDENTE DE DISLIPIDEMIA , EXTABAQUISMO EN LA JUVENTUD INGRESA COMO URGENCIA VITAL, INGRESO AUTORIZADO POR DIRECTORA MEDICA DE CAFESALUD KATUSKA RODRIGUEZ, Y LINA VALENCIA, REFERENCIA DE CAFESALUD. ESTADO GENERAL Y ENFERMEDAD ACTUAL ACTUAL PACIENTE DE 47 AÑOS, G4 P4, ANTECEDENTE DE DISLIPIDEMIA, MANEJO CON MEDIDAS DIETETICAS, EXTABAQUISMO HASTA HACE MAS DE 20 AÑOS, REVISION POR SISTEMAS, REFIERE METRORRAGIAS, SINTOMAS MENOPAUSICOS , DESDE HACE 1 MES DETERIORO DE LA CLASE FUNCIONAL , FATIGA FACIL, NIEGA DOLOR TORACICO U OTROS SINTOMAS, HACE 3 DIAS DOLOR TORACICO OPRESIVO IRRADIADO A MIEMBROS SUPERIORES QUE LA DESPIERTA EN LA MADRUGADA , ACUDE A HOSPITAL LOCAL, REFIEREN QUE SE REALIZA EKG SIN ALTERACION , SE ENVIA AL HOGAR CON DIAGNOSTICO DE ESPASMO MUSCULAR, HACE 48 HORAS DOLOR HIPOGASTRICO, DISTENSION ABDOMINAL , DISURIA, (REFIEREN TRATAMIENTO PARA INFECCION URINARIA HACE 10 DIAS)INGRESA EL DIA DE HOY AL SERVICIO DE URGENCIAS POR CUADRO DE DOLOR ABDOMINAL Y PRESINCOPE, ESTANDO EN EL SERVICION PRESENTA PARADA CARDIORESPIRATORIA PRESENCIADA ACTIVIDAD ELECTRICA SIN PULSO, SE REALIZAN MANIOBRAS DE REANIMACION POR 10 MINUTOS OBTENIENDO RITMO DE PERFUSION , PRESENTANDO NUEVA PARADA CARDIORESPIRATORIA POR 3 MINUTOS, AESP, SE REALIZAN MANIOBRAS DE REANIMACION NUEVAMENTE RITMO DE PERFUSION , HIPOTENSION PERSISTENTE POST PARO SE INICIA DOPAMINA , SE REALIZAN GASES ARTERIALES EN URGENCIAS CON EVIDENCIA DE ACIDOSIS MIXTA SEVERA SE ADMINISTRAN 30 MEQ DE BICARBONATO, Y EVIDENCIA DE HIPOKALEMIA MODERADA, SE INFUNDE POTASIO A DOSIS DE 4 MEQ HOF A, MAS REANIMACION CON CRISTALOIDES, (3500 CC) , SE TRASLADA A UCI COMO URGENCIA VITAL

²⁴ Véase páginas 144 y siguientes del archivo N° 3 del expediente digital.

22/06/2016 08:43 a.m.	UCI	Paciente crítica, intubada y polisoportada. Durante el turno de la noche fue transfundida con 3 unidades de concentrado globular o de plasma fresco congelado con sellos de calidad. Ingresó a UCI como urgencia vital en estado posreanimación 2 paros en AESP – shock distributivo con requerimiento de soporte vasopresor. <u>Sepsis de presunto origen abdominal</u> por historia clínica y marcada activación de respuesta inflamatoria sistémica. <u>Con muy buenos índices cardiaco</u> , acoplada a la ventilación mecánica en modo asistocontrolado. Con parámetros bajos, manteniendo adecuada saturación periférica con control gasométrico sin signo de disfunción pulmonaria. Continua cubrimiento antibiótico de amplio espectro. Ante la limitación de su condición clínica para llevar a estudio tomográfico se debe priorizar ecografía de abdomen.
22/06/2016 02:59 p.m.	UCI	Reporte ecocardiograma.
22/06/2016 05:31 p.m.	UCI	Continua patrón hiperdinámico con shock distributivo.
24/06/2016 12:39 p.m.	UCI	Resultados laboratorio. Disfunción hepática todavía no resuelta.
24/06/2016 06:58 p.m.	UCI	Durante la tarde se comentó la paciente con el centro de referencia de Cafesalud para su traslado. Respondieron que no había disponibilidad de cama en pinares donde además no tienen el recurso tomógrafo y de neurólogo clínico, ni en el HUSJ ni en la clínica del café de Armenia.
28/06/2016 09:30 a.m.	UCI	Resultados hemocultivos 1 y 2 tomados el 21 de junio de 2016 a los 5 días reportados negativos. Pendiente realización de telemetría para evaluación de actividad electroencefalográfica
29/06/2016 07:38 p.m.	UCI	Ronda de intensivista y medicina general. Cursa con evolución favorable, se logra retiro de soporte vasopresor. Pendiente remisión a nivel III para continuar manejo por neurología.
30/06/2016 07:42 a.m.	UCI	RX Portátil de tórax infiltrados alveolares basales derechos, sin derrames. Ciclo antibiótico ya cumplido. Se inició coma barbitúrico. Se insiste en remisión de paciente a red de prestadores de la EPS que cuente con el servicio de UCI y neurología clínica para su atención integral.
02/07/2016 04:59 p.m.	UCI	Día 11 en UCI Presenta picos febriles desde hace 6 días. Plan: Continua monitoria y manejo en UCI Se ajustan parámetros ventilatorios corrección de trastorno electrolítico. Control de densidad urinaria en 6 horas. Vigilancia de SIRS Insistir en traslado a UCI que pertenezca a red de la paciente para manejo por neurología clínica. Pronostico ominoso desde el punto de vista de desenlace funcional neurológico y de supervivencia.
03/07/2016 09:44 a.m.	UCI	Tiene solicitud de su EPS para remisión a UCI en institución que cuente con neurología para manejo integral, sin embargo, aún no se hace efectiva.
03/07/2016 08:17 p.m.	UCI	Continua siendo la principal preocupación su compromiso neurológico. Tiene solicitud de su EPS para remisión a UCI en institución que cuente con neurología para manejo integral, sin embargo, aún no se hace efectiva.
06/07/2016	UCI	Salida Remitido a la ESE HUSJ por orden médica. DATOS DEL EGRESO ▪ PLAN DE SEGUIMIENTO DIAGNOSTICOS ESTADO CONVULSIVO MIOCLONICO, SINDROME DE LANCE ADAMS, ESTADO POST RENIMACION 2 PAROS EN AESP, ENCEFALOPATIA HIPOXICA, SEPSIS SEVERA DE PRESUNTO ORIGEN URINARIO, DISFUNCION ORGANICA MULTIPLE SHOCK CIRCULATORIO DISTRIBUTIVO SEPTICO, FALLA RESPIRATORIA AGUDA, COAGULOPATIA DE CONSUMO, DISFUNCION HEPATICA, ANEMIA CRONICA POR SANGRADO GINECOLOGICO, TRASTORNO HIDROELECTROLITICO, DIABETES INSIPIDA, DISLIPIDEMIA, EXTABAQUEMO, CRITICA, SOPORTE ORGANICO AVANZADO, VENTILATORIO, MODO ASISTIDO CONTROLADO POR VOLUMEN, PARAMETROS ACV, PEEP 8, FIO2 35%, VC 480, FR 20, SINCRONICA, SIN ACTIVIDAD ESPONTANEA, PRESIONES ADECUADAS EN VIA AEREA, SOPORTE CARDIOVASCULAR, NOREPINEFRINA 0.2 MCG KG MIN, ADECUADAS PRESIONES DE PERFUSION, RECINE NUTRICION ENTERAL, ADECUADA TOLERANCIA, CONTROL METABOLICO EN METAS, SIN FIEBRE O RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA, SE RETIRO SEDACION BARBITURICA AYER A LAS 16 HORAS, RECIBIO FENTANIL MAS MIDAZOLAM, RASS -5, ADECUADA CIAPRESIS 2.2, CQ KG HORA, BALANCE NEUTRO PARA CLINICOS GASES ARTERIALES SIN TRASTORNO ACIDO BASE, TRASTORNO LEVE DE ORGENACION ELECTROLITOS SODIO 138, POTASIO 4.4, CLORO 104, CALCIO 1.21, PCR NORMALES PCR ELEVADA 255, HEMOGRAMA LEUCOCITOS 10600, NEUTROFILOS 80%, HB 9.6, PLAQUETAS 539000, LEVE TROMBOCITOSIS, ANEMIA MODERADA HIPOCROMICA EXAMEN FISICO SEDADA RASS -5, VENTILADA, SOPORTE VASORPESOR, ISOSORIA, REACTIVA, REFLEJOS DE TALLO PRESENTES, CUELLO SIN INGUERGITCAION YUGULAR, TORAX SIN AUMENTO DEL TRABAJO RESPIRATORIO, PULMONES HIPOVENTILACION LEVE, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, RITMO SINUSAL, ABDOMEN BLANDO NO EVIDENCIA DE VISCEROMEGALIAS, EXTREMIDADES EDEMA GI, ADECUADA PERFUSION DISTAL, SV TA TA 100/70., FC 99, FR 15, T 37., SAT 96% ANALISIS ESTADO POST REANIMACION, SECUNDARIO A CHOQUE SEPTICO Y DISFUNCION ORGANICA DE PRESUNTO ORIGEN URINARIO, CON HEMOCULTIVOS NEGATIVOS, RECIBIO Y TERMICO CICLO ANTIBIOTICO DE AMPLIO ESPECTRO COMPLETO, ENCEFALOPATIA HIPOXICA Y ESTADO CONVULSIVO MIOCLONICO SECUNDARIO REQUERIMIENTO DE SEDACION BARBITURICA, SOPORTE ORGANICO AVANZADO, CARDIOVASCULAR Y RESPIRATORIO, PERSISTE CRITICA, SOPORTADA, DESDE AYER SIN TIOPIENTAL SIN EVIDENCIA CLINICA DE NUEVAS CONVULSIONES, EN MONITOREO DE VIDEOTELEMETRIA CONTINUA PARA OBJETIVIZAR ACTIVIDAD CONVULSIVA, GASIMETRIA ACEPTABLE, CON MARCADORES INFLAMATORIOS AUN ELEVADOS, SIN FIEBRE, EN CONDICION CRITICA, DE PRONOSTICO RESERVADO, LA FAMILIA ESTA ENTERADA DE LA CONDICION PLAN, SE MANTIENE PLAN DE MANEJO, SOPORTE VIGILANCIA Y MONITOREO, PRONOSTICO RESERVADO DADA LA SEVERIDAD DE SU CUADRO CLINICO, FAMILIA ENTERADA

- Historia Clínica²⁵ donde se evidencias las atenciones médicas en la E.S.E Hospital Universitario San Jorge de Pereira, se puede extraer:

Ingresa el seis (06) de julio de 2016 a las 1:16 p.m., a UCI de la ESE Hospital Universitario San Jorge de Pereira, remitida de UCIMED.

Fecha de la atención	Tipo de atención	Motivo de consulta y diagnóstico
06/07/2016 1:16 p.m.	UCI	Enfermedad ActualFEMENINO 47 AÑOS HOSPITALIZADA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EL 26/06/2016 CONSULTA POR CUADRO DE DOLOR EN TORAX IRRADIADO A MIEMBROS SUPERIORESACTUALMENTE CON Dx - ESTADO CONVULSIVO MIOCLONICO - SINDROME DE LANCE ADAMS- ESTADO POST REANIMACION 2 PAROS - ENCEFALOPATIA HIPOXICA - SEPSIS SEVERA DE PRESUNTO ORIGEN URINARIO - DISFUNCION ORGANICA MULTIPLE - SHOCK CIRCULATORIO DISTRIBUTIVO SEPTICO - FALTA RESPIRATORIA GUIDA - COAGULOPATIA POR CONSUMO - DISFUNCION HEPATICA - ANEMIA CRONICA POR SANGRADO GINECOLOGICO - TRANSTORNO HIDROELECTROLITICO - DIABETES INSIPIDA - DISLIPIDEMIA - EXTABAQUISMO ACTUALEMENTE EN MAL ESTADO GENERAL , ACOPLADA A VENTILADOR , EN TOMA DE VIDEO TELEMETRIA, BAJO SEDOANALGESIA RASS 5 MILAZOLAM Y FENTANILO SOPORTE VASOPRESOR CON NOREPINEFRINA NUTRICION ENTERAL SEGUN NOTA DE REMISION SEPSIS SEVERA DE PRESUNTO ORIGEN URINARIO YA CON ESQUEMA ANTIBIOTICO COMPLETO Y HEMOCULTIVOS NEGATIVOS, REQUIRIO COMA BARBITURICO POR STATUS CONVULSIVO YA MAS DE 24 HORAS SIN MANEJO CON TIOPENTAL Y SIN NUEVOS EPISODIOS CONVULSIVOS, ULTIMAS 24 HORAS SIN PICOS FEBRILES PERO MARCADORES INFLAMATORIOS CONTINUAN POSITIVOS, REMITIDA PARA CONTINUAR SOPORTE. Diagnósticos de ingreso: Epilepsia y síndromes epilépticos sintomáticos relacionados con localizaciones focales parciales. Epilepsia, tipo no especificado. Otros estados epilépticos Estado de mal epiléptico de tipo no especificado. Paro cardiaco con resucitación exitosa. <u>Insuficiencia respiratoria aguda.</u> Convulsiones febriles. Otras convulsiones y las no especificadas. Choque no especificado.
06/07/2016 2:50 p.m.	UCI	Evolucion PACIENTE YANETH LOPEZ DE 47 AÑOS DE EDAD,REMITIDA DE UCIMED, LUGAR AL QUE INGRESO SEGUN HISTORIA CLINICA EL DIA 21/6/2016, TIENE ANTECEDENTE DE DISLIPIDEMIA MANEJADA CON MEDIDAS DIETETICAS. ACUDE AL PARICER POR CUADRO INICIAL DE DOLOR PRECORDIAL CON IRRADIACION A EXTREMIDADES SUPERIORES, TOMARON EKG QUE REPORTAN NORMAL. SE DIE SALIDA ACUDIO POSTERIORMENTE CON DOLOR ABDOMINAL Y SINTOMAS IRRITATIVOS URINARIOS, EN EL SERVICIO DE URGENCIAS EL DIA 21/6/2016 PRESENTO PARADA CARDIACA EN 2 OCASIONES EN RITMO DE AESP, POSTERIORMENTE EN ESTADO DE CHOQUE CON PATRON HEMODINAMICO DISTRIBUTIVO POR LO QUE MANEJAN ADEMAS CON ANTIBIOTICO DE AMPLIO ESPECTRO SOSPECHANDO CONCOMITANCIA DE CHOQUE SEPTICO CONCOMITANTE DE POSIBLE ORIGEN URINARIO O ABDOMINAL, TERMINO MANEJO POR 7 DIAS, HAY REPORTE DE ECOCARDIOGRAMA DE SITIO DE REMISION DEL DIA 22/6/2016 CON FEI CONSERVADA SIN ALTERACIONERS DE LA CONTRACTIBILIDAD, REQUIRIO POLISOPORTE CON NOREPINEFRINA, ADRENALINA Y VASOPRESINA, PRESENTO ESTATUS CONVULSIVO CON MIOCLONIAS GENERALIZADAS QUE NO CEDIO A MANEJO USUAL POR LO QUE LLEVARON A COMA BARBITURICO REPORTE DE VIDEO TELEMETRIA CON ESTATUS CONVULSIVO, REMITEN SEGUN HISTORIA PARA MANEJO POR NEUROLOGIA CLINICA, EN EL MOMENTO REALIZANDOSE NUEVA VIDEO TELEMETRIA, Y EN REPORTE PARCIAL DADO POR VIA VERBAL DE TECNICOS QUE REFIEREN ESPECIALISTA INFORMA QUE CONTINUA PRESENTANDO ACTIVIDAD EPILEPTIFORME. RECIBIMOS A PACIENTE CON SOPORTET VASOPRESOR CON PUPILAS ISOCORICAS DE REACCION LENTA, CON CATETER VENOSO SUBCLAVIO DERECHO SIN ERITEMA EN SITIO DE INSERCCION SE INDICA CAMBIO DE INVASIVOS, HAY POSIBILIDAD DE ENCEFALOPATIA HIPOXICO ISQUEMICA SECUNDARIA A ESTADO POSTREANIMACION, PERSISTE REQUIRIENDO NOREPINEFRINA, Y SEGUN REPORTE VERBAL PERSISTE CON ACTIVIDA DEPILEPTIFORME POR LO QUE SE INDICA AJUSTAR MANEJO ANTICOMICIAL RECIBIDO E INDICADO POR NEUROLOGIA EN SITIO DE REMISION CON LEVETIRACETAM 1 GR IV CAD 8 HORAS Y ACIDO VALPROICO 500 MG CAD 8 HORAS, ADEMAS DE VOLVER A INICIAR COMA BARBITURICO, PUES SE TRATA DE EPILEPSIA REFRACTARIA EN ESTATUS EPILEPTICO, SE CONTINUAR SOPORTE VASOPRESOR, GASTROPROTECCION, TROMBOPROFILAXIS, Y PARACETAMOL DE INGRESO EL PRONOSTICO ES RESERVADO
06/07/2016 5:50 p.m.	UCI	Evolucion PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA CON CLORHEXIDINA, SE POSICIONAN CAMPOS ESTERILES, SE INFILTRA CON LIDOCAINA SIMPLE Y POR MEDIO DE TECNICA DE SELDINGER SE PUNCIONA VENA SUBCLAVIA IZQUIERDA SE PASA GUIA METALICA SIN OBTENER RESISTENCIA, SE PASA DILATADOR Y POSTERIORMENTE SE PASA CATETER BILUMEN, SE COMPRUEBAN PUERTOS, SE DEJAN SALINIZADOS Y PERMEABLES SE FIA CON SEDA 2.0 SE CUBRE CON MATERIAL ESTERIL APOSITO TRANSPARENTE DE BORDE REFORZADO. NO COMPLICACIONES INMEDIATAS, SE SOLICITA RADIOGRAFIA DE TORAX// ADICIONALMENTE SE CAMBIO LINEA ARTERIAL CON TECNICA REDIAL DERECHA, SE REALIZA ASEPSIA Y ANTISEPSIA, SE POSICIONA CAMPO ESTERIL SE REALIZA PUNCION CON YELCO 20 EN ARTERIA REDIAL DERECHA, SE CONECTA A TRANSDUCTOR , SE DEJA FUNCIONAL. SE REALIZA NUEVA LIMPIEZA Y SE FIA Y CUBRE CON MATERIAL ESTERIL APOSITO TRANSPARENTE DE BORDE REFORZADO
07/07/2016 1:37 a.m.	UCI	Evolucion PACIENTE COMPLETA PRIMERAS HORAS DE ESTANCIA EN LA UNIDAD. TOLERA EL SOPORTE VENTILATORIO Y SE ENCUENTRA EN METAS DE TAM GRACIAS A SOPORTE VASOPRESOR. TOLERA TAMBIEN INFUSION DE TIOPENTAL. POR LA GRAVEDAD DEL CUADRO SE RESERVA EL PRONOSTICO. ESTAMOS A LA EXPECTATIVA DE LA EVOLUCION NEUROLOGICA POSTERIOR A RETIRO DE SEDACION EN LAS PROXIMAS 24 H. CONTINUA MANEJO EN UCI ATENTOS A CAMBIOS.
07/07/2016 3:10 a.m.	UCI	Evolucion TERAPIA RESPIRATORIA. PACIENTE EN REGULARES CONDICIONES CLINICAS, BAJO SOPORTE DE SEDOANALGESIA, CON SOPORTE VENTILATORIO MODO AAC PARAMETROS PEEP 6, FIO2 30, VT 470, F 14, ACOPLADA AL MISMO, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, SAO2 97%, A LA AUSCULTACION RUIDOS RESPIRATORIOS DISMINUIDOS EN AMBOS CAMPOS PULMONARES. SE REALIZA RECLUTAMIENTO ALVEOLAR, PERMEABILIZACION DE VIA AEREA POR TOT Y BOCA OBTENIENDO MODERADA CANTIDAD DE SECRECCION MUCOPURULENTA. PACIENTE TOLERA TRATAMIENTO QUEDA ESTABLE EN SU CONDICION CLINICA
07/07/2016 3:10 a.m.	UCI	Evolucion TERAPIA RESPIRATORIA. PACIENTE EN REGULARES CONDICIONES CLINICAS, BAJO SOPORTE DE SEDOANALGESIA, CON SOPORTE VENTILATORIO MODO AAC PARAMETROS PEEP 6, FIO2 30, VT 470, F 14, ACOPLADA AL MISMO, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, SAO2 97%, A LA AUSCULTACION RUIDOS RESPIRATORIOS DISMINUIDOS EN AMBOS CAMPOS PULMONARES. SE REALIZA RECLUTAMIENTO ALVEOLAR, PERMEABILIZACION DE VIA AEREA POR TOT Y BOCA OBTENIENDO MODERADA CANTIDAD DE SECRECCION MUCOPURULENTA. PACIENTE TOLERA TRATAMIENTO QUEDA ESTABLE EN SU CONDICION CLINICA
07/07/2016 11:12 a.m.	UCI	Evolucion PACIENTE EN REGULAR CONDICION GENERAL, AL MOMENTO EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, CON SOPORTE VENTILATORIO MECANICO INVASIVO, BAJO SEDACION, REQUIERE SOPORTE NUTRICIONAL ENTERAL COMO UNICA FUENTE DE ENERGIA Y NUTRIENTES, POR TANTO, SE PROGRAMA SOPORTE NUTRICIONAL ENTERAL POR INFUSION CONTINUA A 20CC/HORA DE GLUCERNA 1.5, INCREMENTAR VELOCIDAD DE INFUSION A FIN DE CUBRIR REQUERIMIENTO NUTRICIONAL A 35CC/HORA. VIGILAR TOLERANCIA Y EVOLUCION, ESTE SERVICIO PERMANECE AL PENDIENTE
07/07/2016 11:15 a.m.	UCI	Formulación de producto nutricional.

