

Bogotá, Cundinamarca, once (11) de noviembre de dos mil veintidós (2022)

Señores

**JUZGADO SEGUNDO ADMINISTRATIVO DE FLORENCIA CAQUETÁ**

E. S. D.

**ASUNTO: INFORME DICTAMEN PERICIAL**

**MEDIO DE CONTROL: REPARACIÓN DIRECTA**

**DEMANDANTE: ENITH MOTTA MURCIA Y OTROS**

**DEMANDADO: CLÍNICA MEDILASER Y OTROS**

**RADICADO: 18-001-33-33-002-2022-00275-00**

El suscrito Médico internista y cardiólogo **PEDRO ROCHA CASTELBLANCO**, identificado civil y profesionalmente como aparece al final al pie de mi firma, mediante el presente informe me permito emitir Dictamen Pericial Médico con el fin de que obre dentro del proceso de la referencia, de conformidad con lo dispuesto sobre este tipo de pruebas en la Ley 1437 de 2011 por medio de la cual se expide el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, Ley 1564 de 2012 Por medio de la cual se expide el Código General del Proceso y Ley 1080 de 2021 Por medio de la cual se reforma el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y se dictan otras disposiciones en materia de descongestión en los procesos que se tramitan ante la jurisdicción, así:

**1. OBJETO DEL DICTAMEN**

Pronunciarse sobre los aspectos concretos requeridos por la parte demandada, quien solicita la práctica del presente dictamen, así como conceptuar si se incurrió en una negligencia médica y falta de atención integral, durante la atención médica brindada por la Clínica Medilaser de la ciudad de Florencia, Caquetá, al paciente LUIS FRANCISCO SANCHEZ MALAGON, durante los días 11 al 13 de mayo del año 2020.

**2. MANIFESTACIONES**

Para efectos de rendir el presente dictamen y el cumplimiento de las funciones inherentes a la labor de perito, el suscrito profesional manifiesto:

**ESTUDIOS**

**Pregrado:**

Médico y Cirujano General

**Fundación Universitaria Juan N. Corpas**

**Posgrados:****Médico Internista**

Fundación Universitaria Juan N. Corpas

Hospital Universitario Clínica San Rafael

6 de marzo 2008

**Médico Cardiólogo**

Universidad del Bosque

Clínica Shaio

2 septiembre 2012

**Formación complementaria:****Master en Ecocardiografía Transesofágica**

Sociedad Española de Cardiología

Universidad Católica de España

2018

**Master en cardiología**

Sociedad Española de Cardiología

Universidad Católica de España

Marzo 2016

**Curso:****Falla cardiaca**

Sociedad Colombiana de Cardiología

2015

- Que el método empleado en desarrollo del presente dictamen no es diferente respecto del que utilizo en el ejercicio regular de mi profesión.
- Que en desarrollo de este informe he actuado leal y fielmente en el desempeño de mi labor, con objetividad e imparcialidad, tomando en consideración tanto lo que pueda favorecer como lo que sea susceptible de causar perjuicio a cualquiera de las partes.
- Que rindo el presente dictamen con base en la fotocopia de demanda y anexos; copia de las atenciones en salud recibidas por la paciente durante los días 11 al 13

de mayo del año 2020 en la Clínica Medilaser de la mencionada ciudad; correspondientes al usuario LUIS FRANCISCO SANCHEZ MALAGON.

- Que todos los fundamentos del presente dictamen son ciertos y fueron verificados personalmente por el suscrito.

### **3. ALCANCE**

El suscrito en calidad de Médico internista y cardiólogo, me obligo en el ejercicio de este dictamen a poner a disposición todo el cuidado, diligencia y prudencia en los términos de ley, así mismo, certifico que no he sido designado en procesos anteriores o en curso por la misma parte o por el mismo apoderado de la parte que solicitó el dictamen, que mi opinión es independiente y corresponde a mi real convicción profesional, que no me encuentro incurso en ninguna causal de impedimento o exclusión y que acepto el régimen jurídico de responsabilidad como auxiliar de la justicia.

### **4. ANALISIS Y OPINION PERICIAL**

1. Teniendo en cuenta el contenido de la historia clínica del paciente Luis Francisco Sánchez Malagón, diligenciada en la CLÍNICA MEDILASER S.A.S. entre los días 11 al 13 de mayo del año 2020; sírvase informar el perito ¿Cuál fue el motivo de ingreso del paciente?

Rta/ Paciente referido con Dengue y Signos de Alarma por presentar riesgo de falla ventilatoria. Cursa con EPOC e HAS. No antecedente de riesgo epidemiológico para covid.

