



Medellín, 27 de octubre de 2023

**Doctor (a)**

**LAURA GONZÁLEZ LONDOÑO**

**JUZGADO QUINCE (15) ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO  
MEDELLIN.**

E. S. D.

**REF.**

CONTESTACIÓN A LA DEMANDA

---

<b>DEMANDANTE:</b>	GLORIA EMILCEN SÁNCHEZ GAVIRIA Y OTROS
<b>DEMANDADO:</b>	HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN
<b>RAD.</b>	05001 33 33 <b>015 2022 00545 00</b>

---

**DANIEL GÓMEZ MOLINA**, identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma, en mi calidad de apoderado especial de la **HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN - LUZ CASTRO DE GUTIERREZ**, domiciliada en Medellín, representada legalmente por Mario Fernando Córdoba Pérez o quien haga sus veces, por medio del presente escrito, y con fundamento en el artículo 175 del CPACA, me permito contestar la demanda en los siguientes términos:

### **I. CONSIDERACIÓN PREVIA**

Es necesario resaltar que la presente contestación de la demanda se realiza dentro del término oportuno legal, y no extemporáneamente, toda vez que en cumplimiento de lo previsto en el artículo 199 de la Ley 1437 de 2011, modificado por el artículo 48 de la Ley 2080 de 2021, el Despacho efectuó la notificación personal del Auto Admisorio de la Demanda al Hospital General de Medellín el día **12 de septiembre de 2023** mediante correo electrónico, y por consiguiente, acorde con lo establecido en el artículo 172 del CPACA, se corrió traslado al demandado por un término de **treinta (30) días**, plazo que comenzó a contabilizarse **dos (02) días hábiles siguientes al envío del mensaje**<sup>1</sup>, esto es, el término para contestar la demanda comenzó a correr a partir del **día 15 de septiembre de 2023** y finaliza el **27 de septiembre de 2023**.

---

<sup>1</sup> De conformidad con lo previsto en el artículo 199 de la Ley 1437 de 2011, modificado por el artículo 48 de la Ley 2080 de 2021.

En tal orden de ideas, es claro que el presente escrito se allega dentro del término legal establecido en el artículo 172 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

## **II. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA**

En general me opongo a todas y cada una de las pretensiones formuladas en la demanda, pues de la lectura y análisis de la historia clínica del paciente **Lord Dayron de Jesús Rojas Madrid** en el Hospital General de Medellín se desprende que en la Institución Hospitalaria que judicialmente represento se le prestaron todos los servicios de salud que requirió conforme a las circunstancias de salud que presentó, en condiciones de oportunidad, calidad y seguridad y por ende, la Institución no incumplió ninguna de sus obligaciones para con el paciente pues puso a disposición todo el recurso humano y técnico – científico con que contaba en el manejo que su diagnóstico requirió, todo ello en cumplimiento de las obligaciones, no de resultado, sino de medio que rigen el ejercicio de la actividad médico-asistencial.

El HGM no es responsable de daño alguno ni a título de acción ni a título de omisión frente a los demandantes, ni se presentan en este caso los elementos estructurales de la falla de servicio por parte suya, pues se itera, no se incurrió en acción u omisión alguna que dé lugar a establecer una relación de causalidad entre la conducta desplegada por su personal asistencial en el proceso de atención del señor **Rojas Madrid** y los supuestos e infundados daños que aquellos pretenden imputarle y que afirman haber sufrido como consecuencia de una falla en la prestación del servicio inexistente en la atención de la paciente.

La oposición a la prosperidad de las pretensiones frente a mi representada radica en que las mismas carecen de fundamentos fáctico, científico y jurídico, toda vez que no se puede predicar responsabilidad administrativa alguna cuando de ello no obra ningún sustento o justificación, más aún, cuando cada actuación del personal asistencial que intervino en el proceso de atención del señor **Lord Dayron de Jesús Rojas Madrid** se encuentra plenamente justificada de acuerdo a los completos registros médicos obrantes en su historia clínica y de conformidad con la Lex Artis ad-hoc.



### **III. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS.**

**Frente al hecho 1:** Este hecho contiene varias afirmaciones que se responden así:

**Es cierto** que el señor Lord Dairon nació el 23 de diciembre de 1958 y es hijo de Jaime Rojas y Josefina Madrid conforme al registro civil de nacimiento aportado con la demanda.

**No me consta**, que los señores Giovanny Farley, Duban y Darío conformaba un núcleo familiar, toda vez que, revisando los registros civiles de nacimiento aportados con la demanda, se evidencia que: (i) Farley Sary Rojas Restrepo es hijo de María Ofir Restrepo Trujillo y Jaime de Jesús Rojas, (ii) Robin Darío Rojas Restrepo es hijo de María Ofir Restrepo Trujillo y Jaime de Jesús Rojas, (iii) Duban Aleicer Rojas Restrepo es hijo de María Ofir Restrepo Trujillo y Jaime de Jesús Rojas y (iv) Giovanny Rojas Madrid es hijo de Jaime Rojas y Josefina Madrid. Por lo que tendrá la parte demandante que demostrar que en realidad se configuró el núcleo familiar.

**Frente al hecho 2:** Este hecho contiene varias afirmaciones que se responden así:

**Es cierto**, que el señor Lor Dairon de Jesús Rojas Madrid contrajo matrimonio con la señora Gloria Emilsen Sánchez Gaviria el día 26 de junio de 1985 en el municipio de Venecia (Antioquia) tal y como se demuestra en el registro civil de matrimonio aportado con la demanda.

**No me consta**, que vivieran en el municipio de Bolombolo (Antioquia), deberá ser demostrado por la parte demandante.

**Es cierto** que tuvieron dos hijos (i) Lor Dairon Rojas Sánchez y (ii) Eliana Marcela Rojas Sánchez, conforme a los registros civiles de nacimiento aportados con la demanda.

**No me consta** que los hijos hayan contraído matrimonio toda vez que no reposa en el expediente prueba sumaria que demuestre lo manifestado

**Frente al hecho 3:** Este hecho contiene varias afirmaciones que se responden así:

**No me consta** que el señor Lor Dairon de Jesús Rojas Madrid haya trabajado la mayor parte de su vida como militar, luego se haya dedicado a trabajar como independiente y por último, en un almacén de repuestos, toda vez que no reposa en el expediente prueba sumaria que demuestre su actividad económica ni cuánto devengaba, adicional a ello, en la Historia Clínica del HGM se indica que el paciente es “**cesante**”, lo cual contradice lo manifestado en la demanda, por tanto, deberá demostrar la parte demandante lo aducido en la demanda.

**No me consta** que el señor Lor Dairon de Jesús Rojas Madrid junto con su esposa se haya ido a vivir donde su hijo Lor Dairon Rojas Sánchez como consecuencia de la pandemia, además, en la historia clínica del HGM, se indica que el mismo reside en el “**Albergue Carlos Mauro Hoyos**” y no indicó que vive con su hijo. Lo cual deberá demostrar la parte demandante lo aducido en la demanda.

**No me consta** que le fue diagnosticada una hernia ventral desde el 27 de febrero de 2020, a través de un TAC de abdomen, toda vez que no reposa en el expediente prueba que demuestre dicha afirmación, ni se adjuntó el resultado del TAC en mención, no obstante lo anterior, en la historia clínica aportada del HGM, se evidencia que en el ingreso se indicó “*tiene TAC de abdomen 27/02/2020 que reporta hernia ventral con contenido intestinal sin signos de obstrucción, valorado por cirugía general de manera ambulatoria en UH Belén quién direcciona a esta institución*”.

**Frente al hecho 4: Es cierto**, que el señor Lor Dayron de Jesús Rojas Madrid ingresó al HGM el día 04 de junio de 2020, tenía 61 años y refiere un cuadro de larga data de aparición de masa abdominal asociada a náuseas y dolor intermitente (Hernia ventral gigante).



Paciente : LOR DAYRON DE JESUS ROJAS MADRID  
Fec. Nac. : 23.12.1958  
Aseguradora : ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS  
Admisión : 04.06.2020  
Dirección : **ALBERGUE CARLOS MAURO HOLLOS**  
Teléfono : 3207866024  
Nombre Acompañante: ROJAS LUZ  
Nombre persona responsable del usuario: ROJAS GLORIA  
Teléfono : 3207434121

Identificación : CC - 70122934  
**Edad/Sexo : 61 años / M**  
T. Vinculación : Subsidiado Nivel 1  
Episodio: 1661671 Cama: CTUCIC19

Estado Civil : Cas.  
Teléfono : 3433081  
Parentesco : Nuera

Nacido en Otra Institución : No  
Causa Externa : Enfermedad General  
Finalidad de la Consulta : No Aplica  
Enfermedad Actual : Paciente femenino, 61 años Natural de Medellín, procede BolomBolo, reside actualmente Medellín, cesante, casado

Enfermedad actual: Refiere cuadro de larga data de aparición de masa abdominal asociada a náuseas y dolor intermitente. Tiene TAC de abdomen 27/02/20 que reporta hernia ventral con contenido intestinal sin signos de obstrucción. Valorado por cirugía general de manera ambulatoria, Dra. Juliana Gomez Botero, en UH Belén quien direcciona a esta institución. Al momento de la evaluación niega síntomas anormales. Revisión por sistemas: Se interroga por síntomas asociados a COVID-19, niega. No refiere haber estado en contacto con personas sospechosas o diagnosticadas con COVID- 19. Niega viajes recientes. Refiere acatar medidas de protección personales, lavado de manos, aislamiento y cuarentena. Paciente con antecedentes de: Patológicos: hipertensión arterial crónica Quirúrgicos: laparotomía exploratoria por HACP (2000), eventrorrafia con malla # 2 Alérgicos: TRAMADOL Tóxicos: extabaquismo Farmacológicos: ácido acetil salicílico 100\*1, hidroclorotiazida 25\*1, enalapril 20\*2 Traumáticos: heridas por arma cortopunzante Transfusionales: niega Familiares: no relata Gineco/obstétricos: no aplica Examen físico: Aceptables condiciones generales Mucosas hidratadas, conjuntivas normocrómicas, escleras anictéricas, orofaringe sana Cuello móvil, no ingurgitación yugular, no soplos. Murmullo vesicular disminuido en ambos campos pulmonares sin agregados, ruidos cardíacos rítmicos sin soplos, tórax simétrico Abdomen blando, globoso, sin dolor aparente, hernia ventral gigante, no megalias no signos de irritación peritoneal, peristaltismo conservado Extremidades sin edemas, llenado capilar conservado. Alerta, consciente, orientado, sin compromiso de pares craneanos, fuerza segmentaria conservada, no rigidez de nuca, no signos menígeos, no focalización neurológica. Piel: maculas hipocromicas con halo eritematoso, descamativas, en abdomen **\*\*VALORO PACIENTE BAJO TODAS LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD (LAVADO DE MANOS PRE Y POS REVISION/CON EQUIPOS DE PROTECCION PERSONAL ENTREGADOS POR EL HOSPITAL) PARA EVITAR EL CONTAGIO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS DE MANERA BIDIRECCIONAL\*\***

**No es cierto**, que le iniciaron terapia preoperatoria de hermoperitoneo, ya que esta terapia no aplica para el caso del señor Rojas Madrid, la terapia preoperatoria aplicable al caso en concreto es de **neumoperitoneo preoperatorio**; no obstante lo anterior, es importante indicar que el paciente fue ingresado para valoración por cirugía general y así definir la conducta a seguir. Y, **no es cierto**, que en la historia clinica se indique que el paciente se encuentra en aceptables condiciones generales, sólo se dice “*hemodinamicamente estable*”

#### Análisis y Conducta

Lor Dayron de Jesús, 61 años, con cuadro clínico y hallazgos descritos, hemodinámicamente estable sin signos de obstrucción intestinal ni de abdomen agudo. Se conceptua hernia ventral con alto riesgo de obstrucción e incarceration por lo que se ingresa para valoración por cirugía general y así definir conducta a seguir. Se explica, entiende y acepta.

**Frente al hecho 5:** Este hecho contiene varias afirmaciones que se responden así:

**Es cierto** que el 16 de junio de 2020, el Dr Carlos Mario Castrillón Góez ordenó programar la cirugía de “*Eventorrafia con malla*”, le explicó al paciente el plan de manejo quirúrgico, los beneficios y riesgos quirúrgicos más frecuentes, el paciente entendió lo explicado por el galeno y firmó el consentimiento informado.



También **es cierto**, que se le ordenó al paciente la Profilaxis Antibiótica 1 hora antes del procedimiento, reservar cama en UCI, y 4 unidades de glóbulos rojos.

16.06.2020 07:32:45 CASTRILLON GOEZ, CARLOS MARIO

**Subjetivo** : CIRUGÍA GENERAL Paciente masculino de 61 años. Diagnósticos: - Hernia incisional gigante con pérdida de domicilio. Subjetivo: El paciente refiere sentirse bien, ayer tuvo dolor luego la administración del neumo, pero mejoró con la analgesia. No refiere fiebre, náuseas, ni vómito. Tolerancia bien la dieta.

**Análisis** : Paciente masculino de 61 años de edad con hernia incisional recidivante, gigante, con pérdida del dominio, actualmente en terapia de administración de neumoperitoneo para llevar a cirugía. Se encuentra estable, sin dolor. Se instilan 1.400 cc de aire bien tolerados por el paciente. La tomografía de control reporta gran hernia ventral, con pérdida del domicilio, parte del volumen de este contenido herniario corresponde al neumoperitoneo realizado que se encuentra en una cantidad significativa (mayor del 80%) por fuera de la cavidad, además de tener neumo intraperitoneal. Evaluadas las imágenes por el Dr. Calle considera que ya se puede programar para cirugía. Se le explica al paciente el plan de manejo quirúrgico, los beneficios y los riesgos quirúrgicos más frecuentes que incluyen infección del sitio operatorio, sangrado, lesiones a órganos, fistulas, abscesos, peritonitis, necesidad de resección intestinal o de ostomías, necesidad de realizar la cirugía en varios tiempos quirúrgicos, necesidad de reintervenciones, infección o rechazo de la malla, recidiva de la hernia, malos resultados estéticos, dolor, necesidad de manejo en cuidados intensivos, riesgos anestésicos entre otros e incluso la muerte. El paciente dice entender, acepta el manejo quirúrgico y firma consentimiento informado. Se programa para cirugía. Se realiza reserva de UCI y glóbulos rojos para la cirugía, y se ordena profilaxis antibiótica.

**Plan** : - Programado para cirugía: Eventrorrafia con malla. - Valoración pre-anestésica. - Profilaxis antibiótica 1 hora antes de cirugía. - Reservar 4 unidades de glóbulos rojos para cirugía. - Reserva de cama en UCI para el post-operatorio. - Resto de manejo igual.

**Es cierto** que el paciente Lor Dayron fue valorado por la especialidad de anestesiología el mismo 16 de junio de 2020 en la cual le ordenaron un ecocardiograma, le dieron el aval de la cirugía, solicitaron UCI para el post operatorio y le explican riesgos y/o complicaciones anestésicas.

16.06.2020 15:28:20 ORDOÑEZ GOMEZ, MARCELA DEL PILAR ANESTESIOLOGIA

**Subjetivo** : ANESTESIOLOGIA Paciente de 61 años. Diagnósticos: - Hernia incisional gigante con pérdida de domicilio. ANTECEDENTES: Patológicos: hipertensión arterial crónica Quirúrgicos: laparotomía exploratoria por HACP (2000), eventrorrafia con malla # 2 Alérgicos: TRAMADOL Tóxicos: extabaquismo Traumáticos: heridas por arma cortopunzante

**Análisis** : ASA III Paciente con gran hernia ventral recidivante, con pérdida del domicilio, programado para eventrorrafia con malla. Mets >4

**Plan** : - Solicito ecocardiograma - Aval para cirugía - tiene reserva de 4 unidades de glóbulos rojos para cirugía. - Solicitud de UCI para el post-operatorio. - Se explican riesgos y/o complicaciones anestésicas.

**No es cierto**, que no se le haya aportado el consentimiento informado, ya que este reposa en la demanda en los folios No. 485 y 487





**FORMATO  
CONSENTIMIENTO  
INFORMADO  
PARA  
ANESTESIOLOGIA**

**ATENCIÓN INTEGRAL EN  
SALUD**

<b>CÓDIGO:</b>	MI_AIS_IAS072F03
<b>VERSIÓN:</b>	02
<b>FECHA:</b>	22.12.2016

**ANEXO DE LA RESOLUCIÓN No. 041 G DEL 9 DE FEBRERO DE 2007**

**Lugar y Fecha:** Medellín - 16.06.2020

**Nombre del Procedimiento:** ANESTESIA PARA LISIS DE ADHERENCIAS PERITONEALES VÍA AB;  
EVENTRORRAFIA CON COLOCACION DE MALLA;

**Nombre del Paciente:** LOR DAYRON DE JESUS ROJAS MADRID

**Identificación:** 70122934

**N° Historia Clínica:** 1661671

**Representante Legal (si Aplica):**

**Identificación:**

**Acompañante (si se cuenta con):**

**Identificación:**

Doy fe de que el profesional ORDÓÑEZ GOMEZ, MARCELA DEL PILAR Anestesiólogo, me explicó que la anestesia es un proceso que conduce a la supresión del dolor y/o inconsciencia para permitir un procedimiento quirúrgico con los siguientes **BENEFICIOS:** AMNESIA, ANALGESIA, MONITORIZACIÓN CONTINUA y que además hay varias modalidades de anestesia, entre otras: GENERAL, CONDUCTIVA, BLOQUEO DE NERVIOS y que la anestesia, como todo acto médico, tiene riesgos:

**1. RIESGOS DE LA ANESTESIA GENERAL:**

Para producir anestesia general se utilizan medicamentos por vía inhalatoria y/o intravenosa que pueden causar, entre otros: alergias, cambios de la presión arterial, disminución de la oxigenación y excepcionalmente paro cardiorespiratorio y la muerte. Otros riesgos durante la anestesia general son: pérdida o fractura de piezas dentarias, heridas en labios y lengua, recuerdo intraoperatorio, convulsiones (ataques), ronquera, hipotermia maligna, úlceras de córnea, trastornos del sueño, arritmia, infarto de corazón, cerebro y de otros órganos, así como insuficiencia respiratoria y posibilidad de manejo en unidad de cuidados intensivos y/o especiales.

**2. RIESGOS DE LA ANESTESIA CONDUCTIVA:**

Existen dos modalidades: raquídea y epidural. Pueden tener riesgo de infección en el sitio de aplicación (punción), edema (hinchazón), neuritis (inflamación de los nervios), reacciones alérgicas, sangrado, dolor de cabeza leve o severo, meningitis, convulsiones (ataques), lesión nerviosa con o sin parálisis de los miembros inferiores en forma transitoria o permanente, alteraciones de la presión arterial, alteración de la oxigenación y excepcionalmente paro cardiorespiratorio y la muerte, así como infarto de corazón, cerebro y de otros órganos, insuficiencia respiratoria y posibilidad de manejo en unidad de cuidados intensivos y/o especiales, entre otros.

**3. RIESGOS DE LA ANESTESIA CON BLOQUEOS DE NERVIOS:**

Reacciones alérgicas, infección en el sitio de aplicación (punción), lesión nerviosa con parálisis de la extremidad en forma transitoria o permanente, dolor crónico secundario a lesión nerviosa, lesión vascular, neumotórax (aire en el pulmón), complicaciones cardiopulmonares, convulsiones (ataques), infarto de corazón, cerebro y de otros órganos, así como insuficiencia respiratoria y posibilidad de manejo en unidad de cuidados intensivos y/o especiales y en raros casos la muerte, entre otros.

[...]



	<b>FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ANESTESIOLOGIA</b>	<b>ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD</b>	<b>CÓDIGO:</b> MI_AIS_IAS072F03
			<b>VERSIÓN:</b> 02
			<b>FECHA:</b> 22.12.2016

**ANEXO DE LA RESOLUCIÓN No. 041 G DEL 9 DE FEBRERO DE 2007**

severas complicaciones y riesgo alto para la vida.

Si soy usuaria de sexo femenino, entiendo que al existir la más mínima duda de embarazo, debo comunicarlo por el riesgo de aborto o malformaciones fetales.

También se me advirtió que durante el curso de cualquier intervención se pueden presentar condiciones imprevistas que requieren una extensión del procedimiento o uno diferente al programado, o cambiar de técnica anestésica, necesidad de transfusión sanguínea o ser transferido a cuidados especiales o intensivos.

Declaro que he recibido suficiente información y me han resuelto las preguntas que he realizado, respecto a la naturaleza y propósito del procedimiento, sus alternativas terapéuticas, probabilidades de éxito, riesgos y complicaciones.

Conociendo y comprendiendo todos los riesgos, autorizo a los anestesiólogos asignados por EL HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN para suministrar la anestesia necesaria, de acuerdo con mis particulares condiciones, para el procedimiento programado para mí, en procura del restablecimiento de mi salud.

Tengo claro que el anestesiólogo que me atenderá el procedimiento podrá ser diferente a quien me da la explicación y que ambos son igualmente idóneos.

Autorizo a la Institución el uso de la información contenida en la historia clínica para fines académicos, investigativos, epidemiológicos y administrativos.

En constancia firmamos:

DAYRON ROJAS  
Paciente:

Representante Legal (si el paciente es menor de edad o discapacitado)

Acompañante

Especialista

Y los demás consentimientos informados también reposan con la demanda, así:

	<b>FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO GENERAL</b>	<b>ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD</b>	<b>CÓDIGO</b> MI_AIS_IAS072F02
			<b>VERSIÓN</b> 02
			<b>FECHA</b> 22.12.2016

**ANEXO DE LA RESOLUCIÓN No. 041 G DEL 9 DE FEBRERO DE 2007**

**Lugar y Fecha:** Medellín - 16.06.2020.

**Nombre del Procedimiento:** LISIS DE ADHERENCIAS PERITONEALES VÍA AB; EVENTRORAFIA CON

**COLOCACION DE MALLA;**

**Nombre del Paciente:** LOR DAYRON DE JESUS ROJAS MADRID

**Identificación:** 70122934

**N° Historia Clínica:** 1661671

**Representante Legal (si Aplica):**

**Identificación:**

**Acompañante (si se cuenta con):**

**Identificación:**

Doy fe de que el profesional CASTRILLON GOEZ, CARLOS MARIO especialista en CIRUGIA GENERAL, me explicó el procedimiento al cual me voy a someter y las posibles consecuencias, riesgos y complicaciones; me explicó que pondrá a mi servicio todo su conocimiento y técnica pero que se trata de una responsabilidad de medios, pues existen factores externos que pueden afectar el buen resultado como son la respuesta individual de los tejidos y órganos que depende de cada paciente y por ello no se pueden garantizar los resultados. Entiendo que existe otro tipo de tratamientos como NO APLICA y se me han explicado los beneficios y desventajas de cada uno de ellos, pero acepto la práctica de EVENTRORAFIA CON MALLA, con el cual se espera obtener los siguientes BENEFICIOS: REALIZAR LA CIRUGIA PARA CORREGIR LA HERNIA, MEJORAR LOS SINTOMAS Y PREVENIR EL RIESGO DE UNA HERNIA COMPLICADA QUE INCLUYEN INCARCERACION, OBSTRUCCION INTESTINAL, NECROSIS, PERITONITIS, SEPSIS Y HASTA LA MUERTE..

También entiendo que como en toda intervención o procedimiento y por causas independientes al actuar médico, se pueden presentar complicaciones que son comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto médicos como quirúrgicos, siendo las complicaciones más frecuentes del procedimiento que se ha de realizar, acorde con mis particulares condiciones PACIENTE CON HERNIA INCISIONAL RECIDIVANTE GIGANTE, CON PERDIDA DE DOMICILIO, SINTOMATICA..





