

AUDIENCIA ART. 373 GLORIA CORTÉS Y OTROS VS CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS
RAD: 2021-00176

6 DE FEBRERO DEL 2025

Inicia a las 9:07 a.m.

COMPROBACIÓN DE COMPARECENCIA

Se verifica la comparecencia de las partes que faltan por declarar: Yovany y Jaime González Cortés.

INTERROGATORIO JAIME CORTÉS

Sabe que su madre estaba con su hermano en el hospital y le dijo que había fallecido por el problema de las piernas. Varias veces había asistido al médico, esto lo sabía cuando salía con su hermano y él le contaba lo que le pasaba, decía que se caía, que le habían dicho que era el estrés y el declarante le dijo que eso no era estrés. Dice que su hermano le dijo que le pasó 3 o 4 veces lo mismo y le contaban que siempre que pasaba lo llevaban al médico, solo sabe a qué institución fue de la última vez que lo llamaron que fue donde falleció.

Dice que a su hermano nunca lo entubaron porque él fue al hospital a verlo porque vivía cerca. Cuando llegó, su hermano ya había fallecido. Su hermano mayor llevó al paciente al hospital y lo metió en silla de ruedas, le hicieron el triage, luego de 2 horas entró en paro sin que nadie lo atendiera o lo intubara.

Cuando llegó al hospital solo habían pasado 5 minutos de que lo había llamado su mamá hasta que llegó y esperó su hermano el turno 5 minutos en la camilla para los exámenes, porque no estaba inconsciente.

Dice que su hermano y su madre le contaban que cuando iba al hospital iba a urgencias.

No sabe si luego de esas atenciones lo remitieron a su EPS para continuar controles.

No sabe si le diagnosticaron algo a su hermano pero le decían que era estrés.

Dice que se imagina que su hermano seguramente no tenía una clasificación alta de triage y por eso lo pusieron a esperar muchas horas.

CONTRADICCIÓN DICTAMEN PERICIAL

DLV

El primer evento fue el 29 de julio de 2019, en ese momento el examen físico mostraba signos estables y el neurológico no mostraba ningún trastorno por lo que se remitió a atención primaria.

El segundo evento es en septiembre donde entra por debilidad en las extremidades y fallece por muerte súbita. En 2018 había tenido una osteocondritis, pero no tenía antecedentes de nada. Cuando empezó a consultar en 2019 no tenía un diagnóstico establecido.

La causa de muerte fue una cardiopatía isquémica. Bajo la impresión diagnóstica de una muerte súbita y en el contexto de la sintomatología es probable que haya hecho un paro cardiorrespiratorio. Hay zonas en el corazón que no tenían sangre y aunque esto suele pasar por arterias tapadas, el corazón no tenía ese problema. Estos hallazgos suelen suceder en otras entidades que generan la muerte. Es probable que hubiere una enfermedad neurológica que lo haya causado, pero se aclara que no se pudo corroborar dicho problema neurológico.

La neuropatía desmielinizante puede suceder por guillain barré pero también muchas otras, las células del tejido nervioso empiezan a perder la mielina, esto implica la pérdida de fuerza.

La sola debilidad de las extremidades no permite diagnosticar Guillain barré y una forma de diagnosticar es descartando otras enfermedades.

No hay total certeza de la neuropatía porque el curso de la enfermedad fue muy rápido.

En el último ingreso fue de atención oportuna.

No es neurólogo.

La parestesia es la sensación de hormigueo. La legía es la pérdida de movilidad, arreflexia es la pérdida de los reflejos.

Disautonomía, sí es experto en esto y consta de un trastorno en el cual el sistema nervioso que estimula el cuerpo y aquel que lo inhibe están irregulados. Es decir el sistema simpático sube la actividad del cuerpo como sudoración, frecuencia cardiaca, etc. Es contrario al dormir, el cuerpo de forma autónoma baja pulsaciones, presión etc, por el sistema nervioso parasimpático.

