

RV: INFORME AUDIENCIA JUDICIAL-151/DEMANDANTE: ROBINSON ESMITH CUBILLOS MORALES/DEMANDADO:E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ Y OTROS/COMPAÑIA: SOLIDARIA /RAD: 2019-00003

Informes GHA <informes@gha.com.co>

Lun 20/11/2023 14:19

Para:Javier Esteban Aldana Marin <jaldana@gha.com.co>;María Fernanda López Donoso <mflopez@gha.com.co>;CAD GHA <cad@gha.com.co>
CC:Diana Carolina Benitez Freyre <dbenitez@gha.com.co>

Buenas tardes Javier,

Por favor nos ayudas obteniendo el acta de la audiencia.

AGENDA SOLIDARIA

CAD: Correo al 16166

Quedamos atentos a tus comentarios.

Cordialmente;

De: Yolanda María López Muñoz <ymlopez@gha.com.co>

Enviado: lunes, 20 de noviembre de 2023 13:32

Para: Informes GHA <informes@gha.com.co>

Cc: Javier Andrés Acosta Ceballos <jacosta@gha.com.co>; Kelly Alejandra Paz Chamorro <kpaz@gha.com.co>

Asunto: INFORME AUDIENCIA JUDICIAL-151/DEMANDANTE: ROBINSON ESMITH CUBILLOS MORALES/DEMANDADO:E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ Y OTROS/COMPAÑIA: SOLIDARIA /RAD: 2019-00003

Cordial saludo informes,

Me permito informar que asistí a la audiencia inicial y de pruebas virtual programada por el Juzgado Cincuenta y Nueve Administrativo del Circuito Judicial de Bogotá , en el siguiente proceso:

DEMANDANTE: ROBINSON ESMITH CUBILLOS MORALES
DEMANDADO: E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ Y OTROS
COMPAÑIA: SOLIDARIA
RAD: 2019-00003
CODIGO LEGIS: JUDICIAL-151

Se fijó continuación de audiencia de pruebas virtual para el día 14 de febrero de 2024 a partir de las 3:00 pm se absolverá el resto de testimonios y practica de interrogatorio de parte.

Etapas

Saneamiento del proceso: no se advirtió ninguna irregularidad que afecte la validez del proceso.

Fijación del litigio: determinar si las demandadas en el ámbito de sus competencias funcionales, incurrieron en una falla eventual en la prestación del servicio medico asistencial y o administrativos, por una prestación inoportuna, ineficiente o inadecuada en los servicios médicos asistenciales a su cargo

que a la postre como se afirma en el escrito de la demanda puso ocasionar la muerte de la menor Mariana Miranda Ávila entre el 3 y 4 de octubre del año 2017, al interior del Hospital Militar. Todo lo anterior naturalmente como presupuesto para verificar la procedencia de las distintas condenas solicitadas en el escrito de la demanda, a partir del análisis que se efectuara del material probatorio que ha sido aportado y que se decretará en adelante en el desarrollo del proceso.

Adicional en caso de acreditarse la responsabilidad extracontractual de la demandada en este asunto tendrá esa judicatura que establecer en que porcentaje en la que la llamada en garantía deberá en concurrir en el pago de una eventual condena que se imponga, con fundamento en los términos establecidos en el clausulado del contrato de seguro que dio lugar a la figura del llamamiento en garantía dentro de este asunto.

Conciliación: se le otorgo la palabra a cada una de las partes las cuales manifestaron no tener animo conciliatorio. Por lo anterior se declaró fallida la conciliación y se dio continuidad al desarrollo procesal.

Decreto de pruebas por la parte demandante: Se tendrán en cuenta los documentos aportados en la demanda.

No se decretó la prueba de declaración de parte de los demandantes, porque es improcedente.

Testimoniales: Jessica Caro Valderrama, Oscar Javier Hincapie Reyes.

Prueba por informe: la parte demandante deberá elaborar el cuestionario sobre los asuntos que se debe pronunciar el representante legal del Hospital Militar Central, el cual deberá remitir a dicha entidad junto con el oficio que para tal efecto libre este despacho, lo anterior en un término que no podrá superar los cinco (5) días siguientes a la realización de esta audiencia, término dentro del cual se deberá acreditar la gestión realizada ante este Estrado Judicial, so pena de decretar el desistimiento de la prueba. Se precisa que la demandada tendrá un plazo de 15 días para responder el cuestionario que se le allegue por la parte demandante.