Por último, es de advertir que la historia clínica ha de leerse de manera integral, y selectiva, motivo por el cual, **no es cierto**, que no haya registro de lectura en la historia clínica del ecocardiograma, pues en la nota del 19 de junio de 2020 realizada por el Anestesiólogo, cuidados Intensivos y de Reanimación, Dr. Santiago Cardona Marín, se menciona el ecocardiograma y su resultado. (ver nota en mención)

19.06.2020 12:01:26 CARDONA MARIN, SANTIAGO ANESTESIOLOG.CUIDADOS INT.REAN  
Subjetivo : Medicina Crítica y Cuidado Intensivo Día Paciente de 61 años de edad con diagnósticos de: 1- Hernia incisional compleja 2- Falla ventilatoria Tipo 2 por patrón restrictivo Antecedentes: -Polifarmacodependencia. Procedimiento: -POP 18/06/20 Liberación de adherencias + colgajos miofasciocutaneos + eventrorrafia con malla Problemas: -Patrón restrictivo post-corrección de hernia -Requerimiento de soporte vasopresor -Deterioro d. Seortas -Cardiovascular: Noradrenalina 0.2 mcg/kg/min -Ventilatorio: A/C volumen -Sedación: Fentanilo 200 mcg/hr; Midazolam 4 mg/hr -Nutricional: Ninguna Estudios de imagen: -Ecocardiograma TT: Ventrículo izquierdo de tamaño normal, con hipertrofia de predominio septal. La contractilidad segmentaria y fracción de expulsión son normales. Fracción de expulsión =60%. Función diastólica normal para la edad. Válvula Mitral con morfología y flujo normal. Válvula Aórtica con morfología y flujo normal. Válvula Tricúspide con morfología y flujo normal. Válvula Pulmonar con morfología y flujo normal. Cavidades derechas de tamaño normal con función sistólica normal. Velocidad sistólica tisular en la pared lateral del ventrículo derecho (11cms/seg). TAPSE (20mm). Presión sistólica pulmonar 29mmHg. Aurícula izquierda con área y volumen auricular normal. Grandes vasos aórticos con dimensiones normales. Grandes vasos pulmonares: Dilatación moderada de la arteria pulmonar principal (27mm). Estructuras septales normales. No se observan trombos intracavitarios. Vena cava de tamaño normal y con colapso inspiratorio normal. Pericardio normal sin derrame. Grasa epicárdica abundante. Balance de líquidos: -Líquidos administrados: 5505 cc -Líquidos eliminados: (diuresis 595 cc) 650 cc -Balance 4855 cc positivo Glucometrias: 158, 182, 153 mg/dl Paraclínicos: HLG Leucos 21900 Neu 82% Lin 11% Hb 13.6 Hcto 42% PLT 305 000 Ga: pH 7.23 PCO2 50 PO2 111 HCO3 20.9 BE -6.7 Lactato 2.4 Na 132 K 5.9 Ca 0.68 Mg 1.8 Cr 2.6 BUN 29,1

Adicionalmente, es importante manifestar al Despacho que desde el día del ingreso (04 de junio de 2020) al Hospital General de Medellín, hasta el día en que le fue avalada la cirugía (16 de junio de 2020) el paciente Rojas Madrid tuvo una atención integrada por un grupo interdisciplinario, liderado por la especialidad de cirugía general, y con todos los protocolos institucionales de bioseguridad, atendiendo a que nos encontrábamos para el momento de la hospitalización en plena pandemia de COVID – 19, fue ingresado para el manejo del dolor, y definir la “*posibilidad de manejo quirúrgico ya que tiene **alto riesgo de complicaciones***”.

Al paciente se le realizó terapia preoperatoria con neumoperitoneo con el fin de ganar dominio de la pared abdominal para lo cual le realizaron implante de catéter peritoneal para neumoperitoneo (el 08 de junio de 2020 por la especialidad de radiología), la terapia de neumoperitoneo fue realizada por varios días previos a la intervención, le controlaron el dolor y le ordenaron tomografía de abdomen.


Es de advertir que el paciente además de la hernia ventral gigante con pérdida de domicilio tenía lesiones en la piel, especialmente en abdomen y área genital, motivo por el cual le fue solicitado valoración por dermatología, y le ordenaron KOH de escamas, clotrimazol crema 1%, VDRL, y al evidenciar una evolución favorable en la misma, se le ordenó dosis únicas de Fluconazol 400 mg.



**Frente al hecho 6:** Este hecho tiene varias afirmaciones las cuales paso a responder de la siguiente manera:

**Es cierto** que el día 18 de junio de 2020, el señor Lor Dayron de Jesús Rojas Madrid fue intervenido, en la cual le realizaron liberación de adherencias, colgajos miofasciocutaneos y eventorrafia con malla.

Si bien se indica que se aumenta la presión de la vía área, **no es cierto**, que por esto haya sido llevado el paciente a la Unidad de Cuidados Intensivos, ya que desde que se ordenó la cirugía se solicitó una cama UCI, por que el paciente debía recuperarse en dicha unidad de cuidados, ante la compleja cirugía a la que se sometió el señor Rojas Madrid, de hecho, el manejo en cuidados intensivos estaba indicado en el consentimiento informado que el paciente firmó. (Ver página 489)

	<b>FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO GENERAL</b>	<b>ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD</b>	<b>CÓDIGO</b>	MI_AIS_IAS072F02
			<b>VERSIÓN</b>	02
			<b>FECHA</b>	22.12.2016

**ANEXO DE LA RESOLUCIÓN No. 041 G DEL 9 DE FEBRERO DE 2007**

**Lugar y Fecha:** Medellín - 16.06.2020.

**Nombre del Procedimiento:** LISIS DE ADHERENCIAS PERITONEALES VÍA AB; EVENTRORRAFIA CON

**COLOCACION DE MALLA;**

**Nombre del Paciente:** LOR DAYRON DE JESUS ROJAS MADRID

**Identificación:** 70122934

**N° Historia Clínica:** 1661671

**Representante Legal (si Aplica):**

**Identificación:**

**Acompañante (si se cuenta con):**

**Identificación:**

Doy fe de que el profesional CASTRILLON GOEZ, CARLOS MARIO especialista en CIRUGIA GENERAL, me explicó el procedimiento al cual me voy a someter y las posibles consecuencias, riesgos y complicaciones; me explicó que pondrá a mi servicio todo su conocimiento y técnica pero que se trata de una responsabilidad de medios, pues existen factores externos que pueden afectar el buen resultado como son la respuesta individual de los tejidos y órganos que depende de cada paciente y por ello no se pueden garantizar los resultados. Entiendo que existe otro tipo de tratamientos como NO APLICA y se me han explicado los beneficios y desventajas de cada uno de ellos, pero acepto la práctica de EVENTRORRAFIA CON MALLA, con el cual se espera obtener los siguientes BENEFICIOS: REALIZAR LA CIRUGIA PARA CORREGIR LA HERNIA, MEJORAR LOS SINTOMAS Y PREVENIR EL RIESGO DE UNA HERNIA COMPLICADA QUE INCLUYEN INCARCERACION, OBSTRUCCION INTESTINAL, NECROSIS, PERITONITIS, SEPSIS Y HASTA LA MUERTE..

También entiendo que como en toda intervención o procedimiento y por causas independientes al actuar médico, se pueden presentar complicaciones que son comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto médicos como quirúrgicos, siendo las complicaciones más frecuentes del procedimiento que se ha de realizar, acorde con mis particulares condiciones PACIENTE CON HERNIA INCISIONAL RECIDIVANTE GIGANTE, CON PERDIDA DE DOMICILIO, SINTOMATICA

Se me ha advertido que la intervención que se me va a realizar tiene RIESGOS, siendo los más comunes INFECCION, SANGRADO, LESION A ORGANOS ADYACENTES, FISTULAS, ABSCESES, PERITONITIS, y que además existen otros riesgos imprevistos que no es posible resistir, inclusive la muerte. Manifiesto expresamente que he dado la información completa con respecto a mis condiciones pre - existentes de salud, y de acuerdo con mis particulares condiciones tengo los siguientes RIESGOS adicionales NECESIDAD DE RESECCION INTESTINAL, NECESIDAD DE OSTOMIAS, NECESIDAD DE MANEJO CON ABDOMEN ABIERTO Y VARIOS TIEMPOS QUIRURGICOS, NECESIDAD DE REINTERVENCIONES, NECESIDAD DE MANEJO EN CUIDADOS INTENSIVOS, RECIDIVA DE LA HERNIA, MALOS RESULTADOS.

ESTETICOS, DOLOR CRONICO, INFECCION O RECHAZO DE LA MALLA, ADHERENCIAS PERITONEALES, RIESGOS ANESTESICOS, ENTRE OTROS, ADEMAS DE LOS RIESGOS DESCRITOS EN LA LITERATURA E INCLUSO LA MUERTE..

**Frente al hecho 7: No es un hecho**, es un lectura selectiva y transcripción de la historia clínica, específicamente la nota del 19 de junio de 2020 realizada por el cirujano general Felipe Zapata Uribe.



19.06.2020 08:32:42 ZAPATA URIBE, FELIPE CIRUGIA GENERAL

**Subjetivo** : Cirugía general Paciente masculino 61 años Se evalúa paciente con los elementos de protección personal contra covid 19  
**Diagnóstico** Hernia ventral gigante mas pérdida de domicilio .POP 18/06 Eventrografía con separación de componentes posterior y malla retromuscular. Paciente bajo sedación superficial, despierta ante el estímulo, algo diaforético

**Objetivo** : Regulares condiciones generales, somnoliento, despierta al estímulo Signos vitales Presión arterial 125/90 cadiaca 104 respiratoria 16 saturación 16 presión pico 32 Conjuntivas rosadas, anicterico Ventilación simétrica sin sobreagradados, ruidos cardíacos rítmicos sin soplo Abdomen con heridas cubiertas las cuales no se retiran, blando, dren de blake con 55cc de material serohemático Extremidades sin edemas Neurológico no evaluado Paraclinicos Laboratorio: Hemograma con hb 13.6 leucocitos 21900 plaquetas 305000 gases arteriales con acidosis mixta no compensada, lesión renal aguda creatinina 2.6 bun 29.1

**Análisis** : Masculino, 61 años, diagnóstico de hernia ventral compleja con pérdida de domicilio abdominal, cirugía de pared abdominal el día de ayer, paciente con cambios hemodinámicos secundario al cierre de la pared abdominal debido a su hernia ventral gigante. Se comenta caso con intensivista, requiere sedación profunda y relajación completa por al menos 48 a 72 horas, sin indicación de manejo quirúrgico urgente. Continúa manejo médico en UCI.

**Plan** : Ver análisis

**Frente al hecho 8:** Este hecho tiene varias afirmaciones que se responden así:

**No es cierto**, en la historia clínica se reporta “**sospecha de sepsis abdominal e hipertensión intra-abdominal leve**”, hay gran diferencia entre una sospecha y un diagnóstico confirmado.

20.06.2020 14:53:48 BOTERO ARISTIZABAL, DAVID ALEXANDER ANESTESIOLOG.CUIDADOS INT.REAN

**Subjetivo** : UCI Paciente de 61 años de edad con diagnósticos de: -Choque multicausal (hipovolémico - vasodilatado) -Sepsis de origen abdominal -Hernia incisional compleja intervenida -Falla respiratoria multicausal I y III -Hipertensión intra-abdominal grado I Antecedentes: -Polifarmacodependencia. Procedimiento: POP 18/06/20 Liberación de adherencias + colgajos miofasciocutáneos + eventrografía con malla Antecedentes: Patológicos: hipertensión arterial crónica Quirúrgicos: laparotomía exploratoria por HACP (2000), eventrografía con malla # 2 Alérgicos: TRAMADOL Tóxicos: etabaculismo Farmacológicos: ácido acetil salicílico 100\*1, hidroclorotiazida 25\*1, enalapril 20\*2 Traumáticos: heridas por arma cortopunzante Transfusionales: niega Familiares: no relata Gineco/obstétricos: no aplica Sin tto ATB Laboratorio: GA PH 7.2 - CO2 48 - HCO3 17.2 - PAPI 110 - NA 131 - K 5.3 - CAI 0.65 - LACTATO 3.1 - HB 13.7 - LEUCOS 21800 - PLAQUETAS 289000 - MG 1.8 - BUN 45.8 - CREAT 5.1 - PCR 43.2

**Objetivo** : SV PAM 65 - FC 122 - FR 18 - SAT 99 NEURO: SEDACIÓN, RASS - 3 CARDIO: RS CS ALEJADOS, SOPORTE VASOACTIVO NOREPIENFRINA 0.8 MCG/KG/MIN PULMONAR: MV DISMINUIDO ACP. VMI AC X VOL FIO2 50 - VT 450 CC - FR 18 - PEEP 10 ABDOMEN: GLOBOSO, HERIDA QUIRÚRGICA, CUBIERTO CON APÓSITO LIMPIO, DREN BLAKE POCA ACTIVIDAD RENAL: + 2700 CC / ANÚRICO

**Análisis** : PACIENTE POP DE CORRECCIÓN HERNIA VENTRAL GIGANTE, INGRESA A UCI POR DIFICULTAD PARA EL WEANING TEMPRANO, EVOLUCIÓN TÓRPIDA, DISFUNCIÓN MULTIORGÁNICA (RENAL - CARDIOVASCULAR - PULMONAR), **HIPERTENSIÓN INTRA-ABDOMINAL LEVE, SOSPECHA DE SEPSIS ABDOMINAL ANÚRICO, HIPOXÉMICO, ALTO SOPORTE PRESOR, CON CRITERIOS DE URGENCIA DIALÍTICA. SOLICITO CULTIVOS, INICIO TTO ATB, INICIO SOPORTE RENAL CONTINUO.**

----- HDFVVC DR: 30 CC/KG/HR QB 150 CC/MIN DIALIZANTE 1500 CC/HR PREDILUCIÓN 1000 CC/HR POSDILUCIÓN 1000 CC/HR UFN 50 CC/HR ----- NOTA PROCEDIMIENTOS CVC SUBCLAVIO DERECHO PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA, UBICO TERCIO EXTERNO CLAVÍCULA DERECHA, PRACTICO PUNCIÓN Y OBTENGO RETORNO VENOSO AL PRIMER INTENTO, POR TÉCNICA DE SELDINGER PASO CATÉTER TRILUMEN, CONSTATO ADECUADO RETORNO, LAVO VÍAS Y FIJO CON 4 PUNTOS. PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES INMEDIATAS CATÉTER MAHURKAR FEMORAL DERECHO PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA, UBICO PULSO FEMORAL DERECHO, POR DENTRO DE ESTE Y 3 CM DEBAJO DE LIGAMENTO INGUINAL PRACTICO PUNCIÓN Y OBTENGO RETORNO VENOSO AL PRIMER INTENTO, POR TÉCNICA DE SELDINGER PASO CATÉTER MAHURKAR, CONSTATO ADECUADO RETORNO, LAVO VÍAS, HEPARINIZO Y FIJO CON 2 PUNTOS. PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES INMEDIATAS LÍNEA ARTERIAL RADIAL IZQUIERDA PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA UBICO PULSO FEMORAL IZQUIERDO, PRACTICO PUNCIÓN Y OBTENGO RETORNO ARTERIAL AL 3ER INTENTO, POR TÉCNICA DE SELDINGER PASO CATÉTER MAHURKAR, FLOJO CON 2 PUNTOS, CONECTO AL TRANSDUCTOR Y CONSTATO ADECUADA MORFOLOGÍA DE ONDA DE PA. PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES INMEDIATAS NOTA: INTENTOS FALLIDOS DE LÍNEA ARTERIAL FEMORAL BILATERAL Y RADIAL DERECHO.

**Es cierto** que se solicitó soporte renal continuo, cultivos, **medición de pia cada 12 horas**, TAC abdomen contrastado, paraclínicos de control.

**Plan** : -MONITOREO HEMODINÁMICO NO INVASIVO -TTO ATB -TERAPIA ESTEROIDEA -RELAJACIÓN NEUROMUSCULAR -SOPORTE RENAL CONTINUO -CULTIVOS -**MEDICIÓN DE PIA CADA 12 HORAS** -TAC ABDOMEN CONTRASTADO -PARACLÍNICOS DE CONTROL

Es cierta la transcripción de la nota médica realizada por el cirujano general Carlos Mario Castrillón Goez, es cierto que se describe hipertensión abdominal leve (grado I) y que se indicó que “*en el momento no hay signos que indiquen que su falla multiorgánica sea secundaria a síndrome compartimental abdominal. Por ahora sin indicación de reintervención quirúrgica*” (Ver nota en mención)





20.06.2020	17:57:01	CASTRILLON GOEZ, CARLOS MARIO	CIRUGIA GENERAL
<b>Subjetivo</b> : CIRUGIA GENERAL - TURNO Paciente masculino de 61 años. Diagnósticos: - Hernia ventral gigante con pérdida de domicilio. * Post-Eventrorrafia con separación de componentes y malla. 18/06/2020 - Falla respiratoria, circulatoria y renal aguda post-operatoria. - Hipertensión abdominal Grado I.			
<b>Objetivo</b> : Paciente intubado, sedado, y relajado, con soporte ventilatorio invasivo, soporte vasopresor con Norepinefrina que se ha disminuido a 0.3 mcg/kg/min, en el momento en terapia dialítica. Frecuencia cardíaca 109 por minuto, presión 90/64, PEEP 10, saturación de O2 100%, temperatura 35.9° Ruidos cardíacos taquicárdicos, murmullo vesicular conservado. Abdomen globuloso, blando, dolor no evaluable, herida quirúrgica sana, dren de blake poco activo con drenaje serohemático, no hay cambios en la piel. PIA 8.8 mmhg. Extremidades bien perfundidas, sin edemas. Eliminación urinaria escasa, clara (menos de 100 cc. en 10 horas). Nota: Se evaluó al paciente con todas las normas de bioseguridad recomendadas para evitar la transmisión de enfermedades infecto- contagiosas.			
<b>Análisis</b> : Paciente con historia anotada, con falla multiorgánica (respiratoria, circulatoria y renal) secundaria a cirugía mayor (corrección de hernia ventral gigante con pérdida del dominio), con hipertensión abdominal leve (grado I). Se ha logrado disminución del soporte vasopresor probablemente en relación al inicio de hemodialisis. Se encuentra sedado y relajado, con abdomen blando a la palpación y con presión intraabdominal normal, PIA de 8.8 mmhg. A la espera paraclínicos nuevos de control. <u>En el momento no hay signos que indiquen que su falla multiorgánica sea secundaria a síndrome compartimental abdominal. Por ahora sin indicación de reintervención quirúrgica.</u> Requiere continuar con reanimación otorgada en cuidados intensivos, manejo médico para evitar aumento de la presión intraabdominal y vigilancia clínica estrecha. Continuamos atentos a la evolución. Se comenta con Intensivista.			
<b>Plan</b> : Ver análisis.			

**No es cierto** que, en la nota médica del Anestesiólogo, Cuidados Intensivos y Reanimación del Dr. David Alexander Botero Aristizábal, indique que el paciente se encuentra con criterios de urgencia, ni se ha diagnosticado sepsis de origen abdominal, se ha indicado “**sospecha de sepsis abdominal**”, que es muy diferente a estar certeros del diagnóstico, para confirmar o no el diagnóstico se ordenó el TAC Abdomen Contrastado y los Paraclínicos de control. (Ver nota médica en mención)

20.06.2020	21:33:42	BOTERO ARISTIZABAL, DAVID ALEXANDER	ANESTESIOLOG. CUIDADOS INT. REAN
<b>Subjetivo</b> : UCI Paciente de 61 años de edad con diagnósticos de: -Choque multicausal (hipovolémico - vasodilatado) -Sepsis de origen abdominal -Hernia incisional compleja intervenida -Falla respiratoria multicausal I y III -Hipertensión intra-abdominal grado I Antecedentes: -Polifarmacodependencia. Procedimiento: -POP 18/06/20 Liberación de adherencias + colgajos miofasciocutáneos + eventrorrafia con malla Antecedentes: Patológicos: hipertensión arterial crónica Quirúrgicos: laparotomía exploratoria por HACP (2000), eventrorrafia con malla # 2 Alérgicos: TRAMADOL. Tóxicos: extabaquismo Farmacológicos: ácido acetil salicílico 100*1, hidroclorotiazida 25*1, enalapril 20*2 Traumáticos: heridas por arma cortopunzante Transfusionales: niega Familiares: no relata Gineco/obstétricos: no aplica Sin tto ATB			
<b>Objetivo</b> : SV PAM 94 - FC 98 - FR 18 - SAT 100 NEURO: SEDACIÓN, RASS - 3 CARDIO: RS CS ALEJADOS, SOPORTE VASOACTIVO NOREPINEFRINA 0.3 MCG/KG/MIN. MONITOREO HEMODINÁMICO IC 3.5 - VVS 18 - IRVS 1400 - PVC 23 PULMONAR: MV DISMINUIDO ACP. VMI AC X VOL FIO2 50 - VT 500 CC - FR 18 - PEEP 10 ABDOMEN: GLOBOSO, HERIDA QUIRÚRGICA CUBIERTO CON APÓSITO LIMPIO, DREN BLAKE POCA ACTIVIDAD. PIA 10 MM/HG RENAL: + 1248 CC / ANÚRICO - HDFVVC			
<b>Análisis</b> : PACIENTE POP DE CORRECCIÓN HERNIA VENTRAL GIGANTE, INGRESA A UCI POR DIFICULTAD PARA EL WEANING TEMPRANO, EVOLUCIÓN TÓRPIDA, DISFUNCIÓN MULTIORGÁNICA (RENAL - CARDIOVASCULAR - PULMONAR), HIPERTENSIÓN INTRA- ABDOMINAL LEVE, SOSPECHA DE SEPSIS ABDOMINAL, ANÚRICO, HIPOXÉMICO, ALTO SOPORTE PRESOR. <u>CONTINÚA SOPORTE RENAL CONTINUO, PENDIENTE REPORTED E CULTIVOS. PENDIENTE TAC ABDOMEN.</u>			
<b>Plan</b> : -CONTINÚA SOPORTE RENAL CONTINUO -MEDICIÓN DE PIA CADA 12 HORAS -PENDIENTE TAC ABDOMEN CONTRASTADO -PARACLÍNICOS CONTROL			

**Frente al hecho 9: No es cierto**, el 21 de junio de 2020 el paciente no fue valorado por el Dr. David Alexander Botero Aristizábal Anestesiólogo, Cuidados Intensivos y Reanimación, el 21 de junio de 2020, el paciente Lor Dayron de Jesús Rojas Madrid fue valorado por el Dr Carlos Mario Castrillón Goetz (Cirujano General) en dos ocasiones conforme a las notas médicas que reposan en la historia clínica a las 11:03 y 13:29 y el Dr Mauricio Andrés Escobar Maya (Anestesiólogo, Cuidados Intensivos y Reanimación) en tres ocasiones conforme a las notas médicas que reposan en la historia clínica a las 12:59, 21:43 y 23:00. Y en ninguna de las notas del día 21 de junio de 2020 se mencionó por los especialistas “*sepsis de origen abdominal*”.



