**AUDIENCIA**

20 de mayo de 2025

DEMANDANTE:ELCY JANNETH VALENZUELA BOLÍVAR

DEMANDADO:COMPENSAR EPS Y OTROS

RAD:2020-00264

CASE:20083

COMPAÑIA:LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.

**PRESENTACIÓN DE LAS PARTES**

falta Viviana, presentó justificación. Se le tomará declaración en la próxima audiencia.

Conciliación fracasada porque ninguna de las demandadas tiene ánimo conciliatorio.

**INTERROGATORIOS A LAS PARTES**

señora Alba. (mamá del paciente fallecido)

¿Y con quién vive?
Con 2 de mis hijas y con mi esposo.

¿Para la época del fallecimiento de quién entiendo era su hijo? ¿Usted podría indicarme él con quién vivía? ¿Mi hijo con elsi y con los niños, los 3 nietos, no su mese con quién vivía su merced yo?

 desde hace o cuál era la relación que existía entre Elsy y su hijo?
Llevaban conviviendo juntos muchos años, estaba muy jovencito. Los 2, así es de la de Jarito, el del niño mayor.

¿Bueno, frente al proceso de atención de su hijo en las entidades demandadas, compensar Cruz Roja corporación hospitalaria Juan Ciudad de pronto usted le consta algo que haya que haya percibido usted porque lo haya acompañado ese día porque le haya contado?

No, yo no lo acompañé.
En ese día puedo compartir. Eso. Sí, por ejemplo es que mi hijo fue a la Cruz Roja, él fue con un familiar, con un primo, un sobrino mío, John Freddy Martínez, que se encontraba viviendo en ese momento con él.

Ellos se desplazaron a la Cruz Roja en la moto y eso fue en la moto y regresó a la casa en la moto.
Recuerda el nombre de él.?

Del primo John Freddy Martínez y lo acompañó en la moto y ellos fueron en moto y regresaron en moto a la casa, lo atendieron en la Cruz Roja.

Y usted de pronto recuerda, o su hijo le contó antes de trasladarse a la Cruz Roja que era lo que lo que le estaba pasando en su salud o cuánto tiempo llevaba de pronto, sintiéndose mal.

No, pues yo me compartía a mí elsy, porque nosotros tengo muy pendiente ese día cuando dijeron que la Cruz Roja que después tuvieron que mandarlo a urgencias a compensar, entonces estuvimos siempre comunicándonos con él que hacía 3 días llevaba con síntomas de gripa. Como malestar general.
El estaba en mi casa 8 días antes, él estaba bien que me estaba haciendo algo en la casa, que hasta me dijo Mami, Consígame esta pintura y en 8 días yo vengo y le termino.
Fue como el 26 de agosto. Algo así, él estuvo en casa, yo le compré algo que él me iba a hacer, pero no.

Entonces, después de eso, que fue a compensar, que tan pronto llegó a compensar lo que hicieron, fue ponerle oxígeno. Pidieron una ambulancia, llegó 5 horas después de que la hubiesen pedido.
Fue solo que me comparte mi nuera, que siempre estuvo pendiente de él y nosotros siempre por teléfono.

Algo más le le comentaron del proceso de atención que recibió su hijo.

Bueno, después de que la ambulancia lo recogió a las 7:00 de la noche, más o menos que la que tiene los datos más alta es mi nuera.
Llegó a la clínica allá, lo bajan en la ambulancia y los se sientan en una silla después de que va.
No sé por qué lo sientan en una silla.
Lo dejan no sé qué tiempo es sentado mientras le hacían los exámenes con el oxígeno y según comparte mi nuera, muchas veces le empezó a doler el estómago.
Tenía que ir al baño y siempre a ella le tocó que desplazarse sola con él, donde tenía que llevarlo, y se le preguntaba alguna de las enfermeras que habían que esperar, que habían que esperar.
Y así siempre ella nos compartía eso que tenían que hacer en los exámenes.
No sé en qué horario se los hicieron, la cosa era que él se sentía muy mal y le pedía a mi nuera que por favor lo sacara de la clínica y se lo llevara para la casa siempre él desea eso, por favor sáqueme de aquí, él se movía mucho, que era muy inquieto.

Yo tengo las fotos donde él está sentadito, ahí en la silla, yo tengo esa foto.
Entonces, son cosas que realmente y como mamá me ha dolido mucho, son 6 años enferma con psicólogo, con psiquiatra, con Neuropsicóloga, mantengo todas las enfermedades, ha sido muy difícil para mí. No ha sido fácil aceptarlo porque él estaba bien y no estaba enfermo.
¿Y no está, está enfermo, entonces ya uno como que va tomando un poquito de conciencia, tiene una enfermedad, no? Y que una persona es superactiva todo es eso.
Para mí ha sido terrible, han sido 6 años, algo fatal, terrible con mi vida. Deja de hacer muchas cosas que yo hacía, por eso me permanezco quieta. Se me olvidan las cosas. Yo pintaba el Óleo, deje de pintar. No quiero saber nada, no quiero saber de nadie. Siempre adora pensando en él, siempre pensando en él.

Pues como usted ha afrontado la situación luego del fallecimiento de su hijo, de pronto podría Contarme cómo, entonces, cómo, pues lo ha afrontado su nuera, sus nietos y los demás miembros de la familia, papá y hermanos.

no para nosotros en la casa o para nosotros, ha sido terrible.
Yo creo que después de eso tanta preocupa hasta mi esposo que es una persona también tan sana, igual de deportista que hace todos los días, ejercicio toda una vida como era mi hijo.
Cosas que uno se le acumulan en su mente, muchas veces por falta de conocimiento. que uno realmente se habla de la muerte, pero realmente uno nunca está preparado para eso.
Yo personalmente no estaba preparada para eso ni ninguno.
Mis hijas todavía sufren, de un momento a otro resultamos llorando que fue el cumpleaños de él, que vemos algo de él. Yo miro el celular y como tenemos cantidad de fotos de todo, entonces son cosas que le duelen a uno y eso que.
Yo estoy con psiquiatría y eso me ha ayudado mucho con la psicóloga, pero no es fácil.
No es fácil, sí. Lo que más me afecta a mí es si la aceptación dura de que ayer es bien y que ya hoy no, no, yo la 6:00 de la mañana cuando me llegue yo casi me vuelvo loca, casi me vuelvo loca.
Ha sido muy difícil y yo sigo pensando que fue falta de una atención oportuna, oportuna.

* **ELCY YANETH – ESPOSA DEL FALLECIDO**

**53 AÑOS, se dedica a actividades varias. Escolaridad bachiller.**

**Vive con Harold enciso y Alejandro enciso, sus dos hijos**

**En 2018 con quien vivía?** Mi esposo con mi hija menor, con Andrea y con un primo de mi esposo.

el primo es Jean Martínez.

 primo

**Harold ya se independizó y maría Alejandra vive en bosa**

**Se conocieron** En el año de los 1989.
Antes, si todavía habíamos sido pareja, novios de colegio.
En el 89 iniciamos la relación como tal.

En el 91 empezamos a convivir, las relaciones en el 89, empezamos a ser pareja de novios.
Del año 91 hasta el 2018, cuando él fallece de pronto ustedes se separaron. O esa convivencia continuó siempre.
Nunca, o sea, siempre convivimos los 2.
Señora Elsi, usted de pronto acompañó a su esposo cuando acudió a la Cruz Roja porque se empezó a sentir mal, con algunos síntomas de lo que uno podría pensar que es una gripa o al día siguiente cuando fue atendido en Juan Ciudad. En algún momento usted estuvo con Él.?

En ese momento era Cruz Roja, lo acompañó el primo.

¿Y usted lo acompañó en algún momento, en algún otro lugar antes de su fallecimiento?
Lo acompañé en compensar en las horas de la tarde, cuando ya él ingresó A compensar ya de ahí en adelante estuve yo presente.

¿A dónde lo acompañó?

Compensar de La primera de mayo.

primero él llegó de la Cruz Roja a la casa y me dijo que que él todavía se sentía mal.
Yo le dije que esperáramos la el efecto era el medicamento.
Desayuno. Y me dijo que se sentía muy mal, que quería que llamáramos a la hermana a pedir una cita prioritaria porque estaba muy mal.
pidió una cita y se se la dieron a las 3:00 de la tarde, pero él me dijo que quería caminar y se quería ir antes para llegar a tiempo, se fue con el primo y yo llegué detrás con ellos.
¿Bueno, y qué? Recuerda de la atención en compensar.

**llegó a compensar le dieron una silla de ruedas porque estaba sin aire, le asignron oxigeno y la camilla, hicieron un electro y tocaba esperar ambulancia para remitirlo a otro hospital. Pero** él estuvo mal que yo le preguntaba a la enfermera que estaba en ese momento porque mi esposo ya empezó a hacer cosas que no eran normales de él. Me decía que le dolía muchísimo el estómago hizo una diarrea terrible, terrible, el olor era terrible, le comunicó eso a la eenfermera y le dijo que tocaba esperar la ambulancia.

Le digo que tranquilo, que ya llegaron ambulancias, llegó la tarde, me dijo que esperara que le hicieran el examen de Torax, se lo hicieron y al rato me dieron los resultados y había salido bien, le preguntó a la dra que si se podía llevar al esposo en un taxi al hospital ,le dijo que no porque toca pedir la autorización del oxigeno.

**Llega la ambulancia lo llevan al hospital de Mederi, entra al triage y el tenia oxigeno que lo llevaba desde compensar.**

**El empezó a decir que le dolia el estomago,** tuvo los mismos episodios de diarrea, pero fue peor entonces, en ese cuarto donde él estaba, habían más pacientes y olía terrible, mi esposo empezó a desvariar más porque los ojos empezaron a torcer a entumecer las manos. le dije a la enfermera que que mi esposo se veía muy mal, muy mal, lo que tocaba esperar hasta que lo viera otra doctora, salimos del baño y entonces empezaron los pacientes, que olía horrible.
¿Se sentó, lo sentamos otra vez? ¿Al momento? Lo llama la doctora y la doctora lo atiende y le dice, le comenté el episodio que ha pasado en el baño y que lo que le ha pasado en sus manos y en los ojos y ella dice que tiene orden de hospitalización.

Y qué tenían que hacer un electro urgente Lo siento ahí otra vez. Le colocan el oxígeno. él se puso muy mal, empezó a hacer, está muy obstinado y empezó a gritar muchísimo, que para que me lo llevara para la casa, que no lo dejara ahí, que se iba a morir, que lo llevara.
la enfermera me sacaba y lo empezó a regañar, le dijo que se portara bien, que había más pacientes que no era el único que se callara. Me salí y me fui para el cuarto otra vez. No había nadie eso.

empezó a hablar terrible. Se le trababa la lengua, la enfermera Me decía, usted sabe lo que está diciendo? Yo le dije, sí que se quiera acostar en el piso, que quiere agua, que le duele el cuerpo, que le duele el pecho.

El estuvo en una silla, Fueron como 7 horas y no le daban la camilla porque no había.
Como a las 3:00 de la mañana y en la camilla le sacaron sangre, mandaba el codito y le salió un hematoma y el codo se le hinchó, en una camilla las 3:00 de la mañana, no tenía una llanta y se cayó y la enfermera le Dijo, pero es que usted es un necio por estar de tonto, por eso le pasa eso, por eso me ensució la camilla, y vuelven y lo sientan en una silla, luego lo pasaron a otra habitación y lo amarraron (porque se movía) , le colocaron oxígeno de careta y él me decía que no quería eso que él no quería, eso que se sentía que el aire no le corría, me sacaron de ahí, me quedé en la puerta, mirándolo.

De pronto le dijeron algo de que lo estaban suministrando antibióticos y de pronto le dijeron desde qué hora se los estaban suministrando?

Estaba lo doctores y me decía que todo eso estaba escrito y que tranquila que ellos miraban sí, o sea, no me da mucha razón de no que le colocaba la verdad. No, no tenían ni idea de qué era lo que él tenía.

Ella pasa a la habitación y ve que está temblando, lo arropa y luego el empezó a gritar, al rato empezó a gritar y yo me arrimo y lo estaban sacando de ahí, del cuarto, pero lo llevaban para reanimación. Le están cortando su camisa y él gritaba, pero estaba amarrado. No se dejaba quitar su ropa, pero fui entramos allá al cuarto de reanimación.
le introducen una manguera y él empieza a vomitar, lo mismo que hizo en el baño, como si estuviera haciendo popo por su boca. Perdón, porque, digo eso, olía horrible.

Sale el doctor como a las 5:30 me dice, que mi esposo había tenido un paro Y me dice que le iba a quedar mal. Me dice que si él tiene hijos y de que por favor, debe avisar.
llamo a mis hijos para que me traigan una pijama, me llama el doctor y cuando y me dice que mi esposo vaya a fallecido
¿En qué momento?

Señora Elsi además de estos 2 doctores, la que ordenó la hospitalización y la de este médico que pues, le explica lo del paro respiratorio y le da, pues la indicación de llamar a los familiares algún otro médico interactúo con usted o con su esposo.
Entre el momento en que llega a meredi y hasta su fallecimiento.
No, no, no, yo no lo vi, o sea, lo que yo veía era los médicos que pasaban como colocándome medicamentos a los pacientes. No me acuerdo mucho médicos, no.
La entubada sí.

¿Usted nos puede indicar cuántos doctores lo atendieron en Compensar, lo valoraron solamente uno?
Somos de también nos cuenta que le pusieron oxígeno allá en compensar. ¿Quisiera por favor que le aclarara el despacho aparte del oxígeno, le realizaron alguna otra conducta?
Sí.
No señor. O sea, que le hayan aplicado medicamentos, nada de eso, nada, solamente oxigeno

¿Líquidos, endovenosos algún examen?
No, el examen de un examen de tórax salió bien.