2. Teniendo en cuenta el contenido de la historia clínica del paciente Luis Francisco Sánchez Malagón, diligenciada en la CLÍNICA MEDILASER S.A.S. entre los días 11 al 13 de mayo del año 2020; sírvase informar el perito ¿Cuáles fueron las intervenciones médicas realizadas al paciente, conforme al motivo de ingreso?

Rta/ Al ingreso del paciente y teniendo el estado en que llega a la institución Clínica Medilaser se inicia toma de paraclínicos (Gases arteriales, Urocultivo, Pt, Ptt, Hemograma IV, Troponina, Cloro, MAGNESIO, Bun, Potasio, Sodio Creatinina. Pcr, Hemocultivo, Rx de tórax y por presencia de desaturación en paciente con antecedente de EPOC, inicia manejo para esta patología

3. Teniendo en cuenta el contenido de la historia clínica del paciente Luis Francisco Sánchez Malagón, diligenciada en la CLÍNICA MEDILASER S.A.S. entre los días 11 al 13 de mayo del año 2020; sírvase informar el perito ¿cuáles fueron los diagnósticos generados al paciente, conforme a sus signos y síntomas?

Rta/ 1. Epoc exacerbado anthonise II 2.sindrome coronario agudo sin elevación del st 3.ICC descomenpensada con fevi desconocida 4.IRC reagudizada 5.falla ventilatoria

4. Teniendo en cuenta el contenido de la historia clínica del paciente Luis Francisco Sánchez Malagón, diligenciada en la CLÍNICA MEDILASER S.A.S. entre los días 11 al 13 de mayo del año 2020; sírvase informar el perito ¿Cuál fue el tratamiento médico integral generado al paciente en su estancia hospitalaria? Justifique su respuesta.
5. Rta/ Dadas las circunstancias de ingreso del paciente y el mal estado general quien persistía con trastorno de oxigenación e hipoxemia evidenciada en gases arteriales se continua a realizar intubación temprana y bajo sedación, posterior valoración a nefrología y cardiología ya que en toma de paraclínicos se evidencia troponina elevada y solicitando adicional ecocardiograma por sospecha de falla cardiaca dada la persistencia de disnea, es valorado por cardiología quienes en su nota describe “Llama la atención el deterioro progresivo y severo de la función renal descompensación del parte respiratorio que puede corresponder a infección no se evidencia alteración estructural de la función cardiaca que justifique el cuadro critico actual se informa de manera clara amplia a familiar critico estado actual” como se ha nombrado desde el ingreso del paciente cursa la falla renal aguda con azoados elevados solicitando historias clínicas previas de cardiología en donde se evidencia función renal normal por lo que medico de uci ordena estudios de extensión para determinar la causa renal con sospecha de neoplásica solicitando estudio de electroforesis de proteínas séricas. Tac de tórax el cual evidencia lesiones compatibles con neumonía. Inicio de antibiótico, y deciden inicio de terapia dialítica por anuria, soporte presor sin embargo pese a los esfuerzos del personal de salud paciente fallece.
6. Teniendo en cuenta sus conocimientos técnicos en la especialidad de medicina interna y cardiología, y basado en la literatura médica aplicable; sírvase informar el perito ¿Cuál era el manejo de los pacientes dentro de las unidades de cuidado intensivo, en el contexto de la emergencia sanitaria por el Virus Sars cov 2 COVID 19?

Rta/ Teniendo en cuenta la emergencia sanitaria y el punto epidemiológico donde se desarrolla el evento en este caso unidad de cuidados intensivos se tomaron tomas las medidas y seguimiento de protocolos estandarizados por la ONU, ministerio de salud y la Clínica Medilaser

Manejo hospitalización en alta complejidad - unidad de cuidado intermedio o intensivo Paciente con definición operativa de caso que presenta

- Inminencia o falla ventilatoria.