**Frente al hecho 10:** Este hecho tiene varias afirmaciones que se responden así:

**Es cierto** que en la nota médica realizada el día 22 de junio de 2020 a las 10:53 por parte de la cirujana general Ivonne Johanna Ortiz Rendón se indicara que *“enfermería reporta que desde hace 24 horas le suspendieron la nutrición teral por sonda nasogástrica por el débito gástrico”*

22.06.2020	10:53:10	FIRMÓ: ORTIZ RENDON, IVONNE JOHANNA CIRUGIA GENERAL Registro Médico:5168706
<b>Subjetivo</b> : CIRUGIA GENERAL Paciente masculino de 61 años. Diagnósticos: - Hernia ventral gigante con pérdida de domicilio. * Post-Eventrorrafia con separación de componentes y malla. 18/06/2020 - Distinción mutiorgánica post-operatoria * Falla respiratoria, circulatoria, renal, coagulopatía. - Hipertensión abdominal leve, Grado I <u>Enfermería reporta que desde hace 24 horas le suspendieron la nutrición teral por sonda nasogástrica por el débito gástrico. Permanece afebril.</u>		
<b>Objetivo</b> : Regulares condiciones generales Presión arterial: 107/64 frecuencia cardiaca: 88 x min frecuencia respiratoria: 18 x min Intubado, sedado PEEP: 5 P Pico: 33 PIA: 21/06/2020 a las 22: 00 horas Norepinefrina: 0.2mcg/kg/min Sonda nasogastrica: 290 cc biliar Cardiopulmonar : murmullo vesicular disminuido en bases Abdomen: distendido, poco depresible, herida quirúrgica suturada, sin signos de infección, dren blake: 50 cc serohemático Sonda vesical orina clara paraclínicos acidosis metabólica compensada creatinina: 4.2 PCR: 53 leucocitos: 19100		
<b>Análisis</b> : Paciente en el 4 día post operatorio, continua con requerimiento de vasopresor pero va en disminución, aun sin modular la respuesta inflamatoria, aun con requerimiento de terapia de reemplazo renal, sin signos de complicación asociada a sitio operatorio, sin indicación de reintervención debe continuar en UCI.		
<b>Plan</b> : ver analisis		

**No es cierto**, la afirmación que el demandante indica que no precisan quién dio la orden de cambiar la vía; al respecto hay que aclarar, que la orden **NO** fue cambiar la vía, como se está indicando en el libelo de la demanda, la orden del 19 de junio de 2020 realizada Dr. Felipe Zapata Uribe (Cirugía General) en conjunto con el intensivista, fue dejar al paciente Lor Dayron de Jesús en sedación profunda y relajación completa por al menos 48 a 72 horas, atendiendo a los cambios hemodinámicos secundarios al cierre de la pared abdominal debido a su hernia ventral gigante

19.06.2020	08:32:42	FIRMÓ: ZAPATA URIBE, FELIPE CIRUGIA GENERAL Registro Médico:5453014
<b>Subjetivo</b> : Cirugia general Paciente masculino 61 años Se evalua pacinete con los elementos de proteccion personal contra covid 19 Diagnostico Hrenia ventral gigante mas perdida de domicilio .POP 18/06 Eventrorrafia con separacion de componentes posterior y malla retromuscular. Paciente bajo sedacion superficial, despierta ante el estimulo, algo diaforetico		
<b>Objetivo</b> : Regulares condiciones generales, somnoliento, despierta al estimulo Signos vitales Presion arterial 125/90 cadiaca 104 respiratoria 16 saturacion 16 presion pico 32 Conjuntivas roasdas, anicterico Ventilacion simetrica sin sobreagradados, ruidos cardiacos ritmicos sin soplo Abdomen con heridas cubiertas las cuales no se retiran, blando, dren de blake con 55cc de material serohemático Extremidades sin edemas Neurologico no evaluado Paraclínicos Laboratorio: Hemograma con hb 13.6 leucocitos 21900 plaquetas 305000 gases arteriales con acidosis mixta no compensada, lesion renal aguda creatinina 2.6 bun 29.1		
<b>Análisis</b> : Masculino, 61 años, diagnostico de hernia ventral compleja con perdida de domicilio abdominal, cirugia de pared abdominal el dia de ayer, paciente con cambios hemodinamicos secundario al cierre de la pared abdominal debido a su hernia ventral gigante. <u>Se comenta caso con intensivista, requiere sedacion profunda y relajacion completa por al menos 48 a 72 horas, sin indicacion de manejo quirurgico urgente. Continúa manejo médico en UCI.</u>		
<b>Plan</b> : Ver analisis		





19.06.2020 12:01:26 FIRMÓ: CARDONA MARIN, SANTIAGO  
ANESTESIOLOG.CUIDADOS INT.REAN Registro Médico:17164712010

**Subjetivo** : Medicina Crítica y Cuidado Intensivo Día Paciente de 61 años de edad con diagnósticos de: 1- Hernia incisional compleja 2- Falla ventilatoria Tipo 2 por patrón restrictivo. Antecedentes: -Polifarmacodependencia. Procedimiento: -POP 18/06/20 Liberación de adherencias + colgajos miofasciocutaneos + eventrorrafia con malla. Problemas: -Patrón restrictivo post-corrección de hernia -Requerimiento de soporte vasopresor -Deterioro d. Soportes: -Cardiovascular: Noradrenalina 0.2 mcg/kg/min -Ventilatorio: A/C volumen -Sedación: Fentanilo 200 mcg/hr; Midazolam 4 mg/hr. **Nutricional: Ninguna** Estudios de imagen: -Ecocardiograma TT: Ventrículo izquierdo de tamaño normal, con hipertrofia de predominio septal. La contractilidad segmentaria y fracción de expulsión son normales. Fracción de expulsión =60%. Función diastólica normal para la edad. Válvula Mitral con morfología y flujo normal. Válvula Aórtica con morfología y flujo normal. Válvula Tricúspide con morfología y flujo normal. Válvula Pulmonar con morfología y flujo normal. Cavidades derechas de tamaño normal con función sistólica normal. Velocidad sistólica tisular en la pared lateral del ventrículo derecho (11cms/seg). TAPSE (20mm). Presión sistólica pulmonar 29mmHg. Aurícula izquierda con área y volumen auricular normal. Grandes vasos aórticos con dimensiones normales. Grandes vasos pulmonares: Dilatación moderada de la arteria pulmonar principal (27mm). Estructuras septales normales. No se observan trombos intracavitarios. Vena cava de tamaño normal y con colapso inspiratorio normal. Pericardio normal sin derrame. Grasa epicárdica abundante. Balance de líquidos: -Líquidos administrados: 5505 cc -Líquidos eliminados: (diuresis 595 cc) 650 cc -Balance 4855 cc positivo. Glucemias: 158, 182, 153 mg/dl. Paraclínicos: HLG Leucos 21900 Neu 82% Lin 11% Hb 13.6 Hct 42% PLT 305 000 Ga: pH 7.23 PCO2 50 PO2 111 HCO3 20.9 BE -6.7 Lactato 2.4 Na 132 K 5.9 Ca 0.68 Mg 1.8 Cr 2.6 BUN 29,1

Para ilustración del Despacho, me permito extraer la nota médica del Dr. Mauricio Escobar Maya (Anestesiologo, Cuidados Intensivos y Reanimación) del día 22 de junio de 2020, en la cual explica la razón por la cual al paciente se le había suspendido la nutrición enteral.

22.06.2020 11:06:48 ESCOBAR MAYA, MAURICIO ANDRES ANESTESIOLOG.CUIDADOS INT.REAN

**Análisis** : Paciente el cual continua en regulares condiciones generales, requiere de soporte ventilatorio controlado por volumen con parámetros adecuadas, requiere de soporte vaopresor con noradrenalina para mantener cifras de perfusión tisular adecuada, no está tolerando la nutrición enteral pero el drenaje gástrico ha disminuido por lo cual se reiniciara la nutrición enteral, requiere de hemodiafiltración veno venosa continua la cual se ha mantenido filtro, se continuaran tomando paraclínicos a las 14 y 22 horas para vigilar estado acido base, tiempos de coagulación y potasio, el plan es dejarlo en balance hídrico negativo de 1.5 litros en 24 horas, se continua manejo antibiótico instaurado y se espesra reporte de cultivos, no ha aumentado la presión intraabdominal, por lo cual se continua contemporizando la llevada a tomografía abdominal, no tiene abdomen quirúrgico agudo para llevar a cirugía, se dara informacion a familiares, y se continua manejo en la unidad de cuidado intensivo

**Frente al hecho 11:** Este hecho tiene varias afirmaciones que se responden así:

**Es cierto** que el Dr Felipe Zapata Uribe en su nota medica del 25 de junio de 2020, haya reportado “*Sepsis grave de origen pulmonar con aumento de lesión renal*” pero es una lectura selectiva de la historia clínica que realizó la parte demandante. (Ver nota medica en mención)



25.06.2020 10:54:03 ZAPATA URIBE, FELIPE CIRUGIA GENERAL

**Subjetivo** : Cirugía general Paciente masculino 61 años Se evalúa paciente con los elementos de protección personal contra covid 19 Diagnósticos -Sepsis de origen pulmonar -Hernia ventral compleja con pérdida del domicilio . Reconstrucción de pared abdominal con técnica de liberación del músculo transverso, lisis de adherencias peritoneales, viscero/visceral y viscero parietales el 18.06.2020 -Falla orgánica: pulmonar, renal, hematológica, vascular. -Hipertensión abdominal grado I. Paciente con sedación profunda, sin soporte vasopresor

**Objetivo** : Paciente en regulares condiciones generales, con soporte ventilatorio, sin soporte vasopresor Signos vitales Presión arterial 115/72 cardíaca 91 respiratoria 16 saturación 98% con soporte ventilatorio, presión pico 25 Conjuntivas rosadas Anictérico Cardíopulmonar con hipoventilación crepitos bibasales, ruidos cardíacos rítmicos sin soplos Abdomen con herida sana, dren de Blake con débito de 55 de material serohemático Sonda orogástrica con débito de 600cc de material porraceo, abdomen blando, sin signos de irritación peritoneal, no masas ni megalias Extremidades sin edemas Neurológico no evaluado Paraclínicos Hemograma con hb 9 leucocitos 33600 (27800) , cloro 102.8 fosforo 4.2, gases arteriales sin alteración ácido base, creatinina 5.11 por 21.6 Nombre del Paciente: ROJAS MADRID LOR DAYRON DE JESUS DOC : 70122934 F.Nacimiento: 23/12/1958 Edad: Sexo: H Fecha del Examen: 25/06/2020 Procedimiento: RADIOGRAFIA DE TORAX (PA O APY LATERAL DECUBITO LATERAL Estudio portátil en espiración Tráquea en adecuada posición Líquido pleural bilateral Parénquima pulmonar adecuadamente expandido, no hay masas Atelectasias bibasales Área de mayor densidad en la región basal izquierda compatible con foco neumónico en evolución Silueta cardíaca magnificada. Ensanchamiento mediastinal Espondilosis Tejidos blandos y abdomen superior sin alteraciones. Catéter de abordaje subclavio derecho con extremo distal en VCS Electrodo de monitoreo externo Tubo endotraqueal con extremo distal en T3 Dictado por: Estrada Tangarife, Tamara , 25/06/2020 06:49:51 a.m. Transcrito por: Fecha de Transcripción:

**Análisis** : Masculino, 61 años, postoperatorio de reconstrucción de pared abdominal compleja, evolución estacionaria, ahora con sepsis grave de origen pulmonar con aumento de la lesión renal, y elevación de los leucocitos, ya está con manejo antibiótico, se sugiere tac de torax para caracterizar los hallazgos de los rx. Se puede aumentar la nutrición enteral, sin indicación de manejo quirúrgico urgente ni emergente. Se comenta caso con intensivista.

**Plan** : Ver análisis

**No es cierto** que se reporta “inicio de antibiótico”, en la nota médica del 25 de junio de 2020 del Dr. Felipe Uribe Zapata se dice ***“ya está con manejo antibiótico”***, esto en razón a que al paciente le habían iniciado antibiótico desde el 21 de junio de 2020 por sospecha de sepsis. (Ver nota médica del Dr Carlos Mario Castrillón (Cirugía General) del 21 de junio de 2020, 22 de junio de 2020 del Dr Mauricio Andrés Escobar Maya (anestesiólogo, cuidados intensivos y reanimación) y 25 de junio de 2020 Dr Felipe Zapata Uribe (Cirugía General))

21.06.2020 11:03:53 CASTRILLON GOEZ, CARLOS MARIO CIRUGIA GENERAL

**Análisis** : Paciente con historia anotada, en falla multiorgánica secundaria a cirugía mayor (corrección de hernia ventral gigante con pérdida del dominio). Permanece con requerimiento de soporte vasopresor con norepinefrina, soporte ventilatorio mecánico y soporte dialítico, se encuentra sedado, con abdomen blando a la palpación, dren activo con débito serohemático claro, anúrico. Paraclínicos de control reportan coagulopatía, TPT muy prolongado, las plaquetas normales, la hemoglobina permanece estable, tiene leucocitosis y proteína c reactiva elevada y en aumento, los gases con acidosis de predominio respiratorio, función renal alterada, con leve descenso de los azoados. No se realizó nueva medición de la PIA, en el momento no es posible porque le están realizando acceso vascular la hemodialisis. El paciente está cubierto con antibióticos por sospecha de sepsis. En el momento sin indicación de reintervención quirúrgica. Estamos atentos a la evolución, al reporte de cultivos y reporte de la PIA. Continúa reanimación y soporte en UCI. Se comenta con Médico de la Unidad.

**Plan** : Ver análisis.

22.06.2020 11:06:48 ESCOBAR MAYA, MAURICIO ANDRES ANESTESIOLOG.CUIDADOS INT.REAN

**Análisis** : Paciente el cual continúa en regulares condiciones generales, requiere de soporte ventilatorio controlado por volumen con parámetros adecuadas, requiere de soporte vasopresor con noradrenalina para mantener cifras de perfusión tisular adecuada, no está tolerando la nutrición enteral pero el drenaje gástrico ha disminuido por lo cual se reiniciará la nutrición enteral, requiere de hemodiafiltración veno venosa continua la cual se ha mantenido filtro, se continuaran tomando paraclínicos a las 14 y 22 horas para vigilar estado ácido base, tiempos de coagulación y potasio, el plan es dejarlo en balance hídrico negativo de 1.5 litros en 24 horas, se continúa manejo antibiótico instaurado y se espesra reporte de cultivos. No ha aumentado la presión intraabdominal, por lo cual se continúa contemporizando la llevada a tomografía abdominal, no tiene abdomen quirúrgico agudo para llevar a cirugía, se dará información a familiares, y se continúa manejo en la unidad de cuidado intensivo



25.06.2020 10:54:03 ZAPATA URIBE, FELIPE CIRUGIA GENERAL

**Subjetivo** : Cirugia general Paciente masculino 61 años Se evalua paciente con los elementos de proteccion personal contra covid 19

**Diagnosticos** -Sepsis de origen pulmonar -Hernia ventral compleja con perdida de la pared abdominal co tecnica de liberación del musculo transverso, lisis de adherencias peritoneales, viscero/visceral y viscero parietales el 18.06.2020 -Falla organica: pulmonar, renal, hematologica, vascular. -Hipertensión abdominal grado I. Paciente con sedación profunda, sin soporte vasopresor

**Objetivo** : Paciente en regulares condiciones generales, con soporte ventilatorio, sin soporte vasopresor Signos vitales Presion arterial 115/72 cardiaca 91 respiratoria 16 saturacion 98% con soporte ventilatorio, presion pico 25 Conjuntivas rosadas Anicterico Cardiopulmonar con hipoventilacion crepitos bibasales, ruidos cardiacos ritmicos sin soplos Abdomen con herida sana, dren de blake con debito de 55 de material serohematico Sonda orogastrica con debito de 600cc de material porraceo, abdomen blando, sin signos de irritacion peritoneal, no masas ni megalias Extremidades sin edemas Neurologico no evaluado Paraclinicos Hemograma con hb 9 leucocitos 33600 (27800) , cloro 102.8 fosforo 4.2, gases arteriales sin alteracion acido base, creatinina 5.11 pcr 21.6 Nombre del Paciente: ROJAS MADRID LOR DAYRON DE JESUS DOC : 70122934 F.Nacimiento: 23/12/1958 Edad: Sexo: H Fecha del Examen: 25/06/2020 Procedimiento: RADIOGRAFIA DE TORAX (PA O APY LATERAL DECUBITO LATERAL Estudio portátil en espiración Tráquea en adecuada posición Líquido pleural bilateral Parénquima pulmonar adecuadamente expandido, no hay masas Atelectasias bibasales Área de mayor densidad en la región basal izquierda compatible con foco neumónico en evolución Silueta cardiaca magnificada. Ensanchamiento mediastinal Espondilosis Tejidos blandos y abdomen superior sin alteraciones. Catéter de abordaje subclavio derecho con extremo distal en VCS Electrodo de monitoreo externo Tubo endotraqueal con extremo distal en T3 Dictado por: Estrada Tangarife, Tamara , 25/06/2020 06:49:51 a.m. Transcrito por: Fecha de Transcripción:

**Análisis** : Masculino, 61 años, postoperatorio de reconstrucción de pared abdominal compleja, evolucion estacionaria, ahora con sepsis grave de origen pulmonar con aumento de la lesion renal, y elevacion de los leucocitos, va está con manejo antibiotico, se sugiere tac de torax para caracterizar los hallazgos de los rx. Se puede aumentar la nutrición enteral, sin indicación de manejo quirurgico urgente ni emergente. Se comenta caso con intensivista.

**Plan** : Ver analisis

**Es cierto** que en la nota medica de la Dra Carolina Murillo Velásquez se indica dentro de los diagnósticos “neumonía asociada a ventilador – sepsis de origen pulmonar – choque séptico resuelto – disfunción multiorgánica (renal # cardiovascular # pulmonar)”, por lo tanto, la parte demandante está realizando una lectura selectiva de la historia clínica; adicional a ello, es de advertir que a lo largo de la historia clínica se ha enunciado que el paciente tuvo disfunción multiorgánica post-operatoria, como falla respiratoria, circulatoria, renal, coagulopatía, las cuales estaban siendo tratadas por los galenos en la UCI. (Me permito extraer notas medicas de diferentes fechas donde se demuestra lo indicado)

20.06.2020 14:53:48 BOTERO ARISTIZABAL, DAVID ALEXANDER ANESTESIOLOG.CUIDADOS INT.REAN

**Subjetivo** : UCI Paciente de 61 años de edad con diagnósticos de: -Choque multicausal (hipovolémico - vasodilatado) -Sepsis de origen abdominal -Hernia incisional compleja intervenida -Falla respiratoria multicausal I y III -Hipertensión intra-abdominal grado I Antecedentes: -Polifarmacodependencia. Procedimiento: -POP 18/06/20 Liberación de adherencias + colgajos miofasciocutaneos + eventrorrafia con malla Antecedentes: Patológicos: hipertensión arterial crónica Quirúrgicos: laparotomía exploratoria por HACP (2000), eventrorrafia con malla # 2 Alérgicos: TRAMADOL Tóxicos: extabesquismo Farmacológicos: acido acetil salicilico 100\*1, hidroclorotiazida 25\*1, enalapril 20\*2 Traumáticos: heridas por arma cortopunzante Transfusionales: niega Familiares: no relata Gineco/obstétricos: no aplica Sin tto ATB Laboratorio: GA PH 7.2 - CO2 48 - HCO3 17.2 - PAFI 110 - NA 131 - K 5.3 - CAI 0.65 - LACTATO 3.1 - HB 13.7 - LEUCOS 21800 - PLAQUETAS 289000 - MG 1.8 - BUN 45.8 - CREAT 5.1 - PCR 43.2

21.06.2020 11:03:53 CASTRILLON GOEZ, CARLOS MARIO CIRUGIA GENERAL

**Subjetivo** : CIRUGIA GENERAL Paciente masculino de 61 años. Diagnósticos: - Hernia ventral gigante con pérdida de domicilio. \* Post-Eventrorrafia con separación de componentes y malla. 18/06/2020 - Disfunción multiorgánica post-operatoria \* Falla respiratoria, circulatoria y renal aguda. - Hipertensión abdominal leve, Grado I. Subjetivo no evaluable. En registro de enfermería ha estado con requerimiento de soporte ventilatorio, vasoactivo y dialítico. Sin fiebre.

22.06.2020 10:53:10 ORTIZ RENDON, IVONNE JOHANNA CIRUGIA GENERAL

**Subjetivo** : CIRUGIA GENERAL Paciente masculino de 61 años. Diagnósticos: - Hernia ventral gigante con pérdida de domicilio. \* Post-Eventrorrafia con separación de componentes y malla. 18/06/2020 - Disfunción multiorgánica post-operatoria \* Falla respiratoria, circulatoria, renal, coagulopatía. - Hipertensión abdominal leve, Grado I. Enfermería reporta que desde hace 24 horas le suspendieron la nutrición teral por sonda nasogastrica por el debito gastrico. Permanece afebril.



**Frente al hecho 12: Es cierto**, de acuerdo con las dos notas médicas del 28 de junio de 2020 realizadas por el anesthesiólogo, cuidados intensivos y reanimación el Dr. Santiago Cardona Marín.

**Frente al hecho 13:** Este hecho contiene varias afirmaciones las cuales procedo a responder de la siguiente manera:

**Es cierto**, que el 29 de junio de 2020 el paciente Lor Dayron de Jesús Rojas Madrid le realizaron un TAC de tórax – abdomen.

**No es cierto** que en el resultado de la imagen diagnostica realizada al señor Rojas Madrid le hayan diagnosticado “atelectasias bibasáles”, ya que el resultado del mismo indicó “No consolidación neumónica atelectasias bibasales espacio pleural libre”, es una lectura selectiva e interpretación incorrecta por parte del apoderado de la parte demandante. (Ver nota medica del Dr. Ricardo León Londoño Lagos del 30 de junio de 2020)

**Es cierto**, que dentro de los hallazgos del abdomen se manifestara “engrosamiento transmural del íleon y del rectosigmoides como cambio inflamatorio”. (Ver nota medica del Dr. Ricardo León Londoño Lagos del 30 de junio de 2020)

30.06.2020 11:25:26 LONDOÑO LAGOS, RICARDO LEON CIRUGIA GENERAL

**Subjetivo** : CIRUGIA GENERAL Paciente 61 años Masculino Diagnosticos: Diagnosticos: 1-Sépsis pulmonar 1.1 Neumonía basal izquierda por Serratia marcescens de perfil usual 2- Síndrome compartimental abdominal en resolución 3- Falla renal aguda KDIGO 3 RIFLE F en hemodiálisis

**Objetivo** : Paciente enmasi condiciones generales, acoplado a ventilador, con sopre presro con norpinefrina, terapia dialitica, nutricion parenteral 70 cc hora FC 80 pa 155/70 Sonda nasogastrica 200 cc abdomen blabdo, herida en lina media sana, no hay signos de infeccion, dren de Blake 25 cc serosos INR 1.09 HB 9,5 HTO 29 LEUCO 37200N 79 PLAQ 205000 BT 5,4 BT 2.8 ACIDOSI METABOLICA SEVERA TAC DE ABDOMEN Y PELVIS (ABDOMEN TOTAL) Técnica: Cortes axiales desde el opérculo torácico, hasta la sínfisis púbica posteriores a la administración de contraste yodado, no iónico, por vía venosa periférica. - Tomografía de tórax: Hallazgos: En lo parcialmente incluido de la región cervical no se observa patología Adecuada expansión pulmonar Enfisema subpleural No se observan nódulos de densidad de tejidos blandos ni masas. No consolidación neumónica Atelectasias bibasales Espacio pleural libre. Tráquea y grandes bronquios de dimensiones normales. No hay masas ni adenopatias mediastinales de tamaño significativo. Las estructuras cardiovasculares evaluables se observan permeables, de calibres normales. -Tomografía de abdomen: Hallazgos: Hígado de tamaño, configuración y densidad normal sin lesiones focales ni difusas. No hay dilatación de la vía biliar intra ni extrahepática. Vesícula distendida de densidad normal sin líquido pericolecístico. Páncreas, bazo y glándulas adrenales de aspecto normales. Aorta de calibre normal. Porta y vasos mesentéricos permeables. Los riñones son de tamaño, configuración y densidad normal sin observar dilatación del sistema pielocalicial. Concentran adecuadamente el medio de contraste. La grasa mesentérica es de apariencia normal. No se definen adenopatías. Adecuada distribución de asas intestinales sin signos obstructivos. Engrosamiento transmural del íleon y del rectosigmoides como cambio inflamatorio Vejiga vacia No se observa líquido libre ni masas en cavidad abdominal. Espondiliosis y osteocondrosis dorsolumbar Dren en los tejidos blandos en la pared anterior del abdomen



**No es un hecho**, lo referente a la explicación de la “atelectasias bibasáleses” sino que es una apreciación subjetiva del apoderado, no se puede catalogar como técnica atendiendo a que no manifiesta referencia y/o bibliografía.

**No es un hecho**, es una apreciación personal del apoderado de la parte demandante, en relación a la manifestación realizada en el hecho cuando se indica “A parte de la inflamación mencionada, el TAC de abdomen no describe otras alteraciones, ni neumoperitoneo en el paciente”

**Frente al hecho 14:** Este hecho contiene varias afirmaciones las cuales procedo a contestar de la siguiente manera:

**Es cierto** que el 02 de julio de 2020 el paciente fue atendido por la Dra. Darí Neicce Villa Tobón (Anestesióloga, Cuidados Intensivos y Reanimación) y que se consigna “*abdomen un poco distendido*”, pero esto en el contexto de lo descrito que es “*No tiene el día de hoy GASTROINTESTINAL abdomen un poco distendido, tenso, pero depresible [...]*” (Ver nota medica referida)

**No es cierto**, que la misma haya reportado “*choque de origen infeccioso, sin foco detectado*”, ya que se consignó en la historia clínica “*hoy con nuevo choque de posible origen infeccioso, sin foco aún identificado*”, lo cual cambia el contexto, atendiendo a que la parte demandante está realizando una lectura selectiva de la historia clínica. (Ver nota medica referida)

**Es cierto**, que le ordenan paraclínicos, pero también le toman cultivos en sangre, aspirado traqueal, le ordenan traqueostomía, entre otros. (Ver nota medica referida).