Correcto, por favor. Indíquele al despacho. Si sabe usted, si el señor Erminsul había tomado algún medicamento ese día.

No, el diclofenaco que le colocaron en la Cruz Roja.
Aparte del diclofenaco otro medicamento consumiera habitualmente, que consumiera accidentalmente.

**no**
Señora Elcy en la historia clínica hay un reporte que informa un familiar que dice que él por error en la mañana se había tomado un medicamento. ¿Recuerda usted algo de eso? No señora

**NOTA: INTERROGATORIO DE LOS DEMANS DEMANDANTES NO SE RELACIONA PORQUE NO RELATARON NADA SOBRE LA ATENCION MEDICA, SOLO QUE LES PARECIA QUE ERA UNA NEGLIGENCIA.**

**RL JUAN CIUDAD- NELSON SIERRA FORERO**

¿Bueno, señor Nelson, hace cuánto es usted representante legal de Juan Ciudad?
6 años.

**ES** médico y Magister en administración. En salud, ejerzo como administrador hospitalario desde hace unos 30 años más o menos

¿Bueno, la el ejercicio de su profesión, la ha desarrollado especialmente en la parte administrativa o también en la parte clínica?

No, señora, estrictamente administrativas.

Sin embargo, lo de hacer algunas preguntas que pensaría yo que son como generales, si de pronto no, no son como de la especialidad o me lo hace saber ¿Está bien?

Una saturación de oxígeno del 92% se considera un bajo nivel? Hasta donde conozco, no se considera bajo, es una saturación que puede estar dentro del límite normales.
Lo comprobamos en la última pandemia que se llegan a tener niveles de saturación en 75 con pacientes normal.
Y es bajo. ¿Entonces, a partir de qué indicador?

Yo considero que una saturación baja puede estar de 60% hacia abajo.
Si un paciente en Juan ciudad llega con una saturación baja,¿Qué atención debe brindarse en este tipo de pacientes?

se empieza a escalonar el patrón, llamémoslo de soporte de oxígeno, puede empezarse con una cánula de oxígeno que puede ser de de 2 L 3 L 5 L o 4. luego se puede pasar a una máscara de oxígeno que es de 5 L, creo hasta donde recuerdo como 8. L, después ya puede venir un proceso que se llama un venturi, y así se va escalonando hasta llegar a un soporte ventilatorio vacío, una ventilación mecánica.
¿Pues listo, explícame el primero por favor, digamos cómo funciona en la en la entidad que usted representa?
Normalmente, cuando se instaura el médico, da la orden para el equipo de enfermería, que es el que monitoriza en forma directa al paciente, se le da la orden de ponerle oxígeno por cánula nasal. Es como la orden médica que despiden todos los profesionales y dan la orden De ponerlo a 2 L a 3 L o A 4L, Ese es el primer paso y se monitoriza. O se ve en la evolución de los pacientes

La los litros. ¿Usted me habla en litros que pueden ser 2 o pueden ser más la cantidad de litros es por qué? ¿O es para qué?
Sí, señor.
Según la, según el nivel de llamémoslo de compensación del paciente, me voy a explicar un poquito con un ejemplo, señora juez, cuando un paciente sufre de enfermedades pulmonares por haber cocinado con leña o tener alguna deficiencia, ellos pueden ser sostenidos con todo el daño pulmonar en 2 Litros por minuto y estar compensados bien cuando un paciente sufre del corazón y tiene una falla cardiaca, puede necesitar 3 L. Pues o sea, es dependiendo el conjunto como el paciente se sienta que se requiere o se le suma el número de litros, se le subió, se le.
Baja dependiendo la severidad del caso.
Y, por ejemplo, quién define la cantidad litros?

Normalmente el médico que queda da la orden y define a qué número de litros se le pone al paciente.
personal de enfermería en Juan Ciudad. ¿Puede tomar esa decisión?
Sí, señora, dependiendo donde se encuentre normalmente un enfermero jefe está capacitado para tomar ciertas medidas de soporte ventilatorio no invasivo, o sea, no llevado a ventilación mecánica.

¿Esta que usted me mencionó, Venturi esa a la puede terminar o la debe de terminar en su en la institución que usted representa, un médico o un enfermero jefe?
Puede ser ambos, dependiendo cómo se sienta la evolución de un paciente o en el momento determinado de, llamémoslo de severidad, el cuadro clínico.

cuando es este tipo de sistema de venturi, cuando la debe hacer el médico?
Cuando considera que los L o la máscara no le está funcionando o no está soportando suficiente al paciente.

¿En qué casos puede tomar la decisión de utilizar este mecanismo de oxígeno?
Venturi y definirlo en litros que correspondan un enfermero jefe. ¿En qué casos puede hacer un enfermero jefe?
Directamente lo puede cambiar cuando el paciente manifiesta de sentirse ahogado mientras se pide que venga el médico a las salas de observación o al módulo donde esté hospitalizado o al servicio donde esté el paciente, el enfermero toma la atribución si el paciente manifiesta, me estoy ahogando un ej.
Él puede tomar la determinación de subirle el nivel en que se encuentra el paciente para poderle dar soporte ventilatorio.
El nivel se refiere a pasar a Venturi o se refiere a los librrod ambas cosas.

También, o sea, si yo siento, yo siendo un enfermero jefe, puedo perfectamente cambiar cierto de una cánula a una máscara O A un Venturi porque el paciente se siente ahogado.
Sí, en cualquier enfermedad o en cualquier patología.
Mientras presenta la asistencia médica.
¿En pacientes hospitalizados esto se lo pregunto para el año 2018, en pacientes hospitalizados, es en esa institución?
¿Cada cuánto deben Valorarse o examinarse los resultados de signos vitales por el médico?

Lo de lo deben estar valorando, haciendo rondas de por parte de enfermería, auxiliares de enfermería.
¿Te la preguntas por el médico médico, el médico, según su institución, cada cuánto debería revisar los resultados de signos vitales?
El médico lo evoluciona 2 o 3 veces diarias y en las evoluciones revisa la curva de signos vitales, no más. La toma de signos vitales está a cargo del personal de enfermería
¿Podría explicarme en qué consisten los exámenes de gases arteriales?
Eso es una toma que realiza, se le realiza en una sistema arterial, casi siempre radial a una persona y mide varios parámetros Que puede ser bicarbonato, electrolitos y niveles de saturación de oxígeno.
¿La valoración de los resultados de gases arteriales lo puede hacer un enfermero jefe o debe hacerlo un médico?

puede ser un enfermero jefe o el personal médico, también puede haber terapia respiratoria como primera fuente, ellos son los que toman los gases y los pueden también interpretar, aunque el médico es el que toma la determinación.
Los gases le determinan al médico que hay que hacer. Le entiendo bien.?

Sí señora, dependiendo el parámetro por el cual yo los pedí, porque se pueden pedir en varias circunstancias.
¿Después de que se toman unos gases arteriales y se obtiene el resultado, en cuánto tiempo? De acuerdo a los protocolos o procedimientos de la institución, debe hacer lectura al médico, si el paciente está hospitalizado.
Puede hacerlo en las siguientes 2 horas, cierto, y si está en una unidad de cuidado intensivo, normalmente no tarda más de media hora en ser valorado.

De pronto, usted conoce en detalle la atención que recibió la persona que falleció y qué motiva esta demanda. De pronto usted tuvo la oportunidad de revisarla.

Sí, señora, yo revisé la historia clínica completa.
¿Podría indicarme si ese parámetro de dentro de las 2:00 siguientes revisar resultados de gases arteriales? Se cumplió en este caso.
Doctora, no recuerdo exacto, sí recuerdo cuando le bien, pero no recuerdo. Exacto en él o sea, las horas que transcurrieron.
No, señora, no lo tengo Claro. Me tocaría mirar la historia nuevamente porque las horas exactas no las tengo.

el oxígeno, sea cual sea, si sea a través de ventilación mecánica o por venturi, o por careta, que es lo que usted me ha explicado en el tratamiento de infecciones respiratorias. Esa esa colocación de oxígeno que permite, es decir, es para que se pueda superar ese Tipo de De infecciones para mejorarla, cuál es la finalidad?

Y son coadyuvantes, debido a que hay un daño o una alteración en el pulmón de una infección, en este caso, entonces el oxígeno como hay parte del pulmón que deja de funcionar por su mismo infección, llamémoslo el oxígeno con la otra parte que está buena, supera eso. Es decir, si yo tengo la mitad de mi pulmón afectado con la otra mitad debo estar muy concentradito el oxígeno o entrar un poco más de oxígeno del normal.
Cuando no está tan afectado, cierto, el pulmón, normalmente el oxígeno que se le pone lo más bajito y la mayoría de pacientes soportan al medio ambiente cuando es una neumonía que no es rápidamente invasiva, pero lo que se hace es como darle más. Perdóneme, redundantemente más oxígeno para que esa parte que está buena
Tenga más disponibilidad él mismo para circular.

Pero el oxígeno, digamos, Evita que un cuadro digamos, de infección pulmonar, no grave pase uno de pronto de mayor gravedad con una neumonía.?
el oxígeno Evita hipoxias por ejemplo como en los pacientes cardiópatas, cierto que no tienen infección, ellos necesitan oxígeno, pero es para suplir esa deficiencia en la bomba o en Las membranas, cuando un paciente es fumador tiene que usar oxígeno, pero porque se le dañó su membrana, se le dañó o un cáncer es igual, pero no, no altera, no influye en la misma evolución médica de la infección. Por decirlo creo, excúseme, creo que es lo Que su merced me está preguntando. Eso no influye en la evolución o no de la infección pulmonar.
¿Para evolucionar en la infección pulmonar, independientemente de su gravedad, entonces que se requieren antibióticos?
Sí, señora.
La inadecuada oxigenación de un paciente hospitalizado puede generar un paro respiratorio.
Sí, sí puede generar, si está solo con falla ventilatoria.
Explíqueme eso.
O sea, cuando un paciente le hace falta los niveles extremos de oxigenación, como de cuadros que pueden dar infartos del corazón, entonces, como la bomba del corazón se para, no mueve la sangre en el pulmón y no cambia oxígeno. Eso da paro.
la falta De oxígeno en la sangre puede dar paro si no tenemos infección, cuando usted tiene un cuadro infeccioso, en esas membranas se potencializa, obviamente, porque la infección progresa y puede dañar más el pulmón.
Usted me ha hablado de la oxigenación mecánica.
Sí, señora.
¿Podría explicármela?
Eso es , volviendo a lo que acabamos de hablar, cuando un paciente hace paro cardiorrespiratorio o lo que se llama actualmente una parada cardiaca, se tiene que entrar a soportar el paciente como en una anestesia con una máquina que ventile por él, Es como un pulmón, llamémoslo Artificial, que le da la fuente de oxígeno porque obviamente ya no hay autonomía del pulmón y entra el oxígeno y esa máquina le da como la frecuencia. Igual que nosotros respiramos normalmente, eso es lo que es una ventilación mecánica asistida.
Y esa ventilación mecánica asistida solo me corrige si le entendí mal, solo se considera si la persona ya ha sufrido un paro respiratorio, no se considera antes.?
Cuando el paciente está, puede llegar cierto en niveles de respiratorio, o sea, una fatiga. El paciente llega sin poder sosegar, sin poder estar sin oxígeno.
Se puede considerar o cuando hay un edema pulmonar ¿O carambas? Cómo más explico. Una convulsión también. Cierto que el paciente pierde la conciencia, no necesariamente se puede prever como tal que el paciente se le altere la conciencia como tal en las cirugías cardiacas, normalmente se soporta el corazón. ¿Qué tiene alterado cuando usted tiene alterado los niveles de oxígeno en la Sangre? Normalmente pierde la conciencia.

Me voy a expresarme si en algún momento digo algo incorrecto me lo hace saber, por ejemplo, una alteración de conciencia puede ser, por ejemplo, que el paciente tenga como momentos de delirio o situaciones así.?
No un desmayo que el paciente no responda como una convulsión.
¿OK? Y confusiones en el en el paciente, confusiones mentales que no es coherente con lo que dice, tiene problemas en el habla. Eso podría indicarme la necesidad de una oxigenación mecánica.?
No, señora, no, en ese tiempo hay que estudiarle otras, llamemos la alteraciones, puede ser electrolitos, o sea el sodio, el potasio, otras causales de alteración de su Estado y no entrar con ventilación mecánica.
Que eso le adicionó un resultado de tórax que refleje que ambos pulmones están afectados, situaciones de diarrea, dolor abdominal. Una saturación, baja saturación de oxígeno baja podría sugerir la necesidad de una ventilación mecánica.?
No, señora, desde que el paciente esté con respuesta coherentes a los interrogatorios y a eso no.

bajo la premisa de que hay confusión mental?
Sí, no se le puede poner otro sistema, pero no ventilación mecánica de entrada. Eso sí, esto es dentro de mi conocimiento y de lo que recuerdo. No es indicación primaria por una alteración mental, entrar con ventilación mecánica.
No me queda Claro en qué momento antes de un paro respiratorio, debería considerar oxigenación mecánica.?
Cuando ya el paciente pierde el Estado de conciencia estrictamente, sí, cuando se va a perder el Estado de conciencia. Normalmente hay unos parámetros que el paciente no responde a estímulos dolorosos, por ejemplo, doctora, entonces ahí se puede considerar, dependiendo todo el marco del paciente.