²⁵ Véase páginas 127 y siguientes ibidem.

07/07/2016 11:49 a.m.	UCI	Evolucion PACIENTE EN CONDICIONES CRÍTICAS QUIEN SE MANTIENE EN ESTADO EPILEPTICO MIOLÓNICO SUPRARREFRACTARIO, POSIBLE ENCEFALOPATÍA ANÓXICO ISQUÉMICA SECUNDARIO A PARADA CARDIORRESPIRATORIA, EN QUIEN SE INDICA CONTINUAR A COMA BARBITÚRICO HASTA AHORA NO LOGRANDO, POR LO QUE SE AJUSTAN DOSIS DE TIOPENTAL Y BENZODIAZEPAM AL LLEGAR A DOSIS MÁXIMA Y NO SE OBTIENE CONTROL CLÍNICA DE LA CRISIS CONVULSIVA SE INDICA INICIAR KEETAMINA **** SE AJUSTA MANEJO ANTICONVULSIVANTE SEGUN LO INDICANHO POR NEUROLOGÍA CLÍNICA ASÍ LEVETIRACETAM 1000 MG IV CADA 8 H Y ACIDOVALPROICO 500 MG IV CADA 8 H, PREOCUPA ELEVACIÓN DE TRANSAMINASAS, POR LO QUE SE PIDE CONTROL SI HAY UN AUMENTO MAYOR DEL 10% DE ESTAS SE INDICA SUSPENDER POR PARTE DE NEUROLOGÍA ACIDO VALPROICO E INICIAR LACOSAMIDA SE SOLICITA VIDEOTELEMETRIA EN 24 H URGENTE ***** EN TOTAL ACUERDO CON NEUROLOGIA SE INDICA REALIZAR TOMOGRAFIA DE CRÁNEO SIMPLE CONTROL, PREVIA REALIZADA EL 24 DE JUNIO EN LA QUE NO SE EVIDENCIAN COLECCIONES INTRA O EXTRAAXIALES, CON ADECUADA DIFERENCIACIÓN CORTICO SUBCORTICAL, SISTEMA VENTRICULAR DE TAMAÑO Y FORMA NORMAL, ROSA POSTERIOR SIN ALTERACIONES. ***** PACIENTE SEGUN NOTA DE REMISIÓN QUE MANEJADA Y TRATADA POR CHOQUE SÉPTICO DE ORIGEN URINARIO APARENTEMENTE RESULTA SIN EMBARGO PACIENTE SE MANTIENE AUN DEPENDIENTE DE SOPORTE VASOPRESOR COPN NOREPINEFRINA A DOSIS HAJAS, CON LEUCOCITOSIS IMPORTANTE, PCR ELEVADA, EVIDENCIA DE SECRECIONES PURULENTAS POR TOT, CON RX DE TÓRAX EN LA QUE SE EVIDENCIA INFLTRADO BASAL IZQUIERDA CON TENDENCIA A CONSOLIDACIÓN, CVC EN UNIÓN ATRIO - CAVA, SIN EVIDENCIA DE PNEUMOTÓRAX. POR LO QUE SE DECIDE TOMA DE PROCALCITONINA, HEMOCULTIVOS, UROCULTIVO, CULTIVO DE SECCIÓN OROTRAQUEAL. REVALORAR CON REPORTE DE PROCALCITONINA PARA DEFINIR INICIO DE NUEVO CICLO ANTIBIÓTICO. **** *** DE LA MISMA MANERA Y TENIENDO EN CUENTA ANTERIORE DE DOLOR TORÁCICO CON POSTERIOR PARADA CARDIORRESPIRATORIA EN AESP SE SOLICITA ECG CARDIOGRAMA TT ***** HIPOCALCEMIA POR LO QUE SE ADICIONA GLUCONATO DE CALCIO AL MANEJO, PORTASIO Y SODIO NORMALES, SIN CONOCIMIENTO DE OTROS ELECTROLITOS, BUN ELEVADO POR LO QUE OPTIMIZAMOS APORTE DE LIQUIDOS ENDOVENOSOS, SE SOLICITA CLORO, MAGNESIO Y CONTROL DE CALCIO. **** PACIENTE DEPENDIENTE DE VENTILACIÓN MECÁNICA CON PARÁMETROS BAJOS, SIN TRASTORNO DE LA OXIGENACIÓN, EN EQUILIBRIO ÁCIDO BASE. **** MEABÓLICAMENTE ESTABLE, SE INDICA INICIAR SOPORTE NUTRICIONAL.
07/07/2016 1:05 p.m.	UCI	Evolucion PACIENTE GENERO FEMENINO 48 AÑOS DE EDAD, CON SEDOANALGESIA, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, CON SOPORTE VENTILATORIO EN MODO A/C CON LOS SIGUIENTES PARAMETROS VENTILATORIOS PEEP6CMH2O FIO2 30% VT 350 PISO IDEAL 45 VENTILADA A 8ML/KG PESO FR 14RESP/MIN FLUJO 80 SENSIBILIDAD 2LXMIN R DE 1:3A LA AUSCULTACION MORMULLO VESICULAR PRSENTE EN AMBOS CAMPO PULMONARES SIN RUIDO SOBREGREGADO, REALIZO MONITOREO VENTILATORIO PERMEABILIZACION DE LA VIA AEREA CAMBIO DE FIJACION Y FILTRO, QUEDA PACIENTE ESTABLE SATURANDO 95%
07/07/2016 10:52 p.m.	UCI	Evolucion ENCUENTRO PACIENTE EN APARENTES CRÍTICAS CON CONDICIONES CLINICAS, BAJO SOPORTE DE SEDOANALGESIA CON SOPORTE DE PENTOTAL, CON SOPORTE VENTILATORIO MODO A/C PARAMETROS PEEP 6, FIO2 30, VT 360, F 14, ACOPLADA AL SOPORTE VENTILATORIO, SIN AUMENTO DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, A LA AUSCULTACION RUIDOS RESPIRATORIOS DISMINUIDOS EN AMBOS CAMPOS PULMONARES. SE REALIZA RECLUTAMIENTO ALVEOLAR, PERMEABILIZACION DE VIA AEREA POR TOT Y BOCA OBTENIENDO MODERADA CANTIDAD DE SECRECION MUCOPURULENTA. PACIENTE TOLERA TRATAMIENTO QUEDA ESTABLE EN SU CONDICION CLINICA.
08/07/2016 01:46 a.m.	UCI	Evolucion PACIENTE CON CUADRO CONVULSIVO SUPERREFRACTARIO, REQUIER MANEJO CON LEVETIRACETAM ACIDO VALPROICO ENDOVENOSOS, EN ESTADO POSTPARO CON RIESGO DE ENCEFALOPATIA ANOXISQUEMICA, MAL PRONOSTICO NEUROLOGICOM, EN REPORTE DE PRACLINICOS DE CONTROL SE OBTUVO, CALCIO DE 0.97, K 4.3, MANGESIO DE 2.1 NORMAL, SE INDICA SUSPENDER CALCIO, PO OTRA PARTE HAY CLORO EN 115 SE INDICA CAMBIO DE LIQUIDOS INTRAVESOS, HAY DISMINUCION DEL VALOR DE LAS TRANSAMINASAS POR LO QUE SE INDICA CONTINUAR ACIDO VALPROICO Y CONTROL DE FUNCION HEPATICA, ADICIONALMENTE POR SOSPECHA DE CUADRO INFECCIOSO ASOCIADO SE INDICO CULTIVOS, PENDIENT REPORTES, AHORA IGUAL PLAN DE MANEJO
08/07/2016 01:00 p.m.	UCI	Evolucion PACIENTE DE 47 AÑOS, QUIEN INGRESA REMITIDO, POR STATUS EPILEPTICO SUPER REFRACTARIO, ACTUALMENTE SIN MOVIMIENTOS TONICO, ESTA EN TRATAMIENTO CON TIOPENTAL Y MIDAZOLAM. ADEMAS LEVETIRACETAM Y ACIDO VALOPROICO, SE DEBE CONTINUAR CON IGUAL TRATAMIENTO EN EL MOMENTO, NO SE DISPONE DE RESULTADO DE ULTIMA TELEMETRIA. REQUIERE CONTROL DE TELEMETRIA, YA QUE EL HECHTO NO OBSERVAR MOVIMIENTOS TONICOS NO DESCARTA EL CIESE DE LA ACTIVIDAD EPILEPTOGENICA. DEBE CONTINUAR MENEJO INTEGRAL EN UCI.
08/07/2016 03:41 p.m.	UCI	Evolucion PACIENTE CON DIAGNOSTICOS DE 1. ESTATUS EPILEPTICO SUPERREFRACTARIO 2. SÍNDROME POST REANIMACIÓN 3. ENCEFALOPATÍA ANOXO-ISQUEMICA? 4. ESTADO DE CHOQUE DISTRIBUTIVO A ESTUDIO 5. SEPSIS DE ORIGEN A ESTABLECER // QUIEN HA ESTADO CON TENDENCIA A ESTABILIDAD HEMODINAMICA CON TENDENCIA A NORMOTENSION CON NOREPINEFRINA, METABOLICO CON LEVE TENDENCIA HIPOGLUCEMIA QUE SE MANEJA, RENAL EN METAS, INMUNOLOGICO CON LEUCOCITOSIS EN DESCENSO, SIN NEUTROFILIA, SIN FIEBRE Y EN ESPERA DE REPORTE DE CULTIVOS, AZOADOS EN DESCENSO, ELECTROLITOS NORMALES, PRUEBAS HEPATICAS EN DESCENSO, NEUROLOGICO BAJO SEDACION, NO HA VUELTO A CONVULSIONAR. GASIMETRICAMENTE SIN TRASTORNO DE OXIGENACION, SIN ACIDOSIS. PRONOSTICO MUY RESERVADO.
08/07/2016 04:00 p.m.	UCI	Evolucion PACIENTE EN SEGUIMIENTO NUTRICIONAL, QUIEN POR CONDICION CLINICA ACTUAL REQUIERE CONTINUAR CON SOPORTE NUTRICIONAL ENTERAL COMO FUENTE DE ENERGIYA Y NUTRIENTES, SE OPTIMIZAN APORTES, SE PROGRAMA SOPORTE NUTRICIONAL ENTERAL POR INFUSION CONTINUA A 35CC/HORA DE GLUCERNA 1.5. VIGILAR TOLERANCIA Y EVOLUCION, ESTE SERVICIO PERMANECE AL PENDIENTE.
09/07/2016 09:44 p.m.	UCI	Evolucion PACIENTE DE 47 AÑOS, QUIEN INGRESA REMITIDO, POR STATUS EPILEPTICO REFRACTARIO. CON TIOPENTAL Y MIDAZOLAM. LEVETIRACETAM Y ACIDO VALOPROICO, SECUNDARIO A ENCEFALOPATIA HIPOXEMICA. SE DISMINUYE EL BARBITURICO E INICIA NUEVAMENTE EPISODIOS CONVULSIVOS MANIFESTADOS EN NISTAGMUS Y APERTURA Y CIERRE DE PAPIADOS CON ESTABILIDA HEMODINAMICA ADECUADA DIURNIS SOPORTE VENTILATORIO ALTO. PICOAS FEBRILIS. TOLERAN NUTRICION ENETRAL.
10/07/2016 08:49 a.m.	UCI	Evolucion PACIENTE CON DIAGNOSTICOS DE 1. ESTATUS EPILEPTICO SUPERREFRACTARIO 2. SÍNDROME POST REANIMACIÓN 3. ENCEFALOPATÍA ANOXO-ISQUEMICA? 4. ESTADO DE CHOQUE DISTRIBUTIVO A ESTUDIO 5. SEPSIS DE ORIGEN A ESTABLECER // QUIEN SE LE REALIZO DESTETE DE SEDACION PRESENTANDO NUEVAMENTE CON VULSIONES POR LO QUE SE REINICIA SEDOANALGESIA, EN EL MOMENTO SIN CONVULSIONES, PUPILAS DE 3 MM DIAMETRO HIPOREACTIVAS. HEMODINAMICAMENTE ESTABLE. CONTENDENCIA A NORMOTENSION CON NOREPINEFRINA SIN TILERAR DISMINUCION. METABOLICO PERSISTE CON TENDENCIA HIPOGLUCEMIA, RENAL EN METAS, INMUNOLOGICO SIGUE CON LEUCOCITOSIS ESTACIONARIA SIN NEUTROFILIA, AYER PRESENTO FIEBRE, AUN EN ESPERA DE REPORTH DE CULTIVOS. ELECTROLITOS CON HIPOKALEMIA LEVE, NEUROLOGICO BAJO SEDACION RASS -5, NO HA VUELTO A CONVULSIONAR. GASIMETRICAMENTE SIN TRASTORNO DE OXIGENACION, SIN ACIDOSIS. SE EVALIARAN LOS SIGNOS DE SIRS PARA DEFINIR ANTIBIOTICOS. PENDIENTE TOMA DE VIDEOTELEMETRIA. PRONOSTICO MUY RESERVADO.
11/07/2016 09:21 p.m.	UCI	Evolucion PACIENTE DE 47 AÑOS, QUIEN INGRESA REMITIDO, POR STATUS EPILEPTICO REFRACTARIO. CON TIOPENTAL Y MIDAZOLAM. LEVETIRACETAM Y ACIDO VALOPROICO, SECUNDARIO A ENCEFALOPATIA HIPOXEMICA. SE DISMINUYO EL BARBITURICO E INICIA NUEVAMENTE EPISODIOS CONVULSIVOS. PACIENTE CONTINUA EN COMA BARBITURICO, CON ESTABILIDA HEMODINAMICA APOYO VASOACTIVO. ADECUADA DIURESIS. SOPORTE VENTILATORIO ALTO. CONTROL GLUCEMICO. TOLERA NUTRICION ENETRAL. SE REALIZA CAMBIO DE ANTIBIOTICO POR AMPICILINA SULBACTAM DIRECCIONADO POR INFECTOLOGIA* SE TITULA VASOACTIVOS
12/07/2016 10:52 p.m.	UCI	Evolucion EN LA NOCHE CONTINUA EN CONDICION CRITICA, BAJO SEDACION BARBITURICA, ADEMAS MIDAZOLAM Y MANEJO CON 3 ANTICONVULSIVANTES (A VALPROICO + LACOSAMIDA + LEVETIRACETAM), A PESAR DE TODO LO CUAL AUN DE FORMA OCASIONAL PRESENTA MOVIMIENTOS DE PARPADOS Y VERSION OCULAR REQUIERE DE SOPORTE VASOPRESOR PARA MANTENER CIFRAS DE TA ADECUADAS. SOPORTE VENTILATORIO EN MODO A/C. PARAMETROS INTERMEDIOS CON INDICES DE OXIGENACION ADECUADOS. PRONOSTICO RESERVADO
13/07/2016 03:20 p.m.	UCI	Evolucion PACIENTE EN APARENTES REGULARES CONDICIONES CLINICAS, BAJO SEDACION Y TIOPENTAL, NO INTERACCION CON EL MEDIO, ESTA CON SOPORTE VENTILATORIO MINIMO EN MODO A/C, PEEP: 5, FIO2: 30%, VTE: 350, F: 8, EN AUTOFLOW, ACOPLADO AL MISMO, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, A LA AUSCULTACION MURMULLO VESICULAR RUDO CON ALGUNOS RONCUS EN ANTERIORES. SE REALIZA ACCELERACION DE FLUJO ESPIRATORIO, RECLUTAMIENTO ALVEOLAR, PERMEABILIZACION DE VIA AEREA ARTIFICIAL OBTENIENDO SECRECIONES MUCOPURULENTAS EN MODERADA CANTIDAD PRO TOT Y ABUNDANTES POR BOCA, SE CAMBIA FIJACION SIN COMPLICACIONES, PACIENTE EN APARENTES REGULARES CONDICIONES CLINICAS. GRACIAS.

14/07/2016 08:06 p.m.	UCI	Evolucion PACIENTE DE 47 AÑOS, QUIEN INGRESA REMITIDO POR STATUS EPILEPTICO REFRACTARIO. CON TIOPENTAL Y MIDAZOLAM LEVETIRACETAM Y ACIDO VALPROICO. SECUNDARIO A ENCEFALOPATIA HIPOXEMICA. SE DISMINUYO EL BARBITURICO E INICIA NUEVAMENTE EPISODIOS CONVULSIVOS. SE INICIO LACOSAMIDA PERO CONTINUA CON EPISODIOS CONVULSIVOS. PACIENTE EN COMA BARBITURICO. CONTINUA CON MANIFESTACIONES CONVULSIVAS. CON ESTABILIDA HEMODINAMICA REQUIRIENDO AUMENTO DE VASOACTIVO. POLIURICA. SOPORTE VENTILATORIO ALTO. CONTROL GLUCEMICO. TOLERA NUTRICION ENTERAL. SE COMENTA CONDICIONES CON LA FAMILIA NO DESEAN REALICE TRAQUEOSTOMIA. NO OTRAS MANIOBRAS QUE PROLONGUEN SU EXISTENCIA. NO PERMITEN REANIMACION.
15/07/2016 11:59 p.m.	UCI	Evolucion ENCUENTRO PACIENTE EN APARENTES CRITICAS CONDICIONES CLINICAS, BAJO SOPORTE DE ANALGESIA, CON SOPORTE DE PENTOTAL, CON SOPORTE VENTILATORIO MODO A/C PARAMETROS PEEP 5, FIO2 30, VT 4200, FR 12 AUTOFLOW, ACOPLADA AL SOPORTE VENTILATORIO, SIN AUMENTO DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, A LA AUSCULTACION RUIDOS RESPIRATORIOS DISMINUIDOS EN AMBOS CAMPOS PULMONARES. SE REALIZA RECLUTAMIENTO ALVEOLAR, PERMEABILIZACION DE VIA AEREA POR TOT Y BOCA OBTENIENDO MODERADA CANTIDAD DE SECRECION MUCOPURULENTE. PACIENTE TOLERA TRATAMIENTO QUEDA ESTABLE EN SU CONDICION CLINICA.
20/07/2016 01:00 p.m.	UCI	Evolucion PACIENTE EN CRITICAS CONDICIONES CONECTADA A VM CON PARAMETROS MINIMOS MODO A/C FIO2 30 PEEP 5 IMV 8 ACOPLADA AL VM SAO2 90% A LA AUSCULTACION AS CS PS BIEN VENTILADOS, SE ASPIRAN SECRECIONES MUCOSAS EN ESCASA CANTIDAD POR T.O.T. POR BOCA MUCOSAS MODERADAS, PACIENTE TOLERA TRATAMIENTO QUEDA ESTABLE EN SU CONDICION
20/07/2016 04:13 p.m.	UCI	Declaración de muerte por falla multisistémica.

