INFORME AUDIENCIA ART. 181 CPACA // RAD: 2017-00327 // DTES: LUZ MEYI PATIÑO Y OTROS // DDOS: HOSPITAL MARIA INMACULADA Y OTROS // LLAMADO: ALLIANZ SEGUROS S.A. Y OTROS // JSBV

Juan Sebastian Bobadilla <jbobadilla@gha.com.co>

Mar 25/06/2024 6:44

Para:CAD GHA <cad@gha.com.co>;Katherine Buitrago Bustamante <kbuitrago@gha.com.co>;Informes GHA <informes@gha.com.co>

CC:Nicolas Loaiza Segura <nloaiza@gha.com.co>;Javier Andrés Acosta Ceballos <jacosta@gha.com.co>

Cordial saludo estimada Área de Informes y CAD

Mediante el presente comedidamente informo que el día 19 de junio de 2024, siendo las 9:00 A.M., me conecté a la audiencia de que trata el artículo 181 del CPACA en el proceso que a continuación se identifica:

JUZGADO CUARTO (4) ADMINISTRATIVO DE FLORENCIA (CAQUETÁ)

MEDIO DE CONTROL: REPARACIÓN DIRECTA

RADICADO: 18001-33-33-004-**2017-00327-00**

DEMANDANTES: JAVEL FAJARDO BARRERA Y OTROS

DEMANDADOS: HOSPITAL MARIA INMACULADA Y OTROS

LLAMADO EN GARANTÍA: ALLIANZ SEGUROS S.A. Y OTRO

Se da inicio a las 9:00 A.M.

1. PRESENTACIÓN DE LAS PARTES
2. PRÁCTICA TESTIMONIAL

GILBERTO RINCON: Es un paciente recluso, ingresa con antecedente de cefalea crónica de varios días de evolución. Tenía antecedentes de otitis. Ingresa al servicio de urgencias, se valora en dos ocasiones. Se solicita TAC de cráneo, hubo necesidad de hacerle sedación para hacerlo. El TAC estaba completamente normal. Se le hace el protocolo en valoración de neurología, psiquiatría y neuropsiquiatría. Los médicos para la época eran de experiencia y capacitados para atender al paciente. Se valoró el paciente, cualquiera de estos pacientes puede terminar con neuro-infección viral o bacteriana. Una otitis puede terminar en una infección. Estos cuadros de neuro-infecciones son muy bizarros. La neuro-infección puede ser viral, o procesos infecciosos diferentes al cerebro. La otitis puede generar una meningitis bacteriana. Se le hizo lo que se tenía que hacer. Se solicitó valor con

psiquiatra y el otorrino. En los 4 días se le colocó antibiótico empíricamente para evitar la neuro-infección. Es un paciente que debe ser manejado en una UCI, por eso se debió remitir a 4 nivel. El estrés puede llevar a alteraciones neurológicas y puede llevar a una neuro-infección, más aún para una persona recluso. ¿Cuál es el tratamiento que debe hacerse en 4 nivel? R: En 1 y 2 nivel se ordena un TAC, con eso se descarta un tumor cerebral. El protocolo se inicia con el TAC. Lo problemático es que los pacientes llegan con una inflamación. Por eso, no se puede atender a 2 nivel, por eso se remitió a Medilaser. Se inicia con antibiótico para desinflamación del cerebro y se ve la evolución. Se hizo lo que indica el protocolo.

HMI: El paciente ingresa por cefalea, por eso se pidió TAC, adicional por ansiedad, por eso se valoró con psiquiatría y neuropsiquiatría. Esos cuadros de neuro-infecciones son bizarros. A veces se mejoran. El TAC salió que no tenía proceso expansivo, ni tumor cerebral. Fue normal. El paciente se recuperó y volvía a deteriorarse. El paciente tuvo mejoría, se veía que estaba estable. No tuvo convulsiones, solo fue la cefalea. Tenía compromiso mental como mutismo, se negó al TAC y por eso se valoró con psiquiatría. La hidrocortisona es para desinflamar el cerebro, también se le colocó vancomicina para cubrirlo con antibiótico. Los pacientes reclusos son dables para la neuro-infección. Se toma la determinación de remitirlo a tercer nivel, porque se altera su actividad mental, para cuarto nivel de neurología, porque son pacientes que terminan en UCI. El otro examen que se hace es una resonancia magnética. La neuro-infección avanzó y fue necesario para mayor nivel. No tuvo déficit motor y posteriormente puede deteriorarse.