02.07.2020 18:33:40 VILLA TOBON, DARI NEICCE

ANESTESIOLOG.CUIDADOS INT.REAN

**Subjetivo** : \*EVOLUCION DIA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO\* Paciente 61 años **DIAGNÓSTICOS 1. CHOQUE DE ORIGEN SEPTICO 2. NEUMONIA BASAL IZQUIERDA 3. SINDROME COMPARTIMENTAL ABDOMINAL RESUELTA 4. FALLA RENAL AGUDA PROCEDIMIENTOS 1. POP CORRECCION DE EVENTRACION (18-06-2020) PROBLEMAS \* Soporte ventilatorio \* Soporte dialítico \* Soporte vasopresor \* Acidosis metabólica \* Control de la infección \* Control metabólico \* Anemia - Leucocitosis \* Hipercloremia # Hiponatremia # Hiperkalemia - Hiperfosfatemia SUBJETIVO** Paciente bajo analgesia. Procedo a evaluar al paciente con lavado de manos antes y después de la atención, con equipo de protección suministrado por la Institución y equipo personal

**Objetivo** : OBJETIVO Regular-mal estado general, bajo infusión de analgesia con Fentanyl CABEZA Y CUELLO Mucosa oral hidratada, TOT sin secreciones, no masas, no ingurgitación yugular, catéter de diálisis yugular izquierdo sin puntos de sutura, en las gasas q le cubren observo secreción amarilla? mas no en el sitio de inserción del catéter, no cambios inflamatorios en sitio de inserción TÓRAX No retracciones inter ni subcostales, catéter venoso central subclavio derecho sin secreciones ni cambios inflamatorios en sitio de inserción CARDÍACO PA 110/85 mmHg - PAM 78 mmHg / FC 107 lpm Soporte vasoactivo # Norepinefrina 0.2 Ruidos cardíacos rítmicos, taquicárdico, no soplos PULMONAR Murmullo vesicular disminuido sin ruidos agregados en ambos campos pulmonares Soporte ventilatorio, acoplado # Controlada por volumen FR 20 rpm / SaO2 100% - FIO2 0.3 ABG (02-07-2020 10:58) pH 7.15 pCO2 41 pO2 87 BC 14.3 BE -14.6 SaO2 93 PaFi 290 ABG (02-07-2020 04:15) pH 7.01 pCO2 44 pO2 68 BC 11.1 BE -20 SaO2 80 PaFi 226 Radiografía de tórax (Portátil): No tiene el día de hoy GASTROINTESTINAL

Abdomen un poco distendido, tenso, pero depresible, peristaltismo disminuido METABÓLICO / NUTRICIONAL Glucometria entre 145-178 mg/dL últimas 24 horas / Lactato 0.5 HEMATOLOGICO Sin sangrado externo activo / Hb 7.8 # Hto 24 / Plaquetas 188000 RENAL Diuresis 0 últimas 24 horas / Balance ingreso 4561 cc # Balance global acumulado (+) 3951 cc Na 133 - K 5.7 - Cai 1.64 - Cl 117 - Mg 2.6 - P 5.1 / BUN 75 - Cr 5.1 INFECCIOSO Afebril / Leucocitos 32500 (Previo 28100) Neu 68% Linf 14% / PCR 16.7 (Previo 9) Antibióticos \* Anidulafungina \* Colistina \* Meropenem Recibió \* Piperacilina-Tazobactam Cultivos \* Aspirado traqueal positivo para S. marcescens \* Hisopado rectal negativo \* Cultivo para C. auris negativo NEUROLÓGICO Puntaje Escala de Coma de Glasgow 7/15 (AO 2 RV 1 RM 4), RASS en -2, pupilas isocóricas lentamente reactivas EXTREMIDADES Llenado capilar 4 segundos, acrocianosis en ambas manos y en pie izquierdo, edemas en MI y MS

**Análisis** : Paciente en 7ª década de la vida, con diagnósticos previamente descritos, hoy con nuevo choque de posible origen infeccioso, sin foco aun identificado, se toman cultivos en sangre (Para bacterias y hongos) y aspirado traqueal, ya tiene cubrimiento antibiótico dirigido para gérmenes hasta ahora identificados, incluso cubrimiento antifúngico, se continúa con soporte dialítico, persiste con acidosis metabólica sin lograr adecuada homeostasis corporal, continua con nutrición parenteral total, control metabólico fuera de metas, se ajusta insulino terapia, control de paraclínicos para mañana, se ajusta resto de manejo médico, continua hospitalizado en la Unidad de Cuidado Intensivo por soporte ventilatorio y condición clínica, sin acompañante al momento de evaluarlo, pronóstico reservado.

**Plan** : \* Continua hospitalizado en la Unidad de Cuidado Intensivo \* Sigue con aislamiento de contacto según protocolo institucional \* Ajustar sedo-analgésia para RASS de -1 \* Pendiente traqueostomía \* Norepinefrina titular infusión para lograr PAM de 70 mmHg \* Hemocultivos para bacterias y hongos \* Valoración por Otorrinolaringología para traqueostomía quirúrgica \* Control de paraclínicos \* Sigue manejo médico

**Frente al hecho 15:** Este hecho contiene varias afirmaciones las cuales paso a contestar de la siguiente manera:

**Es cierto** que el paciente Madrid Rojas fue atendido por el Dr. Luis Alejandro Urrego Jaramillo (Anestesiólogo, Cuidados intensivos y reanimación) el día 03 de julio de 2020. (Ver nota medica referida)

**No es cierto**, que en la nota medica se indique “*mal estado del paciente*”, en la historia clínica se indicó “*Continua en grave condición con grave acidosis metabólica que no mejora con diálisis*”, sin embargo, es de aclarar que en toda la historia clínica se ha estado indicando el mal y/o regular estado del paciente, y la tórpida evolución del paciente. (Ver nota medica referida)

**Es cierto**, que en la nota medica se haya indicado “*Abdomen, gastrointestinal y renal: distendido*”; también es cierto que en otro aparte de la historia clínica se mencione “*acidosis metabólicas grave*” y “*leucocitosis*”, pero manifestamos que es una lectura selectiva de la historia clínica. Adicional a ello, **es cierto**, que se solicitó TAC contrastado de abdomen, 4 hemocultivos (uno por cada invasión y uno periférico), pero es de aclarar, que esto se ordena por parte del galeno por que el paciente “*continuaba con grave condición con grave acidosis metabólica que*



*no mejora con diálisis, persistencia de choque, edemas gfralizados e inflamación sin causa aparente.” (Ver nota medica referida)*

03.07.2020 11:48:50 URREGO JARAMILLO, LUIS ALEJANDRO ANESTESIOLOG.CUIDADOS INT.REAN  
**Objetivo** : Examen físico bajo protocolos estrictos de BIOSEGURIDAD y lavado/ higienización de manos: Tendencias vitales durante las últimas 12 horas: T°:35.2/37°C PAM entre:65/90 mm Hg FC entre:94/113 latidos por minuto - sinusal a la cardioscopia Glucometrias:145 mg/dl Balance hídrico: Ingresos:4279 ml Egresos:130 ml Balance de las 24 horas:4000 ml Balance acumulado: 25 litros Gasto urinario: 0 ml/kilo/hora Hallazgos físicos importantes (los no registrados se entenderán como normales) Sistema nervioso central:sin parálisis o paresias, no posturas anormales ni movimientos patológicos Cardiopulmonar: Ruidos cardíacos rítmicos sin soplos, pulmones con disminución del murmullo vesicular sin sobreagregados Abdomen, gastrointestinal y renal: distendido, peristalsis lenta, herida con bordes isquémicos pero sin signos de inflamación Extremidades, piel, tejidos blandos y osteomuscular: hipoperfusión, sin deformidades, signos de trombosis ni deformidades, edemas gfralizados Hemato infeccioso: inflamado, persiste en choque Piel, tejidos blandos y osteomuscular sin lesiones aparentes Paraclínicos y ayudas diagnósticas relevantes: Acidosis metabólica grave Sin hiperlactatemia Sin hipoxemia Anemia moderada Leucocitosis, neutrofilia, pcr baja Iones con leve hipercloremia BUN elevado Transaminasas elevadas Hiperbilirrubinemia a expensas de la indirecta Sin coagulopatía  
**Análisis** : ANALISIS, PLAN DE MANEJO E INSTRUCCIONES Los principales problemas / prioridades y los planes propuestos son: Continúa en grave condición con grave acidosis metabólica que no mejora con la diálisis, persistencia de choque, edemas gfralizados e inflamación sin causa aparente Por estas razones solicito TAC contrastado de abdomen 4 hemocultivos (uno por cada invasión y uno periférico) # uroanálisis, coloración de gram y Urocultivo al paso de sonda vesical Perifusión de bicarbonato 6 ampollas en bolo y dejar una ampolla pura por hora por CVC por 24 horas Soporte transfusional con 2 unidades de GRE Trmbopprofilaxis con heparina ajustada a disfunción renal Por constipación se ordena manitol y bisacodilo orales Continúa manejo en UCI/UCE por: soporte multiorgánico, alto riesgo de complicaciones y muerte PLAN DE MANEJO Y SEGURIDAD Se verifica cumplimiento de protocolo neumonía zero y bacteriemia zero Se verifica cumplimiento protocolo prevención de Ulceras por presión, caídas y alerta de alergias. Cuidados en UCI según protocolos Medidas generales no farmacológicas para disminuir riesgo de delirium Mantener sedación escala RASS objetivo: 0 a -2 ##Se sugiere mañana al culminar perf de fentanil rotar por hidromorfona Ventilación mecánica protectora ##Pendiente TQT por parte de ORL Terapia respiratoria y nutricional asistida. Control de paraclínicos para mañana Profilaxis para trombosis venosa profunda Profilaxis para hemorragia de tracto digestivo PENDIENTES: paraclínicos y ayudas diagnósticas solicitadas CONTACTO CON LA FAMILIA: Se dará información al paciente (si aplica) y a la familia sobre el estado actual pronóstico, riesgos y procedimientos según protocolos de PANDEMIA COVID19 Se aclaran dudas.

**No es cierto**, que no se haya reportado resultados de los hemocultivos, ya que en la nota medica del 09 de julio de 2020 se reportó los resultados de hemocultivo. (Ver nota medica referida)

09.07.2020 12:19:59 MURILLO VELASQUEZ, CAROLINA MEDICO  
**Subjetivo** : NOTA PROA # INFECTOLOGIA Contingencia COVID 19 - paciente que se evalúa con EPP sugerido por el hospital con técnica de lavado de manos antes y después de evaluar al paciente. paciente evaluado en horas de la mañana Fecha de ingreso al HGM 04.06.2020 Dayron de Jesús Rojas 61 años Natural de Medellín, procedente de Bolombolo, reside actualmente Medellín, cesante, casado diagnósticos - neumonía asociada a ventilador tratada - Sepsis de origen pulmonar resuelta -choque de origen séptico resuelto - disfunción multiorganica (renal # cardiovascular # pulmonar) -síndrome compartimental abdominal - Hipertensión abdominal grado I - LRA AKIN 3 RIFLE F. Necesidad de soporte dialítico desde junio 20 2020 con CVVHDF hasta junio 23 2020. desde Junio 25 2020 HDI diaria por hipercatabolia, anuria. hernia ventral gigante con pérdida del domicilio : POP de catéter peritoneal para pneumoperitoneo prequirurgico 08/06 - Tiña corporis procedimientos 1. #POP corrección de eventración (18-06-2020) Aislamientos 02/07 Hemocultivos 1-2-3 negativos a los 5 días de incubación 02/07 Urocultivo negativo a las 48 horas 02/07 aspirado traqueal microbiota comensal 29/06 Aspirado traqueal Klebsiella pneumoniae spp pneumoniae R= carbapenemicos ( se obtiene carbapenemasa tipo metalobetalactamasa pendiente genexpert). 20/06 Hemocultivos 1-2-3 negativos a los 5 días de incubación 20/06 aspirado traqueal Serratia marcescens S= cefepime / mero 18/06 Hisopado rectal negativo para gérmenes KPC 18/06 Cultivo para C. auris negativo Antibióticos -Colistina 150 mg cada 36 horas con dosis post diálisis 80 mg 01/07 -Meropenem 1000mg IV cada 12 horas 28/06 # 07/07 -Piperacilina-Tazobactam 2.25 gr iv cada 6 horas 20/06 # 28/05 -Anidalfungina 100mg iv cada 24 horas Se evalúa paciente previa asepsia de manos y utilización de equipo de protección personal para evitar infecciones bidireccionalmente.

**Frente al hecho 16:** Este hecho tiene varias afirmaciones que procedo a responder de la siguiente manera:

**Es cierto**, el 04 de julio de 2020 al paciente Lor Dayron de Jesús le realizaron TAC de abdomen y de pelvis (abdomen total) contrastado en el Hospital General de Medellín.





**Es parcialmente cierto**, el resultado descrito en el hecho en mención, atendiendo a que se está dando una lectura selectiva de la historia clínica. (Ver nota medica del 04 de julio de 2020 realizada por el anesthesiologo, cuidados intensivos y reanimación del Dr. David Alexander Botero Aristizabal)

04.07.2020 22:48:58 BOTERO ARISTIZABAL, DAVID ALEXANDER ANESTESIOLOG.CUIDADOS INT.REAN

**Subjetivo** : UCI 61 años años de edad genero masculino. Natural de Medellín, procede Bolombolo, cesante, casado DX: -Falla respiratoria tipo III -Sepsis pulmonar -Neumonía basal izquierda -Síndrome compartimental abdominal en resolución -Falla renal aguda KDIGO 3 -Síndrome de inflamación, inmunosupresión y catabolismo persistente - Choque vasodilatado Procedimientos - POP corrección de eventración (18-06-2020) Antecedente de HTA LPE x HPAF año 2000 Complicación tardía hernia ventral. Eventrorrafia con malla # 2 fallidas. Aislamientos 29/06 Aspicado traqueal Klebsiella pneumoniae spp.pneumoniae R= carbapenémicos ( se obtiene carbapenemasa tipo metalobetalactamasa pendiente genexpert ) 20/06 Hemocultivos 1-2-3 negativos a los 5 días de incubación 20/06 aspirado traqueal Serratia marcescens S= cefepime / mero 18/06 Hisopado rectal negativo para gérmenes KPC 18/06 Cultivo para C. auris negativo Tto ATB: Anidula - caspo - meropenem **TAC** ABDOMEN CONTRASTADO 04.07.20 Hay cambios postquirurgicos en la pared abdominal en relacion con su antecedente con hematoma en los tejidos blandos en hipogastrio e mide 90 mm, Hay mínimo neumooperitoneo anterior en relacion con su antecedente quirurgico El hígado tiene forma, tamaño y posición normal, sin evidencia de lesión focal ni patología difusa. Vía biliar intra y extrahepática de aspecto tomográfico normal. Vesícula sin cálculos, tumor ni inflamación. El bazo y el páncreas no presentan lesiones. Ambos riñones son de tamaño y posición normal. No hay cálculos intrarrenales, tampoco dilatación del sistema colector renal ni de los ureteres. Aorta con ateromas calcificados, cambios por aterosclerosis, porta, cava inferior y vasos mesentéricos normales. Retroperitoneo sin masas ni adenopatías. Estomago, duodeno, asas de intestino y marco cólico sin lesiones. Vejiga adecuadamente distendida, de paredes lisas y sin lesiones en su interior, sonda de Foley en adecuada posición. No hay líquido libre intra-abdominal.

**Objetivo** : SV PAM 70 - FC 99 - FR 16 - SAT 100% NEURO: SEDACIÓN, RASS - 3 CARDIO: RS CS ALEJADOS, SOPORTE VASOACTIVO NOREPIENFRINA 0.3 MCG/KG/MIN PULMONAR: MV DISMINUIDO ACP. VMI AC X PRESIÓN FIO2 30 - PC 16 - FR 16 - PEEP 10 ABDOMEN: GLOBOSO, HERIDA QUIRÚRGICA SIN SIGNOS DE INFECCIÓN. NPT 70 CC/HR RENAL:+ 1291 CC /ANÚRICO.SOPORTE RENAL INTERMITENTE

**Análisis** : PACIENTE EN POP DE HERNIA VENTRAL GIGANTE CON PERDIDA DE CONTINENTE, DISFUNCIÓN MULTIORGÁNICA SEVERA TEMPRANA, NEUMONÍA ASOCIADA A LOS CUIDADOS TTO ATB DIRIGIDO, REQUERIMIENTO DE SOPORTE PRESOR, PARÁMETROS VENTILATORIOS ALTOS, ANÚRICO, DEPENDIENTE DE DIÁLISIS, REACTANTES ESTACIONARIOS. TAC ABDOMEN SIN EVIDENCIA DE COLECCIÓN, PENDIENTE TRAQUEOSTOMÍA.

**Plan** : -CONTINÚA IGUAL TTO ATB -PENDIENTE TQT X ORL

**Es cierto**, que el 06 de julio de 2020 se realizó traqueostomía por parte de la especialidad de otorrinolaringología, la cual tenía aval de anestesiología días previos a la misma, y que en la nota del Dr. Alejandro Restrepo Correa (otorrinolaringología) se describió los hallazgos operatorios, la descripción quirúrgica y que la misma se realizó sin complicaciones. (Ver nota medica en mención)

06.07.2020 18:17:16 RESTREPO CORREA, ALEJANDRO OTORRINOLARINGOLOGÍA

**Subjetivo** : OTORRINOLARINGOLOGÍA Lor Dayron, 61 años de edad, hospitalizado con Diagnósticos: - Sepsis de origen pulmonar - Neumonía asociada al cuidado de la salud - Disfunción multiorgánica. (renal # cardiovascular # pulmonar) en evolución - Hipertensión Abdominal resuelta - Falla renal aguda en terapia de reemplazo renal - Hernia ventral gigante con pérdida del domicilio - Traqueostomía reciente (06Jul2020)

**Objetivo** : Regular las condiciones generales, en recuperación anestésica, hipotenso, con drenaje abundante por sonda orogástrica. **HALLAZGOS OPERATORIOS** Cateter derecho Piel cervical anterior algo redundante y con signos irritativos superficiales leves Panículo adiposo Traquea sumergida Vascularización pretraqueal abundante Tiroides intermedia Abundantes secreciones orales de aparente origen gástrico durante el preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio **DESCRIPCIÓN QUIRÚRGICA** Espera de casi una hora mientras bajaban la documentación de la UCI, se identifican consentimientos informados sin firmar por familiar y finalmente se realiza asesoría y firma de los mismos con el hijo Verificación lista de chequeo preoperatoria completa por equipo quirúrgico Anestesia general Infiltración en sitio operatorio con 10ml anestésico + vasoconstrictor Incisión cervical transversa Disección roma por planos Lipectomía Hemostasia selectiva con electrocauterio Separación músculos del strap Ligadura hemostática glándula tiroides con vycril 3-0 Identificación pared traqueal anterior con dificultad Pexia traqueocutánea con seda 2-0 Incisión en "u" invertida sobre pared traqueal anterior Inserción cánula de traqueostomía número 7 con balón, fenestrada. Insuflación balón 10 cc aire Conexión a ventilador y máquina de anestesia Verificación adecuada capnografía, saturación, ventilación y expansión pulmonar Corrección de borde inferior de herida ostomal con prolene 4-0, 3 puntos separados de sutura Fijación de dispositivo traqueal a cada lado con prolene 4-0 con un punto de sutura Curación y limpieza externas Hialdilla a cuello Protección de piel con gasa Verificación ausencia de sangrado activo Finalización de procedimiento sin complicaciones

**Análisis** : Paciente con intubación orotraqueal prolongada, **se realiza traqueostomía sin complicaciones**, queda con cánula número 7 con balón, fenestrada en adecuada posición. Requiere terapia respiratoria y cuidados de traqueostomía estrictos. Llama la atención el abundante drejane por sonda nasogástrica.

**Frente al hecho 17:** Este hecho contiene varias afirmaciones, las cuales procedo a contestar de la siguiente manera:



**Es cierto**, lo referente a la nota medica realizada por el Cirujano General, Carlos Manuel Pérez Mantilla, sin embargo, es importante insistir en que el demandante en sus hechos realizó una lectura selectiva de la historia clínica. (Ver nota medica mencionada)

06.07.2020 08:23:38 PEREZ MANTILLA, CARLOS MANUEL CIRUGIA GENERAL  
Subjetivo : CIRUGIA GENERAL urgencias LOR DAYRON DE JESUS ROJAS MADRID 61 años F ingreso 4 jun 2020 Diagnósticos - Sepsis de origen pulmonar . Neumonía asociada al cuidado de la salud - Disfunción multiorgánica (renal # cardiovascular # pulmonar) en evolución - Hipertensión Abdominal resuelta - Falla renal aguda en terapia de reemplazo renal - Hernia ventral gigante con pérdida del domicilio Paciente con soporte ventilatorio e inotrópico ( NE 0,05 ug Kg min ) Soporte nutricional con NPT y enteral por sonda orogástrica Soporte de reemplazo renal Hemodialisis Por notas de enfermería Afebril Taquicardia en todas las tomas Cifras tensionales normales en las últimas 24h  
4/07/2020 Procedimiento: TAC DE ABDOMEN Y PELVIS (ABDOMEN TOTAL) Hay cambios postquirúrgicos en la pared abdominal en relación con su antecedente con hematoma en los tejidos blandos en hipogastrio e mide 90 mm, Hay mínimo neumoperitoneo anterior en relación con su antecedente quirúrgico El hígado tiene forma, tamaño y posición normal, sin evidencia de lesión focal ni patología difusa. Vía biliar intra y extrahepática de aspecto tomográfico normal. Vesícula sin cálculos, tumor ni inflamación. El bazo y el páncreas no presentan lesiones. Ambos riñones son de tamaño y posición normal. No hay cálculos intrarrenales, tampoco dilatación del sistema colector renal ni de los ureteres. Aorta con ateromas calcificados, cambios por aterosclerosis, porta, cava inferior y vasos mesentéricos normales. Retroperitoneo sin masas ni adenopatías. Estomago, duodeno, asas de intestino y marco cólico sin lesiones. Vejiga adecuadamente distendida, de paredes lisas y sin lesiones en su interior, sonda de Foley en adecuada posición. No hay líquido libre intra-abdominal.  
Objetivo : Paciente intubado Sedado Fc 80min Fr 17min Part 120/60 Sat 100% Abdomen NO ESTA DISTENDIDO Herida suturada sin cambios inflamatorios locales Blando Depresible No palpó masas Resto de examen sin cambios  
Análisis : Paciente con diagnósticos anotados En el día de hoy ORL realizará traqueostomía Persiste con elevación de reactantes inflamatorios Con descenso Hb Hto sin pérdidas sanguíneas visibles Por cirugía sin cambios en el manejo instaurado ( hablo con intensivista ) Se atendió con todas las normas y elementos de protección pertinentes para evitar contaminación cruzada con virus y bacterias  
Plan : Ver análisis

**Frente al hecho 18:** Este hecho contiene varias afirmaciones, las cuales procedo a contestar de la siguiente manera:

**Es cierto**, los apartes indicados de la nota medica del Dr. David Alejandro González Ospina (Cirugía General) con relación al TAC realizado al paciente en el Hospital General de Medellín durante su hospitalización. No obstante, lo anterior, es importante reiterar que el demandante está realizando una lectura selectiva de la historia clínica y de las notas médicas en mención. (Ver nota medica de 09 de julio de 2020)