- Historia Clínica²⁶ aportada por Cafesalud EPS en liquidación de la cual se extrae lo siguiente:

Fecha de la atención	Tipo de atención	Motivo de consulta y diagnóstico
05/08/2010 03:09 p.m.	Consulta Externa	Motivo de Consulta MC DOLOR BAJITO DOLOR EN DEDOS MANO DERECHA Enfermedad Actual REFIERE QUE TIENE DE UNA SEMANA DOLOR BAJITO NIEGA SINTOMAS URINARIOS NIEGA SINTOMAS GINECOLOGICOS NIEGA FLUJO GENITAL FUM JULIO 22 DE 2010 ULTIMA CITOLOGIA CERVICOVAGINAL ABRIL 20 DE 2010 NEGATIVO PARA NEOPLASIA INFLAMACION MODERADA TAMBIEN SE QUEJA DE DOLOR EN DEDOS MANO DERECHA 3-4 Y 5 NIEGA TRAUMAS NO EDEMAS NO ERITEMAS AP CIRUGIA DE HERNIA INGUINAL DERECHA A LOS 6 AÑOS DE EDAD.
14/08/2010 07:06 a.m.	Consulta Externa	Motivo de Consulta Dolor bajito Enfermedad Actual Desde hace 15 días por dolor en hipogastrio más en horas de la mañana dura varios minutos sin diarrea sin vomito sin fiebre. sin cambios en orina. sin cambios en habito intestinal. De agosto 2010 hemograma HB 13 P.O. y coprológico... normales

4.3. Dictamen pericial

4.3.1. Dictamen aportado por la parte demandante y rendido por el doctor Juan Nepomuceno Morales Gómez, médico y cirujano, el día 07 de mayo de 2018 (página 27 y siguientes del archivo N° 7 del expediente digital):

²⁶ Documento N° 38 del expediente digital

I. ANTECEDENTES FÁCTICOS Y DESCRIPCIÓN:

"CASO:YANETH GALLEGO LOPEZ CC 41.917.218 EDAD: 47 AÑOS

ANTECEDENTES PERSONALES:

Metrorragias, Infección de vías urinarias, Dislipidemia, Tabaquismo en la juventud, Defecto de refracción, Herniorrafia inguinal.

Se realiza análisis pormenorizado de la documentación probatoria aportada consistente en Resumen de Historia Clínica del manejo ambulatorio en E.S.E. HOSPITAL DE SANTA MONICA, UCIMED y HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE.

HALLAZGOS:

1. Los registros médicos correspondientes a las atenciones brindadas a esta paciente en las fechas anotadas (9/02/16 – 30/03/16 – 1/04/16 – 3/05/16 – 6/05/16 y 7/06/16) no se encuentran datos significativos que puedan relacionarse con la evolución y desenlace de su enfermedad. Se relacionan con controles nutricionales y una toma de citología vaginal. Un control médico ambulatorio por cervicalgia intermitente.
2. El proceso de la patología que la lleva a su deceso se registra desde el 19/06/16 (5:13 p.m.) en la atención médica ambulatoria, por dolor abdominal y distensión asociado a síntomas urinarios y anemia. Se solicitaron paraclínicos (no informados) y se manejó de manera ambulatoria con antibióticos y ranitidina.
3. A las 3:12 a.m. (NO HAY FECHA) asiste por Urgencias por cervicalgia, dolor en arcos costales, dolor en los senos, leve distensión abdominal. Dan de alta con Dx de Osteocondropatía, manejo con analgésicos, anti inflamatorio relajante muscular – Signos de alarma.
4. Reingresa a las 3:20 a.m. (8 minutos después ¿?) por urgencias con dolor precordial. Se toma EKG y Troponinas (No hay informe de resultados). Administran Ranitidina, Solución salina, Dipirona, Dexametasona y dan salida.
5. Reingresa el 21/06/16 a las 6:44 a.m. presentó desmayo (pérdida de conciencia de aprox 10 min) y dolor abdominal, hipotensa, con globo vesical. Pasan sonda vesical y gástrica. La nota de enfermería a las 6:59 a.m. refiere paciente inconciente, diaforética con debilidad en tono muscular y palidez cutánea. A las 8:45 a.m. se observa pálida, diaforética, sin pulso, se traslada a sala de RCP, activa código azul, presenta 2 paros cardio-respiratorios, se realiza cardioversión y se traslada a UCIMED SANTA MONICA en muy regulares condiciones generales.
6. Se ingresa a UCIMED desde el 21/06/16 donde se maneja durante 16 días hasta el 6/07/16 presentando deterioro progresivo con falla multisistémica, encefalopatía con status convulsivo.

mioclónico superrefractario. Continúa con evolución tórpida y mala evolución neurológica. Con deterioro severo de sus condiciones clínicas desde el 18/07/16 hasta el 20/07/16 día en que fallece.

8. El 15/06/16 la familia firmó el desistimiento informado de maniobras invasivas.

CONCLUSIONES:

1. Faltan datos cronológicos o estos son inconsistentes, luego de la atención del 19/06/16 (5:13 p.m.), reingresó a las 3:12 a.m. (del 20/06/16?), luego reingresa a las 3.20 a.m. (8 min. Después?) con dolor precordial. Porqué no se dejó en observación. No hay reporte de EKG ni de Troponinas.
2. Reingresó el 21/06/16 a las 6:44 a.m. (3 horas y 24 min después), a las 6:59 a.m. la nota de enfermería refiere que está inconciente y diaforética y sólo hasta las 8:45 a.m. (una hora y 45 min después) se registra que la paciente está pálida, diaforética, sin pulso, activan el código azul y la trasladan a sala de reanimación donde le inician maniobras de RCP, presenta 2 paros cardiorrespiratorios, le practican cardioversión logrando revertir el paro. Los tiempos de reacción fueron muy largos lo cual pudo haber contribuido a la complicación presentada.
3. Se trasladó a UCIMED desde el 21/06/16, donde estuvo hospitalizada 16 días sin disponer de Neurólogo clínico, Infectólogo, Cardiólogo, Endocrinólogo, Neumólogo, entre otros. Porqué se esperó tanto tiempo, considerando las complicaciones que fueron agravando las condiciones de la paciente, para ser trasladada a otra UCI con mayores recursos.

4. En los atributos de la calidad se puede observar que fueron afectados todos ellos: la **accesibilidad** porque el usuario no pudo utilizar de manera integral los servicios de salud. La **oportunidad** por los tiempos inadecuados para su debida atención. La **seguridad** porque no se minimizaron los riesgos para los eventos adversos que se presentaron en el curso de su atención, siendo además la seguridad del paciente el principal componente de la resolución 2003 del 28 de mayo de 2014. La **pertinencia** porque no se garantizaron todos los recursos requeridos para la atención de la paciente. La **continuidad** para que existiera una secuencia lógica y racional de las actividades basadas en el conocimiento científico y sin interrupciones innecesarias y la **satisfacción del usuario** porque no sólo se afectó la condición de la salud de la paciente, que la condujo a la muerte, si no también a su entorno familiar.
5. Finalmente se puede concluir que se presentaron fallas muy importantes en la prestación de los servicios de salud a la Sra YANET GALLEGO LOPEZ, que incidieron de manera desfavorable en el desenlace de su enfermedad.

4.3.2. De conformidad con el artículo 220 de la Ley 1437 de 2011, en audiencia del 21 de julio de 2021, se dio la contradicción del dictamen aportado por la parte demandante y rendido por el doctor Juan Nepomuceno Morales Gómez y de la cual se permite extraer lo siguiente:

“... Soy médico y cirujano de la universidad de Caldas desde hace 33 años y tengo como especialidad desde el año 2000 especialista en auditoría y gerencia de la calidad...”

inicia interrogatorio el apoderado de la parte demandante.

Preguntado. cuénteles al despacho, una vez revisada la historia clínica de doña Yaneth, usted que concluye. **Contestado.** después de revisada la historia clínica, **los hallazgos están relacionados principalmente con los tiempos en la atención y con la oportunidad que se dio para los diferentes momentos en las condiciones clínicas en que llegó la paciente, especialmente después de una atención realizada el 19 de junio a las 5:13 de la tarde que fue de carácter ambulatorio por un dolor abdominal y síntomas urinarios y anemia;** después de eso, aparece una hora, de la cual no encontré fecha determinada, de las 3:12 am, en el servicio de urgencias, por temas cervicalgia, dolor en arcos costales, en los senos y una leve distensión abdominal, a esta paciente que consultó a esa hora de la madrugada se le dio salida simplemente con una osteopatía de manejo de analgésicos, antiinflamatorios, relajantes musculares y se le advirtieron unos signos de alarma, lo que llama la atención en los tiempos de las 3:12 am es que 8 minutos después de haber salido, regresó en muy poco tiempo, volvió a consultar por el mismo servicio de urgencias pero por un dolor precordial, a la paciente se le toma un electrocardiograma, **no encontré el informe de los resultados en la historia clínica que me administraron,** pero le administraron ranitidina, solución salina, dipirone y dexametazona, y le dieron salida; esta paciente reingreso el 21 de junio a las 3:24 am, presentó un desmayo con pérdida de conciencia de más o menos 10 minutos, con dolor abdominal, hipotensa, le pasaron una sonda vesical y una sonda gástrica, la nota de enfermería que es de las 6:59 am refiere que la paciente esta inconsciente, diaforética, con debilidad en el tono muscular y palidez total. A las 8:45 am, o sea hora y 45 minutos después, de acuerdo a la historia clínica dice que la paciente esta pálida, diaforética **y sin pulso y por eso es pasada para reanimación cardio pulmonar con código azul,** donde presenta dos paros cardiorespiratorios y le realizan cardioversión y logra salir de esta condición y la trasladan a UCIMED de Santa Mónica. Ahí la primera observación que se hace es en los tiempos, una paciente que en horas de la madrugada desde las 3:12 de madrugada y luego a las 3:20 de la madrugada, llega con un dolor precordial, es una paciente candidata a que se deje en observación, sin embargo a las 3:20 am se le dio salida para la casa, regresando en las horas de la mañana y regresó con una condición ya

muy delicada y con hipotensión arterial y fuera de eso después de la nota de enfermería de las 6:59 de la mañana, hora y 45 minutos después esta paciente seguía tan mal que tuvieron que hacerle reanimación y después pasarla a UCIMED. **Aquí evidentemente lo que se observa, es que los tiempos de atención no fueron adecuados en una paciente que desde la primera vez que consulta por urgencias en horas de la madrugada, se debió haber dejado en observación para detectar cualquier cambio.** Luego esta paciente ya en UCIMED estuvo en la UCI desde el 21 de junio, durante 16 días, hasta el 06 de julio, donde su deterioro siempre fue progresivo, presentando una falla multisistémica, **con una encefalopatía y un estatus epiléptico, en la historia incluso se anota que no se cuenta con el especialista que la paciente requiere para su manejo diario, este tiempo de los 16 días que estuvo en UCIMED, pues yo creo que fue demasiado tiempo y con un deterioro progresivo y sin contar con todo el curso de personal especializado en la UCI para seguir atendiendo esta paciente,** que fue remitida, precisamente, el 06 de julio a un nivel de mayor complejidad, a la UCI de HUSJ, en donde se inició el manejo correspondiente por el neurólogo y todo eso. **Básicamente lo que encontré en esta parte que les acabo de mencionar, es que no hubo una oportunidad adecuada en la atención, no hubo una pertinencia tampoco para el manejo que se le debió de haber dado con el concurso del especialista, ya sea el infectólogo, el neurólogo, el cardiólogo,** no se si esta paciente había presentado un infarto del miocardio desde el momento en que consultó por el dolor precordial al servicio de urgencias. En todo caso lo que se evidencia es que hubo demasiado tiempo entre su primera consulta y su remisión a la UCI del HUSJ.

Inicia interrogatorio el apoderado judicial de la ESE Hospital Santa Mónica de Dosquebradas.

Preguntado. por favor hágale una descripción al despacho de manera precisa y para efectos de su procedencia y su calificación, conforme al artículo 226 del CGP, usted tiene publicaciones relacionadas con la materia del peritaje, en los últimos 10 años. **Contestado.** no doctor. **Preguntado.** cuando usted dice que es médico y cirujano de la universidad de Caldas, usted tiene la especialidad de cirujano. **Contestado.** el título con el que salimos es médico cirujano, como lo puedo demostrar con mi diploma y con mi certificado del Ministerio de Salud, pero no tengo especialidad en cirugía, mi especialización es en auditoría de salud y gerencia de la calidad. **Preguntado.** usted como médico del seguro social, indíquenos en que servicios trabajo y de que años a que años. **Contestado.** yo trabajé desde 1990, hasta el 2010 cuando se pasó de seguro social a ESE Rita Arango Álvarez del Pino, fui médico general en consulta externa, coordinado médico y fui gerente del seguro social de acá de maraya. **Preguntado.** indíqueme al despacho si usted tuvo la historia clínica integral de la paciente, es decir, de que fecha a que fecha y de que entidades de salud tuvo presente la historia clínica de la paciente. **Contestado.** no tengo el número de folios, pero sí revise la historia clínica de la ESE Hospital Santa Mónica, UCIMED y de la ESE HUSJ. **Preguntado.** de esa historia clínica usted puede certificarle a esta audiencia que es la historia clínica integral que se aportó con la contestación de la demanda. **Contestado.** sí. **Preguntado.** como obtuvo esa historia clínica. **Contestado.** fueron los documentos que me aportó el apoderado para poder hacer la revisión del caso. **Preguntado.** en estos momentos tiene usted ahí la historia clínica del Hospital Santa Mónica. **Contestado.** sí. **Preguntado.** cuantos folios contiene esa historia clínica. **Contestado.** 31 folios. **Preguntado.** aparte de esa historia clínica que otros componentes tiene. **Contestado.** no tengo otros componentes de la historia clínica. **Preguntado.** infórmele al despacho si usted conoció los motivos de deceso de la paciente. **Contestado.** **no hay una nota de una necropsia para poder determinar finalmente cual fue la causa de la muerte,** la paciente si hizo una falla de tipo multisistémico que no está determinado en la historia clínica, porque como le digo no hubo, no hay datos de que se hubiera hecho una necropsia para determinar finalmente todo lo que paso. **Preguntado.** usted en las conclusiones de su dictamen deja en el numeral 3 “se trasladó a UCIMED donde se deja hospitalizada 16 días” y su dictamen médico y la experiencia que usted tiene, una falla multiorgánica como la que presentó la paciente, puede darse por un dolor precordial. **Contestado.** sí claro, se puede dar

por un dolor precordial, por una sepsis, que es lo otro que no se determinó, la paciente inicialmente tenía síntomas de una infección urinaria que no encontré la documentación, pero fue manejada como tal con antibióticos, entonces puede haber desde una sepsis hasta una falla multisistémica derivada de una alteración hemodinámica importante por temas de tipo cardiovascular. **Preguntado.** en que servicio fue atendida la paciente por parte de la ESE Hospital Santa Mónica de Dosquebradas. **Contestado.** en el servicio de urgencias y en UCIMED, inicialmente en la parte ambulatoria que hace parte de los mismos servicios de consulta externa que tiene el Hospital de Santa Mónica. **Preguntado.** usted en el numeral 1 de sus conclusiones dice: “consulta 8 minutos después con dolor precordial y no se sabe porque no se dejó en observación”, usted conoce la guía para el manejo de urgencias para la época de los hechos del Ministerio de la Protección Social. **Contestado.** pues claro, siempre influye la experiencia clínica, yo trabaje más de 8 o 10 años en los servicios de urgencias, y un paciente que llega con un dolor precordial, mucho más en las horas de la madrugada, no hay un reporte o no encuentro un informe de los resultados de ese ingreso a las 3:12 de la madrugada del electrocardiograma realizado a esa paciente, pues se le administró ranitidina, solución salina, dipirona y dexametazona **y le dieron salida**, entonces no se en que parte dice que un paciente que llegue con esta sintomatología no sea pertinente su observación, máxime cuando llega con un dolor precordial a esa hora de la madrugada, yo creo que es de juicio clínico entender que los pacientes pueden modificarse en cuestión de minutos, inclusive su condición clínica y por esa razón darles de alta a esa hora. **Preguntado.** usted conoce cual era la guía para ese momento de urgencias. **Contestado.** ese protocolo siempre se ha tenido durante muchísimos años en este caso de pacientes. **Preguntado.** usted en que norma, protocolo o guía de atención se basó para rendir su dictamen. **Contestado.** yo pienso que acá no solamente el tema de la norma, como yo lo acabe de exponer en esta audiencia, yo llevo 33 años y por lo menos 10 años trabaje en los servicios de urgencias del seguro social, de la clínica Risaralda y de la Cruz Verde, en todo este tiempo la experiencia misma, nos dice de la precaución que hay que tener y la responsabilidad cuando ocurren estos síntomas, que advierten o ponen en alerta de la posibilidad de un problema delicado y grave, como puede ser un infarto del miocardio, **tan es así que en el servicio de urgencias se tomó un electro y unas troponinas**, que como lo digo en el informe pericial, no encontré los resultados y al parecer, puesto que a la paciente no la dejaron y le dieron salida, hay cambios en el electrocardiograma que no se presentan de manera inicial cuando ocurre un evento de estos. **Entonces lo que llama la atención es que esta paciente el 21 de julio a las 6:24 reingreso y a las 8:45 hubo que hacerle reanimación cardiopulmonar por dos paros cardiacos.** Yo simplemente advierto esto también en razón a la experiencia clínica que esta contemplado en el manejo de estos pacientes. **Preguntado.** según la guía para el manejo de urgencias vigente para la época cuales son los signos y síntomas que debe tener un paciente para que llegue a esa conclusión a la que llegó. **Contestado.** que refiera un dolor precordial y que pueda o no ir acompañado de cambios en su presión arterial, de cambios en sus signos neurovegetativos como por ejemplo pueden ser, mareo, sudoración, **que es lo que se considera dentro de los términos médicos como diaforesis que está relacionado en la historia clínica**, además de pérdida del estado de conciencia, dolores irradiados al brazo izquierdo, al cuello a la región epigástrica, lo que puede confundir con mucha frecuencia una gastritis como es el caso de esta paciente que refería síntomas con el sistema digestivo y por ejemplo un infarto de cara diafragmática en el corazón puede completamente confundirse con una gastritis, entonces todos estos síntomas pueden poner el alerta al profesional para poder intervenir con los estudios correspondientes y llegar al diagnóstico y al manejo correspondiente. **Preguntado.** en la historia clínica del Santa Mónica se indicó que se ordenó un electrocardiograma y un examen de troponinas, ese es el examen estándar del cual se puede llegar a sospechar una falla cardiaca, según la guía de atención para el manejo de urgencias. **Contestado.** es correcto, pero dicho resultado no lo encuentro aportado a la historia clínica. **Indica el apoderado del Ministerio de Salud y Protección Social que no tiene preguntas.**

Inicia interrogatorio la apoderada de CAFESALUD EPS.

Preguntado. en caso de que la paciente se hubiera dejado en observación, el desenlace hubiera sido diferente. **Contestado.** completamente independiente del desenlace de la situación, un paciente puede estar en una condición crítica, en una condición pues que va a terminar en un desenlace fatal, pero independientemente de eso no se puede dejar de hacer, entonces yo creo que no podríamos decir ahora que hubiese pasado si la paciente se hubiese dejado en observación. Lo que sí se es que en esa parte faltó un poco más de precaución y poder tenerla en observación.

Inicia interrogatorio el apoderado de La Previsora S.A.