Parte demandante: Es difícil determinar en qué puede terminar una persona con otitis. Puede ser cualquier infección. Lo valoraron varios especialistas. Solo en la historia clínica había antecedente de otitis, pero él no hizo esa valoración. El TAC es para descartar adicionalmente los tumores o aneurismas, sin embargo, allí no se puede determinar la neuro-infección. Es importante pero no necesario descartar los tumores. Hay otros síntomas que pueden determinar afectaciones neurológicas. Le queda difícil verificar si fueron correctas las gestiones de la cárcel. Es difícil determinar si hubo o no ambulancia, son temas administrativos. No recuerda la anotación respecto a la ambulancia.

JUAN MANUEL GOMEZ: Según el cuadro clínico, se decide iniciar antibiótico de amplio espectro por la sospecha diagnóstica, acatando los protocolos. Presentaba un dolor a nivel de cráneo, dolor de cabeza y sensación de disconfort a nivel de cuello. Cuando movía las extremidades, el dolor agudizaba. Se inicia antibiótico. Se debía remitir, porque la patología excedía el nivel de atención, teniendo en cuenta que era una neuro-infección. La remisión salió casi que inmediatamente a la Clínica Medilaser, sin embargo, las demoras no son de su conocimiento. Cuando se sospecha la neuro-infección, debe iniciarse antibiótico de amplio espectro, es lo que está indicado en los protocolos médicos. Se le recetó vancomicina. Dentro de la HC, hubo un equipo multidisciplinario, medicina interna, psiquiatría, neuro-psiquiatría, donde se anotó la evolución del paciente. La sintomatología es recurrente en personas reclusas. Las personas que estaban privadas de la libertad tienen múltiples consultas por este tipo de sintomatología. Se debe verificar la evolución. El paciente no presentaba signo de meningitis. El paciente tenía síntomas de neuro-infección. **Se le brindó una atención adecuada conforme al nivel de complejidad.**

-

Parte demandante: No presenció la atención del INPEC y no puede decir si esta fue correcta o no. Las especialidades son Interconsultantes, pero no indican el manejo del paciente. Neurocirugía descarta porque no tiene nada en el TAC. Psiquiatría indica que se debe descartar primero la organicidad. Considerando el bienestar del paciente, se ordenó la remisión. El neurólogo no estaba disponible y la alta sospecha de patología neurológica, por eso se remitió.

MAURICIO AYALA HENAO: El paciente ingresa con cuadro de cefalea difuso, no refiere alza térmica, tenía mutismo. Se ingresa para estudios, se realizaron los paraclínicos. Se ordenó TAC de cráneo. Al día siguiente, se deja en observaciones por los especialistas. Los paraclínicos salieron negativas. Se ordenó la remisión del paciente, sin embargo, solo se pudo hacer a los 3 días después. No hubo alza térmica y en ese momento no se sospechaba alguna patología al nivel del sistema nervioso central. Su función fue hacerle la valoración en urgencias y se remitió a los especialistas. Primero, se hace un interrogatorio al paciente y la otra es por la remisión del INPEC, se pregunta a los familiares. Se preguntó a los guardas por cefalea y vómito de meses. Se ingresa para estudios. No refieren fiebre.

HMI: Es casi imposible diagnosticarlo de neuro-infección, solo si tiene afectaciones a nivel de cuello. El paciente no tenía en ninguno de esos síntomas. No tuvo cambios de comportamientos, ni cambios en las pupilas. La tomografía no mostró neuro-infección. Por eso, se remitió a tercer nivel para completar los estudios. Es usual que lleguen pacientes con cefalea que están reclusos y privados de la libertad. La atención del HMI fue pertinente y oportuna, se tomaron exámenes, fue analizado por especialistas y se remitió a tercer nivel por la necesidad de exámenes.