Solamente pérdida de estado de conciencia.?
Sí es una trombosis. Doctora normalmente a las trombosis que sufren, se les observa, se les tiene en sí en observación porque las trombosis pueden ser hemorrágicas, que son muy severas pero puede soportarse con oxígeno, normalmente sin intubación, la mayoría 99% llamémoslo 95% De las trombosis, que ya es un daño central, se soportan con oxígenos en canula y así termina su evolución normal
Sí, en unidades de cuidado intensivo, la oxigenación solamente es mecanica sí, el suministro de oxígeno es solamente mecánico o en UCI, también puede haber otro esquema de Oxígenos por Venturi y por el nasal que me comentó cualquiera de esos.?
Sí, señora, allí están todos porque puede salir de una cirugía cardiaca y va con invasivo, pero eso se tiene que quitar lo más rápido posible, llamémoslo dependiendo la evolución del paciente y se puede llegar hasta cánula. Normalmente se llega a máscara y se pasa a unidad de cuidado Intermedio para hacerle lo que se llama destete de oxígeno y ahí sí darle salida a un piso, llamémoslo en piso, se puede manejar Cánulas, máscaras, ventiri.
¿La diferencia entre la máscara de oxígeno y el venturi cuál es?
La cantidad de oxígeno que se está aportando que entra y la presión con que llamémoslo se entra. Entonces la máscara se mueve en un parangón de 2 a 5, la cánula, perdón, la máscara se mueve, si no mal estoy de cinco Litros a 8 L es como ir abriendo esa llave para que entre más cantidad de oxígeno al pulmón del paciente y eso va subiendo escalonadamente hasta que ya se hace la ventilación mecánica.

¿En este caso, usted tiene presente de acuerdo a la historia clínica, a partir de qué momento después del ingreso se le empezaron a aplicar antibióticos a este paciente?
Sí, tengo a la madrugada, a él entra como 8:30 de la noche. Si recuerdo el horario.
Y creo que los exámenes salen cerca de la medianoche, donde le dicen que es una neumonía y los antibióticos se le ponen cerca a las 3:00 de la mañana, señora juez.
Se le ponen 2.
¿Y por qué? Porque si el resultado de los exámenes serán a mediodía porque más o menos dice usted, alrededor de las 3:00 empieza el tratamiento con antibióticos.
Normalmente se hace la formulación cierto y se hace se va a la dispensación y se cuadra con unos horarios establecidos por enfermería para hacer la secuencia que el médico le haya ordenado.
En este caso, creo que pasaron 2 o 3 horas para ponerle 2 clases de antibióticos, se le pone uno claritromicina. piperacilina y Tazobactam que son es unos antibióticos de una frecuencia y creo que se inició el antibiótico a las 3:00 de la mañana, no lo tengo bien, pero está muy cerca a las 3:00 de la mañana.
Ingresa a las 8:00 de la noche con una sintomatología. Pues que seguramente usted tuvo a su alcance y la aplicación de antibióticos más o menos está alrededor de las 3:00, eso es un tiempo, digamos que habitual, cotidiano, normal en un paciente que presenta la sintomatología qu tenia el señor?
Sí señora, pues normalmente hasta no obtener como él entra con una sintomatología bizarra de un dolor en el pecho. Lo primero que se le descarta al señor Es un infarto. Un problema cardiológico que esa tiene una velocidad diferente. Cuando le piden la placa le piden unos exámenes para Unas enzimas cardiacas que salen negativas y en la placa que se le toma. Acá le sale la neumonía o la invasión, lo que su merced nos manifiesta y ahí se ordena la antibioticoterapia.
Sí, eso es normal. Normalmente un paciente puede estar 6 horas o 8 horas para definir la conducta, dependiendo los exámenes que se le pidan por el servicio de urgencias a él en una segunda valoración le piden exámenes más amplios, como es exámenes de inmunodeficiencia adquirida. El patrón ventilatorio le piden unas baciloscopia Y unos cultivos eso sí, se demoran 3 días.
Las baciloscopias también no se toman por el servicio de urgencias, pero a él le alcanzan a ordenar todo, pensando en ampliar el estudio por el mismo patrón de los rayos X, que no es como esto. Eso es más o menos un tiempo prudencial en iniciar un manejo
En un departamento de urgencias de 6 a 8 horas, se considera que antes de 12 horas el paciente debe estar definido en su diagnóstico primario.
Entonces aquí ingresa y a él le ponen un diagnóstico de dolor en el pecho, doloroso dolor en el pecho porque se orienta más por un problema cardiológico y después le cambian cuando ya sale la placa y se le pone la neumonía adquirida en la Comunidad.
Recuerda como la confirmación de qué es neumonía, sobre qué horas fue**?**

Eso fue cerca a medianoche.
Eso sí, estoy seguro que su cerca a medianoche.
Y de medianoche a 3 de la mañana. Es un tiempo, digamos que en la institución normal, habitual para iniciar el tratamiento con antibióticos.
Eso es un tiempo prudencial. 2 horas 3 horas.
Y también mi doctora en ese tiempo.
Está anotado de que al paciente le hicieron un examen de, pues yo creo que eso es de VIH, que requiere. Con la charla previa a la toma, que él sepa.
Bueno, cierto, eso es un examen bastante delicado y le hacen firmar un consentimiento exprés de eso.
Entonces, antes de iniciar todo le toman el VIH, le toman los hemocultivos, cierto, y ahí sí proceden a iniciar el antibiótico, en esas llamémoslo 3 horas.
Creo que no pasó a mayor.
Si usted me dice que es la prueba del VIH es como de lo primero para poder arrancar le entiendo bien, sí.
Los hemocultivos mi doctora, también como para encontrar.
Listo si el paciente entró, si el paciente entró a las 8:00 de la noche porque es a prueba de VIH, se toma hasta las 12:36 de la mañana y lo que usted me ha contado, que son los hemocultivos también sobre sobre las 12 en adelante de la mañana porque entre 8 y 12 pasa tanto tiempo.**?**
No, a las 12 se encuentra un cuadro hemático que tiene una cosa que se llama Bicitopenia mi doctora, o sea, todas las defensas, los leucocitos y todo está muy bajo. Eso es indicativo de ampliar estudios como tal en otro lado.
Sí, sí, sí, el VIH digamos que es la de las primeras pruebas porque toma tiempo porque requiere un consentimiento, porque hasta las cero 0.36. Si él entró a las 8.?
Doctora, porque normalmente lo primero que se hace es sacarse al paciente, le voy a poner un ejemplo, excúseme si el paciente le sale un cuadro normal, con una leucocitos altos, con unas defensas altas, no se toma nada más.
Eso es lo normal de una neumonía que el mismo cuerpo reaccione y produzca Muchos glóbulos blancos para defenderse. En el caso del señor Considero que como no se no se encontró leucocitos tan altos sino los leucocitos están alrededor de 1000, lo normal son 5 a 10000. Entonces Ahí se puede empezar a pensar Que hay una enfermedad asociada a una enfermedad de base, como puede ser una inmunodeficiencia, no tiene que ser Estrictamente un VIH puede ser una inmunodeficiencia que lleva a deprimir, a bajar a disminuir ese número de defensas generales que tenemos todos, cuando nosotros hacemos una neumonía, normalmente usted le encuentra en los glóbulos blancos o los leucocitos que se lleva en 15000 -1000 en 17000 normal porque se está dependiente, pero al encontrarlo en 1000 tienen que ampliar un poquito el círculo por más de empezarle a tratar la neumonía para ir complementando los estudios. Este es como un estudio complementario a una fase inicial en la fase inicial. Si Le sacan para exámenes para enzimas cardiacas, le sacan para descartarle todo un proceso de infarto. El electro que lo reportan como normal, pero al encontrar la placa a las 12:00 de la noche y el cuadro hemático por ahí sí se orienta a una ampliación del estudio. Por eso.
Se toma después de obtener esos resultados.
YY esto de los Leucocitos Bajos, que están asociados a los glóbulos blancos, eso cuando se tiene eso muy bajo, eso es lo que se denomina leucopenia severa?

**si señora**

¿Estabilidad hemodinámica me la podría explicar?
La estabilidad dentro de mi conocimiento doctora es cuando el paciente permanece, llamémoslo dentro de unos, y parámetros llamémoslo dentro de unos límites, dependiendo su condición clínica. Es decir, si el paciente es hipertenso, va a tener unos niveles de tensión arterial un poco más altos que la población.
Si el paciente mantiene dentro de esos niveles, pues se le deja su tratamiento como tal, sí entonces no se le altera el tratamiento cuando el paciente hipertenso se le sube la presión, que llega a un hospital se ajusta a las dosis. Entonces la estabilidad de Hemodinámica puede varias.

Sí, sobre todo en un hospital, es como el nivel de responder a los interrogatorios. Ese es un Estado de conciencia bueno, aceptable.
¿Cuándo el paciente entra diabético, un ejemplo inestable? Doctora no contesta interrogatorios, que es cuando entra a estado de reanimación, no responde al nombre. Preguntas sencillas, el nombre, la edad que le pasó, cuántos días lleva todo ese interrogatorio básico nos da un Estado hemodinámico del paciente que puede sernLlamémoslo dentro de ciertos parámetros normales, es más o menos como lo que uno le marca cuando el paciente está intubado o está anestesiado, las máquinas llamémoslo la monitorización por máquinas en la que nos da cómo. ¿Cómo está el paciente entonces? Por eso, en una sala de cirugía Empiezan a decir, se cayó la tensión, se cayó, la tensión, está sangrando, está sangrando y ahí es donde se actúa, pero porque ya el paciente no tiene ningún Estado como dominio sobre su estado de conciencia, el estado de conciencia es muy pertinente para marcarnos cómo está es Dinámico en general.
¿De los siguientes criterios, de pronto, usted me podría indicar cuáles tenía este paciente? ¿Cuando ingresó a meredi? ¿Inestabilidad de hemodinámica, alteración del estado de conciencia, frecuencia respiratoria mayor a 30 por minuto, insuficiencia respiratoria, insuficiencia renal agudo, leucopenia severa, compromiso extrapulmonar de esos, cuántos presentaba?

Insuficiencia renal, no recuerdo la creatinina, pero que le tomaron que esa también debió salir a medianoche como tal.
Él estaba consciente y orientado porque responde al interrogatorio que el médico le hace a las primeras horas después al interrogatorio, a la 1:00 de la mañana llama 12:30 12, que le hace lo de VIH, se lo hacen en lo certifica entonces su estado de.
Conciencia hasta las 3 que se recanaliza y que enfermería manifiesta que vuelve y se canaliza. Está debió estar bien para poder permitir la canalización.
Cuál era la otra doctora que usted me decía la leucopenia lo que le digo es son respiratoria. Hasta donde yo recuerdo no estaba alterada.
Y frecuencia respiratoria?
Es una frecuencia respiratoria dentro de parámetros que se consideran normales dentro de lo que yo recuerdo.
Podría explicarme las salas de reanimación de la institución.
¿En qué casos se usan?
Normalmente, la sala de reanimación son áreas de observación corta que no deben pasar a más de 24 horas del paciente y son áreas de soporte, bien sea para esperar laboratorios o sea, cualquier paciente que entra a una institución de salud entra a un primer, llamémoslo momento que es.
La consulta donde se le piden unos laboratorios que algunos son tomados de inmediato. Si a usted le piden una resonancia, esa se puede tardar más una endoscopia se puede tardar más bueno dependiendo los exámenes y esa sala se le canaliza normalmente para ponerle su primer analgésico que Si tiene por decir antecedentes de úlcera o si hay necesidad de darle unas tabletas para los pacientes hipertensos, sí esas alas, todas las alas funcionan igual. Ahí se sienta el paciente, se le canaliza, se le pone la válvula, se le ponen los líquidos, Hasta tratamientos intravenosos como puede ser analgésicos o vía orales en el caso de los pacientes hipertensos, que a ellos se le sienta ahí se les administra vía oral.
Después de eso viene la revaloraciones. Si en caso de, llamémoslo como tal, el área de hospitalización siempre debe hacerse antes de 24 horas en estas áreas. ¿Qué son las salas de definición en algunas instituciones. Salas de hidratación en otras salas de era que es lo que Más conocemos nosotros que son cuando hay picos respiratorios en niños y son salas. es como el primer paso, llamémoslo de observación, o si es las alas, no son sino de observación antes de la hospitalización o la definición del paciente para un egreso a casa u otra institución.

En caso de neumonía comunitaria grave el paciente debe manejarse en UCI hospitalizado en estas salas de observación.?
¿Normalmente inician con los con salas de observación, se ponen medidas respiratorias como en cualquier pico y se procede a hospitalizar en una habitación normal, cierto?