Preguntado. la paciente presentaba algún tipo de diagnóstico de infección urinaria. **Contestado.** del 19 de junio había una nota a las 05:03 de la tarde que decía que estaba asociado a unos síntomas urinarios y anemia, que se habían solicitado unos paraclínicos, de acuerdo a eso le formularon antibióticos y ranitidina. **Preguntado.** estuvo adecuada la remisión a la UCI de UCIMED. **Contestado.** Adecuada si estuvo, pero no fue oportuna. **Preguntado.** cual fue la última fecha de su trabajo en cuidados intensivos. **Contestado.** yo nunca he trabajado en cuidados intensivos. **Preguntado.** una infección urinaria puede llevar a una falla multisistémica. **Contestado.** sí. **Preguntado.** un infarto se puede presentar de manera súbita. **Contestado.** sí.

Inicia interrogatorio el apoderado judicial de Allianz Seguros S.A.

Preguntado. Como llegó a la segunda conclusión acerca de los tiempos de reacción, que son catalogados de “muy largos”, como llegó a esa conclusión **Contestado.** primero los tiempos de atención en particular desde la nota que aparece **en la historia clínica del 21 de julio a las 6:44 de la mañana, cuando la paciente había presentado un desmayo e hipotensión y dolor abdominal, la nota de enfermería se realizó a las 6:59 am,** en donde ya mencionaba la condición crítica de la paciente, que estaba inconsciente, diaforética con bajo tono muscular y palidez cutánea, transcurrió desde esa hora registrada hasta las 8:45 am, un tiempo demasiado largo para una condición tan crítica como la que presentaba la paciente tanto que terminó esa atención en la sala de reanimación por dos paros cardiorrespiratorios, **esa es la primera, en los temas del tiempo y la oportunidad; y la segunda si fue desde su hospitalización de UCIMED desde el 21 de junio, durante 16 días,** donde se manifiesta no solo el deterioro progresivo por falla multisistémica y encefalopatía con estatus convulsivo, sino que al no contar con el especialista para el manejo neurológico fue que se remitió a la UCI del HUSJ, son los tiempos para tomar las decisiones que requieren el concurso de mayor complejidad en la atención, eso incluye además el concurso de especialistas en otras áreas de la medicina, tanto en parte de neurología, cardiología, infectología, entonces a eso me refiero con los tiempos. **Preguntado.** precisamente frente a ese escenario en el Hospital Santa Mónica usted como determina o con base en que, que esos tiempos fueron muy largos. **Contestado.** con base en lo que informa la historia del deterioro progresivo que tuvo durante este tiempo de 16 días que precisamente termino en una remisión al HUSJ, entonces cuando un paciente se vuelve tan complejo y no se cuenta con todos los recursos suficientes para su asistencia pues simplemente hay que hacer la remisión a otro nivel, entonces porque digo esto, pues simplemente la evolución tórpida o grave que tuvo la paciente en toda su estadía en UCIMED. **Preguntado.** Pero eso es una conclusión empírica a la que usted llega o se fundamenta en un protocolo. **Contestado.** empírica para nada, el empirismo es cuando no se tienen las bases para poder hacer una conclusión de estas y obviamente cuando hay un paciente que su nivel de atención requiere una mayor complejidad del servicio, como este caso por ejemplo ocurrió efectivamente después de los 16 días con la UCI del HUSJ es una verdadera conclusión que se tiene, no hay que esperar que un paciente tenga una evolución o un compromiso de fallas multisistémicas, y que eso finalmente desencadeno el deceso de la paciente. **Preguntado.** usted como especialista en auditoría y gerencia de la calidad, nos puede indicar cual fue protocolo que decía que precisamente en Santa Mónica, se incumplieron los tiempos de reacción. **Contestado.** de acuerdo a los atributos de la calidad que son los que se afectaron significativamente en la prestación de este servicio, que tiene que ver con la oportunidad en los tiempos para su atención, tanto desde los tiempos en que presentó una

hipotensión severa con pérdida de conocimiento por 10 minutos, esa hora y 45, hasta la reanimación y luego en UCIMED que esta paciente ya estaba con un compromiso importante, paciente que fue reanimada, que tuvo dos paros cardiorrespiratorios y que tuvo que realizársele cardioversión para poder volver a reanimarla, esta paciente ya tenía un riesgo altísimo por protocolo solamente para ser manejada por, no solo el cardiólogo, sino también por el intensivista, porque sin lugar a dudas, pues la UCI de Santa Mónica cuenta con un personal calificado – intensivista, pero no tiene los especialistas que se requieren para un manejo en una instancia de mayor complejidad que era lo que requería la paciente. **Preguntado.** que conocimientos tiene usted en cardiología o medicina de urgencias.

Contestado. pues no solamente de información profesional como médico de la Universidad de Caldas, sino de mi experiencia que he trabajado en servicios de urgencias que ya mencioné, pues puedo concluir lo que he afirmado y además de poder evaluar de manera profesional como especialista en auditoría y gerencia de la calidad, como se prestan los servicios en cualquier institución de salud.

Inicia contrainterrogatorio el apoderado de la ESE Hospital Santa Mónica de Dosquebradas.

Preguntado. aclare si al momento en que el Hospital Santa Mónica o UCIMED ordenan la remisión a un mayor nivel fue acertada. **Contestado.**

esta pregunta ya se había contestado anteriormente y obviamente lo que dije fue que, **si fue pertinente su remisión, pero no fue oportuna,**

toda vez que la paciente ya llevaba 16 días en UCIMED y su deterioro era más progresivo. **Preguntado.** dentro de la historia clínica usted observó

que hubiese antes de hacerse esa nota que decía que no había un especialista, había alguna otra nota que indicara que se requiriera otra especialidad que no estuviera habilitada dentro de UCIMED. **Contestado.**

No, efectivamente no. **Preguntado.** usted sabe que especialistas conforman la UCIMED del Santa Mónica para el momento de la atención de la paciente. Que servicios tenía habilitados. **Contestado.** no, yo me

estoy apoyando en la nota de la historia clínica donde se indica que no se cuenta con el especialista que la paciente requiere para

su manejo diario neurológico, entonces el deterioro de esta paciente fue evidente, es más está paciente presentó una encefalopatía con estatus convulsivo y eso significa un daño cerebral con consecuencias convulsivas,

que ameritaba el concurso de un especialista en el área de neurología. **Preguntado.** aclárele al despacho en que día, según esta historia clínica de UCIMED que usted consulta, aparece la encefalopatía. **Contestado.** del

6 de julio fue en la fecha en que se remitió al HUSJ.

Inicia interrogatorio el Juez de conocimiento.

Preguntado. se pudo determinar la causa de la muerte de la paciente. **Contestado.** finalmente, la conclusión es que hubo una falla multisistémica que eso en términos castizos pudo ser la causa final de la

muerte de la paciente, es decir cuando se comprometen diferentes órganos vitales, tanto a nivel cardiovascular, neurológicos, renales, ya se llega a una instancia irreversible de la enfermedad donde finalmente se conduce a la muerte, como le dije anteriormente carezco del informe de necropsia para determinar fehacientemente esto. **Preguntado.** las maniobras de

choque para el paro que presentó en la atención llevada en urgencias llevaron a la reanimación de la paciente, **Contestado.** por supuesto, lo que

pasa es que como transcurrió mucho tiempo, desde que aparece la nota de las 6:59 am ya era una paciente que tenía un compromiso importante

posiblemente de tipo cardiovascular, que se evidenció efectivamente con reanimación, pero fue la reanimación lo que pudo revertir su condición clínica y poderla luego trasladar a la UCI del Santa Mónica. **Preguntado.**

o sea que esa cardioversión que se le prestó fue efectiva en ese momento. **Contestado.** sí doctor, claro que sí. **Preguntado.** díganos cuanto tiempo transcurrió entre el evento cardiogénico y la remisión de la paciente.

Contestado. de acuerdo a lo que dice la historia clínica con la primera nota, a las 6:44 de la mañana, cuando refiere que se había desmayado durante 10 minutos y que estaba hipotensa, o sea que la presión arterial

estaba baja y con dolor abdominal y las 8:45 am, ese fue el tiempo que transcurrió para haber determinado que era lo que estaba ocurriendo en ese tiempo en esa paciente para haber llegado a la situación de tenerla que reanimar, es un tiempo demasiado largo para la condición clínica de la

paciente. **Preguntado.** díganos cuales son las condiciones para remisión

de un paciente de una institución a una de un mayor nivel de complejidad. **Contestado.** la condición principal es que su condición clínica amerite la participación del concurso de especialidades con las que no se cuente la prestación de servicio que se está prestando en el momento. No solamente en el tema de las especialidades sino en el tema de recursos médicos de equipos y de todo esto que no se cuente en el lugar donde se está prestando el servicio. **Preguntado.** una persona inestable a nivel cardiorrespiratorio debe tratar de estabilizarse o remitirse a un centro de mayor complejidad. **Contestado.** sí, siempre lo primero que se debe hacer sin importar cual sea la causa de su condición, lo más importante siempre es estabilizar al paciente para poderlo remitir, pero es un proceso que se realiza en muy poco tiempo, la estabilización de un paciente no va por varios días, generalmente es una estabilización que se logra hidratando al paciente, estabilizando sus condiciones hemodinámicas, su presión arterial para remitirlo de manera adecuada a otro nivel. **Preguntado.** a qué horas ingresó la paciente a UCIMED. **Contestado.** lo que encontré acá es que se trasladó después de la reanimación que fue a las 8:45 a.m., inmediatamente se realizó la cardioversión de los dos paros cardiorrespiratorios y estaba estable. **Preguntado.** pudo determinar si el síncope que se registró en la historia clínica fue en las instalaciones del Hospital Santa Mónica o fue fuera de las instalaciones. **Contestado.** pues en lo que dice directamente en la nota del 21 de junio a las 6:44 dice que presentó desmayo y pérdida de conciencia aproximadamente de 10 minutos, dolor abdominal, hipotensa y eso es lo que dice ahí, pero no pude establecer si fue dentro o fuera de la entidad. **Preguntado.** cuanto tiempo estuvo la paciente en el HUSJ. **Contestado.** estuvo desde el 6 de julio al 20 de julio, día en que falleció, **el deterioro severo fue desde el 18 de julio hasta el 20 de julio**, el día en que falleció. **Preguntado.** hacía donde orientaron la atención de la UCI en el HUSJ **Contestado.** hacía todo el deterioro que tenía esta paciente, el multisistémico y neurológico. **Preguntado.** sabe usted porque no mejoró el estado de la paciente a pesar de los servicios prestados en el HUSJ **Contestado.** Porque ya se habían presentado daños irreversibles en su condición neurológica que la llevó a una condición de un estado epiléptico mioclónico superrefractario, eso en castellano significa que la paciente, debido a su compromiso neurológico estaba convulsionando de manera continua sin que pudiera responder a ninguno de los medicamentos anticonvulsivos.”

4.4. Testimoniales.

En audiencia del 21 de julio de 2021, los apoderados judiciales de los demandantes y de la Empresa Social del Estado Hospital Santa Mónica de Dosquebradas desisten de los testimonios decretados en providencia del 19 de enero de 2021, petición a la que se accede de conformidad con el artículo 175 del C.G.P.

4.5. Interrogatorio de parte

En audiencia del 21 de julio de 2021, el apoderado judicial de Allianz Seguros S.A. desiste del interrogatorio solicitado, petición a la que se accede de conformidad con el artículo 175 del C.G.P.

En audiencia del 12 de noviembre de 2021, el apoderado judicial de La Previsora S.A. desiste del interrogatorio solicitado y el apoderado judicial de los demandantes desiste de los testimonios de Michael Mayorga Gallego y Jennifer Mayorga Gallego petición a la que se accede de conformidad con el artículo 175 del C.G.P.

Por lo tanto, en audiencia del 12 de noviembre de 2021, se llevó a cabo el interrogatorio de parte de los señores Stephany Mayorga Gallego, Alonso Mayorga León y Jhonathan Mayorga Gallego, **decretados a instancia de la parte demandante:**

Stephany Mayorga Gallego:

*“...**Preguntado.** haga un breve relato de lo sucedido con su señora madre con relación a la atención médica desde que empezó a presentar las dolencias. **Contestado.** mi madre se levantó a la madrugada con un dolor fuerte en el pecho, ella normalmente me llamaba a mí, me llamaba a que yo la asistiera, entonces me decía que le dolía mucho el pecho, entonces le dije que empezara a respirar bien, inhalar y exhalar, que alzara las manos, le empezó a doler el brazo izquierdo, entonces empecé a hacer como un poquito de ejercicio y siguió desmejorando, seguía con el dolor en el pecho, entonces la remitimos al Hospital Santa Mónica, en ese caso fue mi papá con mi hermana, la remitieron allá al Hospital, cuando llegaron, de acuerdo a lo que comenta mi papá, es que no tuvieron como buena asistencia, que les tocó coger la silla de ruedas y asistirla, que no la atendían como con rapidez, **le hicieron un electrocardiograma y salió positivo, o sea no hubo ningún inconveniente con el examen,** se le ordenaron los medicamentos y la mandaron para la casa, dijeron que no había nada grave, que era un espasmo muscular, ese fue el resultado. Después yo me quedé con ella en la casa, la asistí todo el día, mi mamá empezó con desmejoras, **empezó con dolor abdominal,** decía que como que se le entumecía el abdomen, entonces yo le hacía bebidas, empezó con incontinencia, yo la asistía pero seguía desmejorando, no era capaz como de tener bien sus actividades corporales, entonces me tocó ducharla, asistirla, la vestí la peine, todo, como siguió desmejorando y ya estaba como muy grave, entonces ya después la remitimos al hospital mi papá y yo, llegue con mi papá al hospital y hubo mucha demora para que la asistieran, ella no era capaz de movilizarse muy bien, tocaba con silla de ruedas, me tocaba llevarla al baño, **de ahí le pusieron suero y le mandaron otros medicamentos, y la volvieron a mandar para la casa,** la llevamos de nuevo para la casa, el resultado era que tenía una infección urinaria; de allí la seguí asistiendo en todo yo y esa noche durmió en la cama de mi hermana y yo, dormimos juntas, pero mi mamá seguía muy mal, después se pasó para la cama de ella a descansar **y después como a la una de la mañana, levantándose para ir al baño se desplomó, cayó al suelo y empezó a convulsionar,** entonces mi papá nos llamó gritando, entonces cuando llegué vi a mi mamá convulsionando en el suelo, entonces fui a asistirla, entonces me tocó reanimarla, le levante la cabeza, **trate de que no se mordiera la lengua, darle respiración boca a boca, le di el golpe de pecho para que pudiera respirar y volvió en sí, estaba consciente pero muy débil,** de ahí la cogimos y la llevamos para remitirla de nuevo al Hospital, no la llevamos en taxi, cuando llegue con ella, me tocó a mí bajarla del carro y asistirla completamente, me tocó entrarla hasta sala de urgencias, el doctor estaba en muy mala disposición, no tenía disposición para atendernos, estaba sentado, estaba con el celular, ella se quejaba mucho del abdomen, yo le dije al doctor que me dijera que tenía mi mamá y él me contestó de mala manera diciéndome: “hay niña la verdad es que son 6 años de medicina que yo no le puedo explicar a usted tan fácilmente” y yo le dije “pues la verdad debería de hacerlo”, entonces bueno, no le preste más atención al médico y seguí asistiéndola y la enfermera que estaba cerquita yo le pedí que me ayudara y tampoco tenía muy buena disposición para hacerlo, estaba como no sé, entonces mi mamá empezó con náuseas, a querer vomitar, entonces yo le dije: “enfermera ayúdeme que mi mamá se me está ahogando”, entonces ella me dijo “ay niña cuidado que no me vaya a volver eso acá una nada, que no me vaya a ensuciar la sala”, entonces a mí me pareció muy mala la atención, de nuevo me tocó seguirla entendiéndola a mí y voltearla para que ella no se ahogara con su propio vomito, entonces la ayude para que no se ahogara, vomito*

bastante, me tocó limpiarla, entonces como yo ya me estaba alterando porque ellos no me ayudaban y me tocó a mi sola, al verme ellos alterada, ellos me dijeron “nosotros la vamos a seguir atendiendo, vaya allí y presente estos papeles para que le firmen y nos puedan pasar como algo”, una medicina o no se si era una autorización, entonces les tenía que pasar el papel para que la autorizaran, **entonces mientras yo pasaba el papel, entraron en código azul y salieron a auxiliarla, cuando eso pasó yo ya no podía entrar a la sala de urgencias porque ya la estaban empezando a reanimar, la reanimación fue manual, porque no estaba el aparato de reanimación y dijeron que “traigan el RCP, el aparato de reanimación porque lo necesitamos” y que no estaba ahí, entonces mientras traían el aparato la reanimación que le hicieron ahí no le sirvió y convulsiono hasta que ya tuvieron que traer el aparato, cuando ya convulsionó trajeron el aparato de paro, eso fue todo, yo ya de ahí no la pude ver y me tocó esperar después la autorización para pasarla a la UCI, porque quedó conectada”.**

Alonso Mayorga León:

“...Preguntado. haga un breve relato de lo sucedido con relación al deceso de la señora Yaneth Gallego López. **Contestado.** ella empezó con unos dolores en el pecho y abdominales, entonces la llevamos a las 3 de la mañana al hospital **y allá la atendieron y dijeron que era un espasmo muscular** y le mandaron una droga y la mandaron para la casa, después volvió porque ella siguió enferma, enferma **y la volvimos a llevar a las 3 de la tarde del mismo día y resulta que dijeron que era una infeccioncita urinaria y le mandaron otra vez droga, siguió mal y la volvieron a mandar para la casa, siguió mal y al otro fue que le dio el infarto,** entonces la llevamos y allá pues no la atendieron bien porque la verdad no le corrieron así como le corren a una persona que va a así en ese estado, entonces allá fue donde le dio el paro bravo, el médico no la atendió era ahí jugando con el celular y ella quejándose en la camilla. **Preguntado.** cuénteles al despacho, a que se refiere usted que no la atendían, que fue lo que sucedió en esa falta de atención. **Contestado.** lo que pasa es que ella quejándose ahí y trasbocando y ella no tenía alientos de nada y aún así el médico no la atendía y cuando dijeron que código azul ahí fue el paro duro y entró en estado de coma ya, quedó muy mal.”

Jhonathan Mayorga Gallego:

“...Preguntado. haga un breve relato de lo sucedido con relación al deceso de su señora madre. **Contestado.** en la primera vez mi mamá fue llevada a la madrugada, llevada al Hospital muy grave, la atendieron, **le hicieron el electro le practicaron así pruebas y le diagnosticaron que tenía un espasmo muscular,** por lo cual la enviaron a la casa; la segunda vez la llevaron mi hermana y mi papá y pues de ahí siguió mal, le medicaron unas cosas, unos medicamentos que no se; y ya la tercera vez que fue a la madrugada, a mi mamá le dio una recaída, mi hermana la reanimó con respiración boca a boca y todo eso y fueron y la llevaron al hospital, cuando llegó al hospital los médicos estuvieron sentados, yo llegue como a las 8 am y pregunte como estaba y pues no me dejaron entrar y mi papá me dijo que los médicos estaban era jugando con el celular, que le preguntaban que como la veía y que el medico les decía que eran 5 años que no podía explicarles en 5 minutos, entonces me pareció una falta de respeto, **entonces ahí fue cuando a mi mamá le dio la recaída fuerte y no tenía el carro de paro, que eso me lo contaron mi papá y mi hermana.** De ahí a mi mamá la trasladaron para la UCI de la Avellana y hasta ahí fue todo, hasta que la trasladaron para el San Jorge donde fue el deceso de ella.”