Parte actora: En el momento que ingresó, no tenía otitis supurativa. Una otitis supurativa no es sugestiva de neuro-infección, porque puede darse por muchas causas, pero la neuro-infección no es solo la causa. En el momento no la tenía. Si el paciente tiene problemas de defensas, puede que la otitis derive en una neuro-infección. El paciente no tiene problemas de inmunodepresión. No tenía enfermedades de base o comorbilidades. En la HC se coloca la remisión y se anota. Cuando el paciente no es reo, se llama a familiar. El INPEC es el que se encarga de contactar el familiar. Al día siguiente, ya el familiar estaba ahí, pero no al momento del ingreso. En el TAC no colaboró, luego sí. El mutismo también mejoraba. Es trabajo social quien debe buscar los familiares. Al día siguiente estaba el familiar. En este paciente no se afecta nada la demora. Tanto así que se tomó la tomografía y luego de 30 días falleció. No afectó en nada la demora de la tomografía. Es común que en la tomografía no salga la meningitis, por eso van a salir negativas las primeras tomografías.

Se termina alrededor de las 12:30 P.M. y vuelve a comenzar a las 2: 30 P.M.

Se aplaza el testimonio de Jesús Albeiro Morales. La carga de su comparecencia queda en la actora.

FRANCY CASTRO: Ve el paciente el 14 de febrero. Dice que tenía cefalea con un mes de evolución. Había tenido dolor de oído con supuración. Tuvo una convulsión en este momento. Tiene TAC normal, tiene cuadro hemático con signos de infección bacteriana. Se traslada el paciente para hacerle la función. Se ingresa y se encuentra un líquido muy amarillo. Se realizaron otros exámenes que hacían sospechar infección bacteriana. Tenía todos los síntomas de una meningitis. Se podía sospechar con el dolor de oído con supuración. Tiene síntomas hepáticos. El paciente empieza a mejorar. Tiene cuncho de café. Tiene inmunosupresión. Tiene sangre en el estómago. Se da un diagnóstico presuntivo, respecto a la bacteria, pudiendo ser tuberculosis. No se podía determinar, hasta ese momento, el germen. Incluso, puede haber múltiples infecciones. Al día 22 es trasladado a la UCI. Se empezó el tratamiento TBC. Recibió tratamiento por los diagnósticos y las sospechas. Había PCR negativa para tuberculosis. Se hizo la remisión, en Neiva se continúa el tratamiento. Desconoce si recibió manejo antibiótico. El paciente tiene varios días de evolución. Fue adecuada la prestación del servicio de la Clínica Medilaser, se empezó el tratamiento antes de tener el reporte de tuberculosis. No toda persona que tenga una otitis tiene una neuro-infección. El paciente es diferente por la inmunosupresión. Hay que tener presente que tenía un dolor de cabeza, después presentó la convulsión y después los vómitos. Son muchas condiciones que tiene el paciente. Se debe iniciar tratamiento antibiótico y dexometasona para desinflamar el cerebro. El antibiótico debe hacerse entre 10 – 14 días.

DIEGO SALINAS: No sabe si la otitis era crónica. Tenía una probabilidad de muerte muy alta. Las infecciones entre más temprano se tratan, hay un mejor pronóstico. El tratamiento en segundo nivel era adecuado, porque debe hacerse el tratamiento antibiótico. Se continuó en el tratamiento antibiótico inicial.

Se desiste de Javier Eduardo Silva

En auto distinto se notificará la fecha de las demás declaraciones.

Se termina a las 5:32 P.M.

[@CAD_GHA](#): Favor cargar al expediente Case No.19752

[@Katherine Buitrago Bustamante](#): Por fa ayúdanos con la consecución del acta.

Muchas gracias!