- Falla multiorgánica.
- Choque.
- Deterioro neurológico progresivo. Ver documento Ingreso del paciente a UCI. Procedimiento de ingreso y traslado hospitalario. Documento AMCI disponible en <http://www.amci.org.co/consenso-covid19>
- Manejo hospitalización en alta complejidad - unidad de cuidado intermedio o intensivo • Medidas de aislamiento para evitar la transmisión.
- Manejo terapéutico según las características de cada caso particular acordes con las condiciones del paciente.
- Trombopprofilaxis con heparina de bajo peso molecular a todos los pacientes sin contraindicación expresa para la misma. Ver documento “Consenso colombiano de atención, diagnóstico y manejo de la Infección por SARS-2 / COVID-19 en establecimientos de atención de la salud”.
- Manejo en Unidades cuidado crítico (intermedio o intensivo según aplique).
- Toma de muestras para diagnóstico viral.
- Paraclínicos básicos: Hemograma, Proteína C Reactiva, Velocidad de sedimentación globular, LDH, Dímero D, pruebas de función hepática, función renal, troponinas, ferritina, EKG, gases arteriales, electrolitos.
- Radiografía portátil de tórax, Tomografía de tórax.
- Manejo ventilación mecánica de pacientes con infección por SARS-CoV-2 - COVID 19
- Dado que la mayoría de los pacientes críticos con COVID-19 no han presentado choque refractario y que la reanimación agresiva con fluidos podría empeorar la oxigenación, se recomienda realizar un manejo restrictivo de fluidos en pacientes con COVID-19 en UCI. Dado que es frecuente que la pandemia sobrepase la red hospitalaria establecida podrá ser necesario desarrollar procesos de expansión. Ver documento Modelo de atención y escenarios prioritarios y recursos. Documento AMCI disponible en <http://www.amci.org.co/consenso-covid19>. En pacientes con infección por SARS-CoV-2 - COVID 19 puede presentarse insuficiencia respiratoria hipoxémica grave (1), cuando el paciente con dificultad respiratoria no responde a la terapia de oxígeno estándar, momento en el cual se debe activar el proceso para brindar soporte avanzado de oxigenación/ventilación. Los pacientes pueden presentar mayor trabajo respiratorio y/o hipoxemia a pesar de la administración de oxígeno a través de una máscara facial con bolsa de reserva (tasas de flujo de 10-15 L / min, que generalmente es el flujo mínimo requerido para mantener la inflación de la bolsa; FiO2 0.60 –0,95). La insuficiencia respiratoria hipoxémica en el SDRA suele ser el resultado de una alteración de la relación ventilación-perfusión intrapulmonar, y generalmente requiere ventilación mecánica

7. Teniendo en cuenta sus conocimientos técnicos en la especialidad de medicina interna y cardiología, y basado en la literatura médica aplicable; sírvase informar el perito ¿existe la justificación técnica y legal para que, bajo la autonomía

profesional en la medicina, se tome la decisión de no efectuar el protocolo de no reanimación a un paciente? Justifique su respuesta.

Rta/ Hace más de tres décadas se adoptaron en la práctica clínica las órdenes de no reanimación (ONR) como respuesta a los pobres desenlaces derivados de la reanimación cardiopulmonar (RCP). Aun hoy en día el fracaso de las maniobras de RCP en pacientes adultos y posterior muerte continúa siendo el desenlace más frecuente ante un paro cardíaco. La experiencia y la evidencia muestran que la supervivencia al salir del hospital luego de presentar un paro cardíaco oscila entre el 6,5% y el 20%. La gran mayoría de los que sobreviven lo hacen con daños neurológicos variables y algún grado de dependencia médica y limitaciones físicas. Alrededor del 90% de los pacientes a quienes se les realizan maniobras de RCP tendrán una prolongación del proceso de morir, por horas o días posiblemente en una unidad de cuidados intensivos. Si bien la RCP puede extender la vida por horas, días o incluso semanas, su calidad suele ser muy pobre dado las probabilidades del paciente y el índice de vasopresor alto, la inestabilidad hemodinámica, la poca tolerancia a la terapia dialítica y con pruebas de función renal tan elevadas.

8. Conforme a su respuesta anterior, y teniendo en cuenta el contenido de la historia clínica del paciente Luis Francisco Sánchez Malagón, diligenciada en la CLÍNICA MEDILASER S.A.S. entre los días 11 al 13 de mayo del año 2020; sírvase informar el perito ¿existían criterios técnicos para poder no hacer uso del protocolo de no reanimación al paciente, teniendo en cuenta las graves condiciones que contaba desde el ingreso, y el contexto del usuario?

Rta/ Independientemente de quién toma la decisión o bajo qué circunstancias se hace, la RCP no se debería indicar como un tratamiento de rutina ante un paro cardíaco, al considerar los malos resultados potenciales que acarrea. En general, debería cuestionarse todo tipo de terapia o de tratamiento que, además de tener un pésimo desenlace, no es inocuo. Si se deja a un lado el tema de la autonomía y únicamente se piensa en el bienestar del paciente (principios éticos de beneficencia y no maleficencia), como debe ser el razonamiento de los médicos antes de proponer o adoptar una determinada conducta, cabe la pregunta ¿por qué la RCP ha sido recomendada en todas las situaciones clínicas a pesar de conocer el pobre pronóstico subsecuente? Se podría argumentar que es la única alternativa ante la muerte; pero ¿se está pensando en el bienestar del paciente y de la sociedad? O ¿únicamente se piensa en mantener vivo al paciente a toda costa sin importar su calidad de vida posterior? Aquí es donde preguntarle al paciente —con antelación, claridad y respeto— qué desearía en el supuesto de presentar un paro cardíaco es fundamental. ¿Será él quien defina si prefiere vivir sin importar el resultado o morir sin tener que pasar por una RCP? Estos cuestionamientos han incrementado (desde la década pasada) el número de ONR en la práctica clínica, y en algunos países,