Y si es grave?
Lo grave de las neumonías, lo marca como la evolución del paciente, sí.
La mayoría de neumonía doctora se manejan en habitaciones, igual que fue el COVID. 99% de las neumonía por COVID se manejaron en habitaciones, llamémoslo con soportes ventilatorios, sí, señora.
¿Puede explicarme qué es daño alveolar difuso?
Dentro de lo que recuerdo, doctora el. Los pulmones están constituidos por alvéolos como por celdillas, como un panal de abejas.
Sí, más o menos están así y van agrupándose y van saliendo esas paredes son las que nos dan el intercambio gaseoso. Entonces, como el que nos entra el daño al alveolar difuso es un daño que se considera que fue afectado totalmente o que está en forma difusa o Esparcida en los alvéolos, en esas unidades que son como las unidades que nos da la el intercambio gaseoso, no sé cómo explicárselo como tal, entra el aire con oxígeno y en la aspiración sale el aire llamémoslo sucio con CO 2, esa celdillas o esos panales son los que nos dan ese intercambio, qué sucede en los pacientes que tengan enfermedades pulmonares? ¿Obstructivas crónicas como epoc o los que han fumado demasiado o cuando hay un cáncer? ¿Entonces, esa cerdilla se invaden o se rompen Y ya esa superficie no nos sirven, se fibrosan como la Fibroquística del pulmón, que es de niños. Entonces esas unidades ya no sirven para intercambio, sino que se altera como como inundada, llamémoslo no, no funcionan como debe funcionar como tal. Ese es un daño alveolar difuso.Compromete todo.
En un rango de en un rango en la institución en un rango de 7 horas para un paciente que tenía, pues, las características que usted pudo Detallar en la historia clínica en 7 horas, cuántas veces debió o debía o vio un médico al paciente, un rango de 7 horas?
Normalmente se vea el ingreso y puede ser una valoración posterior con resultados y luego se deja en observación, o sea, una línea de tratamiento para las siguientes 8 horas.
¿Horas en 7 horas, cuántos?
Yo una vez, 2 veces más, sí, señora.
Normalmente doctora, cuando se está en un hospital, a usted la valoran en la mañana y le dan como tratamiento para 24 horas cuando ya se define un tratamiento. Sí, en una observación, o sea, la están viendo una vez, si algo cambia, se revalora en una hospitalización normal. El caso de urgencias, normalmente un paciente, se ve en cada cambio de turno, o sea en la mañana en la tarde y en la evolución de la noche.
Eso es lo normal en cada turno, pero en una hospitalización general solo se ve una.

Por favor, Indicar cada cuánto se debe dar en un paciente que ingresa como el paciente, Herminsul con un una prioridad por su estado de salud.?
Normalmente se toma cada 3 o 4 horas

**Por la enfermera?**
Sí, señor.

Doctor, ¿Usted nos manifestaba que el cuadro que presentó el señor Erminsul es un cuadro bizarro a su ingreso a la institución de mederi y usted nos puede explicar por favor ¿Qué quiere decir con cuadro bizarro?

Cuando el cuadro no está definido como él, que él venía con una sintomatología, él decía que su motivo de consulta era o lo remitieron por una alteración respiratoria o una dificultad, y un dolor abdominal. Sí, entonces, cuando yo presento varios síntomas a la misma porque un dolor , dificultad Respiratoria, un dolor abdominal son 2, Pueden ocurrir varias patologías. Es bizarro, no es exacto, cuando es exacto es cuando, por ejemplo, el paciente, dice, le dio un ataque y perdió la conciencia, o sea, una sola le dio un dolor en el pecho y eso le ocasionó entonces es exacto, se va para allá en. En este caso habían varias patologías que había que descartar.

teniendo esta consideración de bizarro o que apunta a varias patologías explica el abordaje inicial, los exámenes que se le hicieron antes de llegar al diagnóstico de la neumonía adquirida en la Comunidad.
Sí, señora, lo primero que se pensó cuando él lo interroga al médico es que dice que tiene un dolor en el pecho asociado con una dificultad, y eso nos puede orientar más a un problema coronario cardiológico.
Entonces por eso se le toman el electro, la placa de tórax, obviamente, y una cosa, que es troponina se marca, sí es un problema cardiológico, agudo o no agudo, o un infarto. Llamémoslo así, ese fue una orientación posterior a eso se amplían los estudios que le explique a la señora juez, dependiendo lo que se salga como en la primera fase.
¿Doctor Sierra bajo esta consideración, que usted nos cuenta y partiendo de esa presentación bizarra del cuadro?
La secuencia diagnóstica empleada para el caso del señor Hermirsul fue adecuada.?
tuvo una racionalidad técnico científica adecuada.

 **\* RL COMPENSAR-SHIRLEY GONZALEZ**

De la información que seguramente usted recogió para absorber este interrogatorio puede indicarle al despacho de por qué la necesidad de remisión de del paciente, pues que es por el cual se promueve este proceso a Juan Ciudad o Meredi

su Señoría, de acuerdo al análisis técnico, se que se hizo al interior de la organización, se observa que el señor Erminsul consultó el 08/08/2018 más o menos hacia las 3:30 3 y 20 a la unidad de servicios de la. Unidad Kennedy.
Esta unidad de servicios, previo a contarle cualquier cosa, es una unidad de servicios de consulta externa o consulta ambulatoria. No tenemos hospitalización, no tenemos servicio de urgencias, no tenemos.
Especialidades que eventualmente pudieran requerir el paciente en ese momento. Entonces échese contexto, él ingresa sobre esa hora manifestandole al médico general que tenía 4 días de evolución de Expectoración blanquecina que estaba presentando dolor de tórax tipo picada de intensidad moderada.
Y adicionalmente, pues el médico de manera general hace un examen físico a todos sus sistemas, entre ellos Observa que el paciente está asténico adinámico, que presenta náuseas y algo de vómito deja anotado.
A los signos vitales que le toma, observa que él está hipotenso y está taquicárdico luego entonces Entiende esto que puede ser por una posible deshidratación, por lo que Ordena no solamente la toma de un electrocardiograma, sino la puesta de unos líquidos para tal vez resolver el tema de la taquicardia y la hipotensión y, adicionalmente ordena la remisión a 1 segundo, un tercer nivel donde se encuentre la especialidad de Cardiologia.
Es por esa razón que en el marco a donde consulta a una unidad de servicios básica con solamente consulta ambulatoria, decide, pues de manera un poco prudente remitir al paciente en razón a ello.

¿Sobre el vínculo contractual con Juan Ciudad, qué puede agregarme?
Nosotros compensar de larga data más o menos aproximadamente desde el año 2008 2009 tenemos un contrato de prestación de servicios con la corporación Hospitalaria Juan Ciudad (Mederi), en la cual pues podemos remitir pacientes nuestros siempre y cuando sea la aceptación por parte de la IPS que sean atendidos allí.
De manera hospitalaria al ser esta institución, si no me equivoco, una institución de cuarto nivel.
Dicho contrato, pues dicho contrato el clausulado indica que ellos se obligan a prestar el servicio de manera autónoma desde el punto de vista técnico administrativo Y profesional, eso es lo que tengo. Período en cuanto al contacto.

Doctora sírvase informar el por qué la demora.
Si se ordenó remitir al paciente y que era prioritario y evitado su estado de salud desde tempranas horas desde que ingresó porque solo lo remitieron en ambulancia hasta las 8:00 de la noche.

Bueno..En primer lugar, debo indicar que no existió demora.
No es cierto que haya existido demora, debe tenerse en cuenta que, conforme a las historias clínicas de la unidad de servicios básicas de la de Kennedy, de compensar el paciente todo el tiempo, presentó una estabilidad de la forma de los signos vitales de la forma como llegó.
De las evoluciones que se observan duran mientras era remitido.
Debe denotarse que él llegó hipotenso y recuperó.
La tensión arterial tuvo indicadores de tensión arterial normal, luego de que había llegado hipotenso. De igual forma, el paciente no presentó signos de dificultad respiratoria.
A la auscultación física que realizaron los 2 médicos y realizar evoluciones mientras era remitido, también se observa que el paciente tenía.
A la valoración de sus pulmones, tenía una estabilidad en cuanto al murmullo vesical conservado, o sea, no se escuchaba nada raro en sus pulmones.
¿No tenía una alteración neurológica?
Tampoco se refirió una dificultad respiratoria en ninguna de esas evoluciones. Luego entonces esa remisión no era una remisión que debía realizarse de manera urgente o prioritaria, toda vez que el paciente estuvo estable hemodinámicamente en relación a cómo ingresó a esa unidad de servicio, luego entonces al no ser.
¿Una remisión urgente o prioritaria, pues daba el tiempo necesario para que compensar presentar al paciente en la red de prestación de servicios, es decir, a varias IPSY que esas IPSS levantaran alguna la mano y dijera, yo puedo recibir al paciente? Tengo la.
Especialidad de cardiología y así mismo el paciente se pudiera subir a una ambulancia básica y remitirse a esa IPS las revisiones no se hacen sin que sin que exista una IPS receptora que acepte el paciente, pues sería tanto como subir a un paciente a.
Una ambulancia y que recorra toda la ciudad hasta que lo reciba una IPSY. Eso sí, iría en contra.
De la salud del paciente, de la ética profesional y demás. Entonces, en este caso, el paciente daba para una remisión.
En términos normales, no urgente, no prioritaria, que normalmente se da dentro de las 5:00 o 6 horas luego de solicitar.

Sí, es prioritaria. ¿Cuántas horas son?
Señoría, si es prioritaria, más o menos se puede dar entre 2-3
Pero en este caso no se ordenó de manera prioritaria ni el paciente se tuvo una inestabilidad, un deterioro súbito que ameritara tal renuncié.

Perdón doctora doctora en la historia clínica de compensar EPS folio 58 y 59, se menciona contrario a lo que usted dice que sí era prioritario el traslado del paciente Erminsul por su estado de salud.
¿Qué parte de la historia clínica para ponérselo de presente
58 y 59. Doctora de la historia.

En el expediente índice 25, contestación

Aquí está doctora, donde acabo de pasar.
17 horas. Se llama y se habla con Sandra Gutiérrez, se dice que llamar en 20 minutos aún no hay aceptación.
PCSBTA 12064 FC 125 XSP, 0292 \* 117 y 25. Se llama y se habla con Javier dice que llamar en 20 minutos aún no hay aceptación. 17 y.50.
Se llama y se habla con Javier leal. Dice que está comentando con altos mandos para priorizarlo, pero aún no hay aceptación. Llamar en 20 minutos 18 horas. Se habla con la coordinadora, doctora Elizabeth, Comenta, Paciente que comenta paciente al doctor Juan Carlos Rodríguez.En el folio 58.

Se refiere.
Paciente de 49 años, sin antecedente de base, con cuadros de 4 días de evolución de malestar general, astenia alinimia con los osteoporalgias, náuseas y hémesis con dolor torácico no invadidado quien al examen físico llama la atención paciente con signos de inestabilidad hemodinámica, con taquicardia y Po.
Lo cual podría estar relacionado con cuadro de deshidratación.
Se solicita EKGY traslado en ambulancia básica a segundo o tercer nivel para valoración integral y manejo, se entrega médico de consulta prioritaria.

¿Doctora para claridad, cuando en estos apartes de la historia clínica?
Cuando dice, se entrega paciente médico de consulta prioritaria en la 61.
Sobre las 15:36.Cuando dice silla de ruedas con familiar para remitir entrega a la doctora en las 17, cuando dice Priorizarlo esta está haciendo referencia a un traslado prioritario.??
Listo, Su Señoría, voy a proceder a dar una explicación porque creo que hay una confusión. Entonces, cuando llega el paciente a las 3:25 hay una nota, si me permite devolverlo donde dice se entrega al paciente a consulta prioritaria.
¿Perdón, contésteme la pregunta y después lo aclara, alguna de esas 3 expresiones que le acabo de destacar se refiere a traslado prioritario? No, entonces, ahora sí, por favor. Explíquenos cada una.
No, señora.

Entonces lo primero que debe tenerse en cuenta, insisto, estamos en una dignidad de servicios. El paciente ingresa a una consulta ambulatoria por medicina general, medicina general no más. Entonces, en una cita programada, el paciente es visto y es visto en un Estado.
Pues que ameritaba otra conducta adicional y era remitirlo a una institución de mayor complejidad. Estábamos en una consulta externa que no tenía siquiera, urge.
¿Entonces, qué hace nuestro médico? El doctor Ortegón, él decide que va a continuar su consulta y mientras es remitido, el paciente lo va a entregar al área de medicina general prioritaria. Resulta que en nuestras unidades de servicios hay medicina general normal, es decir, citas de medicina general. N.
Que uno las pide. AA cierta oportunidad y hay otras citas que.
Tienen que dan con prioridad y esa es medicina general prioritaria. Es un área que tiene la unidad de servicios de consulta ambulatoria que tenemos.
Por considerar que lo deben tener allí en estricta vigilancia mientras es remitido. Y a eso se refiere esa nota, se entrega paciente a médico de consulta prioritaria, que es otro, otros médicos que consulta, que atienden consultas de medicina prioritaria, medicina general prioritaria, que son citas con más o.
Entonces, cuándo dice a las 15:35 dice en silla de ruedas, con familiar para remitir entrega a la doctora Deaza de prioritaria entonces, conforme explicaba anteriormente la doctora Deasa era quien se encontraba allí en el área de consulta médica de de medicina general prioritaria
La doctora Deasa es quien recibe al paciente en ese momento, conforme a la a la, digamos, a la indicación que hizo el médico de consulta médica general que recibió al paciente. Inicialmente no indica que deba ser prioritario ahora en cuanto a la nota de las 17:00 Hor.
¿Qué pasa? Esto es una nota que realiza un personal, si se quiere, es una nota administrativa.
Entonces se quería acelerar el trámite.
Entonces se deja anotado que se quiere, se se escala a altos mandos, tal vez personas que tenían más posibilidad de acelerar la situación para priorizar el traslado, pero ello no quiere decir que el médico porque no es una nota médica.
Haya ordenado que la remisión sea prioritaria, solo que de manera administrativa en el proceso de referencia y contrarreferencia se quiso acelerar un poco más la cosa y se dejó anotado, que se escalaba un poco más a altos mantos para priorizar, pero no quiere decir que la indicación méd.
Sea prioritaria la remisión.

* **DIEGO PARRA RL CRUZ ROJA**

Hace cuánto representante legal de la Cruz Roja.
Hace aproximadamente 2 años.

En el punto donde lo atendieron. ¿Qué nivel es ese centro 123?
Urgencias exclusivamente de baja y mediana complejidad.