Los síntomas iniciales del Guillain barré son una parálisis flácida, inicia en miembros inferiores y asciende, también hay arreflexia o hiporreflexia que es carecer de reflejos de la extremidad al estimular un nervio.

La debilidad puede generar parálisis del sistema respiratorio y hay insuficiencia respiratoria.

DLV

No necesariamente porque los síntomas avancen rápido se da rápido la insuficiencia. No hay un curso agudo porque había ciertos síntomas desde julio, la insuficiencia no tiene relación con el avance de los síntomas.

En caso de haber confirmado el diagnóstico el tratamiento es una terapia de plasmateresis y también existen otras opciones. Para esto hay que confirmar diagnóstico, descartar otras causas de neuropatía desmielinizante, y descartar una infección. El tratamiento solo es efectivo si el paciente se presenta en los primeros 14 días de los síntomas y aquí se presentó a los 44 días.

Los lineamientos que pregunta el demandante son asociados a Sika y el paciente no tenía Sika entonces no aplican.

Considera que todo el tratamiento estuvo bien al igual que la atención desde lo del Guillain barré hasta el código azul.

Un signo es la expresión evidente constatable, verificable por parte del médico de una anomalía clínica ej: presión alta. Un síntoma son las características subjetivas del paciente, como lo que dice que siente el paciente, como sentir calor, sentir dolor de garganta no tiene cómo medirlo.

Los signos del Guillain barré son la parálisis flácida que es que el miembro está muy flojo o desmanejado, arreflexia o hiporreflexia.

Ante esta parálisis depende si el paciente puede moverse o no por sus propios medios, en Guillain barré hay una escala de kush que da puntos si el paciente puede correr o está limitado a una silla, generalmente el paciente no puede caminar o si lo hace lo hace asistido.

La artralgia no hace parte de los signos del síndrome, aunque podría presentarse. Usualmente los pacientes de este síndrome son precedidos por gripa, diarrea o infección, entonces el paciente puede tener dolor articular por la gripa y no por la fisiopatía del síndrome.

La pápula es una lesión dermatológica, ej: cuando tiene un barro menor a .5 milímetros es una pápula. Es una lesión sólida de hasta ese tamaño.

La sola pápula no permite indicar el Guillain barré. Estas lesiones se han escrito pero son raras y obedecen a la causa que generó el Guillain barré.

14 días es el tiempo que tienen los médicos para dar el tratamiento al Guillain barré.

El tratamiento no ha demostrado que evita la mortalidad en los pacientes con Guillain barré, solo ayuda a desarrollar la fuerza pero dentro de esos 14 días.

DLV

La insuficiencia respiratoria y su medición depende del paciente y el escenario. Si es en urgencias y en triage se puede hacer con frecuencia respiratoria, si usa músculos accesorios para la respiración, saturación de oxígeno, lo que el paciente exprese, como si se ve morado, si habla entrecortado, etc. Si ya está en cuidados críticos ya hay técnicas invasivas para establecer esta insuficiencia respiratoria. Lo más práctico y lo más fácil es lo primero que se dijo.

Con una saturación de oxígeno del 97% desestima la posibilidad de que en el corto plazo desarrolle esta insuficiencia respiratoria. No obstante, no permite predecir una falla respiratoria.

La Dra. Pudo sospechar el Guillain Barré y se iniciaron los estudios suficientes para poder diagnosticarlo por lo que considera que la Dra. Sí actuó en debida forma.

Los criterios de bridgeton dicen que se debe descartar infecciones y esto se hace mediante uroanálisis, hemograma, radiografía de tórax, etc. Ya en otros ambientes sofisticados a la par se puede hacer una punción lumbar, una electromiografía. Usualmente el Guillain barré da tiempo de estudiarlo, no suele resultar en un triage 1.

No puede decir si el paciente, de haber acudido a medicina especializada, hubiera evitado el desenlace, pero sí hubiera disminuido las probabilidades.