5. Análisis jurídico.

5.1. El daño.

Respecto a la existencia del daño como elemento primario para desarrollar el análisis de los elementos constitutivos de la responsabilidad del Estado, de conformidad con el material probatorio obrante en el dossier, le es dable a esta Sala afirmar, **que sí existió un daño que se revela en la muerte por causas médicas que sufrió la señora Yaneth Gallego López día veinte (20) de julio de 2016**, tal como consta en el Certificado de Defunción:

(Consulte instrucciones al respaldo)

INFORMACIÓN GENERAL			
LUGAR DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN		Municipio	
Departamento RISARALDA		PEREIRA	
ÁREA DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN		TIPO DE DEFUNCIÓN	FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN
☒ Católica municipal		☐ Fetal	20 Año
☐ Centro poblado		☒ No fetal	07 Mes
☐ Rural disperso			20 Día
Inspección, conegimiento o registro			HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN
			15 Hora
			50 Minutos
			☐ Sin establecer
SEXO DEL FALLECIDO	APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)		
☐ Masculino	Primer apellido GALLEGO		
☒ Femenino	Segundo apellido LOPEZ		
☐ Indeterminado	Primer nombre YANETH		
			Segundo nombre
TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO		NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURA EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)	PROBABLE MANERA DE MUERTE
☐ Registro civil		41.917.219	☒ Natural
☐ Tarjeta de identidad			☐ Violenta
☐ Cédula de ciudadanía			☐ En estudio
☐ Cédula de extranjería			
☐ Pasaporte			
☐ Sin identificación			
DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN			
APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD		DOCUMENTO DE IDENTIDAD	
Primer apellido GUERRERO		Segundo apellido PATERNINA	
		Primer nombre LUIZ	
		Segundo nombre JOSE	
TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (TAL COMO FIGURA EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)	PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN	REGISTRO PROFESIONAL
☒ Cédula de ciudadanía	10471404224	☒ Médico	17.194/14
☐ Cédula de extranjería		☐ Enfermero(a)	
☐ Pasaporte		☐ Auxiliar de enfermería	
☐ Promotor(a) de salud			
LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO			

Ahora bien, establecida la existencia del daño, aspecto que no es discutido por las partes, abordará la Sala el análisis de la imputación con el fin de determinar, bajo los argumentos expuestos en el recurso de apelación, **si en el caso concreto el daño deviene atribuible o endilgable por acción u omisión a la ESE Hospital Santa Mónica de Dosquebradas**, entidad demanda frente a la que se hacen reparos concretos en la apelación y, por lo tanto, si ésta se encuentran en el deber jurídico de resarcir los perjuicios que de dicho daño se derivan o si, por el contrario, en el *sub lite* no confluyen los elementos para endilgar responsabilidad a la acusada.

5.2 La imputación del daño.

5.2.1. Corresponde al Tribunal establecer en esta instancia, a la luz del artículo 90 de la Constitución Política y de conformidad con las pruebas legal y oportunamente arrimadas al plenario, si el daño causado es atribuible a la ESE Hospital Santa Mónica de Dosquebradas; en este caso particular, ante la atención brindada a la señora Yaneth Gallego López los días 19 y 21 de junio de 2016, pues según lo afirmado en el escrito de la demanda, las atenciones no fueron adecuadas y se tornaron negligentes ante los síntomas que presentaba la paciente, causándole daños irreversibles, sin que pudiera recuperar su salud, daño que considera la parte demandante, se configura en una falla en la prestación del servicio médico, traducida en la omisión y tardanza en la atención y remisión a una institución de tercer nivel frente a los síntomas de paro cardíaco.

En primera medida, es menester referir que la Ley 100 de 1993²⁷, dispone que el sistema de seguridad social integral tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten (art. 1) precisando en su artículo 153²⁸, entre otros, como principios del sistema general de seguridad social en salud, el de la **universalidad** (cubre a todos los residentes en el país, en todas las etapas de la vida), **igualdad** (se garantiza a las personas residentes en el territorio colombiano sin discriminación, por razones de cultura, sexo, raza, origen nacional, orientación sexual, religión, edad o capacidad económica, sin perjuicio de la prevalencia constitucional de los derechos de los niños), **prevalencia de derechos** (es obligación de la familia, el Estado y la sociedad en materia de salud, cuidar, proteger y asistir a las mujeres en estado de embarazo y en edad reproductiva, a los niños, las niñas y adolescentes, para garantizar su vida, su salud, su integridad física y moral y su desarrollo armónico e integral) y **calidad** (los servicios de salud deberán atender las condiciones del paciente de acuerdo con la evidencia científica, provistos de forma integral, segura y oportuna, mediante una atención humanizada).

Teniendo en cuenta lo anterior, pasará la Sala a resolver la oposición planteada en el recurso de apelación, la cual, se itera, se enfoca única y exclusivamente frente al estudio de la responsabilidad de la entidad demandada ESE Hospital Santa Mónica de Dosquebradas.

Para dilucidar dichos aspectos esta Sala abordará lo concerniente, únicamente en lo que tiene que ver con la responsabilidad de la entidad demandada – ESE Hospital Santa Mónica de Dosquebradas, precisando que sólo se estudiaran las atenciones a la señora Yaneth Gallego López en los días 19 y 21 de junio de 2016, cuando concurrió a dicha entidad por presentar dolor en el pecho, pues es en aquellas fechas que dicha ESE le presta el servicio médico, así:

5.2.2. Responsabilidad de la ESE Hospital Santa Mónica de Dosquebradas:

Dentro del expediente se logró probar que el diecinueve (19) de junio de 2016, **a las 2:40 a.m.**, la señora Yaneth Gallego López, ingresó al servicio de urgencias de la ESE Hospital Santa Mónica de Dosquebradas, oportunidad en la cual se registró como motivo de consulta “*refiere me duele el pecho*”:

²⁷ Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.

²⁸ Modificado por el artículo 3 de la Ley 1438 de 2011

ESE HOSPITAL SANTA MONICA DOSQUEBRADAS-RISARALDA

CLASIFICACION Y DIRECCIONAMIENTO DE USUARIOS
DEL SERVICIO DE URGENCIAS (TRIAGE)

INGRID

Triage: 615,548

Historia: 41917219

Fecha: 19/06/2016

Nombre: YANETH GALLEGO LOPEZ

Hora: 2:40 am

Turno:

Eps: CAFESALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD

Convenio: CAPITADONIVEL1

Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Motivo de la Consulta:

"REFIERE ME DUELE EL PECHO "

Hallazgos:

SPO2 99% CONCIENTE* ORIENTADA* ALGICA* CUADRO CLINICO DE EVOLUCION DE 30 MINUTOS* NIEGA ANTECEDENTES* SE TOMA ECG* SE COMENTA CON MEDICO

Nivel del Triage: AMARILLO

Destino: Urgencias

Posteriormente, **a las 3:12 am de ese mismo día**, es valorada por medicina general, donde se registra como motivo de consulta y enfermedad actual, lo siguiente:

Motivo de la Consulta: DOLOR

Enfermedad Actual: PACIENTE QUE CONSULTA POR CUADRO CLINICO DE MAS DE 4 DIAS DE DOLOR A NIVEL DE REGION NUCAL INTERESCAPULAR Y DE ARCOS COSTALES POR LO QUE CONSULTA INICIALMENTE EN CONSULTA EXTERNA DONDE DAN MENEJO ADEMÁS REFIERE QUE MAS EL DERECHO LO REFIERE "ME DUELE LOS SENOS" ADEMÁS REFIERE LEVE DISINTENCION ABDOMINAL CON DOLOR ABDOMINAL REFIERE ADEMÁS CAMBIOS EN EL ESTADO DE ANIMO CON FACTORES ESTRESANTES NO OTRA SINTOMTOLOGIA PACIENTE REFIERE ANTECEDENTE DE SII EKG CON RITMO SINUSAL CON RR REGULAR CON FC 100 LPM-- QRS MELLADO EN DIII --AVF -- ONDA T SIMETRICA EKG SIN SIGNOS ELECTROCARDIOGRAFICOS DE ISQUEMIA

Y como hallazgos:

Hallazgos (Especifique, citando el numeral): PTE QUE ENTRA POR MEDIOS PROPIOS A SALA DE TRAUMA CONSCIENTE ALERTA ORIENTADO SIN ALTERACION DE DEFICIT NEUROLOGICO CABEZA NORMOCEFALO CON BUENA IMPLANTACION DE CUERO CABELLUDO NO SE EVIDENCIA HERIDAS NI LACERACIONES OJOS ANICTERICOS PÁRPADOS NORMALES CONJUNTIVA CORNEA Y PUPILA NORMAL NARIZ SIN SIGNOS DE FRACTURA NI DE CREPITO EN PUNTE NASAL CONFIGURACION NORMAL OÍDOS CON BUENA IMPLANTACION SI OTORREA NI OTORRAGIA NI SIGNOS DE DOLOR BOCA NO HERIDAS LENGUA NORMAL NO HERIDAS CUELLO MOVIL CON DOLOR A LA PALPACION DE PUNTOS GATILLO DE NUCA HOMBROS Y REGION INTERESCAPULAR MAS MARCADO IZQUIERDO NO HERIDAS NI LACERACIONES NI DEFORMIDADES TRAQUEA CENTRADA TORAX SIMETRICO SIN DEFORMIDADES NI SIGNOS DE FRACTURA NI CREPITOS NI RESPIRACION PARADOJICA NI SDR CON DOLOR MARCADO A LA PALPACION DE ARCOS COSTALES MAS MARCADO DERECHO RSCS RITMICOS SIN SOPLOSCSPS M-V ADECUADO SIN AGREGDOS NI HIPOVENTILACION NI SDRABD BLANDO DEPRESIBLE CON DOLOR A LA PALPACION DE MARCO COLICO CON DISTENCION Y TIMPANISMO MARCADO NO MASA NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL NI DEFENSA ABDOMINAL NI HIRIDAS NI LACERACIONES NI HAMATOMAS NI EQUIMOSIS EN PARED ABDOMINAL EXT EUTROFICAS SIN EDEMAS SNC CONSCIENTE ALERTA ORIENTADO SIN ALTERACION NI DEFICIT NEUROLOGICO NI SIGNOS DE FOCALIZACION PIEL ANICTERICA EUDERMICA

En atención a lo anterior, el médico general de turno que atendió a la paciente en esa oportunidad registro como impresión diagnóstica una osteocondropatia:

Diagnostico

Tipo de Diagnostico Principal: IMPRESION DIAGNOSTICA

Dx. Principal: M939-OSTEOCONDROPATIA, NO ESPECIFICADA

Dx. Relacionado 1: M939-R104-OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS

Aclaracion Diagnostica: PACIENTE QUE CURSA CON CUADRO CLINICO DE VARIOS DIAS DE DOLOR A NIVEL NUCAL Y COSTAL CON EKG DENTRO DE LIMITES NORMALES POR LO QUE SE DA MENEJO SE DA SALIDA CON RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA

Según lo descrito, se logra determinar que en atención a que el electrocardiograma (EKG) practicado a la paciente **en la madrugada del diecinueve (19) de junio de 2016**; lo que además es corroborado por el testimonio rendido por su hija, Stephany Mayorga Gallego quien afirma que salió positivo; es decir, en sus palabras: *“o sea no hubo ningún inconveniente con el examen”* y por su hijo Jhonathan Mayorga Gallego, quien firma que *“le hicieron el electro le practicaron así pruebas y le diagnosticaron que tenía un espasmo muscular”*; la historia clínica refiere, que se encontraba dentro de los límites normales, se optó por dar manejo en casa y dar salida con recomendaciones y signos de alarma.

Lo anterior, es concordante con la nota de enfermería realizada el diecinueve (19) de junio de 2016 a las 03:20 a.m., donde se registra el ingreso de la paciente a las 2+55 horas, se determinan los medicamentos suministrados y se reitera la salida:

Fecha Historia: 19/06/2016 03:20 a.m.
Lugar y Fecha: DOS QUEBRADAS, RISARALDA 19/06/2016 03:20 a.m.
Documento y Nombre del Paciente: CC 41917219 YANETH GALLEGO LOPEZ
No Historia: 41917219 Cons. Historia: 6071792
Atención: Ambulatorio



Datos Generales

Fecha: 19/06/2016

Hora: 03:17

Nombre: YANETH GALLEGO LOPEZ

Historia: 41917219

Evoluciones

Objetivo: A LAS 2+55 HS INGRESA PACIENTE DE 48 AÑOS DE EDAD AL SERVICIO DE TRAUMA, LLEGA CAMINANDO POR SUS PROPIOS MEDIOS, CONCIENTE, ORIENTADA, ALGICA, ANGUSTIADA, REFIERE DOLOR PRECORDIAL QUE LE IRRADIA A LA ESPALDA, AL MIEMBRO SUPERIOR DERECHO, Y DOLOR EN LOS SENOS, DESDE HACE CUATRO DÍAS, QUE HOY SE LO TIENE MAS INTENSO, SE MONITORIZA, SE LE TOMA EKG, SE SANGRA PARA TROPONINAS, SE CANALIZA CON CATETER N 18 EN MSD DESPUES DE DOS INTENTOS YA QUE LA PTE ESTA MUY INQUIETA, SV TA 136/86 P 99 SPO2 100 % SIN OXIGENO, NIEGA ALERGIA A LOS MEDICAMENTOS

Subjetivo: PTE REFIERE " TENGO MUCHO EN EL PECHO, EN LA ESPALDA Y EN EL BRAZO DERECHO "

Medicamentos Suministrados: SE LE ADMINISTRA (500 CC DE SSN IV + 1 AMP DE RANITIDINA X 50 MG) + (250 CC DE SSN IV + 2 AMP DE DAPIRONA X 1 GR IV) + (4 MG DE DEXAMETASONA DILUIDA EN 10 CC DE SSN IV)

Observaciones..: SALIDA CON FORMULA MEDICA , SE LE EXPLICAN LOS SIGNOS DE ALARMA PARA QUE ASISTA DE NUEVO A URGENCIAS DE SER NECESARIO

ENF. USMA ROJAS JOSE LUIS
CC 10197793
Especialidad. ENFERMERIA
Registro.

Una vez dada de alta, ese mismo día diecinueve (19) de junio de 2016, la paciente regresa al servicio de urgencias **a las 5:13 de la tarde** y en esta oportunidad refiere *“me duele el estómago y esta inflamado”*, como evolución la enfermera de turno registra *“INGRESA PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADA, AMBULATORIA, SE OBSERVA ABDOMEN DISTENDIDO, GLOBOSO, NIEGA ALERGIA A MEDICAMENTOS”*, y como conducta a seguir se canaliza con catéter número 20 se coloca 250 CC de SSN + 1 ampolla de buscapina compuesta X 2.5G, tramadol X 50 MG S.C, se toma CH, PCR, creatinina, parcial de orina + GRAM y se ordena revalorar con reportes.

Posteriormente, según las notas de enfermería, **a las 11:47 de la noche**, se registra como evolución:

Evoluciones
Objetivo: PACIENTE QUE INGRESA AL SERVICIO SALA DE PROCEDIMIENTOS CAMINANDO POR SUS PROPIOS MEDIOS SE OBSERVA, CONCIENTE, ORIENTADO, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, CON MALESTAR GENERAL, UN POCO PALIDO, MUCOSAS ORALES HUMEDAS, CON BUEN PATRON RESPIRATORIO, ABDOMEN BLANDO SIN DOLOR A LA PALPACION, EXTREMIDADES MOVILES SIN EDEMAS, NIEGA ALERGIA A MEDICAMENTOS **Subjetivo:** PACIENTE REFIERE "MALESTAR GENERAL"
Observaciones..: SE ADMINISTRA POR ORDEN MEDICA, UNA AMP DE RANITIDINA EN 100 CC DE SSN, UNA AMP DE CEFALOTINA EN 100 CC DE SSN, SE INICIA TRATAMIENTO ORDENADO, PENDIENTE EGRESO CON FORMULA.

En consecuencia, de acuerdo a lo registrado y a la sintomatología de la paciente se administran los medicamentos ordenados **y se da egreso con fórmula médica.**

La señora Yaneth Gallego López no regresó a la ESE Hospital Santa Mónica de Dosquebradas, sino hasta el veintiuno (21) de junio de 2016 **a las 06:37 de la mañana;** por urgencias, oportunidad en la cual se registra como motivo de consulta *“me duele el estómago y tengo debilidad”* y como hallazgos:

Hallazgos:
SPO2 93 PACIENTE QUE INGRESA AL SERVICIO DE URGENCIAS EN COMPAÑIA DE FAMILIAR* EN CAMILLA* CON SIGNOS VITALES ESTABLES* REFIERE DOLOR A NIVEL ABDOMINAL* DIFICULTAD PARA ORINAR* PRESENTA INCONTINENCIA REFIERE LA HIJA* HEMODINAMICAMENTE ESTABLE.

Nivel del Triage:	VERDE	Destino:	Urgencias
--------------------------	-------	-----------------	-----------

Posteriormente **a las 06:47 de la mañana,** esto es, a los 10 minutos de su ingreso, es valorada por medicina general donde se registra como anamnesis:

Anamnesis
Motivo de la Consulta: SE DESMAYO Y TIENE DOLOR ABDOMINAL
Enfermedad Actual: PACIENTE DE 47 AÑOS DE EDAD QUIEN ES TRAIDA POR SU HIJA, QUIEN REFIERE QUE PACIENTE PRESENTA CUADRO CLINICO DE 1 DIA DE EVOLUCION, CONSISTENTE EN DOLOR ABDOMINAL DE INICIO EN EPIGASTRIO, ASOCIADO A DISTENCION ABDOMINAL, ASI COMO PRESENTO "CISTITIS" SEGUN REFIERE FAMILIAR, YA QUE PRESENTABA POLAQUIURIA Y "RETENCION URINARIA", ADEMAS HIJA REFIERE QUE PRESENTO PERDIDA DE LA CONCIENCIA HACE APROX 10 MIN.

Y como hallazgos y posterior impresión diagnostica, lo siguiente:

Hallazgos (Especifique, citando el numeral): NORMOCEFALA, ESCLERAS ANICTERICAS PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ, MUCOSA ORAL HUMEDA, CUELLO MOVIL, NO MASAS, NO ADENOPATIAS, TORAX: SIMETRICO, EUTROFICO, NO TIRAJES, C/P; RUIDOS CARDIACOS RITMICOS REGULARES SIN SOPLOS, RUIDOS RESPIRATORIOS SIN AGREGADOS PULMONARES, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, ABDOMEN: DISTENDIDO, BLANDO, CON DOLOR A LA PALPACION EN MESOGASTRIO, PRESENTA GLOBO VESICAL, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, EXTREMIDADES: EUTROFICAS, SIMETRICAS, NO EDEMA, LLENADO CAPILAR < 2SG, PULSOS PERIFERICOS PRESENTES. NEUROLOGICO; SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE

Diagnostico
Tipo de Diagnostico Principal: IMPRESION DIAGNOSTICA
Dx. Principal: R104-OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS
Dx. Relacionado 1: R104-R55X-SINCOPE Y COLAPSO
Aclaracion Diagnostica: PACIENTE DE 47 AÑOS DE EDAD QUIEN INGRESA POR CUADRO DE DOLOR ABDOMINAL, ASOCIADO A RETENCION URINARIA, PACIENTE INGRESA ALERTA, CONCIENTE, COLABORADORA, HIDRATADA, AFEBRIL, ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, CON CIFRAS TENSIONALES CON DISMINUCION DE VALORES DIASTOLICOS, NO SIGNOS DE HIPOPERFUSION, CON GLUCOMETRIA DE 129, NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, SATURANDO 95% AL MEDIO AMBIENTE, SE EVIDENCIA 2 CUADROS DE EMESIS, SE DA ORDEN DE PASO DE Sonda VESICAL Y NASOGASTRICA, AL IGUAL SE ADMINISTRAN LIQUIDOS ENDOVENOSOS, PROTECCION GASTRICA, ANTI-EMETICO, SE SOLICITAN PARACLINICOS PARA ESTABLECER CAUSA DE DOLOR ABDOMINAL, ASI COMO ESTUDIO DE CUADRO DE PERDIDA DE LA CONCIENCIA. SE EXPLICA CONDUCTA A PACIENTE Y FAMILIAR QUIENES REFIEREN ENTENDER Y ACEPTAR.

A las 07:01 de la mañana; es decir, 14 minutos después de ser atendida por el médico, en las notas de enfermería ya se registra que la paciente no responde adecuadamente, pero responde, *“paciente que ingresa al servicio de urgencias inconsciente, diaforética, con presión de 102/48 se le presta la atención , la paciente da*

respuesta a estímulos y ordenes, pero presenta debilidad en el tono muscular, palidez cutánea, emesis, por orden verbal del médico de turno se le pasa sonda nasogástrica numero 14. Observaciones...: pendiente ordenes medicas”.