Gracias, simplemente es para manifestar el despacho que de la atención brindada en la Cruz Roja se evidencia que el señor Erminsul llega sobre las 6:30, aproximadamente de la mañana, que dentro de las observaciones se hace referencia que primero había algo de automedicación que registra la historia Clínica y segundo, que llevaba como un día Con la patología que refirió que se describió ya dentro de la consulta, se da la valoración, se da una medicación que es pertinente y oportuna y pues

* **RL EQUIDAD- DAISY CAROLINA LOPEZ**

Sí podría explicarme a qué hace referencia.
La exclusión que ustedes plantean en la demanda relativa a perjuicios ocasionados por enfermedades de carácter contagioso.
Doctora, puntualmente esa exclusión en este caso, como se estaba hablando de una neumonía entonces catalogada está como una infección. Cuando el perjuicios digamos que se esté reclamando provenga de un hecho que esté relacionado con ese tipo de enfermedad.
Entonces se ha pactado como una exclusión de cobertura, es puntualmente eso
Entonces, cuando cualquier paciente entre por un virus que supone una infección, la póliza no cubre responsabilidad por el manejo que se le da. Ese tipo de enfermedades.?
Puntualmente, digamos la enfermedad que sea catalogada como una, como una infección tal cual, como lo dice la póliza, digamos sí sería puntualmente así.

¿Ningún virus que supongo una entonces qué cubre?

Bueno, la extensión de la cobertura hace referencia a un amparo de responsabilidad civil profesional, que es en este caso como el asegurado es la EPS compensar cuando las ips con las que tiene convenios y los profesionales que prestan sus servicios en esas ips.
No cubren por pacientes que entran con una enfermedad contagiosa. ¿La pregunta entonces es, qué cubren?
cubre por decirlo así, las malas prácticas que se les imputen a los médicos en el ejercicio de esa actividad profesional.
Si si el error o la falla está en manejo de enfermedades infecciosas, cubren o no.?
de Acuerdo con la exclusión no, pero hay un sinnúmero de enfermedades que, digamos, no están relacionadas con infección, pero podrían ser catalogadas como omisiones al personal de salud, eso se encuentra dentro de la cobertura.
¿Entonces, qué cubre
OK, yo le entiendo. ¿Ampara la eventual responsabilidad de compensar en el manejo de enfermedades no contagiosas todas las demás? Quedan por fuera, sí.

correcto
¿El valor asegurado en esta póliza que motiva su llamamiento se ha reducido por algunas otras reclamaciones o se ha agotado?
No doctora.

Ha mencionado usted en respuesta anterior que no cubre cuando me e excusas y quizás no le parafraseo de manera adecuada cuando el manejo, cuando la digamos cuando el reproche está relacionado con el manejo que se le brindó a una enfermedad infecciosa, es es así.
si dra si gusta, podemos revisar puntualmente lo que dice la exclusión, o sea.
Creo que no sería conveniente que yo en este momento haga como juicios de que aplicaría o no.
Ahora la lectura yo la lectura ya la hicimos, lo que queremos es que nos lo explique. ¿Cuál es el alcance de eso entonces?

Su Señoría, o si la podemos proyectar en pantalla.

dice, los efectos de ese suplemento se añaden las siguientes definiciones, enfermedad contagiosa.
Alteración de la salud causada por la infección, presencia y crecimiento de agentes biológicos patógenos en un huésped humano u otro animal incluyendo a título Enunciativo pero no limitativo, cualquier bacteria, virus, moho, hongo, parásito u otro vector y cuyos agentes biológicos o sus toxinas se transmitan Directa o indirectamente a personas infectadas por contacto físico con una persona infecciosa.
Consumiendo alimentos o bebidas contaminadas.
Contacto a personas infectadas por contacto físico con una persona infecciosa consumiendo alimentos o bebidas contaminadas, contacto con fluidos corporales contaminados.
Contacto con objetos inanimados contaminados, inhalación mordida de un animal infectado, insecto garrapata o cualquier otro medio.
Enfermedad contagiosa incluye enfermedad contagiosa enumerada y en una lista siguiente, la póliza también define qué es una enfermedad contagiosa numerada.
Entonces, ahí nos indica, significa la enfermedad del coronavirus 2019 COVID-19 cualquier otra enfermedad causada por síndrome respiratorio agudo, severo coronavirus, SARS COV 2 o cualquier enfermedad causada por cualquier mutación o variación de tal enfermedad. ¿Entonces esa?
Es simplemente hay que atendernos a las disposiciones que trae la misma póliza, que son estas, o sea, el alcance es simplemente el que nos enuncia la póliza
pregunta- Voy a leer el número, el uno dice que se Añade la siguiente exclusión a la cláusula Exclusiones más abajo, dice de cualquier reclamación derivada de basada en relación de Contribuida por o atribuible directa directamente en todo parte a cualquier real alegado sospechada:
A transmisión.
Con esto, señora representante querría decir el clausulado que la responsabilidad que está excluida es aquella derivada de la exclusión, no del manejo de las enfermedades contagiosas. Nos explica por favor.

voy a tratar de voy a tratar de reformularla cuando hable de enfermedades contagiosas. Habla de transmisión, usa la expresión transmisión, entonces la exclusión implica que no cubren responsabilidad de compensar por el manejo de pacientes que ingresan con una enfermedad contagiosa o infecciosa o.
Pacientes que hayan adquirido una infección o una enfermedad contagiosa intrahospitalaria. No sé, doctor así, eso era lo que quería indagar.

Entonces, precisamente, dice transmisión de cualquier enfermedad contagiosa, entonces eso lo vamos a catalogar como la enfermedad que se adquiera de manera hospitalaria. Sí, o sea, la exclusión está relacionada con eso, o sea, con el manejo de la enfermedad que se adquiera pero en la institucion.

* **JUAN SEBASTIAN CARO HERNANDEZ RL CHUBB**

Dentro de Las de la póliza o del negocio de seguro, por el cual se llama a CHUBB que es de aquellas pólizas que tienen cláusulas claims made, se cumplen esos requisitos?

Efecto doctor acá en este caso podemos llamados por 2 pólizas, la modalidad de cobertura con usted lo advierte, es una modalidad sobre reclamación y en este caso, la primera reclamación de la que se tiene conocimiento es la notificación para las 2 aseguradas de la admisión de la demanda.
Entonces digamos que bajo ese supuesto con la primera reclamación de que se tiene conocimiento al momento, efectivamente por parte de la de los asegurados.
Sí se daría la cobertura temporal teniendo en cuenta la modalidad que contienen esas pólizas.

**FIJACIÓN DEL LITIGIO**

Bueno, como hechos que podrían tenerse por relevados de pruebas y así están de acuerdo en todos los intervinientes. Sería el parentesco entre señor Erminsul con sus padres, hermanos e hijos, estaría en discusión lo relativo a la compañera permanente.
Estaría probado y no habría discusión que el señor estaba afiliado a través de la caja de compensación EPS de compensar.
Y tampoco habría discusión que las 3 demandadas prestaron la atención y servicios en salud al señor Erminsul.
no hay discusión en la muerte del paciente, Ni los resultados de la autopsia y qué refieren una neumonía bacteriana, los demás aspectos o hechos serían materia de prueba y pues lo que debería resolver el juzgado en este caso es determinar si hubo o no alguna responsabilidad civil médica en ese proceso y de atención sí lo.
Hubo si ello causó daño en los demandantes. ¿Cuál sería el perjuicio a indemnizar? Y si las llamadas en garantía están obligadas a pagar la eventual condena que soporten algunas de las demandadas..

**PRACTICA DE PRUEBAS**

* **DR WALTER ANDRES RIAÑO DAZA**

**Medico de cruz roja, dice que era medico general** y trabajó hasta 2018

No recuerda al paciente, le facilitaron la historia clínica

Dice que ve la historia clínica un paciente joven, con síntomas respitatorios, estado gripal, signos dentro de lo normal, no refirió ningun antecedentes, síntomas como de un resfriado común.

es habitual dentro de la sintomatología de un resfriado, ese dolor en la región external, con una intensidad de 6 a 10.?

baja intensidad porque dentro de las infecciones normalmente presentan dolores poliarticulares y eso es una articulación que se llama la articulación condroternal, sí?
Entonces sí es habitual.
Las siguientes también son sintomatologías O eventos asociados a un resfriado común, rinorrea y Alina y Porexia y fiebre.?
Sí, sí, sí, sí, Claro.

¿Cuál es el el el? El proceder del médico cuando ingresa por urgencias.
¿Eh? Pues primero la mirar, por ejemplo, el tema de interrogar los antecedentes. Sí, si es un paciente que tiene algún riesgo.
No sé para hacer una enfermedad diferente, sí, pero pues yo encontré que el señor no me refirió. ¿Antecedentes? Sí.
Bueno, el tema, por ejemplo, de la edad, sí.
La los signos vitales sí, y la exploración física.
¿Bueno, una frecuencia cardiaca en nivel Normal por latidos, entiendo cuánto es.?
Lo normal es de 60 100.
¿Y una frecuencia respiratoria también digamos que normal, cuánto es?22. En un adulto.
¿Una saturación de oxígeno niveles normales, cuánto es**?**
Lo normal sí. A ver.
Eso depende mucho de la ciudad, pero por ejemplo en Bogotá se tolera que sea por encima de 8990 por los 2600 m de altura. ¿Sí, ah, si tú estás por encima de eso, se, o sea, uno asume que está bien

 podría explicarme qué significa la sigla Glasgow?

¿Es eso? Eso es una escala que valora el nivel de conciencia. Sí, siendo 15 lo óptimo.
Y uno, pues lo peor.
Entonces creo que tiene la puntuación más alta, o sea, es un paciente que neurológicamente está bien.
¿Bueno, tiene usted conocimiento? ¿Qué pasó con este paciente luego de que sale de la Cruz Roja?
No, no, no, no tengo conocimiento.

En el campo médico. ¿Usted tiene alguna experiencia en el manejo de enfermedades, Neumonía?
Sí, Claro.De pronto, explicarme contarme la experiencia que tiene en el manejo de este tipo de enfermedades.

pues yo la adquirí, porque a ver, yo soy médico egresado desde el 2013 de la Universidad Juan N Corpas, vale trabajé en un hospital.
Cardiovascular sí, trabajé bueno, hice mi año rural también en un hospital o una clínica de segundo nivel, bueno, y desde el 2013, pues hasta hasta el día de hoy, pues es una enfermedad que es común.

entonces ahora sí. Me estaba mencionando que existe la neumonía adquirida por Comunidad ¿Podrá explicármelo?
¿Pero sí es un tipo de neumonía que es la más común, vale
Y básicamente, pues el tratamiento va enfocado a donde yo lo debo hacer. Sí, sí lo tengo.
¿Por qué? Es una infección y de acuerdo a las características del paciente, hay clasificaciones en las cuales uno se puede tratar el paciente en casa.
Se puede tratar en el hospital o incluso, pues se debe tratar en una unidad de cuidado intensivo.
¿Bueno, hablemos del último caso, en qué eventos?
Un paciente que tiene una infección pulmonar que podría ser neumonía.
¿En qué eventos o bajo qué criterios o qué sintomatología me indica a mí que debo manejarlo En UCI.?
Bueno, principalmente.
Es es algo muy clínico, sí, pero por ejemplo, el hecho de que el paciente tenga más de 65 años es un punto.
Sí hay diferentes escalas, la que se utiliza o la que se utilizaba, digamos en aquella época y que es muy utilizada en América es una que se llama el Curp 65.
Sí, y básicamente, pues mira los antecedentes de la persona y la edad, y ve unos análisis clínicos O unos laboratorios Resultados de laboratorio
¿Bueno, y qué análisis clínicos y resultados de laboratorio me indican a mí que debería manejarlo En UCI.?
Pruebas de función renal
Bueno, el tema, por ejemplo, de la frecuencia Cardíaca yo hace mucho que realmente, pues no trato esa esa escala porque es algo que digamos acá en Europa no se utiliza, sí, acá se utilizan otras escalas, pero normalmente iba por edad y por temas y los análisis clínicos.
Bueno menciona función renal y función cardiaca. De pronto recuerda los rangos de esa escala que no me sugerirían que debo manejarlo. En UCI no recuerda.?
No, realmente, como como como le comento, de que es una escala que a nivel de Europa varía mucho a las de América. Sí, y desde el tiempo que estoy trabajando acá realmente no recuerdo bien los los datos, sí.
Pero Ejemplo es que es que tiene neumonía, tienes que escuchar.
la auscultación algún tipo de ruido o el paciente tiene que estar desaturado los niveles de oxígeno en sangre tienen que disminuir.
¿Y un paciente está desaturado a partir de qué porcentaje?
Como le comentaba en Bogotá los estudios dicen Del Instituto Neumológico en Bogotá. Recuerdo que decía que era por debajo de 89.
Sí, bueno, entonces me dice que 89.
¿Si la saturación de oxígeno me registra 84%, qué debo hacer como médico?
Bueno, pues yo tengo que iniciar con análisis clínicos, con laboratorio, mirar el tema de no sé. Pues es que yo tengo que valorar muchas cosas sí. O sea, es algo que que, a pesar de que bueno hay que mirar análisis clínicos y depende también el lugar donde esté, donde yo esté. mirar el tema de una radiografía. Sí, colocar el tratamiento Y es prácticamente eso.
¿Y qué es la presión sistólica?
¿La presión sistólica es una presión que ejercen que se ejercen los vasos y que me da también, pues, un parámetro vital, un o un signo vital
¿Y la presión sistólica es normal en que número o partir de qué número es normal?
Bueno, normalmente la sistólica se ve que esté entre 100 y actualmente 140. Sí.
La presión diastólica?
La presión diastólica también es un es igual, es un parámetro vital y también se identifica, pues que esté en rangos 70. En esa época eran como 70, hasta 80.
¿Si es de 55, qué me indica?
Bueno indica que está pues baja.
¿Y cuándo tengo entonces Una presión diastólica baja y una saturación de oxígeno baja. ¿Según lo que me he explicado, qué debo hacer?