09.07.2020 09:31:59 GONZALEZ OSPINA, DAVID ALEJANDRO CIRUGIA GENERAL  
Subjetivo : CIRUGIA GENERAL Hombre 61 años Diagnósticos - Sepsis de origen pulmonar . Neumonía asociada al cuidado de la salud - Disfunción multiorgánica (renal # cardiovascular # pulmonar) en evolución - Hipertensión Abdominal resuelta - Falla renal aguda en terapia de reemplazo renal - Hernia ventral gigante con pérdida del domicilio corregida. Post-Eventrorrafia Separación de componentes-malla 18/06/2020 - POP inmediato traqueostomía hecha por ORL - ANEMIA SEVERA CORREGIDA POR TRANSFUSION DE 2 U de GRE ( 7jul20) Sin nuevos referidos  
Objetivo : Regular estado general Con soporte ventilatorio Abdomen blando, no doloroso herida cubierta, no destapo TAC En lo visualizado la región cervical se identifica cánula de traqueostomía con extremo distal a la altura de T2. No se identificaban adenopatía a nivel cervical. Corazón de tamaño normal sin líquido pericárdico. La aorta conserva curso y calibre normal; escasa ateromas calcificados en la pared de aorta torácica descendente. Arteria pulmonar tiene diámetro transversal de 30 mm a la altura de su bifurcación como signo de hipertensión pulmonar precapilar; tiene curso y calibre normal. No identifico masas ni adenopatías mediastinales. Tráquea y bronquios principales de curso normal; se identifican múltiples secreciones a nivel al interior de la tráquea y hacia bronquio fuente en el lado derecho considerar broncoaspiración. Parénquima pulmonar con presencia de opacidades parcheadas en vidrio esmerilado, engrosamiento de septos interlobulillares considerar cambios por edema pulmonar en fase intersticial. Es en segmentos basales identificaban ocupación del espacio aéreo por consolidación versus atelectasia, predominando en segmentos basales y posteriores considerar dentro diagnósticos diferenciales neumonía aspirativa. Se identifican cambios a cambios por enfisema paraseptal y centroacinar difuso. Hígado de forma tamaño y densidad normal sin evidencia lesiones focales. La vesícula se encuentra distendida sin lesiones endoluminales ni cambios inflamatorios. No hay dilatación de la vía biliar intra ni extrahepática. Páncreas, bazo, y glándulas suprarrenales sin evidencia de alteraciones. Ambos riñones de tamaño normal sin cálculos ni dilatación de cavidades pielocolelectoras. Vejiga pobremente distendida con balón de sonda Foley en su interior. Próstata de tamaño normal La aorta la vena cava conservan curso calibre normal. No se identifican masas ni adenopatías retroperitoneales. Cámara gástrica pobremente distendida no valorable. Se identifica sonda enteral en el interior de la misma. Las asas intestinales conservan calibre luminal y grosor normal, sin signos de obstrucción, engrosamientos focales o divertículos. Cambios postquirúrgicos a nivel de la pared abdominal hacia el hipogastrio con lesión de alta densidad en tejido blando la pared a este nivel ya visualizada en estudio tomografía previo en relación a hematoma , mide 10 x 8 x 3 cm en sus diámetros transversal longitudinal anteroposterior respectivamente con un volumen aproximado de 124 cc. No se identifica líquido libre la cara abdominal. Cambios degenerativos de la columna dorsal y lumbar multi nivel. CONCLUSIÓN: Secreciones traqueales y bronquios principales y segmentarias predominantemente del lado derecho que condiciona ocupación del espacio aéreo a considerar neumonía aspirativa dentro diagnósticos diferenciales. Edema pulmonar en fase intersticial. Hipertensión pulmonar precapilar. Cambios postquirúrgicos de la pared abdominal con hematoma ya visualizada en estudios previos a nivel de hipogastrio con un volumen de 124 cc.  
Análisis : Paciente con PO conocido Persiste inflamado pero se ha descartado en multiples ocasiones por imagen complicacion intraabdominal, en torax hay hallazgos que sugieren que el foco es respiratorio inferior No hya hallazgos de ileo o TAC que contraindiquen el uso de nutrición enteral (ayer se decidió sonda avanzada que esta pendiente) El hematoma esta estable y no tiene signos de sobreinfección  
Plan : \*Ver analisis



**Es cierto**, los apartes extraídos de la nota medica del Dr. Pedro Jose Martínez Holguín (Anestesiólogo, Cuidados Intensivos y Reanimación) realizada el 09 de julio de 2020 a las 10:42, con relación a las consideraciones que el especialista tuvo al evaluar la evolución del paciente. Sin embargo, se reitera que es una lectura selectiva de la historia clínica. (Ver nota medica en mención).

09.07.2020	10:42:00	MARTINEZ HOLGUIN, PEDRO JOSE	ANESTESIOLOG.CUIDADOS INT.REAN
<b>Subjetivo</b> : EVOLUCCION UCI DIA, Lord Dayron, 61 años de edad. Diagnosticos: 1. CHOQUE DE ORIGEN SEPTICO, crecimiento de una KLPN KPC+ MDR 2. NEUMONIA BASAL IZQUIERDA 3. SINDROME COMPARTIMENTAL ABDOMINAL POSTOPERATORIO. 4. FALLA RENAL AGUDA. PROCEDIMIENTOS 1. POP TRAQUEOSTOMIA QUIRURGICA (06-07-2020) 2. POP CORRECCION DE EVENTRACION (18-06-2020) Paciente que se encuentra en ventilación mecánica invasiva mediante canula de traqueostomía, mas terapia de remplazo renal interdiario, <u>con imágenes que muestran unas zonas de atelectasias con derrame pleural bibasal y con agua en las cisuras.</u> Con inestabilidad hemodinamica requiriendo de soporte con norepinefrina. Anurico.			
<b>Objetivo</b> : <u>Paciente en malas condiciones generales con soporte vasopresor de norepinefrina, con delirio hiperactivo, quien realiza apertura ocular espontanea, pero no establece contacto con el examinador,</u> en control gasimetrico muestra acidemia metabolica con leve compromiso de los indices de oxigenacion, hoy con PAH 246.			
<b>Análisis</b> : <u>Paciente con inestabilidad hemodinamica, anurico, dependiente de dialisis en franca acidemia metabolica con una sepsis de origen pulmonar por una KLPN KPC+ MDR que termino cubrimiento con meropenem colistina, a quien se le inicia hoy cubrimiento con Piptaz pensando en una broncoaspiracion continua. Ademas se decide colocacion de sonda orocentral avanzada para nutricion enteral.</u>			
<b>Plan</b> : - Suspender meropenem colistina. - Iniciar piptaz. - Colocar sonda avanzada para nutricion enteral. - Mantener en posicion semisentado para disminuir el riesgo de broncoaspiracion.			

**Es parcialmente cierto**, lo manifestado con la nota de evolución del 09 de julio de 2020 de las 20:51 realizada por el Anestesiólogo, Cuidados Intensivos y Reanimación, el Dr Pedro José Martínez Holguín, con relación a que reporta que “se observó durante la endoscopia que tiene unas erosiones lineales, de las cuales se tomó biopsia [...]”, pero **No es cierto**, que el resultado de la biopsia reportó “*esofagitis por reflujo con signos de cicatrización reciente y tejido necrótico*”, ya que la nota medica en mención indicó “**parece ser una esofagitis por reflujo con signos de cicatrización reciente y tejido necrótico**” , lo cual está en un sentido muy diferente, porque no es un diagnóstico sino una sospecha de lo que puede ser, pero no hay certeza. También, **es cierto**, que con el servicio de infectología se decidió iniciar cubrimiento con piptaz pensado en el cubrimiento de gérmenes para una neumonitis por broncoaspiración, y **es cierto**, que un extracto de la nota médica indica que “*una continua broncoaspiración que lo lleva a tener una neumonitis química, facilitando un estado de sepsis de difícil control*” (Ver nota medica en mención)





**Subjetivo** : EVOLUCION UCI Noche, Lor Dayron 61 años de edad. Diagnósticos - Neumonía asociada a ventilador tratada. - Sepsis de origen pulmonar resuelta. - Choque de origen séptico resuelto. - Disfunción multiorganica (renal # cardiovascular # pulmonar) - Síndrome compartimental abdominal. - Hipertensión abdominal grado I - LRA AKIN 3 RIFLE F. Necesidad de soporte dialítico desde junio 20 2020 con CVVHDF hasta junio 23 2020. desde Junio 25 2020 HDI diaria por hipercatabolia, anuria. - Hernia ventral gigante con pérdida del domicilio. - POP de catéter peritoneal para pneumoperitoneo prequirurgico 08/06. - Tiña corporis. procedimientos 1. POP corrección de eventración (18-06-2020). Aislamientos: 02/07 Hemocultivos 1-2-3 negativos a los 5 días de incubación 02/07 Urocultivo negativo a las 48 horas 02/07 aspirado traqueal microbiota comensal 29/06 Aspirado traqueal Klebsiella pneumoniae spp pneumoniae R= carbapenemicos ( se obtinene carbapenemasa tipo metalobetalactamasa pendiente genexpert). 20/06 Hemocultivos 1-2-3 negativos a los 5 días de incubación 20/06 aspirado traqueal Serratia marcescens S= cefepime / mero 18/06 Hisopado rectal negativo para gérmenes KPC 18/06 Cultivo para C. auris negativo Antibióticos -Colistina 150 mg cada 36 horas con dosis post diálisis 80 mg 01/07 - Meropenem 1000mg IV cada 12 horas 28/06 # 07/07 -Piperacilina-Tazobactam 2.25 gr iv cada 6 horas 20/06 # 28/05 -Anidulofungina 100mg iv cada 24 horas

**Objetivo** : Paciente a quien hoy se le pudo colocar una sonda avanzada para asegurar nutrición enteral. Se observo durante la endoscopia que tiene unas erosiones lineales, de las cuales se tomo biopsia, sin embargo parece ser una esofagitis por reflujo con signos de cicatrización reciente y tejido necrotico. Se decide con el servicio de infectología reiniciar cubrimiento con Piptaz pensado en el cubrimiento de gérmenes para una neumonitis por broncoaspiración.

**Análisis** : Paciente en hospitalización prolongada en UCI, en ventilación mecánica mediante canula de traqueostomía, quien ha mantenido un estado de hipertensión abdominal que lo llevo, disfunción renal requiriendo de terapia de remplazo renal, actualmente en HD, además con una continua broncoaspiración que lo llevaba a tener neumonitis química, facilitando un estado de sepsis de difícil control.

**Plan** : - Mantener en posición semisentado, 45°-60° - Iniciar nutrición enteral a dosis caloricas. - Mantener proquinéticos. - Disminuir parámetros ventilatorios.

**Es parcialmente cierto, es cierto** que en la nota médica realizada por la Dra. Carolina Murillo Velásquez, Médico Infectología, se reporta "*Klebsiella pneumoniae*", pero esto en un contexto de un aspirado traqueal realizado al paciente Madrid Rojas el 29 de junio de 2020; **es cierto** que se reporta "*neumonía por broncoaspiración*" en la nota médica en mención; pero, **no es cierto**, que en la historia clínica no se precise el tratamiento antibiótico que estaba recibiendo el paciente, esto reposa en la historia clínica, sin embargo, estas afirmaciones la realiza el demandante, ya que el mismo ha hecho en el libelo de la demanda una lectura selectiva de la historia clínica en vez de realizar una lectura integral; por lo tanto, me permito aclarar que (i) En la nota de la Dra. Murillo Velásquez se indicó que "*se decide inicio de manejo antibiótico con piperacilina tazobactam*" y (ii) se indicó pendiente aval por infectología, lo cual conlleva a leer la nota médica de la Dra. Murillo Velásquez en conjunto con la nota médica de la Dra. Indira Berrio Medina (Patología Infecciosa) y demás notas médicas de la historia clínica. (Ver nota médica en mención)



09.07.2020

12:19:59

MURILLO VELASQUEZ, CAROLINA

MEDICO

**Subjetivo** : NOTA PROA # INFECTOLOGIA Contingencia COVID 19 - paciente que se evalúa con EPP sugerido por el hospital con técnica de lavado de manos antes y después de evaluar al paciente. paciente evaluado en horas de la mañana Fecha de ingreso al HGM 04.06.2020 Dayron de Jesús Rojas 61 años Natural de Medellín, procedente de Bolombolo, reside actualmente Medellín, cesante, casado diagnósticos - neumonía asociada a ventilador tratada - Sepsis de origen pulmonar resuelta -choque de origen séptico resuelto - disfunción multiorganica (renal # cardiovascular # pulmonar) -síndrome compartimental abdominal - Hipertensión abdominal grado I - LRA AKIN 3 RIFLE F. Necesidad de soporte dialítico desde junio 20 2020 con CVVHDF hasta junio 23 2020. desde Junio 25 2020 HDI diaria por hipercatabolia, anuria. - hernia ventral gigante con pérdida del domicilio : POP de catéter peritoneal para pneumoperitoneo prequirurgico 08/06 - Tiña corporis procedimientos 1.#POP corrección de eventración (18-06-2020) Aislamientos 02/07 Hemocultivos 1-2-3 negativos a los 5 días de incubación 02/07 Urocultivo negativo a las 48 horas 02/07 aspirado traqueal microbiota comensal 29/06 Aspirado traqueal Klebsiella pneumoniae spp pneumoniae R= carbapenemicos ( se obtiene carbapenemasa tipo metalobetalactamasa pendiente genexpert). 20/06 Hemocultivos 1-2-3 negativos a los 5 días de incubación 20/06 aspirado traqueal Serratia marcescens S= cefepime / mero 18/06 Hisopado rectal negativo para gérmenes KPC 18/06 Cultivo para C. auris negativo Antibióticos -Colistina 150 mg cada 36 horas con dosis post diálisis 80 mg 01/07 -Meropenem 1000mg IV cada 12 horas 28/06 # 07/07 -Piperacilina-Tazobactam 2.25 gr iv cada 6 horas 20/06 # 28/05 -Anidulafungina 100mg iv cada 24 horas Se evalúa paciente previa asepsia de manos y utilización de equipo de protección personal para evitar infecciones bidireccionalmente.

**Objetivo** : Valoro paciente bajo todas las medidas de Bioseguridad (lavado de manos pre y pos revisión, con equipos de protección entregados por la el Hospital) para evitar el contagio de enfermedades infecciosas de manera bidireccional. Paciente en regulares condiciones generales, acoplado a ventilador, con soporte vasopresor con norepinefrina en TRR en hemodiálisis y nutrición parenteral a 70cc/hora Paciente con traqueostomía estoma sana escaso sangrado no secreciones por estoma traqueostomía con secreciones purulentas escasas Ruidos cardiacos rítmicos no soplos crepitantes y roncus abundantes en ambos campos pulmonares de predominio derecho Abdomen blando distendido no evaluable paciente en ventilación bajo sedación paraclínicos \*Hb 8 # Hto 24 # leucos 21400 N 79% - L 6% - \*BT 1.4 - Bd 1 # BI 0.4 # FA 238.1 # GGT 71.1 # ALT 38 # AST 59.8 # Tg \*CI 101.6 # P 4 # Mg 3.1 # K 3.8 # Na 131.1 \*BUN 79.5 # creatinina 3.4 \*PCR 15 ### Paraclínicos relevantes 11/06 Serología para Sífilis (RPR) No Reactiva 08/07 TOMOGRAFIA DE TÓRAX Y ABDOMEN SIMPLE En lo visualizado la región cervical se identifica cánula de traqueostomía con extremo distal a la altura de T2. No se identificaban adenopatía a nivel cervical. Arteria pulmonar tiene diámetro transversal de 30 mm a la altura de su bifurcación como signo de hipertensión pulmonar precapilar; tiene curso y calibre normal.se identifican múltiples secreciones a nivel al interior de la traquea y hacia bronquio fuente en el lado derecho considerar broncoaspiración. Parénquima pulmonar con presencia de opacidades parcheadas en vidrio esmerilado, engrosamiento de septos interlobulillares considerar cambios por edema pulmonar en fase intersticial. Es en segmentos basales identificaban ocupación del espacio aéreo por consolidación versus atelectasia, predominando en segmentos basales y posteriores considerar dentro diagnósticos diferenciales neumonía aspirativa. Se identifican cambios a cambios por enfisema paraseptal y centroacinar difuso.Cambios postquirúrgicos a nivel de la pared abdominal hacia el hipogastrio con lesión de alta densidad en tejido blando la pared a este nivel ya visualizada en estudio tomografía previo en relación a hematoma , mide 10 x 8 x 3 cm en sus diámetros transversal longitudinal anteroposterior respectivamente con un volumen aproximado de 124 cc. CONCLUSIÓN: Secreciones traqueales y bronquios principales y segmentarias predominantemente del lado derecho que condiciona ocupación del espacio aéreo a considerar neumonía aspirativa dentro diagnósticos diferenciales. Edema pulmonar en fase intersticial. Hipertensión pulmonar precapilar. Cambios postquirúrgicos de la pared abdominal con hematoma ya visualizada en estudios previos a nivel de hipogastrio con un volumen de 124 cc. Ver informe para otros hallazgos Dictado por: Vergara Toro, Jorge Alberto , 09/07/2020 07:45:42 a.m.

**Análisis** : paciente masculino, 61 años de edad, que ingresa por dolor abdominal y una hernia ventral gigante con pérdida del domicilio. Evaluado por cirugía general para cierre de la hernia se decide el 08/06/20 implanta de catéter peritoneal por parte de radiología intervencionista, para realización de neumoperitoneo pre quirúrgico se logra insuflar hasta 1100ml se realiza este procedimiento varios días antes de ser llevado a cirugía el 18/06 en donde realizan Liberación de adherencias Colgajos Miofasciocutaneos Eventrografía con malla. Luego del cierre de la fascia anterior se aumenta la presión de la vía aérea hasta 35 mmHg, por lo que requiere traslado a UCI y ventilación mecánica. Inicia con presiones elevadas en el abdomen y con inestabilidad hemodinámica No posibilidad de extubación temprana por fenómeno restrictivo pulmonar. Evolución tórpida disfunción multiorganica (renal # cardiovascular # pulmonar) por lo cual deciden inicio de hemofiltro, se realizan imágenes donde se identifica tendencia a la consolidación en base izquierda deterioro clínico nuevamente en choque y en cultivo de aspirado traqueal donde se asila Klebsiella pneumoniae spp pneumoniae R= carbapenemicos con gen de NDN se indica manejo con Colistina y meropenem dosis ajustada la cual ya termino manejo además, paciente con factores de riesgo para fungemia con un Candida score de 3.942 por lo cual se considera inicio de antifungico. paciente con alteraciones de la función hepática por lo cual se decide inicio de anidulafungina y por ahora con mejoramiento de la función hepática. el día de hoy nueva se evalúa nuevamente paciente en conjunto con intensivistas paciente estáticos aun con respuesta inflamatoria elevada con imágenes en tac de torax sugestivas de neumonía por broncoaspiración por lo cual se decide inicio de manejo antibiótico con piperacilina tazobactam ajustada a su función renal Pendiente aval por Infectología

**Plan** : Pendiente aval por Infectología

12.07.2020 20:37:05 TOBON LOPEZ, FELIPE

ANESTESIOLOG.CUIDADOS INT.HEAN

**Subjetivo** : EVOLUCION UCI NOCHE Paciente masculino 61 años Hospitalizado con diagnosticos de: - neumonía asociada a ventilador tratada - Sepsis de origen pulmonar resuelta -choque de origen séptico resuelto - disfunción multiorganica (renal # cardiovascular # pulmonar) -síndrome compartimental abdominal - Hipertensión abdominal grado I - LRA AKIN 3 RIFLE F. Necesidad de soporte dialítico desde junio 20 2020 con CVVHDF hasta junio 23 2020. desde Junio 25 2020 HDI diaria por hipercatabolia, anuria. - hernia ventral gigante con pérdida del domicilio : POP de catéter peritoneal para pneumoperitoneo prequirurgico 08/06 - Tiña corporis Aislamientos 02/07 Hemocultivos 1-2-3 negativos a los 5 días de incubación 02/07 Urocultivo negativo a las 48 horas 02/07 aspirado traqueal microbiota comensal 29/06 Aspirado traqueal Klebsiella pneumoniae spp pneumoniae R= carbapenemicos ( se obtiene carbapenemasa tipo metalobetalactamasa pendiente genexpert). 20/06 Hemocultivos 1-2-3 negativos a los 5 días de incubación 20/06 aspirado traqueal Serratia marcescens S= cefepime / mero 18/06 Hisopado rectal negativo para gérmenes KPC 18/06 Cultivo para C. auris negativo Antibióticos -Colistina 150 mg cada 36 horas con dosis post diálisis 80 mg 01/07 - Meropenem 1000mg IV cada 12 horas 28/06 # 07/07 -Piperacilina-Tazobactam 2.25 gr iv cada 6 horas 20/06 # 28/05 -Anidulafungina 100mg iv cada 24 horas PROBLEMAS Acidosis metabolica Anemizacion





**Frente al hecho 19: Es parcialmente cierto**, los extractos de la nota medica realizada por el Anestesiólogo de Cuidados Intensivos y Reanimación, Sergio Mauricio Vega Rodríguez, el día 14 de julio de 2020 a las 19:47, pero, **no es cierto**, que en la nota medica se reporte “*moviliza las 4 extremidades*”, la nota medica indica “*moviliza parcialmente las 4 extremidades*” (Ver nota medica en mención)

14.07.2020 19:47:55 VEGA RODRIGUEZ, SERGIO MAURICIO ANESTESIOLOG.CUIDADOS INT.REAN  
Subjetivo :  
Objetivo :  
Análisis : UCI NOCHE: Cardiovascular: Sin soporte inotrópico, cifras tensionales controladas, FC: 85x', TA: 131/80, Rscsrs alejados, sin soplos ni acrenados. Respiratorio: Soporte ventilatorio sin cambios, FR: 16x', Rsr MV disminuido globalmente, sin agregados. Renal: Anurico, hoy con TRRI. Metabólico: Glucometrías 134 - 172, abdomen blando, no masas ni megalias. Hematoinfeccioso: No ha presentado picos febriles.  
Neurológico: Moviliza parcialmente las 4 extremidades, escasa conexión con el medio  
Plan : Continuar estrategia de destete ventilatorio con intervalos de ventilación espontanea.

**Frente al hecho 20:** Este hecho contiene varias afirmaciones sobre las cuales me pronunciaré de la siguiente manera:

**Es cierto**, que la Cirujana General Ivonne Johanna Ortiz Rendon valoró al paciente el 15 de julio de 2020, existiendo una nota medica de la misma a las 8:56, pero no es cierto que se reporte que el paciente se encuentra en “buena evolución”, puesto que en la historia clínica se indicó “*paciente con evolución estacionaria*”. Es cierto que se reporta “*Anemia*” pero esta se encuentra en estudio, y que “*se ha indicado en varias oportunidades terapia transfusional*”; pero **No es cierto**, que en la historia clínica no se haya registrado ejecución de la transfusión y eso tampoco lo indica la nota médica.

(Ver nota medica del 15 de julio de 2020 a las 8:56)

15.07.2020 08:56:39 ORTIZ RENDON, IVONNE JOHANNA CIRUGIA GENERAL  
Subjetivo : CIRUGIA GENERAL Paciente 61 años Masculino Diagnósticos: 1. Neumonía asociado a los cuidados en salud. 2. Síndrome de compartimiento abdominal. 3. Falla renal aguda en terapia dialítica. 4. Hernia incisional recidivada: eventrorrafia con colgajos y reconstrucción de pared con liberación del transverso del abdomen 18/06/2020 5. Anemia en estudio Por reporte de enfermería no se identifica fiebre. Tolerancia a la nutrición enteral  
Objetivo : Aceptables condiciones generales Frecuencia cardiaca: 89 x min frecuencia respiratoria: 18x min Sato2: 98% presión arterial: 125/89 Ante estímulos dolorosos pareciera establecer contacto Traqueostomía : funcional Abdomen: poco depresible, herida quirúrgica suturada sin signos de complicación paraclínicos hemoglobina: 8.4 hematocrito: 25% leucocitos: 19900 neutrofilos: 86% acidosis metabólica leve creatinina: 3  
Análisis : Paciente con evolución estacionaria, tolerando la nutrición enteral, se comenta con intensivista de turno y menciona que el paciente presenta anemia que ha indicado en varias oportunidades terapia transfusional, no se evidencia origen en relación al sitio operatorio por lo que se concilia se solicitará estudio endoscópico superior e inferior en busca de la etiología.