Seguidamente, se registra como nota de enfermería a las 8:48 a.m.; es decir, dos horas y un minuto después de que fue valorada por el médico de urgencias, que la paciente es trasladada a la sala de reanimación con activación de código azul:

Evoluciones

Objetivo: A LAS 7 HORAS INGRESO AL SERVICIO DE TRUMA PARA ADMINISTRARLES LOS MEDICAMENTOS A LA PACIENTE Y OBSERVO QUE LA PACIENTE NO RESPONDE AL DIALOGO , ESTA INCONCIENTE, PALIDA, DIAFORETICA, SIN PULSO, INMEDIATAMENTE LA TRASLADO A LA SALA DE REANIMACION Y LE INFORMO AL MEDICO DE TURNO, ACTIVO CODIGO AZUL, MONITORISO LA PACIENTE, Y SE INICIA R.C.P. 5 CICLOS, SE REALIZA ENTUBACION ENDOTRAQUEAL Y SE LE COLOCA SOPORTE DE OXIGENO A TRAVES DE AMBU, SE CANALIZA CON 2 VIAS DE ACCESO VENOSO, SE LE PASA SONDA VESICAL A DRENAJE LIBRE CONECTADA A CISTO FLO POR DONDE DREAN ORINA DE COLOR AMBAR CLARO, LA PACIENTE SALE DEL PARO Y A LOS 5 MINUTOS ENTRA NUEVAMENTE EN PARO CARDIACO, SE INICIA NUEVAMENTE R.C.P, SE ACUDE AL INTENSIVISTA , DR PINILLA DE UCIMED SANTA MONICA QUIEN ASISITE A LA PACIENTE LE REALIZA CARDIVERSION, CON 100 J, LA PACIENTE SALE NUEVAMENTE DEL PARO SE LE COLOCA OTRA VIA DE ACCESO VENOSO, SONDA OROGASTRICA A DREANJE LIBRE POR DONDE DRENA MATERIAL VILIOSO, SE COMENTA A TODAS LA UCI PARA REMITIRLA COMO URGENCIA VITAL. SE LE TOMA EKG INICIAL Y EKG DE COJNTROL. GASES ARTERIALES, SE LE TOMA GLUCOMETRIA 285 MG/DL, LA PACIENTE PRESENTA UN EPISODIO DE CONVULSION TONICOCLONIC,

Subjetivo: PACIENTE QUE SE ENCUENTRA MUY REGULARES CONDICIONES GENERALES.

Medicamentos Suministrados: SE LE ADMINISTRA 6 AMPOLLA DE ADRENALINA UNA CADA 3 MINUTOS, 3500 CC DE SSN EN BOLO, 1 AMPOLLA DE DOPAMINA EN 250 CC DE SSN A 15 CC POR HORA EN BOMBA DE INFUSION, SE LE COLOCAN 3 AMPOLLAS DE BICARBONATO EN BOLO + 500 DE SSN + 1 AMPOLLA DE POTASIO A 100 CC HORA POR BOMBA DE INFUSION+ 5 MILIGRAMOS DE MIDASOLAN +

Observaciones...: A LAS 9:00 DE LA MAÑANA SE TRASLADA COMO URGENCIA VITAL A UCIMED SANTA MONICA VA EN MUY REGULARES CONDICIONES GENERALES, EN COMPASÑIA DE LA DOCTORA LILIANA CASSIANI, LA JEFE LINA, Y MAURICIO

De lo descrito en la atención antes reseñada, se logra extraer que una vez la paciente presenta paro cardíaco, se le inicia reanimación cardiopulmonar (RCP) por 05 ciclos, ante lo cual, la paciente sale del paro, sin embargo, a los 05 minutos entra nuevamente en paro cardíaco, para lo cual se emplea en mismo manejo de reanimación **se acude al intensivista y se le realiza cardioversión**, ante lo cual la paciente sale de paro y se procede a comentar a todas las UCI para remitirla como urgencia vital, se le realiza toma de EKG de control, gases arteriales y glucometría, pero la paciente presenta un episodio de convulsión tónico clónico, por lo que se registra que se encuentra en *“muy regulares condiciones generales”*.

En razón al cuadro clínico presentado por la paciente y una vez estabilizada la misma, a las 9:00 de la mañana; esto es, 12 minutos después del primer código azul, **la paciente es trasladada como urgencia vital a la UCIMED de Santa Mónica**, encontrándose en muy regulares condiciones generales y en compañía de la doctora de turno y la enfermera jefe.

Previo a estudiar las actuaciones descritas y realizadas por la ESE Hospital Santa Mónica de Dosquebradas, debe reiterarse por parte de esta Sala de Decisión que, tal y como lo considera el Consejo de Estado²⁹ para que se configure una falla en materia médica **es preciso que se pruebe que la atención fue deficiente o defectuosa**: esto es, no se puso al servicio del paciente, de acuerdo a las posibilidades fácticas y jurídicas, todos los recursos humanos, científicos y técnicos,

²⁹ Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección B, sentencia del 27 de abril de 2011, rad. 20315, M.P. Danilo Rojas Betancourth.

o no se garantizaron los estándares de calidad establecidos por el estado del arte exigibles para recuperar o preservar la salud al momento en que ocurrió el hecho dañoso.

Así las cosas, teniendo en cuenta que la primera consulta realizada por la señora Yaneth Gallego López **el día diecinueve (19) de junio de 2016 a las 2:40 a.m.** obedeció a un dolor en el pecho, de acuerdo con las Guías para el manejo de urgencias 3ª edición del Ministerio de la Protección Social³⁰, el manejo para dicha patología en urgencias, obedece a:

El dolor torácico, que se define como cualquier molestia o sensación anómala en la región del tórax, constituye un motivo de consulta muy frecuente en los servicios de urgencias y es la principal causa de pago de demandas en Estados Unidos.

Se estima que la demanda asistencial por dolor torácico en Europa alcanza 20%, mientras que en Estados Unidos llega a 17%; de estos, 8% se debe a isquemia cardiaca y 8% a infarto agudo del miocardio.

Es una de las entidades que representan un desafío y requieren evaluación minuciosa debido al riesgo potencialmente fatal en el caso de cardiopatía isquémica.

Por otra parte, un diagnóstico errado con el egreso de un servicio de urgencias de un paciente con infarto agudo del miocardio representa altos costos por demandas y mortalidad a 30 días de 25%.

En la evaluación de los pacientes con dolor torácico pueden darse los siguientes inconvenientes:

- 1. Demora entre el inicio de los síntomas y la llegada al hospital.
- 2. Retardo en el diagnóstico de infarto agudo del miocardio y en el inicio del tratamiento adecuado, y
- 3. Diagnóstico incorrecto, sobre todo en pacientes con síntomas atípicos.

Los avances de los últimos años han optimizado la eficiencia de la evaluación de estos pacientes, esto es, mejores marcadores séricos del daño miocárdico, estratificación, creación de algoritmos para los servicios de urgencias y rápida instauración del tratamiento.

Etiología

Existen causas de origen osteomuscular (43%), gastrointestinal (50%) y cardiaco (45 a 69%). Las causas de dolor torácico más frecuentes se pueden apreciar en la **tabla 1**.

Tabla 1. Causas de dolor torácico

Cardiacas	No cardiacas
• Síndrome coronario agudo	• Embolismo pulmonar
• Pericarditis	• Costocondritis
• Disección aórtica	• Gastrointestinal
• Estenosis aórtica	• Enfermedad esofágica
• Prolapso de válvula mitral	• Espasmo
• Miocardiopatía hipertrófica	• Reflujo
• Angina microvascular	• Inflamación
	• Gastritis
	• Úlcera gástrica o duodenal
	• Colecistitis
	• Psiquiátrica
	• Trastornos de pánico
	• Depresión
	• Criptogénica

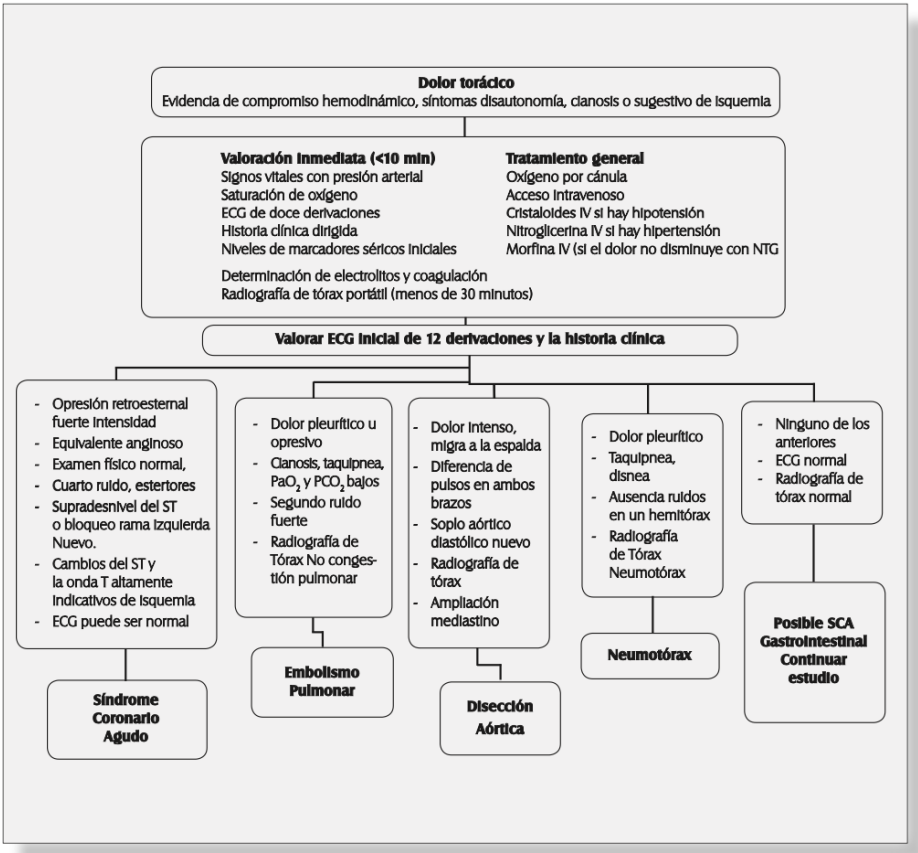
30 <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/paginas/freesearchresults.aspx?k=GUIAS+PARA+MANEJO+DE+URGENCIAS++TOMO+1,+2+Y+3&scope=Todos#k=GUIAS%20PARA%20MANEJO%20DE%20URGENCIAS%20%20TOMO%201%2C%202%20Y%203>

Ya que el pronóstico y los resultados del tratamiento del infarto del miocardio dependen de la oportunidad con la que se administre el tratamiento, hoy se intenta educar a la población para la consulta temprana en caso de dolor torácico y para ello se desarrolló el programa “*las cinco puertas*”:

- ⇒ **Primera puerta:** paciente acude tarde al departamento de urgencias.
- ⇒ **Segunda puerta:** cuando se sospecha de infarto agudo del miocardio y son valorados por médico general debe ser remitidos a **un servicio de urgencias que cuente con el equipo necesario para realizar electrocardiograma de 12 derivaciones y pruebas de laboratorio.** Los pacientes con dolor torácico en reposo mayor de veinte minutos, que sugiere síndrome coronario agudo, o aquellos con inestabilidad hemodinámica, síncope reciente o presíncope deben enviarse de inmediato a un servicio de urgencias o a una unidad especializada de dolor torácico.
- ⇒ **Tercera puerta:** El centro de atención de las ambulancias.
- ⇒ **Cuarta puerta:** La ambulancia.
- ⇒ **Quinta puerta:** El hospital: el personal administrativo de urgencias (porteros, administradores de urgencias y personal de seguridad) debe estar entrenado para reconocer qué pacientes requieren evaluación inmediata por el triage de enfermería y deben ingresar directamente a la sala de urgencias. Las enfermeras del triage deben estar preparadas para reconocer a los pacientes con probable síndrome coronario agudo y otras condiciones que amenacen sus vidas (pacientes de alto riesgo).

La enfermera de urgencias debe ingresar el paciente mientras termina de hacer un interrogatorio rápido **y se toma un electrocardiograma; antes de diez minutos el médico de urgencias debe haber valorado al paciente.** Muchas unidades de dolor torácico tienen un instrumento especialmente diseñado para hacer esta tarea más eficiente.

Figura 1. Algoritmo para la valoración inicial en el departamento de urgencias al paciente con dolor torácico. Pacientes de alto riesgo



Por otro lado, **en los pacientes de bajo riesgo**, argumenta la Guía Práctica para el manejo de urgencias que deben tenerse en cuenta los diagnósticos diferenciales del dolor torácico, así como sus características y síntomas o signos asociados:

Tabla 3. Diagnóstico diferencial del dolor torácico

Enfermedad	Signos y síntomas diferenciales
Reflujo gastroesofágico Espasmo esofágico	Sin cambios electrocardiográficos Pirosis Empeora al acostarse, pero también con el esfuerzo Causa común de dolor torácico.
Embolismo pulmonar	Sin congestión pulmonar en radiografía Puede simular infarto inferior: elevación del ST en DII, DIII, a VF PaO ₂ y PaCO ₂ disminuidos Hiperventilación.
Hiperventilación	Síntoma principal: disnea Frecuentemente pacientes jóvenes Adormecimiento en manos, mareo PaCO ₂ disminuido, PaO ₂ normal o elevado Una enfermedad orgánica puede ser la desencadenante.
Neumotórax espontáneo	Síntoma principal: disnea Cambios en radiografía y en auscultación Dolor localizado en hemitórax que limita la respiración.

Disección aórtica	Dolor intenso que migra hacia la espalda Disección tipo A, algunas veces obstrucción del <i>ostium</i> coronario derecho con signos de infarto infero-posterior Algunas veces mediastino amplio en las radiografías de tórax Soplo de regurgitación aórtica nuevo.
Pericarditis	Empeora con la respiración, mejora al sentarse y empeora al acostarse Frote pericárdico Elevación generalizada del ST sin depresión recíproca.
Pleuritis	Dolor tipo punzada con la inspiración La tos es el síntoma más frecuente. Cambios en la radiografía de tórax.
Costocondral	Dolor a la palpación El dolor puede cambiar con la respiración.

Enfermedad	Signos y síntomas diferenciales
Herpes zóster temprano	No hay cambios electrocardiográficos Exantema Parestesia localizada antes del exantema.
Extrasístoles	Transitorias a nivel del ápice cardíaco.
Úlcera péptica y colecistitis	Dolor en epigastrio Dolor abdominal intenso a la palpación El infarto inferior puede simular un abdomen agudo.
Depresión	Sensación de pesadez continua en tórax Sin relación con el ejercicio Electrocardiograma normal.
Isquemia miocárdica	Dolor opresivo retroesternal de fuerte intensidad acompañado de síntomas disautónómicos, irradiado a mandíbula, cuello, hombros, ambos brazos o espalda Presencia de factores de riesgo coronario Antecedentes de enfermedad coronaria, accidente cerebrovascular, enfermedad arterial periférica Supradesnivel del ST o infradesnivel del ST o inversión de la onda T Puede tener electrocardiograma normal

Como exámenes complementarios, se indican el electrocardiograma. Marcadores cardiacos, radiografía de tórax y otros, que incluyen gases arteriales, química sanguínea (hemograma completo, creatinina, glucemia), tomografía computarizada o resonancia magnética si se sospecha disección aórtica; gammagrafía pulmonar o tomografía computadorizada para descartar tromboembolismo pulmonar, y prueba de estrés con ejercicio en pacientes seleccionados.

De acuerdo a los procedimientos instituidos por la Guía para manejo de urgencias, se tiene que dentro del presente asunto la señora Yaneth Gallego López, ingresó al servicio de urgencias el diecinueve (19) de julio de 2016 a las 2:40 a.m., donde se registró como motivo de consulta “*refiere me duele el pecho*”, de los hallazgos descritos en esa misma consulta de urgencia se logra inferir que **se realizó en electrocardiograma recomendado para los síntomas que se presentaban** y así se registró:

Hallazgos: SPO2 99% CONCIENTE* ORIENTADA* ALGICA* CUADRO CLINICO DE EVOLUCION DE 30 MINUTOS* NIEGA ANTECEDENTES* SE TOMA ECG* SE COMENTA CON MEDICO	
Nivel del Triage:	AMARILLO
Destino:	Urgencias

Posteriormente **a las 3:12 a.m.**; es decir, transcurridos un poco más de 30 minutos, se registra que la paciente consulta **por cuadro clínico de más de 04 días de dolor** a nivel de región nual interescapular y de arcos costales, refiriendo que más el derecho e indicando “*me duelen los senos*”, adicional a ello refiere leve distensión abdominal con dolor abdominal; **sin embargo**, señala antecedente de síndrome de intestino irritable.

Adicional a ello, de acuerdo a la nota de enfermería del diecinueve (19) de junio de 2016 **a las 03:20 a.m.**, se logra demostrar que a la paciente, además de la realización del EKG, se sangra a la paciente para toma de troponinas, examen que de acuerdo con la literatura médica³¹, obedece a un examen que mide los niveles de las proteínas troponina T y troponina I en la sangre. Estas proteínas se secretan cuando el miocardio resulta dañado, como ocurre con un ataque cardíaco. Cuanto más daño se produzca en el corazón, mayor será la cantidad de troponina T e I que habrá en la sangre, sin embargo, no existe prueba del resultado arrojado por dicha ayuda diagnóstica.

En lo que tiene que ver con el electrocardiograma se registra como resultado el siguiente: “*EKG CON RITMO SINUSAL CON PR REGULAR CON FC 100 LPM- QRS MELLADO EN DIII –AVF–ONDA T SIMETRICA EKG SIN SIGNOS ELECTROCARDIOGRAFICOS DE ISQUEMIA*”, dicha observación en la literatura médica³² esta descrita de la siguiente forma:

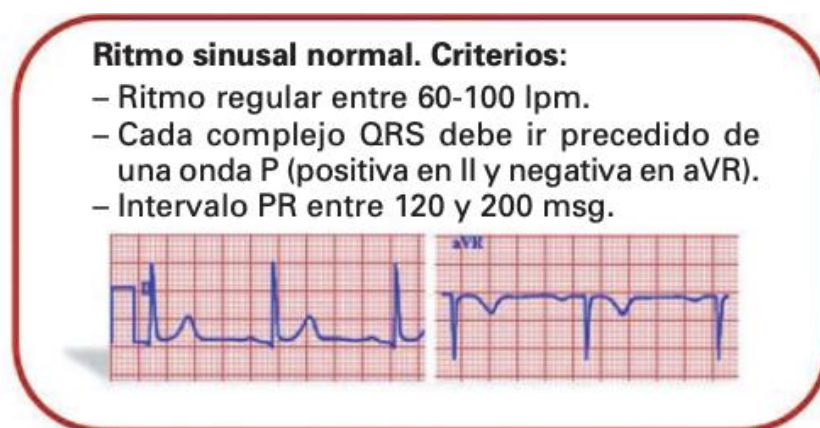


Figura 1. *Ritmo sinusal normal. Criterios.*

Adicional a lo anterior, la Guía para manejo de urgencias ya señalada, ha indicado que, el síndrome coronario agudo es un término que se refiere **a cualquier cantidad de síntomas clínicos compatibles con isquemia miocárdica aguda**, los cuales se presentan de forma clínica con: **i.** angina de pecho estable, **ii.** Isquemia silenciosa, **iii.** Angina inestable, **iv.** Infarto agudo del miocardio, **v.** falla

³¹

<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007452.htm#:~:text=Es%20un%20examen%20que%20mide,que%20habr%C3%A1%20en%20la%20sangre.>

³² https://enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/manual_cap_01.pdf

cardiaca y **vi.** Muerte súbita.

Con el fin de permitir que el médico pueda tomar decisiones tempranas y elegir el mejor tratamiento basado en la estratificación de riesgo y objetivos de intervención, se desarrollaron criterios clínicos. En la práctica existen dos categorías de pacientes:

“1. Pacientes con dolor torácico y elevación del ST persistente (o bloqueo de rama izquierda de nueva aparición). La elevación del ST generalmente refleja oclusión coronaria aguda total. El objetivo terapéutico es la recanalización rápida, completa y sostenida por medio de tratamiento fibrinolítico o angioplastia primaria.