Todo lo que hace el cuerpo de forma involuntaria está sujeto a lo que hacen los nervios, como por ejemplo respirar, que el corazón lata. Si hay una lesión por una enfermedad desmielinizante corro el riesgo de que los nervios fallen. Si se pierden funciones como movilidad o sensibilidad se espera también que falle el nivel respiratorio o cardiaco.

En el momento en que llegó el paciente en septiembre no había tratamiento que hubiera evitado el paro.

No había antecedentes que dieran cuenta de que pudiera sufrir ese padecimiento, el dolor del año 2018 no era de riesgo tanto así que la autopsia reveló que las arterias del corazón estaban sanas.

Si el paciente consulta en la primera semana es infrecuente que suceda lo que le pasó al paciente. Cuando el paciente acude luego de un tiempo considerable el panorama es más desfavorable.

Es completamente impredecible lo que le sucedió al paciente.

SE SUSPENDE A LA 10:25 A.M.

TESTIMONIO DE PABLO HERNAN BUSTAMANTE PAREDES (se retoma con este testigo a las 2:00 p.m.)

DLV

Dice que era un paciente que no tenía antecedentes de importancia con debilidad en las 4 extremidades. Tenía pérdida de la fuerza en miembros inferiores y el diagnóstico presuntivo fue Guillain Barré.

Se solicita valoración por medicina interna. Al día siguiente ingresa a su turno con normalidad a revisar a los pacientes y atiende un llamado de enfermería por un problema en el patrón respiratorio.

Inmediatamente se pasa a sala de reanimación pero su frecuencia respiratoria aumenta, entra en falla ventilatoria y se inicia el código azul por lo cual se atiende código en presencia de intensivista, como no hay mejoría de la falla cardioventilatoria el paciente fallece.

Es decir, identificó que el paciente tenía dificultad respiratoria y que pudiera hacer falla ventilatoria. El paciente solo tenía impresión diagnóstica que era el síndrome Guillain barré.

En ese momento murió por insuficiencia respiratoria posiblemente secundaria a su cuadro clínico.

La muerte súbita puede suceder a cualquier persona aunque no tenga antecedentes o patologías previas. Este paciente no tenía antecedentes previos y tenía un cuadro presuntivo de una enfermedad neurodegenerativa.

Él no habló con la Dra. De la Hoz antes de hacerse cargo del paciente. Se hizo cargo de él aproximadamente a las 8:00 a.m.

Lo atendió porque el paciente estaba en observación, o para definir.

Si hubiera atendido al paciente desde el inicio hubiera evaluado a la parte neurológica, se deja en vigilancia y se procede con los exámenes para definir qué hacer con el paciente. Se hace toma de la fuerza. No hay un tiempo exacto para la toma de fuerza y demás, depende del paciente.

La revaloración hubiera podido darse al paciente cada 6 horas.

Este síndrome no hubiera desencadenado en la muerte del paciente, pero hubiere sucedido una falla ventilatoria. Es una patología de carácter clínico de difícil diagnóstico y de desenlaces variados.

No pudo corroborarse la neuropatía desmielinizante.

Un paciente en triage 3 no requiere asistencia respiratoria mediante métodos invasivos u otros, lo que requiere es ingreso, toma de exámenes vigilancia.

DLV

La saturación de oxígeno del paciente era de 97%, y además los demás signos del paciente eran estables. Es una saturación excelente.

Cuando se identifican los signos de falla respiratoria el paciente se traslada a sala de reanimación que queda a 3 mts, se llama al equipo de fisioterapia, hay un requerimiento inminente de soporte respiratorio, ya había otra parte del código activada. Se activa un momento 0 que es la parada cardiorrespiratoria por lo que se asegura vía aérea por tubos endotraqueales, se procede al masaje cardiaco máximo por 20 minutos y aplicación de adrenalina cada 2 horas. Incluso con el aseguramiento de la vía aérea tuvo que haber salido adelante. Este protocolo no se altera por el solo hecho del diagnóstico presuntivo y el debilitamiento de las extremidades.

Como estaba hemodinámicamente estable y el único hallazgo clínico era la debilidad de miembros inferiores con impresión diagnóstica, era correcto clasificar triage 3.

