



REPORTE AUDIENCIA PRUEBAS 2018-00212

Desde Lizeth Navarro Maestre <lnavarro@gha.com.co>

Fecha Vie 21/02/2025 16:52

Para Informes GHA <informes@gha.com.co>; CAD GHA <cad@gha.com.co>

CC Juan Sebastian Bobadilla <jbobadilla@gha.com.co>; Javier Andrés Acosta Ceballos <jacosta@gha.com.co>

Estimados compañeros CAD e Informes.

Por este medio, remito reporte de audiencia de pruebas llevada a cabo el día 18 de febrero del 2025 dentro del proceso que se refiere a continuación:

DEMANDANTE: MARIA GILMA CRUZ
DEMANDADO: HOSPITAL MARIA INMACULADA Y OTROS
RADICADO: 2018-00212
CASE: 18419

Se reconoce personería jurídica a los apoderados que carecían de la misma. En la diligencia se practican las pruebas que fueron decretadas en audiencia inicial.

Testigo – Ivan Mauricio Trompa

El despacho interroga al testigo sobre lo que recuerda o conoce de los hechos objeto de litigio.

Sí, se trata de un paciente con una enfermedad crónica y un estado de desnutrición severa, en condición caquéctica, término que utilizamos para describir a alguien gravemente desnutrido. Desde el inicio de la historia clínica, se enfatiza que el paciente presentaba un estado de salud deteriorado y no estaba recibiendo el tratamiento adecuado en el centro penitenciario donde se encontraba recluso.

Durante los primeros días de hospitalización, los exámenes de laboratorio confirmaron que el paciente presentaba insuficiencia renal, anemia significativa y un sistema inmunológico severamente comprometido. Ante la sospecha de una infección bacteriana, se inició un tratamiento antibiótico, aunque en ese momento no se logró identificar con precisión la causa de la fiebre.

Hacia la segunda semana de hospitalización, el paciente comenzó a mostrar un deterioro neurológico progresivo. Para determinar la causa, se le realizó una punción lumbar, procedimiento que permite analizar el líquido cefalorraquídeo y detectar posibles infecciones en el sistema nervioso central. Los resultados confirmaron la presencia de meningitis causada por Neisseria meningitidis, una bacteria adquirida en la comunidad que puede provocar infecciones graves.

Tras el diagnóstico, se inició un tratamiento dirigido con antibióticos específicos: uno para combatir la Neisseria meningitidis y otro de amplio espectro para cubrir otras posibles infecciones bacterianas.

A partir de la tercera semana de hospitalización, el paciente presentó nuevamente un deterioro neurológico progresivo, acompañado de retención de líquidos y edemas generalizados. Los exámenes

clínicos evidenciaron un empeoramiento de la función renal, lo que indicaba que el daño, inicialmente controlado, había comenzado a agravarse.

Durante las últimas dos semanas de hospitalización, el paciente recibió múltiples medicamentos con potencial nefrotóxico, es decir, con capacidad de afectar la función renal. Como consecuencia, los análisis de laboratorio reflejaron un deterioro progresivo hasta alcanzar un estado crítico. Finalmente, el paciente desarrolló insuficiencia renal severa, caracterizada por una reducción drástica y posterior cese en la producción de orina, lo que llevó a una acumulación grave de líquidos y sustancias tóxicas en el organismo. Además del compromiso neurológico y la retención de líquidos, el paciente presentó una afección pulmonar significativa. En los últimos días, se consideró su traslado a la unidad de cuidados intensivos, pero esto no pudo realizarse. Asimismo, se indicó la necesidad de diálisis para tratar la insuficiencia renal aguda grave, sin que el procedimiento pudiera llevarse a cabo.

Finalmente, el paciente falleció a causa de una falla multiorgánica, que incluyó insuficiencia renal aguda, insuficiencia respiratoria y compromiso severo del sistema nervioso central.

Preguntas del HMI

Teniendo en cuenta que se tuvo acceso a la historia clínica del hospital, quisiera preguntarle si puede manifestarle al despacho su opinión sobre el manejo que recibió el paciente por parte de los profesionales del Hospital María Inmaculada. ¿Considera que la atención prestada fue adecuada para el estado en el que se encontraba el paciente en ese momento?

Respuesta

Como lo mencioné en el dictamen, especialmente en la atención final, durante las últimas semanas hubo errores en el manejo del paciente. En particular, no se tuvo en cuenta que presentaba insuficiencia renal y, a pesar de ello, se le administraron medicamentos con alto potencial nefrotóxico.

Creo que en ese sentido hubo fallas en el inicio del tratamiento. Además, es importante señalar otra falencia, aunque no puedo asegurar que sea exclusivamente atribuible al hospital: el paciente no fue remitido oportunamente a un centro de mayor complejidad a pesar de la necesidad de un trasplante de médula ósea.