Decreto de pruebas por la parte demandada: Se tendrán en cuenta los documentos aportados en la contestación de la demanda

Testimonios: Cesar Julio Alba, Roberto Gallo y Armando Rojas.

Decreto de pruebas llamada en garantía: Se tendrán en cuenta los documentos aportados en la contestación de la demanda.

Interrogatorio de parte: Mónica Patricia Ávila Clavijo y Lisandro Miranda López

Testimonios: Cesar Julio Alba, Roberto Gallo Roa, Armando Rojas Cadena, Lina María Cabrales Camacho, Omar Javier Torres Rodríguez, Astrid Maritza Pastran Alfonso, Oscar Javier Hicapie Reyes, Jessica Caro Valderrama y María Janeth Vargas Manrique.

SE INSTAURO LA AUDIENCIA DE PRUEBAS

Doctora Jessica Caro: Actualmente, pues yo soy neonatología y me encuentro residiendo en la en la ciudad de Neiva, hace más de 5 años, 6 años estaba trabajando como neonatología en el hospital militar central.

Mencionó no recordar el caso en concreto, pero que leyó la historia clínica para refrescar la memoria y se dispuso a hablar del caso en concreto.

Yo tal vez conocí a la paciente, pues una de las noches que fui a al servicio de Neonatología del hospital militar, teniendo en cuenta, pues, la historia clínica que yo pues revise y analice la paciente tenía una patología bastante severa que es una hipertensión pulmonar. Es supra sistémica y pues tenía múltiples soportes. Aparte, había tenido una aspiración del líquido meconioso que pues en mi concepto eso empeora un poco más las cosas. La patología empeora las cosas y ya no estaba respondiendo a ni a soporte ventilatorio ni a soporte vasoactivo. Entonces, en el momento en que yo comienzo como a intervenir según las evoluciones que veo, la paciente ya tenía múltiples soporte vasoactivo.

O sea, que ya era un choque y una hipertensión resistente al soporte ventilatorio, o sea, ya estábamos casi en una falla multiorgánica en donde, pues, era casi irreversible la forma en que iba a mejorar la paciente.

Yo estuve en el momento en que la bebé, pues ya era casi irreversible su patología y ya tenía múltiples soporte y básicamente se estaba soportando más y EH presenta una parada cardiorrespiratoria que pues no, no respondió a más bajo activos de los que ya tenía. La patología tiene una mortalidad de más del 80%. Cuando yo estuve en el manejo la bebé no estaba respondiendo ni a los vasos activos ni a nada, entonces básicamente, pues lo que se ve es, es lo que la literatura dice.

Pregunta: La ingesta de líquido meconioso tuvo como origen el que la niña no hubiese nacido a tiempo o que no se hubiesen iniciado los procesos de cesárea en su momento. **Respuesta:** no le corresponde responder es pregunta porque la aspiración de Meconio puede ser desde un sufrimiento fetal crónico. Generalmente, la aspiración de meconio es algo que no se ve.

Pregunta: ¿Doctora frente a eso digamos que si es un embarazo crónico, un embarazo con problemas, hay posibilidad de que en los controles esa, esa esa particularidad de la ingesta de líquido meconioso puede hacer, verifica nada o que puede hacer en advertida por el médico dentro de los controles?

Respuesta: No, realmente eso se ve ya cuando se rompen las membranas y sale líquido, entonces eso se ve ya en el momento de abrir la cesárea o de que comience el trabajo de parto. No hay forma de saber antes.

Pregunta: ¿cuál es su experiencia en el manejo de este tipo de enfermedades, como el como la documentada en el caso de Mariana Miranda?

Respuesta: Yo realmente soy pediatra desde desde el 2014 y toda mi pediatría, pues la hice en recién nacidos. Después hice la especialidad, que son 3 años y me encuentro trabajando, pues solo en un sitio Natal desde desde 2000 más o menos 2009 que me gradué de médico. Entonces, pues mi experiencia es bastante amplia, por eso es que les digo que la parte de la hipertensión asociada a síndrome de aspiración de Meconio, pues tiene un alto riesgo de muerte desde su inicio.

Pregunta: ¿el hospital militar central para la época de los hechos de atención de Mariana Miranda contaba con la infraestructura necesaria para la atención de esa enfermedad?