Ingresa a su turno a las 7:00 a.m., en observación hay un promedio de 18 a 20 personas en urgencias.

Las pápulas no son signos de Guillain Barré.

El empalme entre los médicos del turno (entrega de turno) puede demorar según el número de pacientes, pero puede ser unos 20 o 30 minutos. Al entregar turno no siempre se va paciente por paciente, a veces se entrega con un listado.

Al momento de entregar el turno el paciente se encontraba vivo.

TESTIMONIO MARÍA MAGDALENA

Es terapeuta respiratoria de la Santiago de Cali desde el año 2009.

Estaba de turno el día de los hechos. La llaman aproximadamente a las 8:30 a.m. para atender código azul, cuando llega a reanimación el paciente está en paro cardiorrespiratorio, ya se le está realizando soporte respiratorio con bolsa de resucitación, se encargó de alistar insumos como tubo orotraqueal, ventilación mecánica y demás. Se hacen las maniobras de reanimación por más de 20 minutos pero el paciente no responde.

El código azul se debe responder en menos de 3 minutos y lo activa quien evidencie el problema del paciente. Cuando llegó el médico de urgencias ya estaba atendiendo el código.

El protocolo no varía por los síntomas de debilidad en las extremidades.

Un paciente hemodinámicamente estable y con saturación por encima de 90% no requiere aparatos para ayudar a su respiración. En Guillain Barré no se da problemas agudos respiratorios.

DLV

Al momento del código azul en urgencias estaba el Dr. Bustamante, pero también acude personal de la UCI como fisioterapeuta, intensivista, la jefe.

TESTIMONIO YAMILETH LOZANO VELEZ

Recuerda que el paciente era joven y que ingresó a urgencias en la madrugada, ingresa al triage a unos 10 minutos del preingreso. Llega el paciente con su familiar.

Ella se encontraba realizando el triage que consta de un examen dinámico rápido, se toman signos vitales, saturación de oxígeno, valoración sistémica desde la parte neurológica, torácica, coronaria.

El paciente refirió debilidad en sus miembros superiores e inferiores, ya la había presentado antes.

En ese momento no tenía requerimiento de triage 1 o 2, por eso se clasifica triage 3. Por esta clasificación se comenta con médico de turno la sintomatología, que el paciente ya había ingresado antes con esos síntomas. Una vez clasificado espera llamado del médico quien lo deja en observación clínica y toma de paraclínicos.

La Dra. De la hoz no le comentó a ella qué diagnóstico tenía el paciente, sino que ingresa para consultorio mientras la enfermera sigue haciendo triage. Ya en sala hay otro profesional de enfermería y en ese momento el servicio queda muy colapsado por lo que queda en silla de ruedas.

Triage 1 requiere atención inmediata, el paciente puede estar inconsciente. Pero en este caso no había deterioro neurológico, dificultad respiratoria, no había pérdida de estabilidad mental, por lo cual se clasificó triage 3 por la debilidad en extremidades y porque había consultado anteriormente por esos síntomas. Pero estaba hemodinámicamente estable.

Triage 4 se hace cuando no hay inestabilidad de signos vitales, necesita valoración médica pero no pone en riesgo la vida del paciente o pérdida de un órgano por lo que puede tener una valoración prioritaria pero no requiere manejo en urgencias.

La EPS primaria debe solicitar la cita prioritaria, desde el triage no se dan citas prioritarias, solo se recomienda ir a la EPS primaria para que se le asigne una cita. El paciente tiene la responsabilidad de acudir a la EPS para que lo valoren.

El triage es una valoración muy rápida y no diagnóstica, se busca que el paciente sea atendido lo más pronto posible.

El triage 3 aproximadamente el paciente puede ser llamado en 2 horas, pero en este caso fue llamado en unos 30 minutos que suele ser para triage 2 porque había menos flujo de pacientes.

El paciente fue atendido de forma oportuna porque fue llamado por la Dra. En un término menor.