(Ver notas medicas del 03 y 07 de julio de 2020 – transfusión de hemoderivados)



03.07.2020

11:48:50

URREGO JARAMILLO, LUIS ALEJANDRO

ANESTESIOLOG.CUIDADOS INT.REAN

**Subjetivo** : Medicina crítica y Cuidados Intensivos Ronda Impresiones diagnósticas actualizadas: 1. CHOQUE DE ORIGEN SEPTICO 2. NEUMONIA BASAL IZQUIERDA 3. SINDROME COMPARTIMENTAL ABDOMINAL RESUELTA 4. FALLA RENAL AGUDA PROCEDIMIENTOS 1. POP CORRECCION DE EVENTRACION (18-06-2020) Eventos recientes: SOPORTES: 1-Sedo analgesia: fentanil 100 mcg/hora 2-Oxigenoterapia / Ventilatorio: PCV PC:17 # FIO2: 30% - PEEP:10 3-Inotrópico / vasopresor: norepinefrina 0.25 - hidrocortisona 8 mg/hora 4-Renal: hemodialisis 5-Nutricional y metabólico: NPT 6-Antibióticos:Colistina - meropenem - anidulafungina RESULTADOS MICROBIOLOGÍA:sin nuevos hallazgos Invasiones: TOT \_ CVC - ;ahurkar # Línea Arterial # Dren abdominal 30 ml

**Objetivo** : Examen físico bajo protocolos estrictos de BIOSEGURIDAD y lavado/ higienización de manos: Tendencias vitales durante las últimas 12 horas: T°:35.2/37°C PAM entre:65/90 mm Hg FC entre:94/113 latidos por minuto - sinusal a la cardioscopia Glucemias:145 mg/dl Balance hídrico: Ingresos:4279 ml Egresos:130 ml Balance de las 24 horas:4000 ml Balance acumulado: 25 litros Gasto urinario: 0 ml/kilo/hora Hallazgos físicos importantes (los no registrados se entenderán como normales) Sistema nervioso central:sin parálisis o paresias, no posturas anormales ni movimientos patológicos Cardiopulmonar: Ruidos cardíacos rítmicos sin soplos, pulmones con disminución del murmullo vesicular sin sobreagregados Abdomen, gastrointestinal y renal: distendido, peristalsis lenta, herida con bordes isquémicos pero sin signos de inflamación Extremidades, piel, tejidos blandos y osteomuscular: hipoperfusión, sin deformidades, signos de trombosis ni deformidades, edemas generalizados Hemato infeccioso: inflamado, persiste en choque Piel, tejidos blandos y osteomuscular sin lesiones aparentes Paraclínicos y ayudas diagnósticas relevantes: Acidosis metabólica grave Sin hiperlactatemia Sin hipoxemia Anemia moderada Leucocitosis, neutrofilia, pcr baja lones con leve hipercloremia BUN elevado Transaminasas elevadas Hiperbilirrubinemia a expensas de la indirecta Sin coagulopatía

**Análisis** : ANALISIS, PLAN DE MANEJO E INSTRUCCIONES Los principales problemas / prioridades y los planes propuestos son: Continúa en grave condición con grave acidosis metabólica que no mejora con la diálisis, persistencia de choque, edemas generalizados e inflamación sin causa aparente Por estas razones solicito TAC contrastado de abdomen 4 hemocultivos (uno por cada invasión y uno periférico) # uroanálisis, coloración de gram y Urocultivo al paso de sonda vesical Perfusion de bicarbonato 6 ampollas en bolo y dejar una ampolla pura por hora por CVC por 24 horas Soporte transfusional con 2 unidades de GRE Tromboprofilaxis con heparina ajustada a disfunción renal Por constipación se ordena manitol y bisacodilo orales Continúa manejo en UCI/UCI por: soporte multiorgánico, alto riesgo de complicaciones y muerte PLAN DE MANEJO Y SEGURIDAD Se verifica cumplimiento de protocolo neumonía zero y bacteriemia zero Se verifica cumplimiento protocolo prevención de Ulceras por presión, caídas y alerta de alergias. Cuidados en UCI según protocolos Medidas generales no farmacológicas para disminuir riesgo de delirium Mantener sedación escala RASS objetivo: 0 a -2 ##Se sugiere mañana al culminar perf de fentanil rotar por hidromorfona Ventilación mecánica protectora ##Pendiente TQT por parte de ORL Terapia respiratoria y nutricional asistida. Control de paraclínicos para mañana Profilaxis para trombosis venosa profunda Profilaxis para hemorragia de tracto digestivo PENDIENTES: paraclínicos y ayudas diagnósticas solicitadas CONTACTO CON LA FAMILIA: Se dará información al paciente (si aplica) y a la familia sobre el estado actual pronóstico, riesgos y procedimientos según protocolos de PANDEMIA COVID19 Se aclaran dudas.

**Plan** : ver análisis

03.07.2020

20:24:44

URREGO JARAMILLO, LUIS ALEJANDRO

ANESTESIOLOG.CUIDADOS INT.REAN

**Análisis** : Paciente durante el día con adecuado control del dolor, escala de sedación apropiada para la patología de base, sin deterioro neurológico aparente con respecto a su estado basal, cursa sin distermias (T° entre: 35.5/36.3 °C), ni disglucemias (145/169 mg/dl), con estabilidad hemodinámica (se logró desmonte de norepinefrina al medio día) y buen patrón ventilatorio, por lo demás no ha presentado alteraciones del ritmo y el gasto urinario es de 0.04 ml/kilo/hora Abdomen con leve distensión, sin clara irritación, deposición presente en gran cantidad Toleró la transfusión con hemoderivados. Nuevos paraclínicos para reportar Ecocardiograma TT: con leve derrame pericárdico sin impacto hemodinámico, buena TAPSE, BUENA FEVI Pendiente TAC de abdomen Tiene Acidosis metabólica con anion GAP discretamente elevada La especialidad cotratante conceptúo:que se puede iniciar la nutrición enteral Se brindó informe a la familia siguiendo los protocolos de PANDEMIA COVID19 durante la visita indicándole los aspectos claves de su evolución, se comprobó el entendimiento de la misma y se resolvieron dudas

**Plan** : Cuidados en UCI según protocolos Pendiente TAC Complemento paraclínicos para aclarar la persistencia de la acidosis

07.07.2020

10:37:32

VEGA RODRIGUEZ, SERGIO MAURICIO

ANESTESIOLOG.CUIDADOS INT.REAN

**Plan** : Se continúa manejo de UCI, TRRI, ajuste de medicamentos, ajuste de vasopresor, transfusión de 2 U de GRE, se habla con infectología y hoy se finaliza manejo antibiótico dejando solo antimicótico, pendiente observar evolución por posible requerimiento de manejo quirúrgico

**No es un hecho**, lo descrito por parte del demandante con relación a la nota medica realizada por el Dr. Carlos Andrés Calle Lotero (Cirugía General), es más una apreciación subjetiva del accionante.

Respecto a la nota medica del Dr. Felipe Tobón López (Anestesiólogo, Cuidados Intensivos y Reanimación) del 15 de julio de 2020 a las 12:02, me permito



pronunciar lo siguiente: **no es cierto**, que se indique en la nota medica “nuevamente orificio de dren con sangrado, que posiblemente justifica la anemia del paciente”, la nota medica reporta “llama la atención el requerimiento de hemocomponentes los últimos días, la anemización podría deberse a drenaje por la sonda”; **es cierto**, que en la nota medica en mención se solicitó “**Doppler de antebrazo** por hematoma en extremidad superior posiblemente secundaria a venopunción, además de ordenar **eco de pared abdominal**, por el estado neurológico pobre y no se ha visto conectado el paciente, se solicita **TAC de cráneo** control, para la anemización además se solicita **EDS**”, pero **no es cierto**, que se diga “**gran hematoma**”, como lo exclama la parte demandante.

Respecto a la nota medica del Dr. Felipe Tobón López (Anestesiólogo, Cuidados Intensivos y Reanimación) del 15 de julio de 2020 a las 20:26, **es cierto**, que en el plan se indicó “*pendiente ecografía de pared abdominal, TAC de cráneo, EDS, y Doppler de MSD, paraclínicos control tromboprofilaxis*” por ser unas órdenes dadas el mismo día y que requieren un procedimiento de autorización y gestión.

**Frente al hecho 21: parcialmente cierto**, en la nota medica del Dr. Carlos Andrés Calle Lotero (Cirugía General) de las 8:34 se indicó “*pendiente ecografía de tejidos blandos de la pared abdominal*”

**Frente al hecho 22, Parcialmente cierto, es cierto** la lectura transcrita de la nota medica del Cirujano General, Carlos Mario Castrillón Goez, con relación con el resultado del “*Esofagogastroduodenoscopia (EGD)*” que le practicaron al paciente el 16 de julio de 2022; pero de la transcripción hay unas irregularidades, por tanto, **no es cierto** que “*la linea media en hipogastrio que mide 50 x colección de tejidos blandos*”, en la nota medica se indicó lo siguiente “*Hay colección en los tejidos blandos en la línea media en hipogastrio que mide **50 x 45 mm***”, adicionalmente, **no es cierto**, que la tomografía de abdomen ordenada era contrastada, ya que la nota medica indicó “*se considera que requiere tomografía de abdomen para evidenciar si hay recidiva de la hernia, **idealmente contrastada** para descartar sufrimiento de asa [...]*”





17.07.2020 10:59:11 CASTRILLON GOEZ, CARLOS MARIO CIRUGIA GENERAL

**Subjetivo** : CIRUGIA GENERAL. Paciente masculino de 61 años. Diagnósticos: - Falla orgánica múltiple post-quirúrgica. - Neumonía asociada a los cuidados en salud. - Falla renal aguda en terapia dialítica. - Hernia incisional gigante recidivante. \* Reconstrucción de pared abdominal con malla (18/06/2020). - Anemia en estudio. Paciente con soporte ventilatorio por traqueostomía. Sin soporte vasopresor. En terapia dialítica. Terapia nutricional enteral por sonda avanzada. Subjetivo no evaluable. En registro de enfermería ha estado sin fiebre.

**Objetivo** : Se evalúa paciente con todas las normas de bioseguridad recomendadas para evitar la transmisión de enfermedades infecto-contagiosas. Paciente alerta, no hace contacto, acoplado a la ventilación por traqueostomía, sin soporte vasoactivo. Frecuencia cardíaca 91 por minuto, presión 160/84, saturación 97%, temperatura 36.3°C. Traqueostomía sana. Ruidos cardíacos rítmicos, murmullo vesicular disminuido en ambos campos. Abdomen con abombamiento de la pared abdominal a nivel de epigastrio, blando, dolor no evaluable. Herida quirúrgica sana, con escasa secreción serosa en tercio inferior, sin signos de infección. Extremidades bien perfundidas. Laboratorio 17-07-2020 Hemoglobina 7.8, hematocrito 23% Leucocitos 18.800, neutrofilos 81% Plaquetas 262.000 Proteína c reactiva 6.9 Gases arteriales sin acidosis

**Metabolitos:** Potasio 3.4 magnesio 2.0 Creatinina 3.2, BUN 89.7 ESOFAGOGASTRODUDENOSCOPIA [EGD] 16/07/2020 DIAGNOSTICOS: 1. ESOFAGITIS EROSIVA SEVERA GRADO D (EN CICATRIZACION). 2. PANGASTRITIS ERMETATOSA 3. ULCERACIONES MULTIPLES EN FONDO Y CUERPO GASTRICOS. ASOCIADOS A LAS SONDAS? Dictado por: Valencia Gomez, William Hernan , 16/07/2020 ECOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL 16/07/2020 Procedimiento: Estudio portátil Hay coleccion en los tejidos blandos en la linea media en hipogastrio que mide 50 x 45 mm, descartar hematoma El higado presenta tamaño, forma, posición y ecogenicidad normales. No hay evidencia de lesión focal ni patología difusa. No hay tumor primario ni metastásico, tampoco absceso. No hay dilatación de la vía biliar intra ni extrahepática. La vesícula es de forma, tamaño y posición normales. Sin cálculos, tumor ni inflamación. El páncreas no presenta masas ni colecciones. El bazo es normal. Ambos riñones tienen tamaño, forma y posición normales. No presentan cálculos ni calcificaciones, tampoco lesiones sólidas o quísticas. No hay dilatación del sistema colector renal ni de los ureteres. En el retroperitoneo no hay masas ni adenopatías. Aorta, porta y cava normales. Vejiga sin lesiones. No hay líquido libre en cavidad peritoneal. Este método no descarta patología gastrodudenal, intestinal ni del colon. Dictado por: Botero, Melissa , 16/07/2020 09:51:51 a.m

**Análisis** : Paciente con historia anotada. Se encuentra estable hemodinámicamente, con soporte ventilatorio por traqueostomía, tolerando la nutrición enteral, con herida quirúrgica sin signos de infección, con leve secreción serosa en tercio inferior, hoy se encuentra con abombamiento en la pared abdominal que es necesario descartar recidiva de la hernia ventral. Paraclínicos con anemia, sin indicación de transfusión en el momento, leucocitos en descenso, sin acidosis metabólica, azoados elevados. Se realizó endoscopia que reportó esofagitis erosiva, pangastritis y ulceraciones en fondo y cuerpo gástricos en relación con la sonda. ecografía de abdomen reporta coleccion en los tejidos blandos en la linea media en hipogastrio que puede corresponder al seroma que se está drenando por la herida. Se considera que requiere tomografía de abdomen para evidenciar si hay recidiva de la hernia, idealmente contrastada para descartar sufrimiento de asa, aunque clínicamente no parece haber complicación intestinal. Se comenta con intensivista.

**Plan** : Ver análisis.

**Parcialmente cierto, es cierto** que en la nota medica realizada por el anestesiólogo, cuidados intensivos y reanimación, Dr. Felipe Tobón López, del 17 de julio de 2020, a las 19:36, y que en la misma se describe que el paciente lleva 2 días con enfermedad diarreica a evidenciar origen inflamatorio en coproscópico; pero la descripción que el demandante realiza respecto al cuadro de sepsis **no es cierto**, toda vez que en la nota medica se indicó “Paciente por el momento con **cuadro de sepsis abdominal a descartar fallo quirúrgico con TAC de abdomen contrastado**”.

17.07.2020 19:38:39 TOBON LOPEZ, FELIPE ANESTESIOLOG.CUIDADOS INT.REAN

**Subjetivo** : EVOLUCION UCI NOCHE Paciente masculino 61 años Hospitalizado con diagnosticos de: - Neumonía asociada a ventilador tratada - Sepsis de origen pulmonar resuelta - Choque de origen séptico resuelto - disfunción multiorganica (renal # cardiovascular # pulmonar) - Síndrome compartimental abdominal - Hipertensión abdominal grado I - LRA AKIN 3 RIFLE F. Necesidad de soporte dialítico desde junio 20 2020 con CVVHDF hasta junio 23 2020. Desde Junio 25 2020 HDI diaria por hipercatabolia, anuria. - Hernia ventral gigante con pérdida del domicilio - POP de catéter peritoneal para pneumoperitoneo prequirúrgico 06/06 - Tiña corporis - HVDS \* esofagitis erosiva, pangastritis y ulceraciones en fondo y cuerpo gástricos en relación con la sonda. - Neuropatía del paciente crítico Problemas Destete ventilatorio Descartar fallo quirúrgico Acidosis metabólica persistente Anemización / requerimiento de trasfusión de hemocomponentes Pronostico vital Requerimiento de HDI Neuropatía del paciente crítico

**Objetivo** : Paciente en aceptables condiciones generales; acoplado a soporte ventilatorio Signos vitales: FC 99 LPM; PA: 125/72 mmHg; SaO2 de 94% con fio2 de 35%; FR de 25 PPM Soporte ventilatorio. PSV Soporte vasoactivo: No Soporte metabólico: Glucometrías 114-147-137 mg/dl Cabeza y cuello: mucosas húmedas hidratadas no masas no adenopatías, No ingurgitación yugular Cardiopulmonar: Ruidos cardíacos rítmicos no ausculto soplos no s3; Ruidos pulmonares conservados sin sobreagregados Abdomen blando depresible no doloroso posible hernia abdominal epigástrica, herida quirúrgica limpia no signos de irritación peritoneal Extremidades: pulsos simétricos, edemas grado II. Neurológico: Atiende ordenes sencillas CAM-ICU (-) Balance hídrico: LA 1126 cc, LE 2150 cc, Balance hídrico día: -1024 cc, diuresis 0.4 cc GU: 0 cc/ka/hr

**Análisis** : Paciente por el momento con cuadro de sepsis abdominal a descartar fallo quirúrgico con TAC de abdomen contrastado, por el momento continua en plan de HDI aunque se ha evidenciado reinicio de la diuresis, desde hace 2 días con enfermedad diarreica a evidenciar origen inflamatorio en coproscópico aunque hay correlación temporal con inicio de NTE con sonda avanzada. no cambios en el manejo

**Plan** : Continuar con TAC de abdomen contrastado y clínicos control

**Frente al hecho 23**, este hecho contiene varias afirmaciones las cuales procedo a contestar de la siguiente manera:



Con relación a la nota medica del 18 de julio de 2020, realizada por el cirujano general Juan Javier Agudelo Posada a las 9:43, **es cierto**, lo correspondiente a lo que se describe en la nota medica respecto con el análisis realizado en la misma; sin embargo, **no es un hecho** sino una apreciación personal del demandante lo correspondiente a lo que no mencionó en la nota medica el especialista.

Con relación a la nota medica del Anestesiólogo, cuidados intensivos y reanimación, David Alexander Botero Aristizábal, **es cierto** que el paciente fue atendido el 18 de julio de 2020 según nota medica de las 15:31, pero, con relación a lo descrito en la nota médica, es **parcialmente cierto**, atendiendo a que el demandante realizó una lectura selectiva de la historia clínica y en especial de la nota medica en mención respecto al resultado del TAC abdomen contrastado. (Ver nota medica en mención)

18.07.2020 15:31:41 BOTERO ARISTIZABAL, DAVID ALEXANDER ANESTESIOLOG.CUIDADOS INT.REAN  
Subjetivo : UCI Paciente masculino 61 años Hospitalizado con diagnosticos de: - Neumonía asociada a ventilador tratada - Sepsis de origen pulmonar resuelta - Choque de origen séptico resuelto - disfunción multiorganica (renal # cardiovascular # pulmonar) - Síndrome compartimental abdominal - Hipertensión abdominal grado I - LRA AKIN 3 RIFLE F. Necesidad de soporte dialítico desde junio 20 2020 con CVVHDF hasta junio 23 2020. Desde Junio 25 2020 HDI diaria por hipercatabolia, anuria. - Hernia ventral gigante con pérdida del domicilio - POP de catéter peritoneal para pneumoperitoneo prequirurgico 08/06 - Tiña corporis - HVDS \* esofagitis erosiva, pangastritis y ulceraciones en fondo y cuerpo gástricos en relación con la sonda. - Neuropatia del paciente critico Sin nuevos aislamientos microbiológicos Tto ATB: Pip/tazo  
Laboratorio: GA PH 7.42 - CO2 36 - HCO3 24.2 - PAFI 253 - NA 138 - K 3.7 - CA 0.95 - LACTATO 0.8 - HB 7 - LEUCOS 16700 - PLAQUETAS 263000 - BUN 110 - CREAT 3.8 TAC abdomen contrastado 17.07.20 La porción visible del tórax demuestra líquido pleural escaso laminar bilateral no susceptible de punción. Atelectasias bibasales. Cardiomegalia global. Hígado de tamaño, densidad, contornos y ubicación usual. No hay lesiones focales ni dilatación de la vía biliar intra y extrahepática. Vesícula biliar distendida de paredes delgadas sin lesiones en su interior. Sistema porta y venas suprahepáticas permeables. Glándulas adrenales, bazo y páncreas de apariencia tomografía normal. Ambos riñones captan en forma adecuada el medio de contraste. No hay lesiones focales ni dilatación de las cavidades pieloclectoras. Aorta de calibre y trayectoria usual. Ateromas calcificados aórticos No hay lesiones retroperitoneales. Neumoperitoneo postquirúrgico Cámara gástrica y demás vísceras huecas sin aparente alteración. No hay neumatosis ni otros signos de sufrimiento intestinal Vejiga distendida de paredes delgadas sin lesiones endoluminales. No hay líquido libre en la cavidad peritoneal. Tampoco se evidencia captación del peritoneo ni del mesenterio. Espondilosis Colección densa en los tejidos blandos del hipogastrio y fosa ilíaca derecha compatible con seroma. Presenta burbujas aéreas de enfisema. Mide 26 x 11 x 11 cm

**Frente al hecho 24, es cierto.**

**Frente al hecho 25**, este hecho contiene varias afirmaciones las cuales procedo a contestar de la siguiente manera:

**Es cierto**, lo relacionado con la nota medica del 20 de julio de 2020 a las 9:33 del Cirujano General Juan Javier Agudelo Posada.

**Son ciertos** los apartes de las notas medicas realizadas por el Anestesiologo, Cuidados Intensivos y Reanimación, Mauricio Andrés Escobar Maya el 20 de julio de 2020 a las 12:52 y 21:52, no obstante, se recuerda al Despacho que el demandante realiza una lectura selectiva de la historia clínica y en especial de las notas medicas en mención.

**Frente al hecho 26, es cierto**, es la transcripción que se realizó del análisis de la nota medica realizada el 21 de julio de 2020 por el cirujano general David Alejandro González Ospina.

**Frente al hecho 27, es cierto** que el 21 de julio de 2020 el paciente Lor Dayron de Jesús Rojas Madrid le realizaron una laparotomía y los extractos de la nota operatoria transcritos en el hecho, correspondientes a la nota medica realizada por la Cirujana General, Dra. Ivonne Johanna Ortiz Rendón.

**Frente al hecho 28 es cierto**, es la transcripción del análisis de la nota medica realizada el 21 de julio de 2020 a las 16:36 por el Anestesiólogo, Cuidados Intensivos y Reanimación, Sergio Mauricio Vega Rodríguez.

**Frente al hecho 29**, este hecho tiene varias afirmaciones las cuales procedo a contestar de la siguiente manera:

**Es cierto**, la transcripción del “Diagnóstico” indicado en el estudio anatomopatológico del colon derecho e íleon del 30 de julio de 2020. Lo referente a “*paciente sin diagnóstico oportuno*”, **no es un hecho**, es una apreciación subjetiva de la parte demandante y deberá probarlo en el plenario.

**Frente al hecho 30, no es un hecho**, son apreciaciones subjetivas de la parte demandante quién tiene la carga de demostrarlo en el plenario. Sin embargo, es importante aclarar que la medicina es una ciencia subjetiva, y que los exámenes médicos o imágenes diagnósticas se deben correlacionar con la situación y/o estado clínico del paciente, por lo cual, puede haber dos interpretaciones diferentes en días diferentes, conforme a la evolución del paciente, y esto no conlleva a que sea incongruente, porque la clínica es muy diferente en cada momento y puede cambiar conforme al estado médico del paciente conforme a su evolución.

**Frente al hecho 31, no me consta**, deberá ser probado en el plenario.

#### IV. EXCEPCIONES

Con fundamento en lo anterior y en lo que a continuación manifestaré, propongo las siguientes excepciones:

## INEXISTENCIA DE HECHO DAÑOSO IMPUTABLE AL HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN.

Para que declare probada la responsabilidad del Estado fundamentada en la falla en la prestación de servicio de salud, es preciso que se presenten en forma concurrente una falla del servicio, un daño y una relación de causalidad entre uno y otro.<sup>2</sup>

La obligación de indemnizar encuentra su fuente en el hecho ilícito. Este último es el que hipotéticamente generaría responsabilidad del Estado, ya que es esencial que exista una conducta activa u omisiva de quien se predica la responsabilidad y en el caso que nos ocupa, el señor Lor Dayron de Jesús Rojas Madrid ingresó al Hospital General de Medellín por tener una hernia ventral gigante, padecimiento que le fue corregido, posterior a ello le realizaron todo lo que estaba al alcance de la entidad para determinar la causa por la cual el señor Rojas Madrid continuaba desestabilizado, con mal pronóstico y evolución tórpida, por lo que le realizaron varias imágenes diagnósticas e intervenciones como traqueostomía y una laparoscopia al evidenciar un neumoperitoneo que no estaba en la imagen diagnóstica anteriormente reportada, al evidenciar esto, inmediatamente al paciente se le realizó la intervención adecuada para que se le corrigiera lo padecido, posteriormente fue llevado nuevamente a UCI, sin embargo, el mismo no tuvo respuesta a las medidas terapéuticas realizadas y ante una asistolia, no pudo recuperar ritmo cardiaco, pese a las maniobras de reanimación y falleció. Por lo expuesto, al paciente en el Hospital General de Medellín le prestaron los servicios médicos especializados durante el mes y medio de su estancia hospitalaria, se le realizaron las intervenciones necesarias que correspondían con su diagnóstico, se le brindó una cama UCI, sin considerar las dificultades inmersas que se presentaban en el momento en el nivel asistencial, y atención de salud, por estar en plena pandemia mundial, **COVID 19**, y le suministraron el tratamiento, medicamentos, exámenes, imágenes diagnósticas e intervenciones que requirió de manera debida y oportuna.