como Inglaterra, han llegado a que más del 80 % de las personas que mueren en un hospital tengan una ONR, a fin de evitar que la muerte en un hospital signifique pasar necesariamente por una RCP

9. Teniendo en cuenta el contenido de la historia clínica del paciente Luis Francisco Sánchez Malagón, diligenciada en la CLÍNICA MEDILASER S.A.S. entre los días 11 al 13 de mayo del año 2020; sírvase informar el perito ¿existen registros en donde se pueda establecer si a los familiares del paciente se les informaba sobre la condición de salud del usuario?

Rta/ Si, en varias ocasiones se describe en la nota medica el estado de salud del paciente y se hace referencia a la información del estado del paciente

- 12/05/2020 8:09:24 a. m. : Paciente en mal estado general, con persistencia de trastorno de oxigenación con control de gases arteriales muestran persistencia de hipoxemia por lo que se inicia intubación temprana y se deja bajo sedación con Midazolam y fentanyl, bolos de vecuronio. Pendiente valoración por cardiología y nefrología por aumento de azodados y gasto urinario bajosy troponinas elevadas. Ss gases arteriales control en la tarde Se informa a familiar de manera telefónica sobre la condición clínica y pronostico del paciente por aislamiento covid-19
- 12/05/2020 11:59:18 a. m: Llama la atención el deterioro progresivo y severo de la función renal descompensación del parte respiratorio que puede corresponder a infección no se evidencia alteración estructural de la función cardiaca que justifique el cuadro critico actual se informa de manera clara amplia a familiar critico estado actual como también conducta
- 12/05/2020 4:49:57 p. m.: Paciente en malas condiciones generales, mal pronóstico a corto plazo, alto riesgo de complicaciones por múltiples comorbilidades y alto riesgo de muerte. pronóstico reservado. se informa condición actual de paciente y plan a seguir, a familiar, quien refiere entender y aceptar

10. Teniendo en cuenta el contenido de la historia clínica del paciente Luis Francisco Sánchez Malagón, diligenciada en la CLÍNICA MEDILASER S.A.S. entre los días 11 al 13 de mayo del año 2020; sírvase informar el perito ¿EL tratamiento generado al paciente estuvo acorde al motivo de consulta?

Rta/: Si, el tratamiento que se le presto al paciente siempre fue acorde a su estado de salud desde el ingreso, y con cada evolución del mismo se trató de resolver y mejorar el pronóstico medico

11. Teniendo en cuenta el contenido de la historia clínica del paciente Luis Francisco Sánchez Malagón, diligenciada en la CLÍNICA MEDILASER S.A.S.

entre los días 11 al 13 de mayo del año 2020; sírvase informar el perito ¿existió alguna inoportunidad en el manejo medico generado al paciente? Justifique su respuesta

Rta/ No, en preguntas anteriores se ha especificado el manejo que se brindó al paciente desde su ingreso hasta su desenlace fatal tratando el motivo de ingreso y cada situación que se fue presentando para darle una solución inmediata incluyendo manejo de imágenes diagnósticas, paraclínico, interconsultante, antibiótico, vasopresor, uci etc.

12. Teniendo en cuenta sus conocimientos técnicos en la especialidad de cardiología, y basado en la literatura médica aplicable; sírvase informar el perito ¿Cuál era el pronóstico e índice de mortalidad del paciente con los diagnósticos que padeció?