El mismo paciente refirió la sintomatología por lo que no tenía problemas respiratorios.

SE DESISTE DEL TESTIMONIO DE MARELBI

NO ASISTEN LAS PERSONAS QUE DEBÍAN RATIFICAR LOS DOCUMENTOS

CONTROL DE LEGALIDAD

No hay causal de nulidad.

ALEGATOS DE CONCLUSIÓN

No hay responsabilidad toda vez que no se encuentra demostrados el nexo causal y la culpa del personal de la CNSR.

La testigo Yamileth explica el triage 4 y 3. Responsabilidad del paciente de atender a la EPS.

Posteriormente, se señala lo dicho por la Dra. De la Hoz en su interrogatorio y cómo los síntomas podían corresponder a diferentes enfermedades, así como el hecho de que el diagnóstico solo era presuntivo.

Se destaca lo que dijo el perito sobre causas y el protocolo, así como el tiempo en que debe darse el tratamiento y que esta no es una enfermedad aguda. Además, muchas enfermedades pueden generar una neuropatía Desmielinizante.

El corazón estaba sano y existió una muerte súbita que puede suceder en cualquier paciente. EL GUILLAÍN BARRÉ DA UNA VENTANA DE TIEMPO PARA SU ESTUDIO.

El médico Bustamante identificó que el paciente tenía dificultad respiratoria y que pudiera hacer falla ventilatoria. El paciente solo tenía impresión diagnóstica que era el síndrome guillaín barré.

En ese momento murió por insuficiencia respiratoria posiblemente secundaria a su cuadro clínico.

La muerte súbita puede suceder a cualquier persona, aunque no tenga antecedentes o patologías previas. Este paciente no tenía antecedentes previos y tenía un cuadro presuntivo de una enfermedad neurodegenerativa.

La revaloración hubiera podido darse al paciente cada 6 horas.

Este síndrome no hubiera desencadenado en la muerte del paciente.

No hay necesidad de entubar o dar otro tipo de ayudas A ALGUIEN QUE NO PRESENTA SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA.

SE TOMA UN RECESO DE 20 MINUTOS DESDE LAS 4:27 P.M.

DLV

SE RETOMA A LAS 4:50 P.M.

SENTENCIA

No existen irregularidades procesales.

Hace un recuento de las pretensiones.

Es necesario que se presente la culpa el daño y el nexo causal.

La culpa es el error de conducta que no hubiera incurrido una persona prudente y diligente.

El daño es un menos cabo o pérdida, debe ser directo actual y cierto.

El nexo causal implica que el daño se impute a la culpa del deudor y que debe estar libre de causas extrañas.

La responsabilidad civil parte del principio de que todo aquel que cause un daño a otro lo debe indemnizarlo. Se requiere la concurrencia de los tres elementos antes mencionados.

Corresponde al demandante según el artículo 167 del CGP probar los presupuestos de la responsabilidad alegada. En la responsabilidad médica debe probarse la culpa y no operan las presunciones pues la actividad médica no es asimilable a una actividad peligrosa.

El médico no será responsable de lo que se le imputa salvo que sus conductas hayan sido determinantes para el perjuicio causado. Ahora bien, hay un deber de atención y cuidado.

Puede haber una carga dinámica de la prueba en cada caso concreto.

Los agentes de la salud no están exentos de responsabilizarse del daño generado. Si por negligencia o impericia se causa daño a la salud del paciente las instituciones deben responder mientras se encuentren acreditados los otros elementos de la responsabilidad.

Aquí en el régimen de las IPS y EPS aplica el régimen de la culpa probada, sin embargo, en el caso concreto y según la jurisprudencia, a veces con todo y el actuar diligente no es posible evitar ciertos resultados como la aquí ocurrida que obedecen a verdaderos casos fortuitos.

Los demandantes están legitimados en la causa, así mismo está la legitimación por pasiva.