Más importante es iniciar el tratamiento, sí estar tratamiento para tengo que mirar los otros síntomas, sí. pero normalmente cuando encuentro eso, pues uno lo que hace es que se coloca oxígeno. Sí, se colocan inhaladores. ¿Vale hablando de hablando de una infección respiratoria, no? se pone oxígeno, se colocan inhaladores, se colocan líquidos y uno va mirando la respuesta. Sí, yo tampoco puedo iniciar por ejemplo, con medicamentos normalmente, pues muy agresivos, porque al final son sustancias que son ajenas al cuerpo y cada paciente pues actúa de manera diferente, normalmente para los Tratamientos de enfermedades respiratorias, pues hay protocolos.
Bueno, y en esos entonces tenemos un supuesto de 84% de oxígeno, una presión diastólica baja de 55 si el pulso es de 146. ¿Ese pulso es normal o anormal?

No es un pulso anormal
¿anormal Cuánto debería ser
Debería estar por debajo de 100 como dije anteriormente.
¿Cuando me dijo anteriormente, o sea, cuando hablamos de la presión sistólica, no?
No, no, no, no. La frecuencia cardíaca entre 60 y 100.
Ah, ya ya, ya entonces estaba en 146 y me dice que es anormal, sí.
Y esta está normal, ajá.
Si es un paciente que presenta dificultad respiratoria, dolor abdominal.
Dolor torácico con una evolución de 3 días con malestar general que tiene estos signos vitales, saturación de oxígeno de 84%
Presión sistólica de 103 diastólica 55 y pulso 146. ¿Cuál es la conducta a seguir de un médico en urgencias?

Es iniciar con soporte de líquidos sí.
Con soporte de oxígeno.
Sí, sí tengo a la mano, inhaladores, antibiótico.
Puedo también iniciarlos Y esperar el manejo. Sí, esperar a ver cómo responde el paciente.

¿Y ese es ese tiempo de espera del paciente, cuánto es?
Ese tiempo de espera, uno lo puede valorar en después de que pase la primera carga de líquidos y pues lo puedo esperar hasta depende también del paciente hasta 2 horas.
¿2 horas ese sería un máximo o un mínimo?
No, porque yo en 2 horas puedo volver a colocar más líquidos. esperar resultados de exámenes de radiografías Sí, eso es como como el mínimo.
Sí, es lo que tardan, como las pruebas en salir y lo que espera que el cuerpo asimile como tal. Después de que uno coloque un tratamiento médico.
porque yo puedo tener una presión baja y después de que coloque eso puede subir un poco Y a partir de ahí puedo empezar a titular Las presiones arteriales.

¿Y con cuánta periodicidad debe hacerse seguimiento a esos signos vitales que hemos visto? lA presión arterial, la frecuencia cardiaca, la respiratoria después de que ingresa un paciente con estos síntomas.?

Bueno, depende, depende del lugar donde yo esté. Sí, porque si yo, por ejemplo, estoy en un lugar donde no tengo monitores y de pronto pues el servicio está muy saturado, va a ser un poco difícil, sí.
Pero si yo estoy en un lugar donde hay monitores, normalmente monitorizan y en cuanto hay un bajonazo brusco de o algún signo alterado, el monitor nos avisa, entonces eso depende el lugar donde yo esté.

¿Si es en una institución de segundo tercer nivel, cómo serían esos tiempos de revisión de toma de signos vitales y lectura de signos vitales?
Es que.
No lo sé decir, la verdad sí sería.
A ver, depende también del personal de enfermería. Sí, es que no te puedo indicar como tal. Normalmente las valoraciones médicas que uno va haciendo va haciendo de acuerdo a cómo salgan los resultados de laboratorio, de cómo el paciente responda sí.
¿De cuánto tiempo digamos actúe? ¿La medicación? Sí, pero normalmente.
Por ahí cada 2 horas.
OK, bueno le voy a mostrar otros resultados que habrán en el expediente, como es dada su especialidad, pues se los pongo en presente para que me pueda señalar más o menos Qué nos muestra. Está bien, así como me ha venido explicando los que lee los que le he mencionado. Estos que tenemos en la pantalla los resultados, alguno de estos es anormal.
Sí, sí, Claro.
¿Cuáles son anormales?
los leucocitos
¿Ajá, deberían deberían estar en cuánto mínimo los leucocitos?
Plaquetas.
No, los leucocitos deberían estar.
No recuerdo eso también. Depende de cada laboratorio, por ejemplo acá en Europa deben estar por encima de 4000

¿Bueno, las plaquetas me dice que deberían estar en cuánto?
Por encima de no recuerdo si son 150000 150?
Sí, algún otro de estos resultados es anormal?

No, y creo que las plaquetas, las plaquetas, creo que no. Bueno.
Los otros yo realmente no los veo tampoco no lo leo. leucocitos sí, los noto muy, muy alterados.
La los niveles de hemoglobina están aumentados, pero bueno, que dice HB.
¿Cuál es hemoglobina acá?
Ah, ya.
Eso también es una ruta.
Eso es una respuesta del cuerpo, sí, pero la verdad, pues siempre y cuando esté alta no hay ningún no hay.
No hay mucho inconveniente, el problema es cuando está bajo.
Y aquí está alta?
Pues está como en el límite superior.
¿OK, entonces, anormal leucocitos? La hemoglobina, ligeramente más alta en lo normal, las plaquetas, muy bajas. ¿Algún otro?

¿Al límite, las plaquetas, las encuentro realmente muy al límite, sabe? Sí.
Al límite, algo más que le llame la atención en este reporte.?
No.
Bueno, entonces usted me me ha señalado la importancia de esperar otro tipo de resultados. ¿Se refería a este tipo de resultados para saber qué conducta asumir? si
Entonces, recogiendo la sintomatología del paciente que ya hablamos.
La saturación, baja que usted me refirió.
¿La el pulso anormal que usted me refirió? La presión diastólica anormal o baja. Que usted me refirió y ahora le suma esto de los Leucocitos Bajos, las plaquetas, al límite y la hemoglobina al límite hacia arriba. ¿Qué conducta asumiría usted como médico?
Pueden observarlo de momento y mirar la respuesta que haga al manejo médico. Realmente lo que llama la atención y lo que lo que realmente llama la atención, sí. Lo que realmente llama la atención son los resultados en la analítica, que yo creería que es, es un es una, es una persona que Tal vez anteriormente tuvo que hacerse un análisis médico de rutina. Sí como para identificar porque estaban bajas. Sí, porque su sistema inmunológico estaba abajo.

Neumonia La presentan muchas personas, sí, pero pensar que una persona joven se complique sí, normalmente se complican aquellas personas que tienen alteraciones en su sistema inmunológico. Sí, y para yo saber si tengo alguna alteración en mi sistema inmunológico, tenía que anteriormente haberme hecho algún examen de rutina, porque es que esas infecciones, normalmente en personas jóvenes no suelen, no suelen complicarse.

Hemos hablado del oxígeno hasta aquí con esta información, el oxígeno que estuviera usado como un médico, la forma de suministrar el oxígeno. ¿Cuál hubiera sido?

Yo hubiese empezado con 2 L, con unas cánula Nasal que se llamaba, pues en Colombia, Cánula nasal, gafas nasales, sí y con ello ir mirando la respuesta.
Que yo tampoco puedo ser tan agresivo al colocar oxígeno porque el cuerpo se vuelve dependiente.

Y, después, quitarle el oxígeno a una persona es muy difícil.
Aparte de eso, qué si los niveles de oxígeno en el cuerpo están también muy altos, el sistema respiratorio Ventilatorio. Él también actúa por, por reflejo, al estar en contacto con él con los niveles de dióxido de carbono. Sí entonces hay un reflejo que utiliza el Cuerpo cuando los niveles de oxígeno bajan, sí, y es aumentar la frecuencia respiratoria, pero pues Claro, el tema, cuál es que yo tengo que poner un tratamiento
Tengo que ir mirando cómo va respondiendo el paciente.
Hasta que hubiera impartido algún tratamiento con antibióticos. Según esta información que hemos visto.
Bueno, sí, pero lo principal es empezar, digamos, con líquido y oxígenos el antibiótico yo no lo hubiera puesto.

¿Sí, la la finalidad de colocar oxígeno cuál es?
Y yo le hubiera puesto.
La finalidad de colocar el oxígeno es que el cuerpo mejore los niveles de oxígeno. Sí que tejidos como el cerebro.
Que tejidos como bueno todos los tejidos son dependientes del oxígeno. Sí que los tejidos Tengan buenos índices de oxigenación, tengan buena oxigenación.

inadecuado suministro de oxígeno puede generar un paro respiratorio?

porque necesito más de 2 L porque no se lo pongo, no sé.O no es posible responder la pregunta con la información que yo le he podido mostrar.?

No funciona asi.
En la en la práctica médica es habitual o Es posible que un jefe de enfermería
Defina la cantidad de litros de oxígeno que requiere un paciente que está atravesando. Digamos que un proceso infeccioso o eso le corresponde al médico.?

Bueno, hay personal de enfermería que tiene formación en eso y al final también son profesionales de la salud

¿Es habitual que ocurre?
Bueno, sí lo pueden hacer, lo pueden hacer.

le voy a mostrar de pronto con mayor claridad. Algunos de sus exámenes de laboratorio clínico, que tanto me ha mencionado. ¿Si a partir de allí usted hubiera tomado una decisión de llevar el paciente a UCI?

de esto que de que usted acaba de observar?
¿Hubiera tomado una línea de tratamiento distinta a la que usted ya me indicó? De pronto, observación, líquidos, oxígeno, eventualmente, antibióticos.
¿Con estos resultados hubiera tomado otra conducta?

* **MEDICO DAVID FERNANDO ORTEGON ARDILA- TESTIGO COMPENSAR**

Soy médico general
Soy docente universitario.
¿Dónde trabaja
Trabajo con la Universidad Javeriana y trabajo con la EPS. Compensar.

¿en 2018 qué hacían compensar?
Presentaba, prestaba servicios como médico general en el servicio de consulta externa en un servicio de primer nivel ambulatorio.

¿Tiene usted de pronto algún conocimiento de por qué se requiere hoy su declaración?

Sí, hace un mes, a través de un correo electrónico.
Me notifican una citación para el día de hoy 20 de mayo por.
Un paciente que fue atendido.
En su momento y llegó a mis manos a mi consulta.
En ese momento para para una consulta como tal, no programada.
Y se le facilitó la historia clínica, tal vez para recordar la atención.
Sí, de hecho yo la imprimí, la tengo aquí en físico como tal, sí.

Bueno y al leer la historia clínica, recuerda de pronto algo en particular de este paciente, que le haya venido a la memoria a leer ese documento.?
Lo tengo presente porque digamos que por esas fechas Estaba cursando por una eventualidad personal, entonces lo tengo como muy, muy presente.
Y algo que me haya llamado la atención después de leer la historia clínica.
Realmente fue un paciente que fue visto en una consulta no programada.
En el servicio de consulta externa y pues yo tuve la oportunidad de atenderlo en su momento y pues brindarle la atención médica desde medicina general en el consultorio.
¿Bueno, y qué? ¿Y qué recuerda que?
¿Un tratamiento le dio o qué indicaciones le dio ante la situación que motivó la consulta?
OK, era un paciente que venía con un diagnóstico de gripa, fue comentado por la enfermera jefe.
Quien encontró un espacio dentro de mi agendamiento de un paciente que creo que no había venido, me llama a mi consultorio y me pide el favor de que lo atienda yo le dije, perfecto, yo lo atiendo. Abrimos el espacio dentro de la consulta porque era un paciente Que no estaba programado, de hecho, fue una consulta no programada.

El paciente ingresa a la consulta, viene con un familiar, señor, no me acuerdo bien que ue qué vínculo familiar tenía con él. Llega en silla de ruedas, me llamó la atención porque me habían dicho que era un cuadro gripal.
Entonces yo dije, pues en silla de ruedas me llamó un poquito la atención, pero cuando lo vi que entró a mi consultorio, pues yo lo vi como muy malito para hacer simplemente un cuadro gripal.

Lo examiné, me llama la atención al momento de hacer la atención médica.
Pues que el paciente está taquicardico, que tiene la atención un poquito bajita, que presentaba dolor abdominal.
Básicamente, eso no era muy buen informante, ni él ni el acompañante, la información no era muy clara, al parecer había recibido una atención médica en otra IPS hacía uno o 2 días atrás habían dado el alta con un diagnóstico de, pues según lo que ellos me Cuenta como un resfriado común o algo alguna infección, al parecer de tipo viral. Yo lo veo y pues yo digo, este paciente está con la tensión bajita, está taquicárdico y hay como un sexto sentido que le dice a uno como médico, este paciente no está bien.
Y para hacer un cuadro gripal, pues a mí como médico y después de haberlo valorado yo Determino que este paciente es mejor remitirlo a un a un mayor nivel de complejidad porque pues nosotros somos un primer nivel de complejidad de consulta externa, no tenemos urgencias, no tenemos observación, no hay hospitalización, no hay el equipo idóneo que se puede manejar en un segundo o en.
Un tercer nivel para, digamos que hacer todos los estudios pertinentes.