Respuesta: Sí señor, con todos los equipos y todo el personal médico, Son estrictos allá en el hospital, o sea más que en otras partes de del país en donde 1 se presenta el médico que adapta el bebé se presenta antes con la mamá, es si hay alguna urgencia. Siempre hay un pediatra, inclusive neonatólogos, porque son neonatólogos 24 horas. El equipo multidisciplinario, terapeutas, enfermeras, jefes tenemos todos los equipos también avanzados, como el óxido nítrico. Bueno, cosas para el síndrome de aspiración de Meconio, como la ventilación de alta frecuencia que que la paciente también tenía ventilación de alta frecuencia. Es una ventilación que es más más que la normal YY que ya es como la la la la última etapa y ella tampoco respondió Ay, esa ventilación entonces, pues tiene todos los equipos, todos los equipos y todo el personal disponible las 24 horas

Pregunta: ¿De la revisión que usted hizo de historia clínica de Mariana Miranda, logró evidenciar que toda esa infraestructura y todos los recursos que nos narró en respuesta anterior fueron utilizados para la atención de la paciente?

Respuesta: sí, todo, todo fue utilizado, es realmente estaba con todo el soporte, como yo les conté antes tenía todos los vasos, profesores, tenía la ventilación de alta frecuencia, que es la máxima y pues no estaba respondiendo a ninguna parte del tratamiento. Sí cuando esta patología se presenta, hay una parte en donde no hay respuesta y ya cuando 1 utiliza tantos medicamentos, llega una parte en donde se dice que hay hipertensión y hay respuesta irreversible de la patología. La paciente llegó a esto, una falla multiorgánica que no respondió al manejo.

Pregunta: ¿cuál es el tratamiento que se debe dar para la hipertensión pulmonar, específicamente por haber aspirado líquido?

Respuesta: Pues el tratamiento específico es lo que se hizo. Sí, la parte ventilatoria y la parte de soporte vasoactivo que fue lo que se hizo porque es intentar vencer las presiones pulmonares con presión del corazón. realmente el manejo de hipertensión pulmonar es manejo ventilatorio y vasoactivo. Porque es una enfermedad que afecta a corazón y pulmón entonces primero, lo que tiene que hacer es vencer las presiones pulmonares con los vasos activos del corazón.

Sí, es una enfermedad bastante complicada, en donde pues va de la mano de la parte ventilatoria y la parte vaso activa, que fue lo que se le puso todos los vasos activos a la paciente, la ventilación de alta frecuencia también es manejo También es manejo y todo, pues eso también se le puso a la paciente, ya cuando hay algo que no responde según lo que pude vivenciar ahí en la historia clínica, dice que ya podría ser candidata de elmo, pero en esa época no había EDU neonatal.

Pregunta: ¿el manejo que se planteó terapéutico hacia dónde apuntaba, apuntaba a una inicial estabilización de la paciente, para luego hacer algún tipo de intervención? O definitivamente era solo estabilización porque no había manera, digamos, de hacer una posterior intervención para revertir los efectos?

Respuesta: Realmente la hipertensión pulmonar tiene, eso sí, o sea, esta puede responder o puede ser irreversible como yo les decía que no responde a nada, que era la que presentó la paciente.

Pregunta: ¿La circulación extracorpórea por sí sola no resuelve el tema?

Respuesta: No se espera que lleguen allá y pueda mejorar, pero pueda que también, como ya es un estado más allá y tiene sus otras complicaciones, no. El paciente puede entrar en diálisis puede entrar en falla renal o hepática.

También se les habla a los padres de la mortalidad alta que tienen, porque en el equipo como tal no es como el salvamento, sino como algo para esperar a ver si mejora o para ya definir que no mejoró

MEDICO ROBERTO GALLO ROA (ginecólogo)

Pregunta: ¿Recuerda usted cuándo se inició la inducción del trabajo de parto para esta paciente?

Respuesta: Ingresa en horas de la tarde del 2 de octubre Eh con una ruptura prematura de membranas. La cual en la noche cuando llego a turno en el, en el tacto vaginal de las 8:00 de la noche, está en 2 cm. inició la inducción del trabajo de parto. Considerando un embarazo a término con ruptura de membranas, en sin ninguna contraindicación de la inducción, se procede AA inducir el trabajo parto

Pregunta: Cómo se controla el bienestar fetal?

Respuesta: El bienestar fetal se controla por medio de La valoración de los signos vitales de la madre, porque si la madre está bien, el bebé está bien y directamente el bebé por medio del monitoreo fetal. El monitoreo fetal es una técnica no invasiva en el cual se colocan unos electrodos para determinar el corazón.