---

<sup>2</sup> Consejo de Estado, Secc. Tercera, 24 de septiembre de 1993, C.P. Suárez Hernández, actor: Arturo Acosta Saravia, exp. 8298: “Como bien lo recuerda el señor Procurador Décimo Delegado ante esta Corporación, para que la acción de reparación directa sea viable, es indispensable el acreditamiento (sic) legal y oportuno de tres elementos axiológicos, a saber: falla o falta del servicio; daño en el patrimonio económico o moral del demandante; y, relación de causalidad entre éste y aquélla; lo ha reiterado insistentemente esta Sala que el no encontrarse probada cualquiera de estas tres circunstancias, las pretensiones deberán negarse”.





La responsabilidad del Estado supone un acto de uno o algunos de sus representantes que no pretenda crear efectos jurídicos negativos, pero que fácticamente los crea porque produzca un daño en forma ilícita.

Analizando el anterior planteamiento, sin que haya de por medio una conducta activa u omisiva de alguno de los agentes del Estado, la responsabilidad del Estado es impensable y adecuándonos al caso concreto, puede verificarse que no existe ningún hecho del que se desprenda que por acción o por omisión se produjo el daño que alegan sufrir los demandantes.

### **INEXISTENCIA DE LA FALLA EN EL SERVICIO**

Para que pueda predicarse la responsabilidad del ente demandado que represento, es necesario como carga procesal de la parte demandante, demostrar que fue la actividad u omisión del Hospital General de Medellín la que generó los perjuicios cuya indemnización se reclama, luego, no le basta a la parte demandante acreditar que el señor **LOR DAYRON DE JESUS ROJAS MADRID** fue atendido en el hospital por una estancia hospitalaria de mes y medio y que según los demandantes fueron unas atenciones por fuera del marco de la buena practica en la lex artix que generó unos perjuicios en la familia del mismo, pero, para que dichos perjuicios puedan imputarse a la E.S.E. Hospital General de Medellín, habrá de demostrarse en el proceso que fue por causa de alguna acción u omisión del mencionado demandado. Dicho de otra manera, deberá demostrar, la parte demandante, la imputación jurídica y fáctica de la supuesta falla en la atención médica.

El adecuado manejo del paciente se constata en la historia clínica, en la cual se evidencia que en todo momento el personal asistencial del HGM le brindó la atención tendiente al restablecimiento de sus condiciones de salud, los cuales a pesar de todos los esfuerzos, medidas, terapias terapéuticas, el paciente nunca estuvo en un estado de salud optimo, estable, posterior a la gran cirugía realizada.

De acuerdo con la jurisprudencia del H. Consejo de Estado, la falla en el servicio es:

*"...la violación al contenido obligacional que se impone al Estado, y que puede ser infringido ya sea porque así se deduce nítidamente de una norma que estatuye con precisión aquello a lo cual está obligado el Estado frente al*



*caso concreto, ya sea porque así se deduce de la función genérica del Estado..." (Sentencia del 30 de marzo de 1990, consejero ponente Dr. Antonio José de Irisarri Restrepo).*

De acuerdo con la sentencia Radicación número: 25000-23-26-000-1996-03282-01(20042), del H. Consejo de Estado, estamos frente a una falla en el servicio cuando:

*"La falla del servicio ha sido en nuestro derecho, y continua siendo, el título jurídico de imputación por excelencia para desencadenar la obligación indemnizatoria del Estado; en efecto, si al Juez Administrativo le compete una labor de control de la acción administrativa del Estado y si la falla del servicio tiene el contenido final del incumplimiento de una obligación a su cargo, no hay duda de que es ella el mecanismo más idóneo para asentar la responsabilidad patrimonial de naturaleza extracontractual. (...) así, las obligaciones que están a cargo del Estado -y por lo tanto la falla del servicio que constituye su trasgresión-, han de mirarse en concreto frente al caso particular que se juzga, teniendo en consideración las circunstancias que rodearon la producción del daño que se reclama, su mayor o menor previsibilidad y los medios de que disponían las autoridades para contrarrestarlo. Se le exige al Estado la utilización adecuada de todos los medios de que está provisto, en orden a cumplir el cometido constitucional en el caso concreto; si el daño se produce por su incuria en el empleo de tales medios, surgirá su obligación resarcitoria; por el contrario, si el daño ocurre pese a su diligencia no podrá quedar comprometida su responsabilidad."*

Repárese para el efecto el fundamento primero de toda indemnización a cargo del Estado, esto es, el artículo 90 de la Carta Política de 1991; con él se busca que los daños antijurídicos sufridos por los administrados les sean reparados por el Estado, pero siempre y cuando estos obedezcan a una falla en el servicio, o a la violación de la igualdad frente a las cargas públicas, teniendo cada uno de estos dos grandes regímenes un delimitado marco de aplicación en los que no cabe encuadrar los sucesos objeto del presente proceso, pues no obedecen causalmente a un actuar antijurídico de la Administración, representada por el HOSPITAL GENERAL DE MEDELLIN.

Partiendo de lo anterior, se establece que se requieren entonces, tres elementos para configurar la responsabilidad del HOSPITAL GENERAL: un hecho o una omisión suya en la prestación de un servicio, un resultado dañoso o perjudicial



y un nexo causal que los una a ambos. De lo contrario, es imposible que, en ese régimen, se encuentre responsabilidad del Estado: si no hay violación al contenido obligacional de la relación jurídica Hospital - paciente, mal puede hablarse de una falla del servicio que en ninguna parte del libelo introductor se atribuye al HGM.

A efectos de determinar algún tipo de responsabilidad es esencial que haya un comportamiento mediato o inmediato del responsable. Por lo tanto, sin que haya una conducta activa u omisiva de por medio, la responsabilidad civil es impensable. Al no existir ninguna conducta que comprometa la actividad de la Institución demandada, se presenta una clara ausencia de falla del servicio en el asunto que nos convoca.

El adecuado y oportuno manejo médico que se le prestó al señor **LOR DAYRON DE JESUS ROJAS MADRID** se evidencia en la historia clínica, pues, desde el mismo momento de ingreso a la institución se le prestó, de manera adecuada, diligente, suficiente y oportuna, todos los servicios médicos que requirió, esto es, desde su ingreso tuvo valoración por parte de los especialistas en cirugía general, se intervino de acuerdo al diagnóstico, y se atendió conforme a los protocolos médicos correspondientes, realizándole las imágenes diagnósticas e intervenciones requeridas. Como quiera que del estudio de la historia clínica no se evidencie una inadecuada atención médica a la paciente, no puede predicarse la responsabilidad hoy imputada. Además, deberá tenerse de presente, que se le brindó el servicio de salud, los cuidados, la cama UCI y todas las imágenes diagnósticas e intervenciones que requirió a pesar de estar en medio de una pandemia mundial, **COVID 19.**

### **AUSENCIA DE NEXO CAUSAL**

El maestro *PHILIPPE LE TOURNEAU*, define el nexo causal como:

*“Racionalmente la responsabilidad supone un nexo de causa a efecto entre el perjuicio y el hecho dañino...solo el perjuicio directo podrá ser reparado, porque solo el está ligado por ese nexo de causa a efecto al acto imputado al responsable, el hecho generador. Estas expresiones muestran al mismo tiempo que la causalidad es objetiva. Se trata de un encadenamiento de circunstancias que el juez está encargado de desentrañar”*



El H. Consejo de estado, en Sentencia de 20 de febrero de 2008, expediente 15.563, respalda la prueba de éste, así:

*“En cuanto a la prueba del vínculo causal, de manera reciente se precisó la necesidad de demostrar el vínculo causal entre el daño y la actuación médica, que haga posible imputar a la entidad que prestó el servicio el daño por el cual se demanda la indemnización”*

En sentencia adicional del H. Consejo de Estado, identificada con número de expediente 18285, se expresó:

*“Ahora bien, en materia del llamado nexo causal, debe precisarse una vez más que este constituye un concepto estrictamente naturalístico que sirve de soporte o elemento necesario a la configuración del daño, otra cosa diferente es que cualquier tipo de análisis de imputación, supone, prima facie, un estudio en términos de atribuibilidad material (imputatio facti u objetiva), a partir del cual se determina el origen de un específico resultado que se adjudica a un obrar –acción u omisión–, que podría interpretarse como causalidad material, pero que no lo es jurídicamente hablando porque pertenece al concepto o posibilidad de referir un acto a la conducta humana, que es lo que se conoce como imputación. No obstante lo anterior, la denominada imputación jurídica (imputatio iure) supone el establecer el fundamento o razón de la obligación de reparar o indemnizar determinado perjuicio derivado de la materialización de un daño antijurídico, y allí es donde intervienen los títulos de imputación que corresponden a los diferentes sistemas o regímenes de responsabilidad que tienen cabida tal como lo ha dicho la jurisprudencia en el artículo 90 de la Constitución Política. Así las cosas, hay que reconocer que desde la estructura moderna de la responsabilidad patrimonial del Estado, el nexo de conexión, o vínculo que debe existir entre la acción, omisión, o conducta generante de un efecto, esto es, de una modificación patrimonial –el daño en sentido fenoménico y jurídico–, corresponde a la imputación material y/o normativa del mismo, lo que explica precisamente la posibilidad de eximentes de imputación cuando quiera que por alguna circunstancia no es posible hacer esa referibilidad, superando así aún, la problemática que presenta la denominada causalidad de la conducta omisiva y que en el esquema tradicional en vano ha tratado de justificarse acudiendo a todo tipo de distorsiones dialécticas, que lo único que hacen es poner de manifiesto el paralelismo entre physis y nomos.”*





Del análisis efectuado, no se concluye que algún actuar del Hospital General de Medellín tuviera incidencia alguna en lo que los demandantes consideran como causales de falla en la prestación del servicio, lo que, tal y como se ha expuesto con claridad, no concatena de ninguna manera con lo ocurrido en la Institución que represento.

Al respecto cabe destacar que en sentencia de febrero 26 de 2004 el H. consejo de Estado absolvió a la entidad demandada porque, pese a que se probó la falla del servicio, *"la demandante no demostró que la causa de la muerte de la menor, fuese la falla en la prestación del servicio de la administración"*. Por ende, conforme a los apartes del fallo en mención, al no estar probado el nexo de causalidad, la sentencia deberá ser absolutoria. Al respecto, el fallo afirma.

*"En efecto, el deplorable estado de salud de la menor y la situación crítica en la que se encontraba para ese momento, Impide afirmar que la causa eficiente del daño lo fue la inadecuada prestación del servicio en el hospital."*

*"En estas condiciones se presentan concausas en la producción de la muerte de la menor que no fueron aclaradas probatoriamente en el proceso y que Impiden concluir que el daño tuvo por causa las fallas en las que incurrió el hospital. La parte demandante debió probar que el daño no se había producido en el evento de que el hospital demandado le hubiera practicado todos los exámenes que ordeno a la paciente y le hubiese proporcionado todos los medicamentos y procedimientos necesarios, para demostrar este elemento determinante de la responsabilidad. (Cursiva fuera del original)."*

*"En ese contexto, no es posible tampoco predicar la responsabilidad del Hospital demandado por una supuesta pérdida de oportunidad para la paciente por cuanto, no se aportó al proceso medio de convicción, directo o indiciarlo, que permita arribar a esa conclusión. El análisis objetivo e integral del acervo probatorio conduce a concluir que el desenlace negativo de la enfermedad sufrida no tuvo por causa la calidad y oportunidad del servicio a ella brindado."*

*"Con fundamento en todo lo anterior se Impone confirmar la sentencia apelada, denegatoria de las pretensiones de la demanda".<sup>3</sup>*

---

<sup>3</sup> C. de E., Sección Tercera, Sentencia de febrero 26 de 2004. Exp. 15334. C.P.; Germán Rodríguez Villamizar.

Así, del análisis del historial clínico efectuado no se concluye que el actuar del Hospital General de Medellín tuvo incidencia alguna en los hechos por los cuales se reclama la indemnización que nos ocupa, ya que los perjuicios causados a la familia del paciente LOR DAYRON DE JESUS, no guarda relación causal con la atención médica prestada en la institución que represento, sino por el contrario son consecuencia directa del diagnóstico que la misma presentó y riesgos inherentes a las intervenciones que fue sometido, y que estas intervenciones practicadas al mismo, tenían como única finalidad mejorar el padecimiento que tenía y sus condiciones de vida.

### **AUSENCIA DE FACTOR DE IMPUTACIÓN EN CONTRA DE LA E.S.E. HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN**

En ninguno de los acápites de la demanda logran los demandantes ni siquiera afirmar, estructurar, ningún factor de imputación por el cual se mencione en qué consistió la supuesta falla del servicio que por la presente demanda se pretende demostrar. En este sentido, al no contar ni siquiera con un factor de imputación en contra de la E.S.E. Hospital General de Medellín, mucho menos podría llegar a probarse lo que ni siquiera se afirma.

Además de lo ya enunciado, es preciso considerar que al no existir factor de imputación en el que se identifique alguna acción u omisión constitutiva de falla del servicio, estamos ante la ausencia de uno de los elementos estructurales de la responsabilidad extracontractual, que, además del hecho, el daño y el nexo causal, se constituyen en condición sine qua non a la hora de determinar algún tipo de consecuencia jurídica; por tanto, al no mencionarse en el líbelo petitorio ni siquiera cuál fue la causa que supuestamente generó el daño a los demandantes en el Hospital General de Medellín, no sería posible endilgar ningún tipo de responsabilidad motu proprio por el Despacho, ya que no se cumplen los requisitos de la demanda de enunciar los hechos u omisiones que sirven de fundamento de la acción ni los fundamentos de derecho de las pretensiones, requisitos exigidos desde el artículo 137 del Código Contencioso Administrativo.

### **CAUSAS AUTÓNOMAS GENERADORAS DEL DAÑO ANTIJURÍDICO DISCUTIDO**



Desde el ingreso al Hospital General de Medellín del paciente **LOR DAYRON DE JESUS ROJAS MADRID** le brindaron una atención en salud adecuada y oportuna, permitiendo que esta obtuviera una recuperación satisfactoria de sus padecimientos y mejorando las condiciones de salud.

### **MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO INHERENTE**

Conforme se encuentra descrito en la historia clínica del señor **MADRID ROJAS**, con anterioridad a la primera intervención le fueron informados a los riesgos de la misma y el paciente aceptó la respectiva atención en el Hospital General de Medellín, y posteriormente, a la familia se le informaba los riesgos de las demás intervenciones, para los cuales aceptaban y comprendían tanto el estado de salud del paciente como los riesgos inherentes del procedimiento, y por ende firmaban los consentimientos informados, en los cuales se describen cada uno de los riesgos que se podían causar, entre ellos, La muerte.

### **DILIGENCIA Y CUIDADO**

Todas las actuaciones ejecutadas por el equipo médico del HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN – LUZ CASTRO DE GUTIERREZ fueron realizadas con la mayor diligencia, cuidado y prudencia aplicable al ejercicio de la ciencia médica, y las mismas estuvieron siempre adheridas a la lex artis ad-hoc aplicables a los tratamientos y procedimientos llevados a cabo.

El actuar del HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN – LUZ CASTRO DE GUTIERREZ y de su equipo interdisciplinario prestador del servicio de salud que participó en la atención intrahospitalaria se ciñó a los postulados de la ciencia médica, y fue en todo momento prudente, diligente, idóneo, oportuno, responsable y eficiente, y en todo momento se le prestó de manera inmediata los servicios médicos que se encontraban al alcance.

Teniendo en cuenta que la obligación del médico es de medio y no de resultado, para poder deducir su responsabilidad debe probarse que su actuación fue descuidada, imprudente o negligente, es decir, debe probarse que existió un hecho en el cual se sustentó la falla del servicio, además del daño y el nexo causal entre ambos elementos.

### **INDEBIDA E INJUSTIFICADA TASACIÓN DE PERJUICIOS**





Ha de tenerse en cuenta que desde el inicio de la atención médica brindada al señor **LOR DAYRON DE JESUS** en la E.S.E. Hospital General de Medellín, la Institución que represento no incurrió en falla alguna con respecto a la prestación de servicios, argumento principal de las pretensiones, toda vez que desde el primer momento en que requirió atención médica por parte del Hospital, la misma fue prestada en condiciones de eficiencia, calidad, oportunidad y seguridad para con el paciente.

No obra en el expediente, ni siquiera prueba sumaria de los perjuicios solicitados. Los demandantes se limitaron a enunciar el monto de los perjuicios de orden material e inmaterial y a enunciar de manera subjetiva sus consideraciones respecto al soporte de los mismos, desatendiendo el mandato legal del artículo 177 del Código de Procedimiento Civil, que proclama la necesidad de prueba del perjuicio que se procura, existiendo diversos medios de prueba para acreditar la existencia y extensión de los perjuicios inmateriales, como son los conceptos de profesionales en medicina y otras ciencias relacionadas.

La prueba del perjuicio moral subjetivo en palabras del Dr. JAVIER TAMAYO JARAMILLO, plasmadas en su obra de Responsabilidad Civil Tomo II pág 1030, se enuncian en el siguiente sentido:

*“... los perjuicios morales y subjetivos, aun los parientes de la víctima directa pueden y deben ser establecidos en su existencia e intensidad. Sólo de esa manera se le brindan al juez instrumentos para fijar equitativamente el monto indemnizable. Ahora, si se insiste en aplicar la absurda teoría de que los perjuicios morales subjetivos se presumen en los más próximos parientes de la víctima directa, la indemnización deberá ser solo de un peso si únicamente se aportó la prueba legal que acredita el parentesco. El monto indemnizable irá en aumento en la medida en que cada demandante demuestre la intensidad y duración de su dolor.”.*

No puede por tanto, considerarse la indemnización como fuente injustificada de enriquecimiento, teniendo en cuenta las cifras que en las pretensiones se solicitan, ya que la función de ésta en nuestro sistema legal, en lo que a los perjuicios inmateriales se refiere, es precisamente la de compensar las condiciones existentes al momento de la afectación del estado normal, es decir, no se puede pretender indemnización sin que exista pleno sustento que demuestre sin lugar a dudas la necesidad de la reparación del perjuicio.



En nuestro sistema jurídico en razón del carácter resarcitorio de la reparación de perjuicios, no puede entonces repararse más que el perjuicio causado y solo el perjuicio causado, el cual deberá ser plenamente probado por quién lo pretende.

### CADUCIDAD DE LA ACCIÓN

La Ley 1437 de 2011 en su artículo 164 numeral 2, literal i) señaló que: “*Cuando se pretenda la reparación directa, la demanda deberá presentarse **dentro del término de dos (2) años, contados a partir del día siguiente al de la ocurrencia de la acción u omisión causante del daño**, o de cuando el demandante tuvo o debió tener conocimiento del mismo si fue en fecha posterior y siempre que pruebe la imposibilidad de haberlo conocido en la fecha de su ocurrencia. [...]*”

En el caso de presente, nos encontramos con que el señor LOR DAYRON ROJAS MADRID falleció el día 21 de julio de 2020, y el medio de control de reparación directa fue instaurado con ocasión a que se declare los perjuicios ocasionados por la supuesta falla en el servicio que recibió el señor Rojas Madrid. Motivo por el cual, habrá que determinar la caducidad desde la última intervención que tuvo en el Hospital General de Medellín, esto es, el 21 de julio de 2020. Por lo anterior, tenemos que los dos años se cumplían el **22 de julio de 2022**.

Atendiendo a lo anterior, para ilustración del Despacho me permito realizar una línea del tiempo donde se demuestre la caducidad, entendiendo que la caducidad del medio de control de reparación directa son 24 meses, así:





Procesalmente nos encontramos con que el demandante radicó solicitud de conciliación en la Procuraduría el día **28 de julio de 2022**, la constancia de la procuraduría fue dada el **25 de octubre de 2022** (ver fl 44 a 55) y los demandantes radicarón demanda el **27 de octubre de 2022**.

Adicionalmente, para el presente proceso no aplica la suspensión de términos que se presentó ante la emergencia sanitaria por causa del Coronavirus COVID-19, en la cual el Consejo Superior de la Judicatura mediante los Acuerdos PCSJA-11517, PCSJA20-11518, PCSJA-11519, PCSJA-11521, PCSJA20-11526, PCSJA-11527, PCSJA-11528, PCSJA-11529, PCSJA-11532, PCSJA-11546, PCSJA-11549, PCSJA-11556 y PCSJA-11567 suspendió los términos judiciales a partir del **16 de marzo de 2020 hasta el 01 de julio de 2020**, conforme al Acuerdo PCSJA-11581 del 27 de mayo de 2020, ya que para este momento, el señor LOR DAYRON DE JESUS ROJAS MADRID, no había fallecido.

Teniendo en cuenta estos elementos es posible predicar que en el presente asunto se configuró caducidad en el medio de control de reparación directa, entendiendo que el demandante presentó la solicitud de conciliación y la demanda por fuera de término.

Por lo anterior, el demandante presentó la solicitud de conciliación **24 meses y 6 días** posteriores al cumplimiento de los **24 meses** y configuración de la caducidad. Además, la constancia de conciliación fue expedida el **25 de octubre de 2022** y la demanda se presentó **dos días** después de la expedición de la constancia de conciliación y **24 meses y 8 días** a la configuración de la caducidad, teniendo en cuenta que, durante la radicación de la solicitud de conciliación y la expedición de la constancia de la audiencia de conciliación extrajudicial, hay suspensión de términos.

En relación a la caducidad, el H. Consejo de Estado manifestó:

*“Se tiene por establecido que la caducidad se configura cuando el plazo establecido en la ley para instaurar algún tipo de acción ha vencido. Es la sanción que consagra la ley por el no ejercicio oportuno del derecho de acción, en tanto al exceder los plazos preclusivos para acudir a la jurisdicción, se ve limitado el derecho que le asiste a toda persona de solicitar que sea definido un conflicto por el aparato jurisdiccional del poder público. Las normas de caducidad tienen fundamento en la seguridad jurídica que debe imperar en todo*



*ordenamiento, en el sentido de impedir que situaciones permanezcan en el tiempo, sin que sean definidas judicialmente. En otros términos, el legislador establece unos plazos razonables para que las personas, en ejercicio de una determinada acción y, con el fin de satisfacer una pretensión específica, acudan a la jurisdicción a efectos de que el respectivo litigio o controversia, sea definido con carácter definitivo por el juez competente. Así las cosas, es la propia ley la que asigna una carga para que, ante la materialización de un determinado hecho, los interesados actúen con diligencia en cuanto a la reclamación efectiva de sus derechos, sin que las partes puedan convenir en su desconocimiento, modificación o alteración.”*

Teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente en todos los supuestos del caso de presente se evidencia que se configuró la caducidad y la pérdida de oportunidad para demandar por parte de la parte demandante.

### **HECHO EXCLUSIVO DE LA VÍCTIMA**

El hecho de la víctima ha sido definido jurisprudencialmente como una causal de exoneración de responsabilidad como:

*“[...] irresistible, imprevisible y externo a la actividad del demandado. En reiterada jurisprudencia, el Consejo de Estado ha reconocido que procede la declaratoria del hecho exclusivo de la víctima como causal de exoneración de responsabilidad aun tratándose de menores de edad y dementes. En este sentido, esta corporación ha señalado que “la valoración sobre la intervención causal de la víctima se puede declarar aun tratándose de menores de 10 años y de los dementes, quienes si bien no son susceptibles de cometer culpa, de acuerdo con lo establecido en el artículo 2346 del Código Civil, su actuación puede exonerar de responsabilidad a la entidad demandada cuando sea causa exclusiva del daño”. Por último, es preciso resaltar que siempre que la actuación de la víctima sea la causa única, exclusiva o determinante del daño, resulta innecesario valorar el elemento subjetivo en la atribución de responsabilidad a la administración.”*

En el presente asunto tenemos que el señor LOR DAYRON DE JESUS ROJAS MADRID dentro de los antecedentes se indicó que el mismo tuvo “*hernia ventral posterior a laparotomía realizada en el 2012*”, la cual evidentemente volvió a crecer hasta convertirse en una “*hernia ventral **gigante con pérdida de domicilio***”. Al respecto me permito ilustrar al Despacho sobre los conceptos de hernia ventral y hernia ventral con pérdida de domicilio.