Aún así, dentro de los servicios que prestamos en primer nivel ambulatorio, hicimos todo lo que teníamos que hacer.
El paciente queda en observación, se le entrega a la médico de consulta no programada que está en el primer piso. Se lo comento a la doctora, le digo, mira, este paciente me llegó así en estas condiciones, al parecer por un cuadro gripal, yo no veo que eso sea.
Un cuadro gripal pensaría que puede ser un desequilibrio Hidroelectrolítico, no hay cómo hacer laboratorios, repito, no es un servicio de urgencias, no es un servicio de hospitalización y no tenemos laboratorio 24 horas, de hecho, hay una toma de muestras en horas de la mañana para pacientes de consulta externa, el paciente.
Con la tensión bajita y un poquito taquicárdico la saturación un poquito baja.

Yo se lo entrego a ella y ya le pone su oxígeno. Decidimos canalizarlo.
Lo dejamos en observación y montamos digamos que a través de la parte administrativa todo lo que es referencia y contrarreferencia para remitirlo a un servicio de mayor complejidad a un segundo o tercer nivel, el paciente se queda con nosotros para estabilizarlo.

Digamos que lo logramos estabilizar los signos vitales de entrada en mi consulta, cuando él sale, mejoran un poco la desaturación mejora la presión, mejora un poquito, sigue taquicárdico.
Él está con nosotros durante la tarde y ya sobre las 8:00 de la noche llega la ambulancia y lo traslada. Creo que a un segundo nivel.
Para esa época había un a ver una clasificación de urgencia de traslados o todos se manejan de la misma manera.?
No, yo repito, nosotros no tenemos un servicio de urgencias, esto es un servicio ambulatorio de consulta externa.
No hay, no, no, no hay como tal, pero digamos que en el momento en el que un paciente requiere un mayor nivel de complejidad, la ruta es remitirlo a través de referencia y contrarreferencia, que no depende tampoco ni siquiera de la IPS, sino de una compleja red de de ambulancias que se manejan a nivel distrital y pues ellos ayudan también a ver dónde lo van a remitir, a dónde lo van a recibir.
¿Están lejos y corrija usted la pregunta, quiero decirle si el médico de pronto define que se trasladó al margen de esa parte administrativa, es urgente, prioritario, nota prioritario o esa clasificación, digamos el médico no la define para que sea rápido el traslado o más temprano?
Sí, sí, pues digamos que sí, de acuerdo a las condiciones en las que esté el paciente, el paciente, pues estaba. Era un paciente que llegó hemodinámicamente inestable, pero estaba consciente en persona en tiempo, en espacio.
Hemodinámicamente se logró estabilizar en el tiempo en el que estuvo con nosotros.
Y pues digamos que no. No era una urgencia vital, pero sí era importante que lo vieran En un hospital de segundo tercer nivel, o sea, no fue un paciente que llegó inconsciente, que llegó en muy malas condiciones, no, pues él llegó al Consultorio, habló, habló conmigo, habló con la médico del primer piso, con la médico de consulta no programada, y pues digamos que aun lo vimos inestable hemodinámicamente, pues daba el tiempo para que viniera la ambulancia. Finalmente, la ambulancia hubiera podido llegar en 1 hora o en 8 horas, pero pues eso, eso es como como un sorteo, no uno no sabe qué. Qué tan rápido pueda llegar, por muchas cosas que se puedan presentar.
Bueno, si no era una urgencia habitual, entonces vital.
Entiendo que el traslado en 1 hora o en 8 horas dependía como de esa parte administrativas sí.?
Sí como de tal vez de la llegada de la ambulancia sí, muchas veces eso.
Pero desde el punto de vista médico ¿En cuánto tiempo debía haberse dado ese traslado? ¿Para seguir haciendo eso que usted no podía hacer porque estaba en una institución o en una junta de primer nivel?
No, yo realmente no podría decirle en cuánto tiempo debía darse ese traslado.
No, no hay un protocolo como tal fijo, para yo decir que debe ser en un tiempo estipulado, eso no depende del médico. Sí, uno hace una uno hace una valoración médica del paciente, pero ya al tiempo como tal no depende de uno, sí.

Sí, entiendo que no dependa, pero en la sintomatología de esta persona, el traslado debía esperarse en cierto tiempo desde el punto de vista médico, no administrativo.?

Pues depende también de la disponibilidad de la IPS como tal receptora.
Y pues también depende la alta demanda y pues la oferta tan limitada que hay del servicio con respecto al traslado de ambulancia como tal de del paciente o de un paciente.
Bueno, entonces acá leemos que es una radiografía de tórax, un cuyo hallazgo es el que podría ser negativo, opacidades alveolar mal definidas en ambas bases pulmonares con signos de derrame pleural bilateral

¿Bien hasta acá entonces lo que quiero preguntarle es, dada su experiencia, si usted encuentra un paciente con esta sintomatología, que ya había sido trasladado de una institución de primer nivel, cuál sería la conducta desde la perspectiva médica que debería adoptarse?
Bueno, claramente por ampliar exámenes.
Si bien son exámenes Que no son, digamos que no, de una forma inmediata, no le permitirían a uno hacer un diagnóstico definitivo, probablemente hubiera necesitado otros exámenes complementarios.
¿Creería Yo no sé si él tuviera de pronto una condición de base, algún tipo de enfermedad inmunosupresora que hubiera bajado sus defensas, y estuviera, digamos que, favorecido como tal la evolución tan rápida de un cuadro infeccioso. Lo desconozco y al momento, de preguntarlo indagarlo.
Al momento que yo tuve contacto con el paciente, pues realmente no, no informaron nada.
La radiografía de tórax. Pues sí, Claro, obviamente muestra que hay un proceso infeccioso a nivel pulmonar.
Pero pues digamos que estos son hallazgos que yo desconozco, o sea no hasta hoy tengo yo contacto con este tipo de información. Para mí esto es una novedad.
O sea, yo no lo que les decía inicialmente desde el primer nivel ambulatorio de consulta externa no tenemos opción de pedir una radiografía, ni mucho menos, unos gases arteriales. Eso normalmente se hace en segundo tercer nivel, el hemograma, si bien es cierto le permite a uno saber si hay un proceso infeccioso o inflamatorio, pues finalmente nos habla de una condición que puede ser aguda o que puede ser crónica Y como realmente no conocíamos, si hay antecedentes previos de alguna comorbilidad que pudiera estar afectando todo su sistema inmunológico, pues realmente también termina siendo como muy inespecífico, un hemograma.
Bien decía un profesor mío, es en biología que un cuadrito hemático. No se le niega a nadie se le puede hacer a todo el mundo, pero no es un examen que le permita uno determinar la gravedad o la progresión de una enfermedad de un paciente. pero lo que les digo pudiera ser que el paciente tuviera alguna condición o alguna comorbilidad Algún tipo de enfermedad que pudiera generar algún tipo de inmunosupresión Y eso de pronto hubiera favorecido que la infección aguda progresara de una forma tan rápida.

la pregunta es, si usted tiene a la mano esta información que arranca desde las 11:40 de la noche hasta la 1:00 de la mañana. ¿Qué conducta como médico hubiera asumido si hubiera estado en la otra institución de segundo tercer nivel?
¿Qué hubiera hecho? Le pone, no sé, lo manda para la casa, lo hospitaliza, lo lleva. ¿Uci lo lleva a observación, lo lleva, no sé qué, qué hubiera hecho usted desde el punto de vista médico?
OK, claramente como médico general. Yo me tengo que apoyar en las especialidades médicas, yo hubiera pedido también otro concepto de un profesional o un especialista.
¿Que pudiera ser un médico internista de turno como para, digamos que pudiera aclarar el diagnóstico y muy seguramente de ahí se hubieran derivado la realización probablemente de otros exámenes de la mano del concepto del especialista, qué hago yo con este paciente? Claramente este paciente se queda Hospitalizado sí se queda hospitalizado y lo más seguro es que se le hubiera pedido concepto por medicina especializada o por una urgenciólogo, un médico internista, pues lo que tuviera a la mano que me ayudara a esclarecer a tener un diagnóstico más Claro del
Cuadro clínico y lo dejo hospitalizado para seguir haciendo estudios complementarios.
¿Alguno de estos exámenes o La suma de todos estos resultados hubiera implicado un manejo por en unidad de cuadro intensivo. Depende de lo que hubiera dicho la especialidad.

Yo no me hubiera ido por una decisión de una unidad de cuidado intensivo como médico general y por protocolo eso no lo digo yo, no la toma el médico general.
Uno se tiene que apoyar en un médico especialista, siempre en un segundo nivel, en un tercer nivel siempre va a haber una especialidad médica.
Yo puedo tener un concepto, pero es finalmente el especialista y el jefe de la unidad quien determina si este paciente debe ingresarse a unidad de cuidado intensivo. Obviamente, después de haberlo valorado y tener a la mano, eso si de pronto otros estudios complementarios, sí, otro otro laboratorio Complementario.

Manejo con medicamentos oxígeno. ¿Hubiera decidido alguno de acuerdo solamente a estos exámenes, además de acudir a un especialista en el mismo en la misma institución?
Dentro de la atención básica inicial que uno le hacía a un paciente con alguna de saturación, independientemente de la causa, es poner oxígeno. Claramente necesitaba, pues una dosis muy bajita mientras estuvo con nosotros.
Realmente el requerimiento de oxígeno no fue alto y se mantuvo bien, se mantuvo estable al punto de que la saturación mejoró mientras estuvo en la observación con nosotros y Sí, digamos que hay que canalizarlo y tener una vía aérea y unos niveles de oxigenación óptimos, pues digamos que favorecen como tal el deterioro como tal del paciente. Sí, pero pues de acuerdo a la evolución y cómo lo vaya uno revisando en la medida que vaya evolucionando el.

**que otra medida hubiera tomado?**
Aparte de hospitalizarlo ponerle sus líquidos.
Es que realmente, pues me estoy basando en los exámenes que me acaban de presentar.
Tomar la decisión de iniciar algún tratamiento como tal.
Hubiera dependido también de la toma de otros exámenes, probablemente complementarios, y muy seguramente, del concepto del especialista que hubiera estado conmigo o por lo menos yo trabajo así. Yo cuando veo un paciente en urgencias que me llega con estas características y muy seguramente con estos laboratorios y con Estas imágenes diagnósticos, muy probablemente, yo no me quedo con mi concepto, para eso existen las especialidades médicas y muy probablemente yo me hubiera, digamos que amparado en el concepto de un médico especialista antes de tomar una decisión fuera farmacológica o toma de exámenes para ser muy objetivo con El diagnóstico, no disparar un montón de exámenes a ver a qué le pego, sino como ser muy muy objetivo, tanto con una decisión farmacológica y la toma de unos exámenes complementarios. Yo trabajo de esa forma. Hace mucho que no trabajo en urgencias, mucho tiempo, Pero yo cuando estuve en urgencias yo siempre me apoyaba en alguien que supiera más que yo o por lo menos 1 médico más experto que llevará más tiempo en un servicio de urgencias.

Doctor Ortagón, devolvámonos un poquito a lo que fue su atención del señor Erminsul, por favor, manifiéstele al despacho. Si en el momento en el que usted lo atendió el paciente presentaba algún signo de deterioro neurológico, algo que usted le pudiera pensar o hacer presumir que tenía una alteración de ese nivel?

no, el respondió todas las preguntas.
¿Doctor Ortega previamente, usted nos ha manifestado que el paciente y su acompañante eran mal informantes, usted le puede aclarar al despacho qué es un paciente, un acompañante mal informante?

doctor Ortegón. Yo le pregunto durante el tiempo que estuvo el paciente en la unidad de servicios de compensar, presentó descompensación después de que fueron instauradas las conductas médicas que usted nos comenta.?

No, no, no, no, de hecho.
El paciente logra estabilizarse un poco después de ponerle los líquidos. La presión arterial mejora después de ponerle el oxígeno o la saturación, mejora obviamente sigue taquicárdico.
Pero pues era algo que no podíamos controlar ahí y no teníamos la forma de saber qué era lo que lo estaba produciendo. Por eso la digamos que la decisión de de de remitirlo a 1 segundo en tercer nivel para estudios complementarios y apoyo con medicina especializada, pero él No se desestabilizó mientras estuvo con nosotros, estuvo estable.

¿Como está doctor Ortegón, tengo varias preguntas, usted dentro de su atención o dentro de lo que usted verificó? ¿Usted nos indicaba que tuvo contacto con la médica de medicina prioritaria y conoció, digamos, cuál había sido la evolución del estado del paciente? ¿A usted le refirió el paciente o?
Alguno de sus familiares o conoció de la de la evolución del paciente que hubiese presentado un cuadro de diarrea o cuadros de alteración del estado de conciencia.
¿Nadie le refirió a eso, perfecto?
No.
Dentro de la atención que la podrá compensar, le puso de presente, le informaron, aparece que usted solicitó un electrocardiograma. ¿Cuál era la finalidad de ese electrocardiograma?

Sí.
Él, dentro del motivo de consulta, manifestaba que tenía dolor en el pecho, sí, dolor torácico.
¿Digamos que este es un servicio que si bien es cierto, no es de primer nivel, pues contamos con él la toma de electrocardiograma y pues queríamos descartar que tuviera algún cuadro agudo, no sé asociado a enfermedad coronaria o un proceso cardíaco que estuviera ahí circulando en ese momento?
Entonces por eso
Más por el motivo de consulta de hecho, si hay médicos allí, cuando uno o un paciente le refiere dolor torácico de características como atípicas. Pues digamos que el examen de primera elección siempre va a ser un electrocardiograma.

Teniendo en cuenta que por el cuadro clínico que refería al paciente se debía sospechar o era necesario o era posible sospechar, digamos un cuadro de origen cardíaco. La solicitud de un nuevo electrocardiograma con un examen de troponina estaba indicada.?

Probablemente sí, sí, Claro. En un mayor nivel de complejidad. Normalmente se hace. Eso es una conducta que normalmente se hace.