Las monitorias fetales se reportan de 2 tipos cuando hay cuando las pacientes tienen contracciones o no tienen contracciones, cuando las pacientes no tienen contracciones en interpretan como monitorea,

reactivas no reactivas e insatisfactorias, el monitoreo fetal de esta paciente fue reactivo en el comienzo. Los verdaderamente mira sanos, pero no detecta bien los verdaderamente enfermos, eso quiere decir sensibilidad y especificidad, o sea, es un buen método diagnóstico de bienestar fetal, que contamos para para valorar el bienestar fetal.

Pregunta: ¿Y entonces, cómo se puede suplir esa mala especificidad de la monitora fetal?

Respuesta: Por medio del examen clínico en los movimientos fetales- Los movimientos, principalmente los movimientos fetales en trabajo de parto.

Pregunta: ¿Usted hasta cuándo o hasta qué momento maneja esta paciente?

Respuesta: cuando le entregó turno al doctor Armando Rojas el 3 de octubre. En horas de la mañana, 6:30 de la mañana 6 de 6 a 6:30 de la mañana.

Pregunta: usted vuelve a tener contacto con esta paciente.?

Respuesta: Que me acuerde, no, no, señor.

Pregunta: el hospital militar central para el año 2017 octubre noviembre del 2017 contaba con contaba con infraestructura, con tecnología y con recurso humano, idóneo y suficiente para atender esta paciente.

Respuesta: Sí, señor

Pregunta: Esa esa ruptura se se realizó, se hizo o tuvo lugar en las instalaciones del hospital o fuera de él o cuando usted asumió el caso o conoció el el tema de la paciente, ya la la paciente tenía esa ruptura prematura de membranas?

Respuesta: la conocí cuando recibí turno la, paciente ya tenía la ruptura prematura de membranas, No sé en donde rompió ventanas, pero cuando yo la recibí tenía ruptura prematura de membranas.

Pregunta: ¿Después del rompimiento de las membranas, cuánto es el término prudente para practicar una cesárea o para inducir el parto?

Respuesta: En el contexto de esta historia y cuando la paciente rompe y membrana si tiene un embarazo a término, lo primero que 1 tiene que hacer es documentar que el feto está en posición en buena posición para nacer correcto, y en este caso lo tenía, me explico, estaba en posición Cefálica. Lo segundo es que tiene buena pelvis, la mamá correcto, o sea que la pelvis es apta para para el tamaño del bebé, lo tercero que no tiene ninguna contraindicación para para tener vía vaginal, o sea que no esté Coágulo Patía o con una cardiopatía

MÉDICO ARMANDO ROJAS

Pregunta: Por favor, háganos un relato concreto de lo que recuerda de esta paciente, de su condición de salud y de las de gestiones órdenes médicas o valoraciones que usted efectuó.

Respuesta: Inicialmente yo ingreso al turno, 7 de la mañana, Pero procuro llegar siempre un poco antes.

Entonces el que que a las 6 y pedacito y fui abordado por la residente que me presentó las pacientes que estaban en ese momento en trabajo de parto del hospital, en sala de partos del hospital militar, dentro de ellas, dentro de esas pacientes encontramos a la señora Mónica, Patricia, Eh, una paciente de 33 años, primi gestante con un embarazo de 40 semanas, 3 días. En ese momento, el día 3 de 3 de octubre y solicitamos una monitoria para mirar en qué Estado fetal se encontraba ese bebe al realizar esa monitoria que tarda alrededor de 2030 minutos.

Encontramos que había unas alteraciones en el ritmo cardíaco fetal, que interpretamos como una monitoria fetal no satisfactoria.

Una vez realizada la monitoria, notamos que la monitoria había unas alteraciones en la frecuencia cardiaca fetal, que interpretamos como unas desaceleraciones tardías con colgantes con un Estado fetal y satisfactorio.

En ese momento procedimos a suspender la inducción de trabajo de parto, que es la indicación suspender la oxitocina para que no haya más contracciones y evitar cualquier daño en el bebé. Y segundo, se inició un proceso que se llama reanimación intrauterina. Se inicia una infusión de líquidos, en solución Salina o lactato de ringer, alrededor de 500 o 1000 cm.

Y se suspendió la oxitocina, se coloca oxígeno y se procede a solicitar que se ha llevado a cesárea para desembarazar porque en la evaluación clínica que miramos encontramos que la señora tenía una dilatación de 3 y un borra miento de 80%, es decir, el parto vaginal distaba en tiempo de ser próximo y requería desembarazarse en forma pronta y rápida.