Dado el estado del paciente, la responsabilidad del tratamiento incluía garantizar su traslado a una institución con capacidades de cuidado crítico y manejo especializado, especialmente para pacientes que requerían diálisis. Finalmente, la falta de acceso oportuno a esta terapia influyó en el desenlace del caso. En ese sentido, el retraso en la remisión también formó parte de las fallas en el proceso de atención.

Doctor, con base en la historia clínica a la que tuvo acceso, ¿pudo advertir si el Hospital María Inmaculada ordenó la remisión del paciente?

Respuesta:

En las últimas notas registradas en los días finales del paciente, se indica que se activó un proceso de remisión, tanto a la unidad de cuidados intensivos como para manejo con diálisis.

Pregunta:

Según su conocimiento y experiencia, ¿considera que dicha remisión se ordenó en el momento oportuno o debió haberse realizado de manera anticipada?

Respuesta:

El paciente presentaba signos de falla renal grave varios días antes de que se iniciara el proceso de remisión. Si bien no siempre es fácil determinar cuándo un paciente necesitará diálisis de forma urgente, cuando se observa que deja de orinar o que los marcadores como la creatinina y el nitrógeno ureico comienzan a elevarse sin mejoría con las medidas médicas iniciales, es fundamental considerar la necesidad de diálisis. Por lo tanto, al identificar estos signos en el paciente con antelación, el proceso de remisión a un servicio de nefrología debió haberse activado antes.

Preguntas – Allianz

Doctor, con base en su experiencia y en la revisión de la historia clínica del paciente, ¿considera usted que, de haberse aplicado un tratamiento diferente o si se hubieran tomado medidas médicas adicionales, se habrían aumentado sus posibilidades de mejoría y que hubiese sobrevivido?

Respuesta:

Un paciente con VIH en etapa avanzada, anteriormente conocida como SIDA, suele llegar al hospital con múltiples infecciones que afectan diversos órganos, lo que aumenta significativamente el riesgo de fallecer durante la hospitalización. Sin embargo, es innegable que ocurrieron situaciones durante la atención de este paciente que incrementaron dicho riesgo y contribuyeron al desenlace que ya conocemos. Si se hubiera prestado mayor atención a la función renal, es posible que el paciente no hubiera desarrollado una falla renal grave ni requerido diálisis, lo que podría haber impactado en su supervivencia.

No obstante, es difícil afirmar esto con certeza, ya que el paciente ingresó en un estado de salud crónico y muy deteriorado. Incluso sin la falla renal, estos pacientes enfrentan un alto riesgo de complicaciones hospitalarias y fallecimiento debido a la gravedad de su condición.

Testimonio de JOSE DAVID GIRALDO CHAVARRO

Pregunta:

Doctor, con base en la historia clínica a la que tuvo acceso, ¿pudo determinar si el Hospital María Inmaculada ordenó la remisión del paciente?

Respuesta:

En las últimas notas registradas en los días finales del paciente, se indica que se inició un proceso de remisión, tanto a la unidad de cuidados intensivos como para manejo con diálisis.

Pregunta:

Según su experiencia y conocimientos, ¿considera que dicha remisión se ordenó en el momento oportuno o debió haberse realizado de manera anticipada?

Respuesta:

El paciente presentaba signos de falla renal grave varios días antes de que se iniciara el proceso de remisión. Aunque no siempre es fácil determinar con exactitud cuándo un paciente requerirá diálisis de manera urgente, hay ciertos indicadores clave, como la disminución o ausencia de producción de orina y el aumento progresivo de marcadores como la creatinina y el nitrógeno ureico.

Cuando estos signos no muestran mejoría con las medidas médicas iniciales, es fundamental considerar la necesidad de diálisis y gestionar la remisión de manera oportuna. En este caso, el reconocimiento temprano de estas alteraciones debió haber llevado a una remisión anticipada a un servicio de nefrología.

Testimonio LUIS GONZALO PLATA

En relación con el manejo del programa de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en el Departamento de Caquetá hacia el año 1996, se expone la siguiente declaración del doctor Luis Gonzalo Plata ante el Juzgado 05 Administrativo de Florencia, Caquetá.

El doctor Plata manifestó que, en aquel tiempo, recibió capacitación por parte de las empresas de salud responsables del manejo de los pacientes. Explicó que el 90% de los pacientes bajo su cuidado presentaban diversas patologías, entre ellas infecciones oportunistas como la toxoplasmosis cerebral, enfermedad frecuente en personas con sistemas inmunológicos comprometidos, especialmente pacientes con VIH/SIDA. Para ese entonces, el VIH/SIDA era la principal causa de inmunosupresión, aunque también podía presentarse en pacientes en quimioterapia, con cáncer u otras patologías debilitantes.