*“Las hernias ventrales son sacos (bolsas) que se forman cuando el recubrimiento interior de su vientre (abdomen) se sale a través de un orificio en la pared abdominal.*

*Las hernias ventrales a menudo suceden en lugares donde alguna vez se realizó un corte (incisión) quirúrgico. Este tipo de hernia también se denomina hernia laparotómica. [...]”<sup>4</sup>*

La eventración compleja con “pérdida de derecho a domicilio” son hernias gigantes con defectos crónicos de la pared que van creciendo y alterando de forma progresiva la fisiología normal de la pared abdominal. En las hernias ventrales gigantes, se produce una migración de los órganos abdominales hacia el saco herniario; eventualmente, se atrofian los elementos de la pared y al tratar de devolverlos a su posición normal, se pueden provocar múltiples efectos adversos en el paciente. No existe un consenso en la bibliografía sobre la definición de pérdida de domicilio abdominal. Una de las definiciones más aceptadas es cuando el saco herniario contiene más del 20% de los contenidos abdominales<sup>1</sup>. Esto traduce un reto terapéutico que consiste, principalmente, en el retorno del contenido herniario a la cavidad abdominal, sin causar complicaciones como hipertensión intraabdominal, síndrome compartimental abdominal, distress respiratorio, dehiscencia de herida, shock o recurrencia herniaria.

“ 5

Para que el paciente ROJAS MADRID, tuviera una hernia ventral gigante, significa que esta ha ido creciendo desde hace mucho tiempo, a tal punto que los órganos internos estaban por fuera de la pared abdominal (pérdida de domicilio), lo cual indica que por parte del señor LOR DAYRON hubo un descuido en acudir a una atención médica oportuna, esto es, cuando la hernia estaba pequeña. Y este descuido en búsqueda de atención de salud oportuna, no ha de ser imputable al HGM, pues ese actuar negligente e inoportuno del mismo, el cual fue determinante para causarse el daño.

### **RECONÓZCASE CUALQUIER OTRA EXCEPCIÓN QUE SE ENCUENTRE DEBIDAMENTE PROBADA AL MOMENTO DE LA SENTENCIA**

<sup>4</sup>[https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007661.htm#:~:text=Las%20hernias%20ventrales%20son%20sacos,un%20corte%20\(incisi%C3%B3n\)%20quir%C3%BArgico.](https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007661.htm#:~:text=Las%20hernias%20ventrales%20son%20sacos,un%20corte%20(incisi%C3%B3n)%20quir%C3%BArgico.)

<sup>5</sup> M. Sánchez-Ramírez, B. Marengo-de la Cuadra, M. Retamar-Gentil, A. Cano - Matías, J.A. López - Ruiz. (Mayo de 2018). Hernias con derecho a domicilio. Revisión en los últimos cinco años. *Cirugía Andaluza*, 6.





## **V. PETICIÓN.**

Respetuosamente solicito al despacho no acceder a las suplicas de la demanda, que se declaren probadas las excepciones propuestas y se condene a la parte demandante al pago de costas procesales y agencias en derecho en favor de la institución que represento.

## **VI. PRUEBAS**

### **• PRUEBAS DE LA PARTE DEMANDANTE**

#### **Prueba Documental**

Respecto a los documentos aportados por la demandante manifiesto al Despacho que:

- (i) Con relación a las **cédulas, registros civiles de nacimiento, de defunción, respuesta al derecho de petición por parte del Hospital General de Medellín e Historia Clínica**, me acojo a lo que tenga a bien decidir en consideración a la procedencia, pertinencia, utilidad y valora probatorio de los mismos.
- (ii) Con relación a la **carta laboral emitida por el señor Antonio José Velásquez Díaz**, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 272 del Código General del Proceso, presentamos desconocimiento con la carta laboral referenciada, toda vez que no tuvimos participación en su elaboración, desconociendo la veracidad del contenido y autenticidad de esta.
- (iii) Respecto al **Dictamen pericial emitido por la Dra. Juliana Carolina Sotelo Rueda**, me permito solicitar al Despacho que de conformidad con lo dispuesto en el artículo 218 del CPACA y 228 del CGP ejercer el derecho de contradicción del dictamen pericial, solicitando de manera respetuosa solicito señora Juez citar a la perito, **JULIANA CAROLINA SOTELO RUEDA**, dentro de la oportunidad procesal, con el fin de que comparezca a la audiencia de pruebas programada por el Despacho



para ser interrogada sobre el contenido del mismo. Y a su vez, se solicitará al Despacho decretar dictamen pericial con el fin de contradecir el dictamen aportado por la parte demandante.

### **Prueba Testimonial**

Me opongo al decreto de la prueba, atendiendo a que la parte no enunció concretamente los hechos objeto de la prueba conforme al artículo 212 del Código General del Proceso.

#### **• PRUEBA DE LA ENTIDAD DEMANDADA**

### **Documental Aportada.**

Copia íntegra de la historia clínica del paciente LOR DAYRON DE JESÚS ROJAS MADRID.

### **Prueba Pericial Solicitada.**

Me permito solicitar al señor juez, se sirva DECRETAR como prueba pericial la siguiente:

Solicito al señor juez, nombrar una INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA que cuente con MÉDICO ESPECIALISTA en el área de CIRUGÍA GENERAL, a fin de que dictamine sobre la atención medica brindada al señor LOR DAYRON DE JESÚS ROJAS MADRID, durante la atención médica intrahospitalaria, entre los días 04 de junio de 2020 a 21 de julio de 2020 mientras estuvo bajo el cuidado, manejo y supervisión del HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN – LUZ CASTRO DE GUTIERREZ, y determine, primero, si el manejo medico se ajustó a los protocolos médicos que regían para tales padecimientos y, segundo, para que absuelva el interrogatorio que me permito formular:

Conforme a la historia clínica valorada por usted correspondiente al señor Lor Dayron de Jesús Rojas Madrid, indique:

1. ¿Cuáles eran los antecedentes del paciente?
2. ¿Cuál era la patología del paciente?



3. ¿Teniendo en cuenta los antecedentes del paciente y su patología, ¿tenía el paciente factores de riesgo para la intervención? En caso afirmativo explicar ¿Cuáles?
4. ¿Qué es la eventorrafia con colocación de malla?
5. ¿Era indicada realizar esta cirugía al paciente? En caso afirmativo explicar ¿Por qué?
6. ¿Cuáles son los mayores riesgos inherentes a la eventorrafia con colocación de malla?
7. ¿Cuáles riesgos inherentes a la intervención se presentaron en el paciente?
8. De los riesgos indicados anteriormente ¿El paciente sufrió algún riesgo inherente de la intervención? En caso afirmativo
  - 8.1. ¿Los riesgos inherentes se podían evitar?
  - 8.2. ¿El riesgo o los riesgos que se presentaron en el paciente fueron controlados por los galenos del Hospital General de Medellín?
9. ¿En qué consiste la terapia de neumoperitoneo?
10. ¿Por qué y para qué se le realizó al paciente terapia preoperatoria de neumoperitoneo?
11. ¿Cuál era el estado y/o evolución del paciente en el post operatorio?
12. ¿Cómo fue la evolución del paciente durante su estancia hospitalaria en el Hospital General de Medellín?
13. ¿Era posible que en el paciente se presentara una complicación post operatoria y/o durante su estancia hospitalaria?
14. ¿Cómo fue la adherencia del paciente al tratamiento durante su estancia hospitalaria?
15. ¿El paciente durante la estancia hospitalaria padeció fallas multiorgánicas? En caso afirmativo indicar:
  - 15.1. ¿Cuáles fallas multiorgánicas?
  - 15.2. ¿Se le proporcionó el tratamiento y/o soporte adecuado para cada una de ellas o a cada órgano implicado?
16. ¿Se le brindó al paciente atención médica conforme a la Lex Artis, según su diagnóstico, a pesar de encontrarnos para el momento de los hechos en época de Covid 19?
17. ¿Al paciente se le proporcionó todos los exámenes, intervenciones, imágenes diagnósticas, y demás que requirió a pesar de estar en época de COVID 19?
18. ¿Qué tan accesible era en época de COVID 19 tener una cama UCI para enfermedades que no estuvieran contagiados por COVID 19?



19. ¿Los hallazgos del procedimiento quirúrgico Laparotomía exploratoria realizado al paciente el día 21 de julio de 2020, es un riesgo inherente a la eventorrafía practicada al paciente el día 18 de junio de 2020?
20. Podría informarnos ¿Qué prevalece en medicina, si el resultado de una imagen diagnóstica o el estado clínico del paciente?
21. Un paciente clínicamente estable, con un resultado de TAC con hemoperitoneo como sucedió en el paciente, ¿Es indicativo de una cirugía emergente?
22. ¿La patología del paciente y su tratamiento ofrecido tiene morbimortalidades? En caso afirmativo ¿En qué proporción o porcentaje?
23. ¿Hubo abandono o descuido del paciente o negligencia medica por parte de los galenos del Hospital General de Medellín?
24. ¿Qué es la colitis?
  - 24.1. ¿Qué es la colitis isquémica?
  - 24.2. ¿Qué causa la colitis?
  - 24.3. ¿La colitis se opera?
25. ¿Cuál fue la causa de la muerte del paciente?
26. ¿La causa de la muerte del paciente era un riesgo inherente de la eventorrafía practicada?
27. ¿Cuál era la probabilidad de sobrevida del paciente conforme a su evolución post quirúrgico?

### **Prueba Testimonial**

Respetuosamente solicito al señor juez, se sirva llamar como testigos a las siguientes personas, todas mayores de edad:

NOMBRE Y/O CARGO	DIRECCIÓN	MUNICIPIO	RELACIÓN CON EL PROCESO
Carlos Andrés Calle Loreto – Cirugía General	CARRERA 48 NRO. 32 – 102  CORREO ELECTRONICO:  <a href="mailto:procesosjudiciales@hgm.gov.co">procesosjudiciales@hgm.gov.co</a>	MEDELLÍN	Médico del HGM que intervino en el proceso de atención a la paciente.





Carlos Mario Castrillón Goez – Cirugía General	CARRERA 48 NRO. 32 – 102  CORREO ELECTRONICO:  <a href="mailto:procesosjudiciales@hgm.gov.co">procesosjudiciales@hgm.gov.co</a>	MEDELLÍN	Médico del HGM que intervino en el proceso de atención a la paciente.
Ivonne Johanna Ortiz Rendon – Cirugía General	CARRERA 48 NRO. 32 – 102  CORREO ELECTRONICO:  <a href="mailto:procesosjudiciales@hgm.gov.co">procesosjudiciales@hgm.gov.co</a>	MEDELLÍN	Médico del HGM que intervino en el proceso de atención a la paciente.
Felipe Zapata Uribe – Cirugía General	CARRERA 48 NRO. 32 – 102  CORREO ELECTRONICO:  <a href="mailto:procesosjudiciales@hgm.gov.co">procesosjudiciales@hgm.gov.co</a>	MEDELLÍN	Médico del HGM que intervino en el proceso de atención a la paciente.
David Alejandro González Ospina – Cirugía General	CARRERA 48 NRO. 32 – 102  CORREO ELECTRONICO:  <a href="mailto:procesosjudiciales@hgm.gov.co">procesosjudiciales@hgm.gov.co</a>	MEDELLÍN	Médico del HGM que intervino en el proceso de atención a la paciente.
Sergio Mauricio Vega Rodríguez – Anestesiólogo Cuidados Intensivos y Reanimación	CARRERA 48 NRO. 32 – 102  CORREO ELECTRONICO:  <a href="mailto:procesosjudiciales@hgm.gov.co">procesosjudiciales@hgm.gov.co</a>	MEDELLÍN	Médico del HGM que intervino en el proceso de atención a la paciente.



David Alexander Botero Aristizábal – Anestesiólogo Cuidados Intensivos y Reanimación	CARRERA 48 NRO. 32 – 102  CORREO ELECTRONICO:  <a href="mailto:procesosjudiciales@hgm.gov.co">procesosjudiciales@hgm.gov.co</a>	MEDELLÍN	Médico del HGM que intervino en el proceso de atención a la paciente.
Mauricio Andrés Escobar Maya – Anestesiólogo Cuidados Intensivos y Reanimación	CARRERA 48 NRO. 32 – 102  CORREO ELECTRONICO:  <a href="mailto:procesosjudiciales@hgm.gov.co">procesosjudiciales@hgm.gov.co</a>	MEDELLÍN	Médico del HGM que intervino en el proceso de atención a la paciente.
Santiago Cardona Marín – Anestesiólogo Cuidados Intensivos y Reanimación	CARRERA 48 NRO. 32 – 102  CORREO ELECTRONICO:  <a href="mailto:procesosjudiciales@hgm.gov.co">procesosjudiciales@hgm.gov.co</a>	MEDELLÍN	Médico del HGM que intervino en el proceso de atención a la paciente.
Luis Alejandro Urrego – Anestesiólogo Cuidados Intensivos y Reanimación	CARRERA 48 NRO. 32 – 102  CORREO ELECTRONICO:  <a href="mailto:procesosjudiciales@hgm.gov.co">procesosjudiciales@hgm.gov.co</a>	MEDELLÍN	Médico del HGM que intervino en el proceso de atención a la paciente.
Juan Miguel Jaraba Gulfo – Anestesiólogo Cuidados Intensivos y Reanimación	CARRERA 48 NRO. 32 – 102  CORREO ELECTRONICO:  <a href="mailto:procesosjudiciales@hgm.gov.co">procesosjudiciales@hgm.gov.co</a>	MEDELLÍN	Médico del HGM que intervino en el proceso de atención a la paciente.



Marcela del Pilar Ordoñez Gómez – Anestesiología	CARRERA 48 NRO. 32 – 102  CORREO ELECTRONICO:  <a href="mailto:procesosjudiciales@hgm.gov.co">procesosjudiciales@hgm.gov.co</a>	MEDELLÍN	Médico del HGM que intervino en el proceso de atención a la paciente.
Dari Neicce Villa Tobón – Anestesiología	CARRERA 48 NRO. 32 – 102  CORREO ELECTRONICO:  <a href="mailto:procesosjudiciales@hgm.gov.co">procesosjudiciales@hgm.gov.co</a>	MEDELLÍN	Médico del HGM que intervino en el proceso de atención a la paciente.
Jorge Ernesto Andrés Díaz Ruiz – Nefrología	CARRERA 48 NRO. 32 – 102  CORREO ELECTRONICO:  <a href="mailto:procesosjudiciales@hgm.gov.co">procesosjudiciales@hgm.gov.co</a>	MEDELLÍN	Médico del HGM que intervino en el proceso de atención a la paciente.
Carolina Murillo Velásquez – Medico Infectología	CARRERA 48 NRO. 32 – 102  CORREO ELECTRONICO:  <a href="mailto:procesosjudiciales@hgm.gov.co">procesosjudiciales@hgm.gov.co</a>	MEDELLÍN	Médico del HGM que intervino en el proceso de atención a la paciente.
Indira Berrio Medina – Patología Infecciosa	CARRERA 48 NRO. 32 – 102  CORREO ELECTRONICO:  <a href="mailto:procesosjudiciales@hgm.gov.co">procesosjudiciales@hgm.gov.co</a>	MEDELLÍN	Médico del HGM que intervino en el proceso de atención a la paciente.
Alejandro Restrepo Correa –	CARRERA 48 NRO. 32 – 102	MEDELLÍN	Médico del HGM que intervino en el proceso de



Otorrinolarin gología	CORREO ELECTRONICO: <a href="mailto:procesosjudiciales@hgm.gov.co">procesosjudiciales@hgm.gov.co</a>		atención a la paciente.
Dolly Elena Martínez Castrillón – Enfermería	CARRERA 48 NRO. 32 – 102  CORREO ELECTRONICO: <a href="mailto:procesosjudiciales@hgm.gov.co">procesosjudiciales@hgm.gov.co</a>	MEDELLÍN	Enfermera del HGM que intervino en el proceso de atención a la paciente.

Los testigos declararán sobre los hechos de la demanda y su contestación contenidos en los hechos 4 al 29 de la demanda, y de manera directa sobre las condiciones de tiempo, modo y lugar en que se produjo la atención en salud del señor LOR DAYRON DE JESÚS ROJAS MADRID durante la estancia hospitalaria en el Hospital General de Medellín.

### **Interrogatorio de Parte**

Solicito respetuosamente al Despacho se cite a los demandantes, los señores **GLORIA EMILCEN SANCHEZ GAVIRIA, ELIANA MARCELA ROJAS SÁNCHEZ, LOR DAIRON ROJAS SÁNCHEZ, GIOVANNY ROJAS MADRID, FARLEY SARY ROJAS RESTREPO, DUBAN ALEICER ROJAS RESTREPO, ROBIN DARIO ROJAS RESTREPO**, para que absuelva interrogatorio de parte que les formularé en la fecha y hora que programe el Despacho.

### **VII. FUNDAMENTACIÓN FÁCTICA Y JURÍDICA DE LA DEFENSA.**

Quien fuere, para aquel momento paciente del HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN – LUZ CASTRO DE GUTIERREZ, el señor LOR DAYRON DE JESUS ROJAS MADRID, se encontraba según la historia clínica con un diagnóstico de hernia ventral gigante, a la cual se intervino, se le prestó cuidados desde la Unidad de Cuidados Intensivos, pero, siempre mantuvo el paciente una evolución estacionaria, tórpida, que le generaban desestabilización, fallas multiorgánicas, sin embargo, a todos los órganos que estaban fallando se le prestó un soporte.





Adicional a ello, se presentó un neumoperitoneo que debió ser intervenido, donde se encontró *“perforación por isquemia transmural del ciego en dos segmentos e isquemia asociada a perforaciones en múltiples segmentos de íleon terminal”* lo cual se generó como causa y consecuencia de su estancia hospitalaria, y bacterias asociadas al sistema de salud, hospitales, y servicio asistencial, imprevisibles e irresistible, además de ser inherente al tratamiento médico brindado, cuya finalidad no era otra que mejorar las condiciones de salud de la misma, por lo que no podrá deprecarse una falla en el servicio por parte de la entidad.

Respecto del actuar del Hospital General de Medellín es posible afirmarse que el mismo se ajustó a los protocolos y atención que requería la paciente, máxime por cuanto, tal y como se dijo en líneas pasadas, desde su ingreso estuvo en tratamiento con médico especialista, se le realizaron las imágenes diagnósticas, exámenes, e intervenciones que el paciente requirió y se le proporcionó todos los medicamentos necesarios, hechos que demuestran una atención medico asistencial prioritaria.

Adicionalmente en los consentimientos informados se indicó que la muerte era uno de los riesgos asociados a las intervenciones que se le practicaron al paciente.

Ahora bien, en la obra denominada “Responsabilidad Civil Medica”, el Dr. Manuel Salgado Rojas, define de forma práctica lo que se debe de entender por culpa en el campo médico, sobre la cual indicó:

*“culpa que el profesional de la medicina comete infringiendo las reglas que regulan el funcionamiento de la misma, de la llamada lex artis, o lex artis ad hoc”*

Debe recordarse que, según la jurisprudencia del H. Consejo de Estado, es la parte demandante a quien le corresponde probar la falla alegada; al respecto en la Sentencia radicación numero: 40057, se dispuso:

*“IMPUTACIÓN DE RESPONSABILIDAD POR FALLA DEL SERVICIO / FALLA DEL SERVICIO EN LA PRESTACION DEL SERVICIO MÉDICO - Presupuestos / FALLA DEL SERVICIO POR OMISIÓN – Configuración*



*Ahora bien, para que pueda predicarse la existencia de una falla en la prestación del servicio médico, la Sala ha precisado que se requiere la demostración de que la atención médica no cumplió con estándares de calidad fijados por el estado del arte de la ciencia médica, vigente en el momento de la ocurrencia del hecho dañoso. Del mismo modo, deberá probarse que el servicio médico no ha sido cubierto en forma diligente, esto es, que no se prestó el servicio con el empleo de todos y cada uno de los medios humanos, científicos, farmacéuticos y técnicos que se tengan al alcance (...)"*

Luego, y toda vez que es la parte demandante es quien afirma que en el presente proceso se incumplió con el deber de cuidado, es quien debe de probar tal actuación y/o omisión.

En sentencia del Consejo de Estado Radicación número: 25000-23-26-000-2001-00572 01(26352) se ha dicho:

*"Al respecto, 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 aquel, 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."*

Finalmente, y como punto de cardinal importancia, está el hecho de que la carga de probar de la parte demandante debe fundamentarse en la causalidad propia del acto médico, la cual, en sentir del investigador y tratadista en derecho medico Santiago Obando Obando, ocurre cuando:

*"...podemos decir que la causalidad médica, es la relación o vínculo existente entre la acción del médico y el daño padecido por el paciente mediado por la culpa"*

Respecto a la pérdida de oportunidad alegada por los demandantes, con relación a la PÉRDIDA DE OPORTUNIDAD de los fallidos padres ante la imposibilidad futura de procreación y descendencia, es importante indicar que:



*“La pérdida de oportunidad o pérdida de chance alude a todos aquellos eventos en los cuales una persona se encontraba en situación de poder conseguir un provecho, de obtener una ganancia o beneficio o de evitar una pérdida, pero ello fue definitivamente impedido por el hecho de otro sujeto, acontecer o conducta éste que genera, por consiguiente, la incertidumbre de saber si el efecto beneficioso se habría producido, o no, pero que al mismo tiempo da lugar a la certeza consistente en que se ha cercenado de modo irreversible una expectativa o una probabilidad de ventaja patrimonial; dicha oportunidad perdida constituía, en sí misma, un interés jurídico que si bien no cabría catalogar como un auténtico derecho subjetivo, sin duda facultaba a quien lo ha visto salir de su patrimonio —material o inmaterial— para actuar en procura de o para esperar el acaecimiento del resultado que deseaba, razón por la cual la antijurídica frustración de esa probabilidad debe generar para el afectado el derecho a alcanzar el correspondiente resarcimiento.[...]”*<sup>6</sup>

Sin embargo, también es dable resaltar que *“La noción de pérdida de oportunidad no puede constituirse en un mecanismo que posibilite la declaración de responsabilidad del demandado en ausencia de acreditación del vínculo causal entre el hecho dañino y la ventaja inexorablemente frustrada o el detrimento indefectiblemente sufrido por la víctima, de suerte que se condene —con apoyo en la figura en cuestión— a reparar la totalidad del provecho que ya no podrá obtenerse por el perjudicado a pesar de no haber sido establecida la causalidad. No. El concepto de pérdida de oportunidad implica que se demuestre la relación causal existente entre el acontecimiento o la conducta dañosa y la desaparición, exclusivamente, de la probabilidad de acceder a la ganancia o de evitar el deterioro como rubros que se integran efectivamente en el patrimonio del afectado, con independencia de los demás tipos de daño cuya ocurrencia pudiere tener lugar [...]”*<sup>7</sup>

Al respecto, el demandante no tiene argumentos que soporten dicho título de imputación, toda vez que no hubo un actuar imprudente u omisivo por parte de los galenos del Hospital General

<sup>6</sup> Consejo de Estado – CP Mauricio Fajardo Gómez Radicado 05001232600019950008201.

<sup>7</sup> Consejo de Estado – CP Mauricio Fajardo Gómez Radicado 05001232600019950008201.



Bajo tales parámetros jurisprudenciales y doctrinales, es que se predica, sin asomo de duda, que el HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN – LUZ CASTRO DE GUTIERREZ no puede ser declarado administrativamente responsable por los hechos alegados en el escrito de demanda.

#### **VIII. NOTIFICACIONES.**

- El HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN – LUZ CASTRO DE GUTIERREZ, recibirá notificaciones en la carrera 48 Nro. 32 – 102, de la ciudad de Medellín, teléfono: 3847300 ext. 1905 y 1866 y en el correo electrónico: [procesosjudiciales@hgm.gov.co](mailto:procesosjudiciales@hgm.gov.co)
- Como APODERADO ESPECIAL, recibiré notificaciones en la calle 11 A Nro. 42 – 40, Barrio El Poblado, de la ciudad de Medellín, teléfonos: 3172122874 – 5583539, correo electrónico: [notificacionesjudiciales@abogadosgm.com.co](mailto:notificacionesjudiciales@abogadosgm.com.co)

#### **IX. ANEXOS**

1. Poder para actuar.
2. Los relacionados como pruebas –*documental aportada*–.
3. Solicitud de llamamiento en garantía.

Atentamente,

**DANIEL GÓMEZ MOLINA**

CC. 1.039.457.775

TP. 285.508 del C. S. de la Judicatura.