Entonces por eso solicitamos la realización de la cesárea durante todo este proceso de la monitoria de la reanimación intrauterina y de la llegada salas de cirugía. Yo siempre estuve pendiente de la frecuencia cardíaca de la criatura que estuvo dentro de límites aceptables.

En el momento en que me dispongo a lavarme para hacer el procedimiento quirúrgico.

La frecuencia cardíaca descendió un poco más que creo que quedó anotada en las órdenes en las notas de enfermería y oh, pues obviamente, como me estaba lavando y yo no estaba en ese momento dentro de la sala, pero estaba al frente, en los lavamanos de cirugía, para prepararme para realizar el procedimiento.

En el momento en que me dispongo a lavarme para hacer el procedimiento quirúrgico.

La frecuencia cardíaca descendió un poco más que creo que quedó anotada en las órdenes en las notas de enfermería y oh, pues obviamente, como me estaba lavando y yo no estaba en ese momento dentro de la sala, pero estaba al frente, en los lavamanos de cirugía, para prepararme para realizar el procedimiento. El procedimiento se realiza es, se extrae un producto femenino de 3320 gramos. Es un bebé que lloró, es un bebé que respiro bien y se le entregó a la a Neonatología.

Hasta ahí mi participación, pues igual se termina el procedimiento quirúrgico, y el neonato o la neonato es llevado llevada a la unidad de cuidado intensivo neonatal. La única condición que nos preocupó fue que en el momento de la cesárea, el líquido amniótico estaba mechoneado, meconio espeso y esas aspiraciones de líquido amniótico.

Pregunta: El doctor Gallo informó que las monitorias fetales que él había evidenciado reportaban bienestar fetal. Usted, por el contrario, nos advierte que tan pronto llega a su turno, la monitoria ordena una monitoria que le avisa sobre una alteración de la frecuencia cardíaca fetal. ¿Desde el punto de vista de la práctica de las ginecobstetricia, que razones de encuentran ustedes en la literatura para esa?

Respuesta: durante el trabajo de parto, la circulación hacia el bebé en cada contracción queda completamente cerrada, es decir, no pasa ni una ni un poco de oxígeno hacia el bebé. ¿O cómo sobreviven los bebés al trabajo de parto? Entonces, la respuesta es muy sencilla, hay una cosa que se llama reserva placentaria. El ejemplo Claro es muy sencillo, yo normalmente respiro y hago alrededor de 20 o 18 respiraciones por minuto y eso me mantiene con vida.

Que en algún momento por un evento, a veces yo puedo suspender mi respiración y sostener que mi estado de vida dentro de límites normales con una cosa que se llama la reserva de oxígeno que tiene cada ser humano en su sangre, es explicado de una forma sencilla. El 20% del oxígeno que respiramos lo utilizamos.

El restante 80% lo conservamos para situaciones de emergencia, en este caso, el bebé tiene una cosa que se llama reserva placentaria, que sería el equivalente a lo que les estoy mencionando. Mientras esa reserva placentaria esté funcionando, o sea, sea suficiente para mantener al bebé durante la contracción. Mientras esa reserva placentaria esté funcionando, o sea, sea suficiente para mantener al bebé durante la contracción.

No hay ningún problema, él sigue viviendo y teniendo su frecuencia cardíaca normal, pero en el momento en que esa reserva se agota por diversos motivos en esta paciente, pues yo analice la historia clínica y posteriormente la señora Reingresa, varios días después por una crisis hipertensiva. Esa

reserva puede ser disminuida O alterada por esas enfermedades, como la , y en el momento del trabajo de parto, en un momento x del momento del trabajo de parto puede estar perfectamente bien, pero a la siguiente hora puedes estar completamente alterado porque esa reserva se ha agotado.

No sé si me hago entender el concepto de reserva de oxígeno a nivel placentario es como un tanquecito que ellos tienen para soportar el trabajo de parto, pero si ese oxígeno de ese tanquecito se agota, ellos comienzan a sufrir alteraciones importantes en metabólicas y en la frecuencia cardíaca. **Entonces, es completamente válido que a las 4:00 de la mañana la señora tenga perfecta su monitoria y a las 6:30 de la mañana esté comenzando a presentar alteraciones.**

Es e inherente a la patología que presenta la paciente, no es culpa de Armando rojas, no es culpa del señor juez, ni es culpa del señor abogado, es una es una condición inherente y propia de ese embarazo en ese momento.

Tiempo de la audiencia: 4 horas

Se adjunta el acta.