Respecto a un paciente específico, el doctor Plata señaló que, tras la realización de pruebas médicas, se confirmó la presencia de toxoplasmosis, por lo que se inició el tratamiento correspondiente. En aquel momento, el esquema antirretroviral más potente incluía un inhibidor de proteasa junto con otros dos medicamentos. Inicialmente, el paciente respondió de manera satisfactoria, pero con el tiempo comenzó a presentar fallas en su respuesta al tratamiento. Normalmente, al cabo de seis meses, un paciente con VIH en tratamiento debe presentar una carga viral indetectable; sin embargo, en este caso, la carga viral aumentó progresivamente, lo que sugirió la posibilidad de resistencia a los medicamentos.

Ante esta situación, se solicitaron pruebas genéticas para determinar la resistencia del virus a los medicamentos. Dichas pruebas fueron realizadas gratuitamente por empresas farmacéuticas y confirmaron el fracaso del tratamiento. Posteriormente, el paciente comenzó a presentar dificultades con la administración de su medicación, lo que agravó su estado de salud y favoreció el desarrollo de nuevas infecciones, incluyendo un absceso perianal. El doctor Plata explicó que, en pacientes inmunosuprimidos, infecciones comunes como las producidas por el estafilococo pueden agravarse debido a la ausencia de una respuesta inmune eficaz.

En cuanto al manejo hospitalario del paciente, el doctor Plata indicó que se le suministraron medicamentos para tratar la infección, pero que existía una limitante: en ese momento, no se contaba con medicamentos específicos para el VIH dentro de la hospitalización. Respecto a su actividad profesional en 2016, el doctor Plata declaró que laboraba en el Hospital María Inmaculada y en la Clínica Medidas.

Cuando se le preguntó sobre la posible existencia de meningitis en el paciente, el doctor Plata manifestó que no recordaba con certeza dicha condición debido a la gran cantidad de pacientes atendidos. Sin

embargo, afirmó que el paciente presentó sepsis, lo que indicaba una infección generalizada que podía afectar múltiples órganos, incluyendo el sistema nervioso central.

Respecto a la posibilidad de remitir al paciente a un centro de mayor complejidad, el doctor Plata explicó que la remisión no siempre garantiza una mejoría si el paciente no cuenta con tratamiento antirretroviral adecuado. Aclaró que, en pacientes inmunosuprimidos, el éxito del tratamiento depende no solo del acceso a antibióticos sino de la capacidad del organismo para defenderse. Sin una respuesta inmune funcional, cualquier intervención médica puede resultar ineficaz.

Sobre el pronóstico de pacientes con VIH avanzado y sin tratamiento adecuado, el doctor Plata indicó que la mortalidad en estos casos es alta. Subrayó que, en sus anotaciones médicas, quedó consignado que el paciente requería la entrega oportuna de medicamentos, pues la terapia antirretroviral es la base del manejo de la enfermedad. Las infecciones oportunistas, como la toxoplasmosis y otras patologías, son consecuencia directa de la ausencia de un tratamiento adecuado.

Finalmente, en cuanto a la posible presencia de falla renal crónica en el paciente, el doctor Plata explicó que las infecciones avanzadas pueden desencadenar fallas multiorgánicas, incluyendo insuficiencia renal y cardíaca. Sin embargo, no recordó con exactitud si en este caso se suspendió algún medicamento debido a dicha condición, aunque enfatizó que los retrovirales deben administrarse independientemente de la presencia de falla renal.

Testigo ARTURO IZQUIERDO.

De acuerdo con la historia clínica, recuerdo haber atendido en el Hospital María Inmaculada a un paciente de 45 años, procedente de la cárcel del Mundu, quien ingresó por interconsulta remitida desde el área de medicina interna. El paciente presentaba síntomas como fiebre, náuseas, vómito y un cuadro clínico compatible con un síndrome febril y diarreico. Además, tenía diagnóstico de VIH positivo y se encontraba en estado general regular.

Diecisiete días después de su hospitalización, fue remitido a cirugía general para descartar una posible patología de origen quirúrgico. Esta interconsulta, según la historia clínica, tenía un carácter preventivo, es decir, se realizó como medida de precaución para no omitir ninguna posible condición que requiriera intervención quirúrgica. Sin embargo, tras evaluar al paciente, no encontré indicios de una patología quirúrgica que justificara un procedimiento en mi especialidad. El día anterior a mi evaluación, el paciente ya había sido revisado por el doctor Hernández, otro cirujano, quien tampoco halló razones para un tratamiento quirúrgico. A pesar de ello, la interconsulta no fue cerrada de inmediato. Al día siguiente, volví a evaluar al paciente y, tras corroborar la ausencia de una indicación quirúrgica, procedí a cerrar la interconsulta, dado que el caso correspondía al manejo de medicina interna y no al área de cirugía general.