Rta/ Gracias a los estudios realizados a lo largo del tiempo tenemos varias tablas por decirlo de alguna manera para poder medir la morbilidad y mortalidad del paciente que ingresa a urgencias y UCI. Entre ellas existe la escala SOFA, APACHE II. etc., sin embargo, aplicadas en el contexto del paciente al momento de ingreso todas dan un riesgo muy alto de mortalidad y morbilidad desde el ingreso las cuales aumentan con su evolución a lo largo del tiempo

Escala SOFA ( <i>Sepsis related Organ Failure Assessment</i> )					
CRITERIOS	0	1	2	3	4
<b>SNC</b> Escala de Glasgow	15	13-14	10-12	6-9	< 6
<b>Renal</b> Creatinina (mg/dl) Diuresis (ml/día)	< 1,2	1,2-1,9	2-3,4	3,5-4,9 ou < 500	> 5 ou < 200
<b>Hepático</b> Bilirrubina (mg/dl)	< 1,2	1,2-1,9	2-5,9	6-11,9	> 12
<b>Coagulación</b> Plaquetas 10 <sup>9</sup> /mm <sup>3</sup>	≥ 150	< 150	< 100	< 50	< 20
<b>Respiratorio</b> PaO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub> (mmHg)	≥ 400	< 400	< 300	< 200 y soporte ventilatorio	< 100 y soporte ventilatorio
<b>Cardiovascular</b> TAM (mmHg) Drogas vasoactivas (µg/kg/min)	≥ 70	< 70	Dopamina a < 5 o dobutamina a cualquier dosis	Dopamina 5-15 Noradrenalina o adrenalina ≤ 0,1	Dopamina > 15 Noradrenalina o adrenalina > 0,1

SNC: sistema nervioso central; PaO<sub>2</sub>: presión arterial de oxígeno; FiO<sub>2</sub>: fracción de oxígeno inspirado; TAM: tensión arterial media.

## ESCALA STEVENSON



Con base en los hallazgos clínicos y paraclínicos de perfusión y congestión se podrían determinar cuatro estados clínicos hemodinámicos (cuadrante de Stevenson) así:



Figura 4. Clasificación de Stevenson de la falla cardíaca aguda

## ESCALA APACHE II

es un sistema de clasificación de severidad o gravedad de enfermedades, uno de varios sistemas de puntuación usado en las unidades de cuidados intensivos.

Puntuación APACHE II									
APS	4	3	2	1	0	1	2	3	4
Temperatura rectal ( $^{\circ}\text{C}$ )	>40,9	39-40,9		38,5-38,9	<b>36-38,4</b>	34-35,9	32-33,9	30-31,9	<30
Pres. art. media (mmHg)	>159	130-159	110-129		<b>70-109</b>		50-69		<50
Frec. cardíaca (lpm)	>179	140-179	110-129		<b>70-109</b>		55-69	40-54	<40
Frec. respiratoria (rpm)	>49	35-49		25-34	<b>12-24</b>	10-11	6-9		<6
Oxigenación									
Si $\text{FiO}_2 \geq 0.5$ (AaDO <sub>2</sub> )	499	350-499	200-349		<b>&gt;200</b>				
Si $\text{FiO}_2 \leq 0.5$ (PaO <sub>2</sub> )					<b>&lt;70</b>	61-70		56-70	<56
pH arterial	>7,9	7,60-7,69		7,50-7,59	<b>7,33-7,49</b>		7,25-7,32	7,15-7,24	<7,15
Na plasmático (mmol/L)	>179	160-179	155-159	150-154	<b>130-149</b>		120-129	111-119	<111
K plasmático (mmol/L)	>6,9	6,0-6,9		5,5-5,9	<b>3,5-5,4</b>	3,0-3,4	2,5-2,9		<2,5
Creatinina* (mg/dL)	>3,4	2,0-3,4	1,5-1,9		<b>0,6-1,4</b>		<0,6		
Hematocrito (%)	>59,9		50-59,9	46-49,9	<b>30-45,9</b>		20-29,9		<20
Leucocitos ( $\times 1000$ )	>39,9		20-39,9	15-19,9	<b>3-14,9</b>		1-2,9		<1
Suma de puntos									
Total APS									
15- GSC									
Enfermedad crónica	Edad								
Preoperatorio programado	2								
Preoperatorio urgente o médico	5								
Total de puntos APACHE II A+B+C+D =									

13. Teniendo en cuenta el contenido de la historia clínica del paciente Luis Francisco Sánchez Malagón, diligenciada en la CLÍNICA MEDILASER S.A.S. entre los días 11 al 13 de mayo del año 2020; sírvase informar el perito ¿Cuál fue la Causa del fallecimiento del paciente?

