

CONTINUACIÓN AUDIENCIA ARTÍCULO 373 (INICIA A LAS 9:10 A.M.)

CONTRADICCIÓN DICTAMEN PERICIAL

Se diagnosticó una fibrilación ventricular que es una causa muy conocida de un ACV isquémico. La paciente no tenía las cifras previo a la cirugía para deducir la existencia de la fibrilación, sin embargo, esto se presentó posteriormente.

Las guías de valoración preanestésica para paciente no cardíaco que son las guías americanas o europeas, son para pacientes de riesgo medio o bajo e indican el procedimiento en esos casos, esta paciente no requería exámenes previos adicionales porque no tenía factores de riesgo.

El electrocardiograma no se recomienda de rutina. Ahora bien, en el tipo de arritmia que tuvo, a veces esta se presenta y a veces no, por lo que incluso un EKG pudo no haberla detectado.

No hubo nada que pudiera predisponer la arritmia, la cirugía por sí aumenta la posibilidad de la coagulación.

Desde la parte de anestesia y cirugía se hizo lo que normalmente se hace y no se verifica incumplimiento de la lex artis.

El manejo anestésico recomendado es raquídeo que fue lo que se le administró a la paciente. Las cifras tensionales también se presentan en muchas pacientes y no son impedimento para realizar una cirugía. Estos signos tensionales no son contraindicación para la cirugía pues incluso son comunes por ansiedad previa a la cirugía. Por encima de 190/100 son de tener en cuenta, pero la paciente tampoco maneja estas cifras tensionales previa la anestesia.

Se dejó al paciente hospitalizado luego de la cirugía, que también es lo que se recomienda en estos casos.

ALEGATOS DE CONCLUSIÓN

Se procedió a recordar los elementos que constituyen la RC Médica y acto seguido se señalaron los testimonios que se refieren a continuación con el fin de referir la adecuada atención médica y el cumplimiento de los protocolos, descartando que el ACV haya sucedido por no tener en cuenta la presión de la paciente de forma previa a la cirugía.

Los párrafos numerados con el No. 1 Hacen alusión a la atención prestada y al cumplimiento de la lex artis.

Los párrafos numerados con el No. 2 Hacen alusión a los antecedentes de la paciente, la existencia del ACV y el tratamiento que se podía brindar.

Finalmente, se destacaron los extractos numerados con el No. 3 relativos a la orden de salida de hospital.

INTERROGATORIO RL ORTHOPEDIC, FUE INICIALMENTE INTERROGADO COMO PARTE Y DESPUÉS COMO TESTIGO (DR. CABANA)

1. La cirugía dura 1 hora y 40, el sangrado fue escaso, pasó a recuperación y ahí queda a cargo de anestesiólogo. Ahí hay una ruta del 1 al 6 en estos estándares hasta que pueda mover sus piernas que son óptimas condiciones, luego de esto se toma radiografía y después de esto se pasa al cuarto.

2. Su presión era normal, es muy difícil decir qué es la presión alta.

2. En la cirugía no hubo sangrado ni contaminación, es una cirugía grande, agresiva, pero al paciente le fue muy bien.

2. Las complicaciones de la cirugía pueden comprender hemorragia, aflojamiento de las prótesis, trombos, neumonías, alto riesgo de muerte en el procedimiento.

2. Con solo tocar el aire, la sangre produce coágulos, si hay fibrilación ventricular se puede generar un trombo, incluso el trombo se puede causar por el contacto del metal de la aguja con la sangre.

1. Se hace contra interrogatorio para precisar que en el folio 107 del documento 13 del expediente sí obra un consentimiento informado en el que se explica el riesgo de formación de trombos, este es el consentimiento informado de anestesiología.

INTERROGATORIO A LA RL DE NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS

1. Al revisar la HC no encuentra una presión arterial alta, sino que se tiene en cuenta la presión arterial media lo que se encontraba normal y se le puso anestesia raquídea lo que genera menos riesgo.

1. La atención que recibió la paciente por sus complicaciones fue brindada por personal de la clínica NSR, principalmente los médicos generales dan la atención que fue lo que sucedió aquí, ordenó la toma de imágenes diagnóstica, solicitó ingreso a UCI, el ingreso fue oportuno ya que la paciente no necesitaba ventilación mecánica y además se solicitó finalizando el día 25 y el día 26 fue pasada a UCI.

1. Durante la hospitalización la paciente se desescaló en servicios, ejemplo, inicio en UCI, luego en cuidados intermedios, después a piso. Al momento de remisión las secuelas ya existían y al momento de la remisión no estaba en una situación crítica.

TESTIMONIO DR. HUERTAS:

2. Dice que la paciente no tuvo una crisis hipertensiva que pudiera explicar la falla del corazón y en UCI nunca se requirió algún momento de algo para regular la presión.