2. Pacientes con dolor torácico y anormalidades del electrocardiograma que sugieren isquemia miocárdica aguda. No tienen elevación persistente de este ST, pero pueden presentar depresión del mismo, persistente o transitoria, inversión de la onda T, aplanamiento de las ondas T o cambios electrocardiográficos no específicos; no obstante, pueden tener un electrocardiograma normal. En esta categoría también deben incluirse aquellos pacientes con anormalidades electrocardiográficas pero sin síntomas. En estos casos la estrategia es mejorar la isquemia y sus síntomas, observar al paciente, tomar electrocardiogramas seriados, hacer repetidas mediciones de los marcadores de necrosis cardíaca (troponina y CPK-MB) e iniciar el tratamiento adecuado si se confirma el diagnóstico”.

De acuerdo a la sintomatología de la señora Yaneth Gallego López, se logra evidenciar que el ECG tomado a la paciente arrojó un resultado de electrocardiograma normal, con un ritmo sinusal normal y simetría; sin signos electrocardiograficos de isquemia, **razón por la cual en esa oportunidad y en principio, no habría lugar a sospechar de alguna afectación cardíaca**, advirtiendo además que el examen fue realizado en el momento en que la paciente advirtió sobre su dolor torácico, tal y como lo advierten las guías medicas avaladas por el Ministerio de la Protección Social.

Adicional a lo anterior, debe advertirse que revisada la Guía para reducir el riesgo en la atención a pacientes cardiovasculares³³ del Ministerio de Salud y Protección Social, se registran como principales factores de riesgo relacionados con enfermedades cardiovasculares, los siguientes:

*“...Los principales factores de riesgo asociados con enfermedades cardiovasculares son los comportamentales entre los cuales se resaltan: el tabaquismo, incluso el tabaquismo pasivo, el sedentarismo, los inadecuados hábitos alimenticios y el uso nocivo del alcohol. A dichos factores se les atribuye el 80% de las coronariopatías y enfermedades cardiovasculares. Estos factores de riesgo provocan cuatro alteraciones importantes en el organismo: aumento de la presión arterial, **incremento del peso que puede llevar a obesidad, hiperglucemia e hiperlipidemia** (colesterol en plasma y colesterol LDL). Los altos niveles de azúcar en sangre potencian el riesgo de muerte por enfermedades cardiovasculares, **se calcula que la hiperglucemia ha causado el***

³³ Guía Técnica "buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud" <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/reducir-riesgo-atencion-en-pacientes-cardiovasculares.pdf>

22% de muertes por coronariopatía y el 16% de accidentes cerebrovasculares (ACV) mortales.

La modificación de los factores de riesgo ha demostrado reducir la mortalidad y la morbilidad en las personas con enfermedad cardiovascular diagnosticada o no. La OMS ha enfocado sus esfuerzos en promover la prevención primaria en toda la población con enfermedades no transmisibles a través de la Convención Marco para el Control del Tabaco y la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud. Estas actividades se dirigen a factores de riesgo común que son compartidos por crecimiento del ventrículo derecho, CVD, el cáncer, la diabetes mellitus, DM, y la enfermedad respiratoria crónica. Su aplicación es crítica con respecto a la creciente carga de enfermedades no transmisibles que buscan controlar”.

En razón a lo expuesto y revisada la historia clínica, se evidencia que el 01 de abril de 2016, la señora Yaneth Gallego López, **fue diagnosticada con hipergliceridemia pura:**

HISTORIA CLINICA

Código Plantilla:11U714-F01
Fecha Historia:01/04/2016 02:25 p.m.
Lugar y Fecha:DOS QUEBRADAS,RISARALDA 01/04/2016 02:25 p.m.
Documento y Nombre del Paciente: CC 41917219 YANETH GALLEGO LOPEZ
Administradora: CAFESALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SA Convenio: CAPITADONIVEL1 Tipo de
Usuario: SUB. EST 1 SIN COPAGO
No Historia: 41917219 Cons. Historia: 5939608
Atención: Ambulatorio

Datos Generales
Fecha: 01/04/2016
Nombre: YANETH GALLEGO LOPEZ
Hallazgos: ANTECEDENTE DE **DISLIPIDEMIA** SIN TTO FARMACOLOGICO ACTUAL. SOLO MANEJO POR NUTRICION. PARACLINICOS GLICEMIA PRE 77 POST 80. CT 238 HDL 30.6 TAG 620 LDL 83. PLAN: INICIO FIBRATO, VALORACION POR NUTRICION Y CONTROL EN 2 MESES
Diagnostico
Tipo de Diagnostico Principal: CONFIRMADO NUEVO

Hora: 14:23
Historia: 41917219

Dx. Principal: E781-HIPERGLICERIDEMIA PURA



De acuerdo con la literatura médica³⁴, **la hipergliceridemia pura** es el aumento de triglicéridos plasmáticos en ayunas superior a 175 mg/dL. Las causas más frecuentes son el sobrepeso-obesidad, el exceso de alcohol, una dieta elevada en hidratos de carbono (60% o más de las calorías totales) especialmente si son refinados y la inactividad física. Sin embargo, también pueden estar elevados por causas genéticas.

Es así como se logra probar que la paciente Gallego López se encontraba con un factor de riesgo para presentar enfermedades cardiovasculares; sin embargo, dicho factor se encontraba siendo tratado por la ESE Hospital Santa Mónica de Dosquebradas, bajo controles nutricionales desde el momento de su diagnóstico, razón por la cual si bien tenía riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares, al momento de consultar por dolor en el pecho, se realizó de manera pronta y oportuna la realización del electrocardiograma, el cual no arrojó ninguna señal de riesgo o de alarma, encontrándose dentro de los límites normales, en la paciente consultante, por lo que se le autoriza la salida, realizándose la siguiente aclaración diagnóstica:

34 <https://www.cholesterolfamiliar.org/hipercolesterolemia-familiar/hipertrigliceridemia/#:~:text=Es%20el%20aumento%20de%20triglic%C3%A9ridos.refina dos%20y%20la%20inactividad%20f%C3%ADsica.>

Diagnostico

Tipo de Diagnostico Principal: IMPRESION DIAGNOSTICA
NO ESPECIFICADA

Dx. Principal: M939-OSTEOCONDROPATIA,

Dx. Relacionado 1: M939-R104-OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS

Aclaracion Diagnostica: PACIENTE QUE CURSA CON CUADRO CLINICO DE VARIOS DIAS DE DOLOR A NIVEL NUCAL Y COSTAL CON EKG DENTRO DE LIMITES NORMALES POR LO QUE SE DA MENEJO SE DA SALIDA CON RECOMENDICIONES Y SIGNOS DE ALARMA

Destino del paciente

Residencia: NO

Morgue: NO

En consecuencia, revisadas las actuaciones realizadas por la ESE Hospital Santa Mónica de Dosquebradas, se logró demostrar por parte de la entidad prestadora de salud que la paciente se encontraba en tratamiento para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares y además, al momento de la primera consulta en urgencias, se le realizaron de manera pronta y oportuna los exámenes correspondientes (electrocardiograma y prueba de troponina), de los cuales reposa resultado del electrocardiograma donde se logró identificar un ritmo sinusal normal con simetría y sin signos electrocardiográficos de isquemia, razón por la cual se aclaró la impresión diagnóstica y se dio tratamiento ambulatorio.

Ahora, en lo que respecta a la atención del veintiuno (21) de junio de 2016, se tiene que la paciente ingresa **a las 6:37 a.m.**, advirtiéndolo como motivo de consulta *“me duele el estómago y tengo debilidad”*; adicional a ello, en la valoración **de las 6:47 a.m.** con medicina general; es decir, 10 minutos después de su ingreso, se agrega como motivo de consulta *“se desmayó y tiene dolor abdominal”* y como enfermedad actual, se registró:

Enfermedad Actual: PACIENTE DE 47 AÑOS DE EDAD QUIEN ES TRAIDA POR SU HIJA, QUIEN REFIERE QUE PACIENTE PRESENTA CUADRO CLINICO DE 1 DIA DE EVOLUCION, CONSISTENTE EN DOLOR ABDOMINAL DE INICIO EN EPIGASTRIO, ASOCIADO A DISTENCION ABDOMINAL, ASI COMO PRESENTO "CISTITIS" SEGUN REFIERE FAMILIAR, YA QUE PRESENTABA POLAQUIURIA Y "RETENCION URINARIA", ADEMAS HIJA REFIERE QUE PRESENTO PERDIDA DE LA CONCIENCIA HACE APROX 10 MIN.

Ante tales síntomas, en dicha oportunidad se determinó como impresión diagnóstica “otros dolores abdominales y los no especificados” y como diagnóstico relacionado: “sincope y colapso” y como aclaración diagnóstica se registra:

Aclaracion Diagnostica: PACIENTE DE 47 AÑOS DE EDAD QUIEN INGRESA POR CUADRO DE DOLOR ABDOMINAL, ASOCIADO A RETENCION URINARIA, PACIENTE INGRESA ALERTA, CONCIENTE, COLABORADORA, HIDRATADA, AFEBRIL, ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, CON CIFRAS TENSIONALES CON DISMINUCION DE VALORES DIASTOLICOS, NO SIGNOS DE HIPOPERFUSION, CON GLUCOMETRIA DE 129, NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, SATURANDO 95% AL MEDIO AMBIENTE, SE EVIDENCIA 2 CUADROS DE EMESIS, SE DA ORDEN DE PASO DE Sonda VESICAL Y NASOGASTRICA, AL IGUAL SE ADMINISTRAN LIQUIDOS ENDOVENOSOS, PROTECCION GASTRICA, ANTI-EMETICO, SE SOLICITAN PARACLINICOS PARA ESTABLECER CAUSA DE DOLOR ABDOMINAL, ASI COMO ESTUDIO DE CUADRO DE PERDIDA DE LA CONCIENCIA. SE EXPLICA CONDUCTA A PACIENTE Y FAMILIAR QUIENES REFIEREN ENTENDER Y ACEPTAR.

De acuerdo con la Guía para Manejo de Urgencias, la cual ha sido ampliamente reseñada en esta providencia, **en lo que tiene que ver con el dolor en epigastrio**, ha sostenido:

“Dolor en epigastrio: el dolor localizado en la parte alta del abdomen se relaciona con las vísceras allí ubicadas, como también con algunas

estructuras torácicas. Sin embargo, algunos dolores relacionados con patología intestinal delgado colónica y la apendicitis pueden comenzar con dolor en el epigastrio. Las causas más comunes de dolor en el epigastrio son la colecistitis aguda, la úlcera péptica complicada y la apendicitis aguda en fase inicial.

En la colecistitis aguda el dolor suele comenzar en el epigastrio y posteriormente migrar hacia el hipocondrio derecho, reflejándose a la región dorsal y subescapular y puede exacerbarse con los movimientos respiratorios.

(...)

El infarto miocárdico debe ser incluido siempre en el diagnóstico diferencial del dolor epigástrico. En nuestro medio debe considerarse el absceso hepático amebiano. El dolor suele ser de aparición lenta, localizado en el epigastrio o en el hipocondrio derecho y, dependiendo de su localización, puede aumentar con los movimientos respiratorios y acompañarse de signos en el examen del tórax. Su irradiación es similar a la de la colecistitis aguda, pero se diferencia de ella en la cronicidad de su aparición y en su intensidad.

CAUSAS DE DOLOR EPIGÁSTRICO

- Úlcera péptica.
- Úlcera péptica complicada.
- Colecistitis aguda.
- Apendicitis (inicialmente).
- Pancreatitis.
- Obstrucción intestinal (inicialmente).
- Absceso hepático.
- Absceso subfrénico.
- Esplenomegalia.
- Hepatomegalia.
- Pleuritis y neumonías basales.
- **Infarto agudo de miocardio.**

Adicional a lo anterior, en el caso de la señora Yaneth Gallego López, si bien en la enfermedad actual registrada el 21 de julio de 2016 a las 6:47 a.m. se indicó dolor abdominal en epigastrio, en esa misma oportunidad en el examen físico, se registró: “ruidos cardiacos ritmos regulares sin soplos” y “con dolor a la palpación en en mesogastrio”, “presenta globo vesical”.

Hallazgos (Especifique, citando el numeral): NORMOCEFALA, ESCLERAS ANICTERICAS PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ, MUCOSA ORAL HUMEDA, CUELLO MOVIL, NO MASAS, NO ADENOPATIAS, TORAX: SIMETRICO, EUTROFICO, NO TIRAJES, C/P; RUIDOS CARDIACOS RITMICOS REGULARES SIN SOPLOS, RUIDOS RESPIRATORIOS SIN AGREGADOS PULMONARES, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, ABDOMEN: DISTENDIDO, BLANDO, CON DOLOR A LA PALPACION EN MESOGASTRIO, PRESENTA GLOBO VESICAL, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, EXTREMIDADES: EUTROFICAS, SIMETRICAS, NO EDEMA, LLENADO CAPILAR < 2SG, PULSOS PERIFERICOS PRESENTES. NEUROLOGICO; SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE

En la Guía Práctica del Ministerio de Salud, **se registran como causas de dolor en mesogastrio**, las siguientes:

“Dolor en mesogastrio: el dolor en la parte media del abdomen, hacia la región periumbilical, puede estar relacionado con las entidades que hemos mencionado anteriormente. En la apendicitis aguda, por ejemplo, el dolor puede ser percibido en los períodos iniciales en esta región y posteriormente migrar hacia el cuadrante inferior derecho. En la diverticulitis, en fase temprana, el dolor puede tener esta ubicación y luego migrar hacia el flanco y la fosa ilíaca izquierda. Los dolores originados en una obstrucción intestinal, también pueden ser percibidos en esta zona horas después de comenzar o cuando ya se ha complicado con gangrena o

perforación.

Debe tenerse siempre en mente la posibilidad de aneurisma aórtico roto o en inminencia de ruptura. Se caracteriza por aparición súbita, de intensidad alta y poco variable, propagado hacia la región lumbar y glútea y puede ser confundido con pancreatitis o patología renal o ureteral; por otra parte, puede estar asociado con el hallazgo de una masa pulsátil en el examen físico y anemia y compromiso circulatorio en los casos de ruptura.

CAUSAS DE DOLOR EN MESOGASTRIO

- Apendicitis (inicialmente).
- Obstrucción intestinal.
- Pancreatitis.
- Hernias epigástrica o umbilical.
- Eventración .
- Isquemia o Gangrena Intestinal.
- Diverticulitis colónica.
- Diverticulitis de Meckel.
- Ruptura de aneurisma aórtico”.

Así las cosas, en los hallazgos del examen físico realizado en esa oportunidad, se registró en lo que tiene que ver con el tórax, lo siguiente: *“simétrico, eufórico, no tirajes, C/P , ruidos cardiacos rítmicos regulares sin soplos, ruidos respiratorios sin agregados pulmonares, murmullo vesicular conservado”*, de lo cual podría inferirse que no se logra evidenciar alguna alteración a nivel de tórax que implique sospechar un infarto agudo de miocardio, además si se tiene en cuenta que a la palpación del abdomen se registra *“distendido, blando, con dolor a la palpación en mesogastrio”*, razón por la que al evidenciarse un dolor distinto al localizado en el epigastrio; en principio y en ese momento, existe duda sobre un diagnóstico de infarto agudo de miocardio.

Ahora, en lo que tiene que ver con el síncope que sufrió la paciente antes de desplazarse a urgencias de la ESE Hospital Santa Mónica de Dosquebradas, la Guía para Manejo de Urgencias, ha establecido *“Aunque el establecimiento de la causa del síncope es factor fundamental para establecer pronóstico y manejo, no se ha demostrado que los episodios sincopales sean un factor independiente para predecir mortalidad. La coexistencia de condiciones cardiovasculares aumenta la probabilidad de muerte en pacientes que consultan por síncope, y esto es la base para la determinación del riesgo de los pacientes atendidos en el servicio de urgencias”*; **sin embargo**, en el caso de la señora Yaneth Gallego López, para ese momento, no se le había diagnosticado alguna afectación cardíaca que la hiciera candidata de una urgencia vital.

Posteriormente, una vez estructurada la impresión diagnóstica, pasados 12 minutos, siendo las 6:59 a.m., **se registra por enfermería que la paciente no responde adecuadamente**, se encuentra inconsciente, diaforética, con presión de 102/48, da respuesta a estímulos y órdenes, pero presenta debilidad en el tono muscular, palidez cutánea, emesis y por orden verbal del médico de turno se le pasa sonda nasogástrica número 14.

Ahora, si bien reposa otra nota de enfermería a las 8:48 a.m. la cual consiste en:

Evoluciones

Objetivo: A LAS 7 HORAS INGRESO AL SERVICIO DE TRUMA PARA ADMINISTRARLES LOS MEDOICAMENTOS A LA PACIENTE Y OBSERVO QUE LA PACIENTEW NO RESPONDE AL DIALOGO , ESTA INCONCIENTE, PALIDA, DIAFORETICA, SIN PULSO, INMEDIATAMENTE LA TRASLADO A LA SALA DE REANIMACION Y LE INFORMO AL MEDICO DE TURNO, ACTIVO CODIGO AZUL, MONITORISO LA PACIENTE, Y SE INICIA R.C.P. 5 CICLOS, SE REALIZA ENTUBACION ENDOTRAQUEAL Y SE LE COLOCA SOPORTE DE OXIGENO A TRAVES DE AMBU, SE CANALIZA CON 2 VIAS DE ACCESO VENOSO, SE LE PASA SONTA VESICAL A DRENAJE LIBRE CONECTADA A CISTO FLO POR DONDE DREAN ORINA DE COLOR AMBAR CLARO, LA PACIENTE SALE DEL PARO Y A LOS 5 MINUTOS ENTRA NUEVAMENTE EN PARO CARDIACO, SE INICIA NUEVAMENTE R.C.P, SE ACUDE AL INTENSIVISTA , DR PINILLA DE UCIMED SANTA MONICA QUIEN ASISITE A LA PACIENTE LE REALIZA CARDIVERSION, CON 100 J, LA PACIENTE SALE NUEVAMENTE DEL PARO SE LE COLOCA OTRA VIA DE ACCESO VENOSO, SONTA OROGASTRICA A DREANJE LIBRE POR DONDE DRENA MATERIAL VILIOSO, SE COMENTA A TODAS LA UCI PARA REMITIRLA COMO URGENCIA VITAL. SE LE TOMA EKG INICIAL Y EKG DE COJNTROL. GASES ARTERIALES, SE LE TOMA GLUCOMETRIA 285 MG/DL, LA PACIENTE PRESENTA UN EPISODIO DE CONVULSION TONICOCLOONICO,

Subjetivo: PACIENTE QUE SE ENCUENTRA MUY REGULARES CONDICIONES GENERALES.

Medicamentos Suministrados: SE LE ADMINISTRA 6 AMPOLLA DE ADRENALINA UNA CADA 3 MINUTOS, 3500 CC DE SSN EN BOLO, 1 AMPOLLA DE DOPAMINA EN 250 CC DE SSN A 15 CC POR HORA EN BOMBA DE INFUSION, SE LE COLOCAN 3 AMPOLLAS DE BICARBONATO EN BOLO + 500 DE SSN + 1 AMPOLLA DE POTASIO A 100 CC HORA POR BOMBA DE INFUSION+ 5 MILIGRAMOS DE MIDASOLAN +

Observaciones... A LAS 9:00 DE LA MAÑANA SE TRASLADA COMO URGENCIA VITAL A UCIMED SANTA MONICA VA EN MUY REGULARES CONDICIONES GENERALES, EN COMPASÑIA DE LA DOCTORA LILIANA CASSIANI, LA JEFE LINA, Y MAURICIO

De la misma se extrae que el auxiliar de enfermería relata lo acontecido a las 7 a.m., como se describe en la evolución, por lo que tal acontecimiento no podría registrarse como ocurrido a las 8:48 a.m. como lo pretendió reseñar el perito, pues tal y como se describe en la evolución, **dicho procedimiento ocurrió a las 7 a.m.**, cuando la auxiliar entra al servicio de trauma para administrarle los medicamentos a la paciente y al encontrarse la paciente no respondía al dialogo, estaba inconsciente, pálida, diaforética, sin pulso, inmediatamente se trasladó a la sala de reanimación y se activó el código azul.