Rta/ Paciente quien ingresa a la Clínica Medilaser con enfermedades preexistente por hipertensión arterial, epoc y obesidad que aumentan el pronóstico y mortalidad del paciente (EXPLICADAS A CONTINUACION). Ya en mal estado general, con distrés respiratorio, requiriendo intubación mecánica, con dosis tope de dos presores en falla renal aguda por lo que se incia manejo dialítico suspendido por hipotensión, deterioro clínico presentado asistolia

- **EPOC**

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) es una patología con prevalencia elevada y una de las que produce mayor morbilidad y mortalidad en todo el mundo <sup>1-4</sup>. El estudio epidemiológico IBERPOC <sup>5</sup> extenderá que la prevalencia de EPOC en España era del 9,1% en sujetos entre 40–69 años (con diferencias en función de las regiones). Aunque el órgano diana es el pulmón, su repercusión puede ser multiorgánica <sup>6,8,9</sup> de manera que puede afectar cualquier tejido, bien sea por la hipoxia y/o hipercapnia, por la inflamación sistémica o por el sedentarismo secundario a la enfermedad que sufre estos pacientes. En fases avanzadas de su enfermedad que presenta un deterioro tanto del estado físico general, de la calidad de vida relacionada con la salud como de la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria. Asimismo, la supervivencia está disminuida en relación a la población general. La mortalidad global, a los 4–7 años, en los pacientes diagnosticados de EPOC con una edad media de 65–70 años, oscila entre el 30–48% <sup>10-13</sup> y depende sobre todo de la gravedad de la enfermedad en el momento del diagnóstico.

- **Hipertensión arterial**

Existe una relación directa entre las cifras de presión arterial sistólica (PAS) y PA diastólica (PAD) y el desarrollo de eventos cardiovasculares (CV), de tal forma que se ha observado que, por cada incremento en 20 mmHg de la PAS a partir de 115 mmHg y de 10 mmHg en la PAD a partir de 75 mmHg, se dobla el riesgo de muerte por ictus, insuficiencia cardíaca u otras enfermedades CV. De hecho, la hipertensión arterial (**HTA**) **es un factor independiente para el desarrollo de cardiopatía isquémica (ángor e infarto de miocardio)**, insuficiencia cardíaca, ictus, enfermedad arterial periférica, aneurisma de aorta, insuficiencia renal crónica, fibrilación auricular y deterioro cognitivo, entre otros. **De hecho, en el año 2010 la HTA fue la causa más frecuente de muerte y de discapacidad ajustada por años de vida, y en el año 2015 la HTA fue el mayor contribuyente a la muerte prematura, con 10 millones de muertes (4,9 millones por cardiopatía isquémica y 3,5 millones por ictus).** En los Estados Unidos, la HTA fue responsable de más muertes por enfermedad CV que

**cualquier otro factor de riesgo** CV modificable, y se encuentra sólo por detrás del tabaco como causa de muerte prevenible de muerte por cualquier causa

### •Obesidad

La obesidad se ha convertido en una gran amenaza para la salud en todo el mundo. Su prevalencia ha aumentado en prácticamente todos los continentes y probablemente en todos los países desarrollados. La obesidad, junto con el sobrepeso, es ahora el factor de riesgo cardiovascular más prevalente en personas con enfermedad coronaria establecida<sup>1</sup>. Los obesos tienen menos calidad de vida y una esperanza de vida más corta que los individuos promedio. Estudios epidemiológicos han demostrado que la obesidad es un factor de riesgo mayor de enfermedades cardiovasculares, incluidas la enfermedad coronaria, la insuficiencia cardíaca, la fibrilación auricular, las arritmias ventriculares y la muerte súbita. También se la considera factor causal de hipertensión, diabetes mellitus tipo 2, enfermedad articular degenerativa, apnea obstructiva del sueño (AOS), dislipemia, reflujo gastroesofágico, hígado graso no asociado a alcoholismo y muchas formas de cáncer.

14. Teniendo en cuenta el contenido de la historia clínica del paciente Luis Francisco Sánchez Malagón, diligenciada en la CLÍNICA MEDILASER S.A.S. entre los días 11 al 13 de mayo del año 2020; sírvase informar el perito ¿se puede establecer con certeza que la causa del fallecimiento sea atribuible a un indebido proceder médico o manejo integral por parte de los galenos tratantes?

Rta/ No, Desafortunadamente dada la inestabilidad clínica del paciente desde su ingreso siempre tuvo un mal pronóstico lo cual hace que aumentara su grado de mortabilidad, y aun que se practicaron múltiples tratamientos y manejos médicos basados en protocolos y guías no fue posible evitar la muerte del paciente

15. Teniendo en cuenta el contenido de la historia clínica del paciente Luis Francisco Sánchez Malagón, diligenciada en la CLÍNICA MEDILASER S.A.S. entre los días 11 al 13 de mayo del año 2020; sírvase informar el perito ¿existe algún enlace causal entre el fallecimiento del usuario y la atención médica generada en Clínica Medilaser S.A.S.?