En términos generales, se trataba de un paciente con VIH, una enfermedad de deterioro progresivo. Aunque la medicación actual permite cronificar la enfermedad y controlar la sintomatología, no existe una cura definitiva. Cada paciente tiene una respuesta individual a la enfermedad, dependiendo de múltiples factores como el acceso al tratamiento, la adherencia al mismo y las condiciones de su sistema inmunológico. En este caso, el deterioro progresivo parecía ser un factor clave en su evolución clínica.

Respecto al tratamiento que estaba recibiendo el paciente, la historia clínica no es del todo clara en cuanto a si había estado cumpliendo su tratamiento antirretroviral antes de su hospitalización. No obstante, en el hospital sí se le administraron retrovirales desde su ingreso. Sin embargo, es importante

señalar que, en el Caquetá, ha habido antecedentes de pacientes que, en lugar de tomar su medicación, la vendían a terceros que buscaban tratamientos clandestinos sin acudir a la consulta médica.

Casos como estos fueron documentados en distintos años, como en 2006 y 2011, cuando se denunciaron irregularidades en el acceso a los medicamentos para pacientes con VIH/SIDA. En 2006, se descubrió que algunos pacientes vendían sus medicamentos en lugar de tomarlos, lo que obviamente impedía su recuperación. Posteriormente, en 2011, hubo un escándalo relacionado con el sobreprecio de los medicamentos antirretrovirales, lo que dificultó aún más el acceso a los tratamientos adecuados. De manera similar a lo ocurrido con el llamado "cartel de la hemofilia", también se han denunciado irregularidades en la distribución y comercialización de estos fármacos.

Dicho esto, no puedo afirmar con certeza si el paciente realmente estaba siguiendo su tratamiento de manera adecuada antes de su ingreso al hospital. Cualquier conclusión al respecto sería especulativa.

Por otro lado, el Despacho, atendiendo la solicitud de desistimiento presentada por el apoderado de la parte demandante y el representante del Hospital María Inmaculada, decidió aceptar el desistimiento de varios testimonios. Entre ellos, los de los doctores Eduardo Gastos Carvajal, Saúl Pawn, Mauricio Ayala, Camilo Díaz, Camilo Andrés Herrera, Javier Mauricio Perdomo, Sonia del Pilar Cobos y María Ruiz.

Adicionalmente, se aceptó el desistimiento del testimonio del doctor Juan de Jesús Lario, quien falleció, por lo que, por razones de fuerza mayor, no podrá comparecer.

En cuanto a la comparecencia de otros testigos, como los doctores Henry Fernando Almario, Cubillos, Daniel Eduardo Hernández, Rafael Mendoza Olivo y Cindy Tatiana García, el Despacho informó que no ha sido posible su comunicación. En el caso del doctor Cubillos, quien fue citado pero no se ha conectado, se concederá un plazo de tres días al apoderado para justificar su inasistencia. Si en ese lapso no se presenta justificación, se tomará la decisión correspondiente respecto a la recolección de su testimonio o la prescindencia del mismo.

NOTA IMPORTANTE. Se espera que se alleguen las pruebas documentales faltantes para proceder con el traslado de alegatos de conclusión – HACER SEGUIMIENTO POR ESTADOS



gha.com.co

Lizeth Navarro Maestre

Abogada Junior

Of Cali: +57 315 5776200 |

Of Bog: +57 317 3795688 | Cel: 312 226 3744

Email: lnavarro@gha.com.co

Cali - AV 6A Bis # 35N - 100 Oficina 212, Bogotá

- Calle 69 # 4 - 48 Edificio Buró 69 Oficina 502



Aviso de Confidencialidad: La reproducción, copia, publicación, revelación y/o distribución, así como cualquier uso comercial o no comercial de la información contenida en este Correo Electrónico y sus adjuntos se encuentra proscrito por la Ley. Al ser destinatario del presente correo y no devolverlo acepta que el manejo de la información aquí contenida debe manejarse de manera confidencial y reservada. Si usted no es destinatario por favor contacte al remitente y elimine copia del correo, así como de sus adjuntos.

Confidentiality Notice: The reproduction, copying, publication, disclosure and/or distribution, as well as any commercial or non-commercial use of the information contained in this Email and its attached files are prohibited by law. If you are the intended recipient you agree that the information contained herein must be used and managed in both, confidential and reserved manner. If you are not the intended recipient please contact the sender and delete a copy of the mail as well as its attachments