En razón al código activado, se advierte que la Guía para el manejo de urgencias del Ministerio de Salud y Protección Social, en el acápite de “*atención de enfermería al paciente con urgencia cardiovascular y cardiorrespiratoria*”, sostuvo:

“El cuidado de enfermería se centra en la detección de signos y síntomas, en la intervención oportuna en las diferentes modalidades terapéuticas que se utilicen ya sea a través de la administración de fármacos antiarrítmicos, de la inserción del marcapaso cardíaco, la cardioversión y desfibrilación eléctrica, y en el soporte emocional que se brinde al paciente durante estos procedimientos. Los protocolos de reanimación de la American Heart Association (AHA) comprenden la aplicación de rutina de los exámenes primarios y secundarios, los cuales pueden ser aplicados en todas las etapas del proceso de atención de enfermería. Consisten en:

“Examen ABCD primario: se centra en la Reanimación Cardio Pulmonar (RCP) básica y la desfibrilación.

- A vía aérea: abra la vía aérea.
- B Buena respiración (breathing): practique ventilaciones con presión positiva.
- Circulación: realice compresiones torácicas.
- Desfibrilación: administre descargas en caso de Fibrilación ventricular (FV)/Taquicardia ventricular (TV) sin pulso.

Examen ABCD secundario: se centra en las evaluaciones y tratamientos avanzados.

- A vía aérea: practique el manejo avanzado de la vía aérea (intubación traqueal, máscara laríngea, combitube).
- B Buena respiración (breathing): verifique que la ventilación y oxigenación sean adecuadas mediante la confirmación de la posición correcta del dispositivo de vía aérea por confirmación primaria con el examen físico y la confirmación secundaria, con detectores de CO₂ y el dispositivo detector esofágico; el monitoreo continuo o intermitente de los niveles de CO₂ y oxígeno y la prevención del desplazamiento del tubo endotraqueal mediante el uso de fijadores.
- Circulación: obtenga acceso venoso, determine el ritmo y administre los

medicamentos apropiados.
• *Diagnóstico diferencial: investigue, detecte y trate las causas reversibles.*

Las secuencias de la evaluación/intervención permanentes aplican para los pacientes de alto riesgo de paro cardiorrespiratorio y pacientes que ingresan en paro al servicio de urgencias.

Así mismo, la AHA provee los algoritmos para el AVCA, para decisiones de uno de los tres ritmos de paro (FV/TV, AESP o asistolias y uno de dos ritmos sin paro (bradicardia o taquicardia estable o inestable), algoritmos que fueron traducidos e incorporados a la sección de intervenciones de enfermería de la presente guía”.

Y como esquema de respuesta de enfermería en la sala de reanimación, se estableció:

Tabla 1. Esquema de respuesta de enfermería en la sala de reanimación

Enfermera 1 (enfermera líder)	Enfermera 2	Auxiliar de enfermería 1
1. Planea las actividades de la fase de preparación (previas al ingreso del paciente) y durante el manejo inicial. 2. Evalúa el paciente (examen ABCD primario y secundario) 3. Maneja la vía aérea y la ventilación (ABCD primario y secundario) 4. Prepara el marcapasos y asiste el procedimiento. 5. Informa y tranquiliza al paciente sobre los diferentes procedimientos que se realicen y sobre su estado actual. 6. Traslada el paciente. 7. Realiza la revisión secundaria y los procedimientos complementarios 8. Registra los cuidados de enfermería en la historia clínica.	1. Evalúa el ritmo cardíaco e inicia compresiones torácicas. 2. Prepara el monitor/desfibrilador y asiste los procedimientos de cardioversión o desfibrilación del paciente. 3. Instaura accesos venosos. 4. Administra los medicamentos indicados 5. Establece comunicación con paramédicos o familia que acompañaron al paciente (recolección de información). 6. Solicita y coordina los servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico. 7. Informa a la familia.	1. Inicia el monitoreo: tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, pulsoximetría y temperatura. 2. Toma ECG de 12 derivaciones. 3. Obtiene muestras de laboratorio. 4. Circula los procedimientos que realicen al paciente.

De acuerdo con la historia clínica, se inició RCP de 5 ciclos, intubación endotraqueal y se le coloca soporte de oxígeno a través de AMBU, se canaliza con 2 vías de acceso venoso, se le pasa sonda vesical a drenaje libre conectada a CISTOFLO por donde drena orina de color ámbar claro, maniobras ante las cuales responde de manera positiva la paciente y sale de paro.

Sin embargo, tal y como se registra en la evolución, a los 05 minutos de salir del paro en el cual se encontraba, entra nuevamente en paro cardíaco, por lo que se inicia RCP, acudiéndose al intensivista y realizando cardioversión, procedimiento este último que según la GPC corresponde a “*al procedimiento se realiza en pacientes con inestabilidad hemodinámica, isquemia miocárdica, falla cardíaca, fibrilación o flúter auricular con compromiso hemodinámico, taquicardia supraventricular con inestabilidad hemodinámica, pacientes que no toleran medicamentos antiarrítmicos, cardioversión previa, enfermedad del nodo sinusal, torsades de pointes y flúter ventricular*”, con lo cual

la paciente sale nuevamente de paro y se le coloca otra vía de acceso venoso, sonda orogástrica a drenaje libre por donde drena material bilioso.

Una vez estabilizada la paciente, se registra en la historia clínica que se comenta con todas las UCI para remitirla como urgencia vital, **se le toma EKG inicial y EKG de control**, gases arteriales y glicometría, presentando la paciente un episodio de convulsión tónico-clónico, encontrándose entonces en regulares condiciones.

Ese mismo día, 21 de junio de 2016, presentó la pérdida de conciencia y se reanimó después de los 2 paros cardíacos que atravesó; esto es, que desde las 7 am que presentó el estado de inconciencia y una vez reanimada, a las 9 a.m. **la paciente es trasladada como urgencia vital a UCIMED con sede en el Hospital Santa Mónica de Dosquebradas**, advirtiéndose que va en muy malas condiciones.

De las actuaciones aquí reseñadas y el recuento de la historia clínica, contrario a la declaración rendida por el profesional de la medicina, se puede asegurar que la prestación del servicio de salud se hizo de manera oportuna y eficiente, de acuerdo a los síntomas presentados por la paciente en la consulta de urgencias para los días diecinueve (19) y veintiuno (21) de julio de 2016, en la ESE Hospital Santa Mónica de Dosquebradas, lo que comprende la realización de exámenes y procedimientos ordenados en las Guías Prácticas Clínicas del Ministerio de Salud y Protección Social, sin que pueda avizorarse la existencia de una falla del servicio en ninguna de las atenciones **que pudiesen haber desencadenado la muerte del paciente; o al menos ello no se encuentra probado en el dossier**; por el contrario, se observa la diligencia y cuidado prestado en el ente hospitalario, toda vez que cada una de las actuaciones fue realizada en un tiempo prudencial, sin que se evidencie alguna negligencia en dicho aspecto como lo pretende hacer valer la parte demandante, pues dentro de las actuaciones médicas no se advierten demoras en procedimientos, por lo que se infiere que las actuaciones en la ESE Hospital Santa Mónica de Dosquebradas tenían como fin tratar de recuperar la salud de la paciente y mejorar la sintomatología que presenta frente a sus patologías.

En razón a todo lo expuesto, no se logró probar por la parte demandante, la presunta falla en el servicio por parte de la ESE Hospital Santa Mónica de Dosquebradas y por lo tanto no puede atribuirse responsabilidad a la misma, toda vez que contrario a ello, se logró probar la oportuna atención médica brindada a la paciente de acuerdo a los síntomas por ella presentados, la cual se encuentra acreditada en las atenciones del diecinueve (19) y veintiuno (21) de junio de 2016, adicional al tratamiento nutricional que se le presentaba con anterioridad intentando reducir el riesgo en afecciones cardíacas, pues aunque se generó un resultado insatisfactorio con el fallecimiento de la señora Yaneth Gallego López, no se advierte la configuración de

una falla en la prestación médica, por cuanto se desplegaron todos los procedimientos médicos pertinentes para intentar salvaguardar su vida.

En consecuencia, no existe prueba alguna que permita establecer que el ente hospitalario demandado haya omitido llevar a cabo algún procedimiento que de acuerdo a la *lex artis* y a la condición clínica de la paciente debía realizarse y no se hizo, ya sea por negligencia o por falta de conocimiento, o que alguna de las atenciones médicas dispensadas hayan sido suministrada de manera errónea o defectuosa para la configuración de la mentada falla del servicio, por el contrario, se observa que de acuerdo a las valoraciones realizadas por cada uno de los galenos, se llevó a cabo cada uno de los requerimientos ordenados por ellos para el restablecimiento de la salud de la paciente dentro del ente hospitalario, sin que se haya logrado probar demoras en el trámite o la realización de los mismos por parte de la ESE Hospital Santa Mónica de Dosquebradas.

Adicional a lo anterior, observa esta Sala de Decisión que el perito al rendir el dictamen aportado con la demanda, referencia las actuaciones de la ESE Hospital Santa Mónica de Dosquebradas, cuando la paciente se encontraba en UCIMED, por lo que será del caso, aclarar si las actuaciones al interior de UCIMED son o no responsabilidad de la ESE Hospital Santa Mónica de Dosquebradas.

5.2.2. Responsabilidad de la ESE Hospital Santa Mónica de Dosquebradas, frente a las atenciones de la paciente en UCIMED S.A., entidad que tiene una sede dentro de la ESE demandada.

En este punto se hace necesario advertir que UCIMED, tal y como consta en certificado de existencia y representación de la cámara de comercio, es una institución prestadora de servicios de salud, **con personería jurídica y patrimonio autónomo que tiene como objeto social “LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS MEDICOS GENERALES ESPECIALIZADOS, CUIDADOS INTENSIVOS E INTERMEDIOS, HOSPITALIZACIÓN, AYUDAS DIAGNÓSTICAS Y DE APOYO TERAPEUTICO”**, la cual no depende de las demandadas y si bien, tiene una sede en la ESE Hospital Santa Mónica de Dosquebradas, tal situación no permite establecer la responsabilidad pretendida frente al Hospital Santa Mónica de Dosquebradas, toda vez es una institución prestadora de salud con personería jurídica y patrimonio propio; en principio, con absoluta independencia de la Empresa Social del Estado Hospital Santa Mónica de Dosquebradas.

Adicional a lo anterior, tal y como consta en la página oficial de UCIMED³⁵, la atención en la unidad de cuidados intensivos sólo se inicia con la remisión del

³⁵ <https://ucimedsa.com/2019/04/28/ingreso-y-egreso-del-paciente/>

usuario desde otro servicio, o desde otra institución; por lo que dicha entidad presta un servicio médico especializado en la atención de pacientes críticamente enfermos.

Para lo cual dispone de dos (2) Unidades de Cuidados Intensivos ubicadas dentro de las instalaciones de los Hospitales de Cartago y de Santa Mónica en Dosquebradas, en razón a ello, se puede asegurar que dentro de la ESE Hospital Santa Mónica de Dosquebradas, se encuentra una sede de UCIMED S.A. mas no se puede sostener con la evidencia que existe en el expediente, que la misma haga parte de la ESE demandada, ni que acarree responsabilidades solidarias por la atención de pacientes, toda vez que son entidades de salud diferentes y autónomas en su manejo, que en efecto responden de manera particular ante sus actividades.

En consecuencia, se advierte que las atenciones brindadas a la señora Yaneth Gallego López, en UCIMED S.A. no son responsabilidad de la ESE Hospital Santa Mónica de Dosquebradas, razón por la cual no hay lugar a estudiar las mismas, **si se tiene en cuenta que dicha entidad no fue demandada dentro del presente asunto** y en el recurso de apelación nada se dice respecto de la responsabilidad de UCIMED S.A.

Por lo expuesto, si bien de la epicrisis de las atenciones médicas realizadas en UCIMED S.A., se logra extraer que dicha entidad de cuidados intensivos solicitó a la EPS CAFESALUD desde el 24 de junio de 2016, el traslado de la señora Yaneth Gallego López a una entidad de mayor nivel, y que la respuesta siempre fue negativa por falta de disponibilidad, lo cierto es que la parte demandante en su recurso de apelación en nada se refirió acerca de la responsabilidad por parte de la EPS y centro su argumento únicamente en lo que a la responsabilidad de la ESE Hospital Santa Mónica de Dosquebradas se refiere, por lo que el estudio en esta oportunidad obedeció a las actuaciones correspondientes al ente hospitalario demandado, encontrando adecuadas las mismas.

En consecuencia, teniendo en cuenta que no se cumplen los elementos que estructuran la responsabilidad para atribuir la misma a la ESE Hospital Santa Mónica de Dosquebradas, esta Colegiatura confirmará la sentencia recurrida.

Por otro lado, debe advertirse que si en gracia de discusión se considerasen como indicios, de un error de diagnóstico en las atenciones del diecinueve (19) y veintiuno (21) de junio de 2016 por parte de la ESE Hospital Santa Mónica de Dosquebradas y que por ese sólo hecho se genera, sin ningún otro tipo de consideración, la materialización de una falla en el servicio de salud que debía garantizar la entidad hospitalaria demandada, la parte demandante, aun en ese supuesto, debía probar que aquellos errores fueron la causa eficiente del daño; esto es, de la muerte y aquello

no se encuentra probado dentro del expediente, esto si se tiene en cuenta que los dos infartos cardíacos que sufrió la señora Yaneth Gallego López al interior de la ESE Hospital Santa Mónica de Dosquebradas, fueron superados con las maniobras de reanimación realizadas por el personal médico el día veintiuno (21) de junio de 2016 y la paciente presenta su deceso el 20 de julio de 2016, un mes después de presentar los paros cardíacos y por una falla multisistémica según la historia clínica; de la cual no reposa prueba de su causación, pues no existe necropsia en el dossier.

En este orden de ideas, si bien el régimen aplicable a los eventos en los cuales se discute la responsabilidad patrimonial del Estado por las actividades médico sanitarias es, de manera general, el de la falla probada del servicio, la especial naturaleza de la actividad en estudio le permite al juez de la causa acudir a diversos medios probatorios, por ejemplo, la prueba indiciaria para formar su convencimiento acerca de la existencia del nexo de causalidad, **sin que por ello se pueda afirmar que dicha relación causal se presume.**

Adviértase, que, si se atribuye responsabilidad frente a un daño médico, **es necesario para configurar la de la ESE Hospital Santa Mónica de Dosquebradas**, derivada de sus competencias y obligaciones, el enlace entre el comportamiento o conducta activa u omisión con el resultado perjudicial, pues en ausencia de este elemento, la pretensión no prosperará.

Entonces, al revisar el dossier, claramente se establece cual es la pretensión primigenia y con respecto a ella, **no se encontró prueba que la omisión o el alegado retardo en procedimientos fuesen la causa eficiente de la muerte**, dicha carga estaba en cabeza de los demandantes, al respecto resulta ilustrativo reseñar que la carga probatoria u *onus probandi*, proviene del derecho civil clásico (Artículo 1757 del CC), a saber:

a.-) Onus probandi incumbit actori: el actor tiene el deber de probar el hecho que invoca como soporte a su pretensión.

b.-) Reus, in exipiendo, fit actor: el demandado que contradice la pretensión del actor, a su vez, se hace demandante, ante la urgencia de probar el hecho que le sirve de excusa.

c.-) Actore non portante, reus absolvitur: el demandado queda exonerado de la obligación cuando, propuesta su excepción a la pretensión del actor, este se muestra incapaz de contradecirlo, probando la vigencia de su causa

De la anterior dogmática, se extracta a no dudarlo, que el riesgo de no probar un hecho, no es otro que el fracaso de la pretensión; es decir, la parte activa o pasiva con su incuria o negligencia sólo puede provocar su propio daño y en el caso concreto que nos ocupa, las pretensiones se formulan en un sentido y las pruebas presentadas no avalan la prosperidad de aquellas, pues la parte demandante no acreditó que la

ESE Hospital Santa Mónica de Dosquebradas haya omitido o errado en alguna de sus actividades médicas; por ello, no es posible determinar que dicha entidad hospitalaria haya incurrido en negligencia o falla en el servicio, en cuanto al procedimiento médico realizado y además; se insiste, también brilla por su ausencia; la prueba, que la hipotética omisión hubiere sido la causa eficiente del deceso de la señora Yaneth Gallego López.

6. Costas en segunda instancia.

El artículo 188 del CPACA regula que, tratándose de costas en la Jurisdicción de lo Contencioso Administrativo, en la sentencia el juez tiene la obligación de pronunciarse sobre dicho aspecto, con excepción de los asuntos en los que se ventile un interés público.

Además, advierte la misma norma que la liquidación y ejecución se regirán por las normas del Código de Procedimiento Civil, ahora Código General del Proceso.

Ahora, en el marco del CGP, la condena en costas no resulta de un obrar temerario o de mala fe, o siquiera culpable de la parte condenada, sino que es resultado de su derrota en el proceso o recurso que haya propuesto, según el artículo 365, razón por la cual al momento de liquidarlas, conforme al artículo 366, se precisa que tanto las costas como las agencias en derecho corresponden a los costos en los que la parte beneficiaria de la condena incurrió en el proceso, siempre que exista prueba de su existencia, de su utilidad y de que correspondan a actuaciones autorizadas por la ley. De esta manera, las costas no se originan ni tienen el propósito de ser una indemnización de perjuicios causados por el mal proceder de una parte, ni pueden asumirse como una sanción en su contra.

Bajo esa línea de análisis, para que mediante providencia se condene en costas, no basta con la simple petición y posterior vencimiento en el juicio del solicitante de las costas, sino que se exige al vencedor demostrar la causación y comprobación de los conceptos que quiere hacer valer respecto a las expensas, gastos y/o agencias en derecho en que incurrió durante el proceso.

En ese sentido, resulta pertinente acudir a los planteamientos expuestos por la Sección Segunda del Consejo de Estado, en cuanto precisa que el artículo 188 del CPACA entrega al juez la facultad de disponer sobre su condena, lo cual debe resultar de analizar que principalmente aparezcan causadas y comprobadas, siendo consonantes con el contenido del artículo 365 del CGP; lo que descarta una apreciación objetiva que simplemente consulte quien resulte vencido para que le sean impuestas.

Criterio que en la actualidad ha sido reiterado por la Alta Corporación de lo Contencioso en sentencia del 25 de junio de 2020, en el que se insiste que para su valoración se debe verificar la gestión que haya realizado la parte contraria a la cual le resultan desfavorables las pretensiones.

Al evaluarse en el presente caso la causación de las costas, de conformidad con el artículo 188 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, se encuentra que las mismas no aparecen probadas, porque no obra elemento de erogación alguno en su consecución, razón por la cual, esta Colegiatura no condenará en costas en esta instancia.

Decisión: En mérito de lo expuesto el Tribunal de lo Contencioso Administrativo de Risaralda, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

FALLA

PRIMERO: CONFIRMAR la sentencia proferida en este proceso por el Juzgado Tercero Administrativo del Circuito de Pereira el día el catorce (14) de junio de 2022, de conformidad con lo expuesto en la parte motiva de este proveído.

SEGUNDO: Sin costas en esta instancia, por las consideraciones expuestas.

TERCERO: Ejecutoriada esta providencia, devuélvase el expediente al Juzgado de origen, por secretaria, cancélese la radicación del proceso, previa anotación en el Sistema Informático SAMAI.

El proyecto de esta providencia fue considerado y aprobado por esta Sala Ordinaria, en Sesión presencial de la fecha,

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

ANDRÉS MEDINA PINEDA
MAGISTRADO

LEONARDO RODRÍGUEZ ARANGO
MAGISTRADO

DUFAY CARVAJAL CASTAÑEDA
MAGISTRADA

«Este documento fue firmado electrónicamente y puede ser consultado con el número de radicación en <http://samairj.consejodeestado.gov.co>»