Rta/ No, la atención generada por la Clínica Medilaser y el enlace causa del fallecimiento del paciente como se ha explicado en varias ocasiones en este documento se realizó bajo los protocolos y guías médicas, pero la evolución clínica del paciente llevo a su desenlace fatal

16. Teniendo en cuenta el contenido de la historia clínica del paciente Luis Francisco Sánchez Malagón, diligenciada en la CLÍNICA MEDILASER S.A.S. entre los días 11 al 13 de mayo del año 2020; sírvase informar el perito ¿Fue adecuada la atención médica integral dada a este paciente por los galenos de Clínica Medilaser S.A.S?

Rta/ Si, teniendo en cuenta ya qué ingresa un paciente en mal estado general, se ofrece unidad de cuidados intensivos, inicio de mejo medico diagnóstico, antibiótico, vasopresor y con manejo de especialidades Interconsultantes en tiempo oportuno.

17. –Las demás que interesen al proceso—

## 5. DOCUMENTACION BASE DEL ESTUDIO

- Fotocopia Historia Clínica de los días los días 11 al 13 de mayo del año 2020 en la Clínica Medilaser de la ciudad de Florencia, Caquetá, correspondiente al usuario LUIS FRANCISCO SANCHEZ MALAGON.
- Fotocopia de la demanda y anexos.

## 6. PRUEBAS DE IDONEIDAD Y EXPERIENCIA

- Diploma Médico General
- Diploma Especialista en medicina interna
- Diploma Especialista en cardiología
- Tarjeta profesional
- Cedula de ciudadanía

## 7. BIBLIOGRAFIA

López-Jiménez F, Jacobsen SJ, Reeder GS, Weston SA, Meverden RA, Roger V.L.. Prevalence and secular trends of excess body weight and impact on outcomes after myocardial infarction in the community..

Chest, 125 (2004), pp. 1205-1212

Medline

Catenacci VA, Hill JO, Wyatt H.R..

The obesity epidemic..

Clin Chest Med, 30 (2009), pp. 415-444

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ccm.2009.05.001> | Medline

OECD Press Release 2010: Health: OECD says government must fight fat.  
Disponble en:

[http://www.oecd.org/document/35/0,3343,en\\_21571361\\_44315115\\_46064099\\_1\\_1\\_1\\_1,00.html..](http://www.oecd.org/document/35/0,3343,en_21571361_44315115_46064099_1_1_1_1,00.html..)

OECD Press Release 2010: Health: OECD says government must fight fat.  
Disponibile en:

[http://www.oecd.org/document/35/0,3343,en\\_21571361\\_44315115\\_46064099\\_1\\_1\\_1\\_1,00.html..](http://www.oecd.org/document/35/0,3343,en_21571361_44315115_46064099_1_1_1_1,00.html..)

Poirier P..

Cardiologists and abdominal obesity: lost in translation?..

Heart, 95 (2009), pp. 1033-1035

<http://dx.doi.org/10.1136/hrt.2009.171785> | [Medline](#)

Poirier P, Giles TD, Bray GA, Hong Y, Stern JS, Pi-Sunyer FX, et-al..

Obesity and cardiovascular disease: pathophysiology, evaluation, and effect of weight loss: an update of the 1997 American Heart Association Scientific Statement on Obesity and Heart Disease from the Obesity Committee of the Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism..

Circulation, 113 (2006), pp. 898-918

<http://dx.doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.106.171016> | [Medline](#)

Narkiewicz K, Wolf J, López-Jiménez F, Somers V.K..

Obstructive sleep apnea and hypertension..

Curr Cardiol Rep, 7 (2005), pp. 435-440

[Medline](#)

Romero-Corral A, Montori VM, Somers VK, Korinek J, Thomas RJ, Allison TG, et-al..

<file:///C:/Users/auray/Downloads/adminpujojs,+O%CC%81rdenes+de+no+reanimacio%CC%81n.pdf>

<https://www.medintensiva.org/es-recomendaciones-el-manejo-pacientes-criticos-articulo-S0210569121001935>

Association of bodyweight with total mortality and with cardiovascular events in coronary artery disease: a systematic review of cohort studies.

Lancet, 368 (2006), pp. 666-678

American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes—2018. Diabetes Care. 2018; 41(s1).

Artinian NT, Fletcher GF, Mozaffarian D, et al. Interventions to promote physical activity and dietary lifestyle

changes for cardiovascular risk factor reduction in adults: a scientific statement from the AHA. Circulation.

2010; 122: 406-41.

Artola S. Actualización del algoritmo de hiperglucemia 2017. Diabetes práctica. 2017; 08(02): 49-96.