2. Se le encontró una arritmia a la paciente que es una de las principales causas de ACV isquémico.

2. En la historia clínica se evidencia una fibrilación auricular que es lo que genera el ACV, es decir, la arritmia genera falla cardíaca y ACV. Tiene dos veces más posibilidades de generar ACV.

2. Verifica que la paciente tenía antecedente de HTA. A la UCI llega con el ACV, el TAC que muestra lesión hipodensa, es un ECV ya establecido y se observa en el TAC que tenía un deterioro neurológico.

2. Los ECV se trabajan con trombólisis pero ella tenía una cirugía de horas por eso no podía realizar ese tratamiento, el otro procedimiento era la trombectomía pero eso se hace cuando hay tejido cerebral para salvar pero acá ya había ciertas lesiones establecidas.

1. Su evolución en UCI fue favorable porque luego paso a cuidados intermedios y de ahí pasó a hospitalización.

2. Las arritmias pueden pasar inadvertidas pero con el estrés quirúrgico y hospitalización se pueden dar.

2. La trombectomía se hace en una sala hemodinámica, esto solo se hace cuando el paciente no tiene lesión. La trombectomía solo podía hacerse dentro de las 6 horas entonces no había ventana suficiente de tiempo. Como ya estaba la lesión, solo se podía averiguar la causa y evitar un segundo accidente.

En UCI las cifras tensionales estuvieron en meta. Es decir para un ACV se debe permitir las cifras tensionales un poco altas para hacer cierto procedimiento neurológico.

2. El control de las cifras arteriales hecho a la señora Manuela en UCI solo sirve para evitar futuros daños.

2. Las arritmias cardíacas se pueden dar por cambios estructurales cardíacos, ahora uno de los factores de riesgo para la misma es la edad. Por lo que la paciente era más propensa y esta arritmia hubiera podido pasar en cualquier momento.

2. El mal manejo del dolor puede colaborar a la arritmia.

2. El evento fue súbito y agudo porque la paciente entró bien a la cirugía. Dice que la arritmia puede pasar desapercibida y el ACV es agudo.

INTERROGATORIO DR VLADIMIR

Al verificar el ACV se da tratamiento de prevención secundaria para que la paciente no vuelva a realizar el evento.

3.Él dio el alta de la paciente por sugerencia del hijo. Se completa todo y se hace el home care que es un traslado en el que se dice qué cuidados necesita el paciente en casa.

3.Al identificar los factores que desencadenaron el evento, estabilizar signos y demás, es posible hacer el home care y solo ahí el paciente puede salir de hospitalización.

1.En la época en que sucedieron los eventos había otras rutas entonces no es posible cuestionar la intervención de esa época con la información de ahora. En ese tiempo la CNSR no tenía ruta de ACV aún y el tratamiento que se dio fue el adecuado.

3.Sí era apropiado remitir a la paciente en ambulancia, no era necesario tenerla más días en el hospital con el riesgo de otras infecciones hospitalarias.

3.La distancia del hospital al lugar de origen no era un problema porque ya tenía tratamiento oral y su respiración estaba controlada.

2.Como el evento ya estaba instaurado no era viable hacer una trombectomía ni una trombólisis sino que hay que limitarse a la prevención secundaria.

3.El criterio para dar salida a la paciente sí es médico, pero el destino del paciente depende de lo que digan los familiares.

EMITIRÁ EL SENTIDO DEL FALLO Y PROFERIRÁ SENTENCIA EN LOS 10 DÍAS SIGUIENTES

El Juez dice que es necesario analizar varios puntos que la parte demandante señaló como fuente de la responsabilidad. Además, el despacho tiene acciones constitucionales pendientes de resolver.

El despacho no encuentra acreditados con suficiencia la culpa y el nexo de causalidad lo que da al traste las pretensiones de la demanda.

EL elemento daño de la demanda refiere la existencia de una HTA, el internamiento tardío de la paciente en UCI y un TAC no practicado a tiempo influyeron en el padecimiento, igualmente el traslado que no se hizo por vía aérea.

Se evidencia la existencia del ACV y su atención hasta lograr la estabilización, también se acreditó el traslado y el posterior fallecimiento de la paciente. Sin embargo, la culpa y el nexo de causalidad no se verifican. Al proceso no se arribó un medio de prueba científico que diera cuenta que el fallecimiento se dio por el ACV, hay una atención de otras instituciones de salud que dan cuenta de varias causas relacionadas con el fallecimiento de la paciente, además que salió en condiciones de recuperación de la CNSR, también se señala el dictamen pericial de la

anestesióloga en el cual descarta la contraindicación de la HTA para cirugía que además se confirma con los testigos técnicos.

La HC da cuenta de una recuperación favorable al igual que los testimonios técnicos, luego de esto se endilga un error administrativo de la EPS en el traslado pero no se prueba su incidencia en la muerte de la paciente.

TERMINA A LAS 11:02 A.M.