Los hechos por la atención derivaron en lo siguiente: la atención del 29 de julio y posteriormente la atención del 12 de septiembre por pérdida de fuerza, parestesia y riesgo de caída. Fue valorado en nivel 3 de triage y valorado por la Dra. De la Hoz a quien le informó que desde hace un mes tenía tan dolor y debilidad en miembros inferiores. El diagnóstico fue posible síndrome de Guillain Barré.

Se tomaron laboratorios de rutina presentando episodios de debilidad en miembros y luego un paro cardiorespiratorio frente al cual se atiende y finalmente fallece.

Se retoma lo encontrado en la necropsia. Se muestran signos de lesión de isquemia miocárdica.

DLV

La parte demandante debía demostrar que la atención en ambas ocasiones hubiese contrariado norma alguna actuando con culpa o negligencia y que el servicio prestado al señor demostrara la mala praxis al punto de que el paro se debió a la atención de los médicos la cual hubiere resultado insuficiente o inadecuada.

En atención de julio se verifica sistema neurológico normal es hemodinámicamente estable y se remite a EPS primaria. Y en CNSR se habla de la plegia en miembros superiores pero con fuerza conservada y el diagnóstico de ingreso es el síndrome de guillaín barré en estudio.

Se refiere a la muerte súbita que se registra en la HC.

Luego habla del dictamen pericial del CENDES y la conclusión del mismo. No identifica negligencia, impericia y desconocimiento del protocolo, sino que respondieron de manera adecuada.

Las ayudas paraclínicas se usan para evaluar los diagnósticos diferenciales y confirmar el guillaín barré.

Dice que no se verifica que el paciente se redireccionó a la consulta prioritaria. Refiere que el 12 de septiembre de 2019 acude a UCI de la CNSR en la que se da el diagnóstico presuntivo y fue ingresado para valoración por medicina interna, control de signos vitales, elaboración de paraclínicos. Hubo negligencia del paciente porque no atendió a sus consultas externas y prioritarias.

La guía de guillaín Barré requiere seguimiento de signos vitales lo que se verifica en la HC.

En el interrogatorio de la Dra. De la Hoz dice que sospechó del síndrome por lo que le relata el paciente que siente y no siente por lo que así hace una impresión diagnóstica.

Explica ella que el síndrome y muchas otras producen los síntomas de carácter respiratorio. La parálisis del sistema respiratorio se puede dar si el paciente no consulta a tiempo.

No existe duda que los demandantes debían acreditar los hechos que respaldaban sus afirmaciones, pero ello no sucedió por lo que deben cargar con las consecuencias de ello.

No puede pasarse de largo el principio de que la decisión judicial debe estar basada en la prueba aportada y valorada en el proceso. La parte demandante no tiene prueba que confirme los argumentos de sus pretensiones.

No se advierte desatención en las obligaciones en cabeza de las demandadas.

El paciente no acudió al tratamiento adecuado.

Se puede colegir por el peritaje que la muerte del paciente no fue ocasionada por una cardiopatía isquémica ni que la causa de muerte es atribuible a las demandadas.

Es indispensable probar la falla en el servicio médico, pero no se existe prueba que permita comprobar tales supuestos.

El servicio prestado fue diligente, por lo que lo sucedido no se derivó del acto médico pues no se corrobora el nexo causal.

Le asiste razón a las demandadas en sus excepciones por lo que se procederá conforme al artículo 282 del CGP sobre declarar probadas las excepciones y se negarán las pretensiones.

Se declarar la inexistencia de RC Médica por ausencia de sus elementos estructurales.

RESUELVE:

- 1.declarar probada esta excepción de la inexistencia de RC Médica por la ausencia de sus elementos estructurales.
- 2.Negar las pretensiones invocadas en la demanda.
- 3.condenar en costas a favor de la parte demandada 5 SMLMV a favor de cada uno de los demandados.
- 4.archívese el proceso.

DEMANDANTES INERPONEN APELACIÓN Y SUSTENTARÁN LOS 3 DÍAS SIGUIENTES. LUEGO DE ESTO SE CONCEDERÁ EL RECURSO.

Termina a las 5:40 p.m.

DLV