Balkau B et al. The DECODE study. Diabetes epidemiology: collaborative analysis of diagnostic criteria in

Europe. Diabetes Metab. 2000; 26(4): 282-6.

Banegas JR, Rodriguez-Artalejo F, De la Cruz JJ, Guallar-Castillón P, Del Rey Calero J. Blood pressure in Spain:

distribution, awareness, control and benefits of a reduction in average pressure. *Hypertension*. 1998; 32: 998-1002.

Castro A, et al. en representación del grupo de trabajo de diabetes SEC y Sección Riesgo Vascular y Rehabilitación Cardíaca SEC. Tratamiento de la diabetes tipo 2 en prevención secundaria. *Rev Esp Cardiol*. 2018. Monográfico in press.

Cook NR, Obarzanek E, Cutler JA, et al. Joint effects of sodium and potassium intake on subsequent cardiovascular disease: the Trials of Hypertension Prevention follow-up study. *Arch Intern Med*. 2009; 169: 32-40.

Cornelissen VA, Fagard RH. Effects of endurance training on blood pressure, blood pressure-regulating mechanisms and cardiovascular risk factors. *Hypertension*. 2005; 46: 667–675.

Cornelissen VA, Fagard RH, Coeckelberghs E, Vanhees L. Impact of resistance training on blood pressure and other cardiovascular risk factors: a meta-analysis of randomized, controlled trials. *Hypertension*. 2011; 58: 950–958.

Chan Q, Stamler J, Griep LMO, et al. An update on nutrients and blood pressure. *J Atheroscler Thromb*. 2016; 23: 276-89.

Dawber TR. *The Framingham Study: The Epidemiology of Atherosclerotic Disease*. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1980.

Barrios V, Escobar C, Alonso-Moreno FJ, et al. Evolution of clinical profile, treatment and blood pressure control in treated hypertensive patients according to the sex from 2002 to 2010 in Spain. *J Hypertens*. 2015; 33: 1098-107.

Barrios V, Escobar C, Calderón A, et al. Blood pressure and lipid goal attainment in the hypertensive population in the primary care setting in Spain. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2007; 9: 324-9.

Barrios V, Escobar C, Prieto Valiente L, et al. Blood pressure control in anticoagulated patients with hypertension and atrial fibrillation. *Blood Press*. 2017; 26: 279-283.

Barrios V, Escobar C. La hora para individualizar los objetivos de presión arterial ha llegado. *Hipertensión*. 2016; 33: 115-1156.

Barrios V, Escobar C. Nuevos objetivos de hipertensión arterial, ¿están justificados? *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)*. 2018 May 4. [Epub ahead of print].

Cinza Sanjurjo S, Prieto Díaz MÁ, Llisterri Caro JL, et al. Características basales y manejo clínico de los primeros 3.000 pacientes incluidos en el estudio IBERICAN (Identificación de la población española de riesgo cardiovascular y renal). *Semergen*. 2017; 43: 493-500.

Cushman WC, Evans GW, Byington RP, et al. Effects of intensive blood-pressure control in type 2 diabetes mellitus. ACCORD Study Group. *N Engl J Med*. 2010; 362: 1575-1585.

Danaei G, Ding EL, Mozaffarian D, et al. The preventable causes of death in the United States: comparative risk assessment of dietary, lifestyle, and metabolic risk factors. *PLoS Med*. 2009; 6:e1000058.

Escobar C, Abad-Cardiel M, Prieto MA, de la Figuera M, Barrios V, Segura J. Cambios en los objetivos terapéuticos y grado de control de la hipertensión arterial: nuevas evidencias. *Hipertens Riesgo Vasc*. 2016; 33: 63-8.

Escobar C, Barrios V, Alonso-Moreno FJ, et al. Evolution of therapy inertia in primary care setting in Spain during 2002-2010. *J Hypertens*. 2014; 32: 1138-45;

Escobar C, Barrios V, Alonso-Moreno FJ, et al. New blood pressure control goals, more rational but facilitating therapeutic inertia? *J Hypertens*. 2013; 31: 2462.

Escobar C, Barrios V. Prescripción de fármacos antihipertensivos: ¿en el buen camino? *Rev Esp Cardiol (EnglEd)*. 2015; 68: 1191.

Atentamente,



**PEDRO ROCHA CASTELBLANCO**  
**Médico internista y cardiólogo**  
 CC. No. 79.785.058 de Bogotá D.C.  
 Registro Médico 79785058

**Dirección:** Carrera 16 # 4 600, conjunto valkina, Torre 1 apto 203

**Teléfono:** 3217993181

**Correo electrónico:** [rochap@hotmail.com](mailto:rochap@hotmail.com)