A mí me llega un paciente con un electrocartograma de consulta externa y no siendo muy odioso con la respuesta pudiera decir que yo no le paro bolas a ese electrocardiograma, porque pues un electrocardiograma de un servicio de consulta externa pareciera que no tuviera la misma validez que Uno de tomado en urgencias.
Pero si me llega con un electro, yo tomo otro electrocardiograma, si el paciente me refiere que tiene dolor torácico y probablemente hubiera pedido unas enzimas cardiacas.
el otro examen se llama troponina

me puede explicar qué es ese examen?
La troponina es un examen que en un servicio de urgencias se le solicita a un paciente en el que se sospecha Un cuadro de infarto, sí.
Digamos que una isquemia cardiaca, una cardiopatía isquémica sea el origen que sea, entonces uno lo solicita y si te llega con dolor torácico digamos que es uno de los exámenes de primera elección que se debe solicitar.
Gracias, doctor doctor. ¿Una pregunta adicional, usted mencionó al cuando la juez le puso de presente algunos de los resultados de los paraclínicos que se tomaron en otra IPS diferente a la de la atención suya?
Usted hizo alusión a que, en virtud de algunos de los resultados, entiendo yo que aparte de algunos de los resultados del cuadro hemático que se le tomó al paciente, podría sospecharse una patología o una enfermedad autoinmune que debía haber presentado el paciente. En ese sentido, en ese sen.

Probablemente sí.
La solicitud de un examen de VIH era pertinente para estudiar el cuadro clínico del paciente.
Probablemente habría que descartar alguna patología de tipo autoinmune, pues de tipo inmunológico inmunosupresora. Perdón.
Hubiera cabido la posibilidad de hacerlo, sí, una prueba rápida, sí, pero se pudiera contemplar

* **MEDICO ANGELICA MARIA DEAZA ANGULO**

Médica general.

Desde el 2017 estoy vinculada con compensar laboralmente.

La información que tengo de la notificación que me hicieron es porque el paciente, pues tuvo complicaciones posterior a la valoración que se utilizó en las 9018 en compensar y pues para desafortunadamente fallece.

¿Tuvo usted acceso a la historia clínica previo a venir a esta diligencia para recordar de pronto al paciente o alguna situación particular de la atención?
No la, la verdad sí es muy complicado ya mucho tiempo 2018 es mucho tiempo, no, realmente no. Muchos los pacientes, pues que vemos a diario y en general, pues también las revisiones que en esa época.
Ah, bien, pues siempre se manejaban, pues eran también, digamos que mucho los pacientes.

Conoce usted a David Fernando Ortegón ardilla.

si, es mi es compañero de compensar, colega
De la lectura de la historia clínica de compensar, donde pues aparece el y usted dentro de algunas de las notas clínicas aparece que el señor, el médico David Fernando le entrega a usted el paciente, el señor Erminzul enciso Martínez, de la lectura que usted hizo por qué se le entrega al paciente y para qué.

De la lectura que hice la revisión de la historia clínica, lo que veo, lo que revisé, pues es que mi compañero lo valore en una consulta externa.
Con un antecedente de más o menos 4 días de evolución de cuadro de paró como digamos, un gripal. Escribía ahí que estaba con y había sido valorado en Cruz Roja 4 días antes.
Y que el paciente reconsulta nuevamente porque persiste con malestar general algo de dolor torácico, no ir radiado y lo encuentra descompensado. Por ese motivo, decide considerar de hacerle dejar el paciente para hacer una remisión para una valoración más integral en 1 segundo o tercer nivel.

Bueno, y podría de pronto Precisarme. ¿Qué hallazgos en particular eran los que motivaban ese traslado a una institución de mayor nivel?

Mi colega describe inicialmente que lo encuentra en la en la consulta, en la valoración que él le realiza, una hipotensión, una taquicardia y algo de saturación de oxígeno. Y al encontrarlo es inestable, pues con esos signos vitales.
Él considera descartar un trastorno hidroelectrolítico.

¿Eso qué es? Es deshidratación.

Una de esa de deshidratación correcto y por ese motivo pues decide el paciente, pues no sería pertinente que se fuera de pronto por sus propios medios y decide dejarlo para, precisamente hacer el proceso ya dentro de la misma IPS

En ese procedimiento de referencias y contrarreferencias hay algún tiempo máximo estipulado para que el traslado a la otra institución de mayor nivel se de en términos de horas, minutos, días.

No doctora, pues él desafortunadamente, digamos que eso depende es de la posibilidad que haya en las instituciones De aceptar el paciente de acuerdo a la disponibilidad, que también tengan ellos de camas de atención del número de pacientes que tengan en ese momento precisamente.
Para valoración, o sea, no hay un un rango específico de tiempo, sino pues obviamente.
El proceso se inicia con el fin de que pues la valoración sí se haga, no de forma ambulatoria y no, pues bajo el proceso obviamente de un seguimiento precisamente médico y supervisado.
No, pero pues no hay un tiempo específico.

Gracias doctora Deasa en esta historia clínica que estamos viendo aquí, en esta evolución general, dice en la parte de su de subjetivo, 2 puntos, dolor abdominal, mejoría de dificultad respiratoria familiar. Refiere que sobre las 9:00 AM se tomó un losartán por equivocación.
¿Usted le puede aclarar al despacho qué papel tendría la ingesta accidental de este medicamento en el cuadro que presentó el paciente?

Si él toma y no es hipertenso, efectivamente también puede ser la causa directa de una baja de tensión.

Doctora de Asa, usted tuvo la oportunidad de revisar la historia de las anotaciones de la atención que suministró el doctor Ortegón.

Sí, ahí dice que no tiene ningún antecedente
Con eso podría yo concluir que esta información de losartán él no la manifestó en la conducta en la consulta inicial solamente se la manifiestan después a usted.?

Correcto.
Sí, porque es una información que no está en la en la historia clínica inicial.
Doctora de Deasa, esto permite concluir que estamos ante un paciente y un familiar malos informantes.?

Efectivamente, obviaron una información desde el comienzo, no, no se va, no se no se manifestó, sino hasta posteriormente, que es donde yo lo describo en la historia química, por la misma manifestación del del familiar en ese momento y por eso lo escribo en ese momento en la his.
Clínica.

 ¿Doctora Deasa, una pregunta dentro de las atenciones que usted suministró en la unidad de compensar, usted encontró de al examen físico? ¿Le refirió el paciente o su familiar? La presentación de cuadros de diarrea o algún tipo de deposición fétida?
Y hay una descripción en la historia clínica de que el paciente presenta un episodio de diarrea y dolor abdominal. Eso está descrito en una de las valoraciones que se le realizó
Este cuadro de diarrea puede estar asociado con una descompensación que requiriese un manejo adicional. ¿El que ustedes dieron?
Realmente él presentó fue solamente durante el momento que estuvo En observación estuvo solamente escrito un episodio de deposición líquida, o sea, realmente que eso nos generara un manejo diferente a la hidratación que se le estaba haciendo con líquidos Para mantenerlo estabilizado, no.

* **MEDICO KARIN LISSETTE CARRASCAL PEREA.**

**MEDICO GENERAL**

un paciente fallecido que se atendió en el en el hospital Meredit, el cual yo atendí en primera instancia cuando llegó al servicio de urgencias y ese paciente pues falleció y pues el juicio es con respecto a la muerte del paciente.

 Hizo una revisión de la HC para rendir su declaración?

Sí, revise la historia clínica.

¿Y quiero preguntarle cómo funciona esa atención por urgencias, cuándo es un paciente que ha sido trasladada de una institución de menor nivel?
Pues depende de la de la de la clasificación, que se le dé al paciente en Triage. Por eso cuando se le da la clasificación de Trías 2, el paciente se, pues cuando se clasifica como una atención inmediata. Entonces el paciente cuando se puede Se debe atender dentro de la primera hora, los primeros 30 minutos de ingreso al servicio.
Se atienden, se le hace la historia clínica, pues de ingreso y dependiendo la patología del paciente, así se toman las conductas con respecto a lo que uno encuentre al ingreso del paciente, el examen físico, las condiciones en las que llegue el paciente y dependiendo de eso, pues se Toman las conductas.

¿Qué hallazgos se encontró en esos exámenes que usted inicialmente ordenó al paciente para haber dispuesto su hospitalización en sala de observación?

Principalmente, la radiografía, la radiografía tenía unos infiltrados alveolares que son muy significativos de un proceso pulmonar infeccioso principalmente. Eso, los hallazgos clínicos que se encontraron en la radiografía y en el hemograma algo que se llama Leucopenia, pues es la reducción de los leucocitos, pues esos fueron como los 2 hallazgos más importantes que se encontraron en los paracílicos que se le tomaron al paciente.

Bueno, podría explicarme lo que encontró en esa radiografía que la alertó para dar una orden de hospitalización.
La radiografía, pues en la historia clínica, en la nota de hospitalización que tenían filtrados alveolares en ambos pulmones. Cuando uno ve esos hallazgos de la radiografía, piensa en un proceso infeccioso a nivel pulmonar.
Entonces, la indicación es hospitalizar asociado, pues a las condiciones con las que llegó el paciente.
Una vez hospitalizado el seguimiento del paciente, lo hace el mismo médico que ordena la hospitalización o ya la atención pasa a otro médico.
No, o sea, no necesariamente el médico que lo hospitaliza es siempre el mismo médico que lo ve. Hay un grupo de compañeros que se encargan de la atención de los pacientes que están hospitalizados.
Puedo ser yo o puede ser cualquier compañero que esté en el servicio, dependiendo lo que se presente.
Enfermería nos comunica o en el momento de la ronda, no necesariamente el mismo médico que lo hospitaliza el seguimiento.

Bien, quiero, quiero mostrarle el siguiente examen, a ver si este fue el que en junto con el resultado de la de las del nivel de leucocitos, fue la que determinó esa decisión de hospitalizada.
Si el paciente ingresó sobre las 20:00 pasadas antes de las 21:00.
¿Por qué esta radiografía se toma hasta las 11:48?
No, a esa hora no se no se tomó la radiografía. Esa es la hora del reporte, pero la historia clínica en la historia clínica, en la nota que yo hago entre paréntesis, coloco pendiente reporte.

Pero a esa hora no le tomaron la radiografía al paciente.

Ya OK listo y de pronto, usted me podría precisar a qué hora se tomó la radiografía.?
Debió haber sido antes de las yo la la orden de hospitalización está sobre las 11:30 más o menos entonces debió haber sido antes de ese tiempo porque la nota mía de hospitalización está como a las 11:36 y no estoy mal entonces de.
Haber sido antes de esa hora.

En su orden, es antes de imprimir el reporte?
Sí, sí, porque el el INFO. El reporte sale a una hora.
Los técnicos de radiología montan las imágenes al sistema y uno puede ver las imágenes antes de que salga el reporte y tomar una conducta antes de que de que salga el reporte. No necesitamos esperar los reportes para para tomar una conducta con el paciente.

OK, listo, entiendo.
Ella tiene la competencia de los pedidos cuando se evidencia estos estos hallazgos de una posible infección pulmonar. ¿Además de hospitalizarse, qué otra conducta debe adoptarse para empezar a tratar al paciente?
La de entrada, iniciar tratamiento antibiótico.
Y solicitar otros exámenes que por la edad del paciente, toca descartar otras causas de esa de ese de esa infección.
Entonces se inició tratamiento antibiótico y se le tomaron otros exámenes complementarios para buscar la causa. Proceso infeccioso.
Y usted ordenó esos antibióticos también sobre las 11:38 me mencionó.?

Y a la hora que se hospitalizó el paciente se le indicó orden de inicio de antibiótico.

¿Y de la lectura que usted hizo de la historia clínica, sabe en qué momento, en efecto, le fueron aplicados esos antibióticos?
No, no lo tengo Claro.
La hora exacta del inicio del antibiótico no la tengo clara.

¿Yesa orden que usted dio era para para aplicar de inmediato o podía tener algún tiempo de espera?

Lo ideal sí es que sea de inicio inmediato el tratamiento antibiótico, pues depende también de mientras se traslada al paciente a la sala de observación, pues lo ideal es que el paciente esté en un lugar óptimo para el inicio del antibiótico.
Porque bueno, me mencionó entonces también que le alertó el nivel de leucocitos. ¿Es correcto? ¿Usted de pronto tiene presente a qué horas usted recibió el resultado?

¿Usted recuerda a qué hora recibió el resultado del hemograma que ordenó?
Sí.
Más o menos sobre las 11:00 de la noche, que es el tiempo que se demora más o menos el reporte de los laboratorios 3 horas más o menos.
Entre las 11 y las 11:30, que fue a la hora que se hospitalizó el paciente. Nosotros tomamos la conducta cuando tenemos los reportes de todos los exámenes, cuando ya salen todos los exámenes tomamos la conducta.
¿Y para el manejo de ese de esos Leucocitos Bajos, qué se requiere?
pues en este, en este caso en específico, porque se era un proceso infeccioso. El inicio del tratamiento antibiótico.

Ajá, OK, además del antibiótico, se requería suministrar algún otro medicamento al paciente o alguna ayuda para para el manejo de su sintomatología.?
Como estábamos pensando en un proceso infeccioso pulmonar el manejo indicado era el inicio del antibiótico. Él no refirió a ningún otro síntoma.
Entonces fue el tratamiento fue enfocado a iniciar el antibiótico, que es la forma como se maneja la neumonía.
Sí tomamos otros exámenes teniendo en cuenta los Loucocitos Bajos y por tratarse de un paciente que no tenía antecedentes de nada. Sí buscamos otros exámenes, ordenamos otros exámenes para buscar otras causas de que esos de que esos leucocitos estuviesen bajo en ese momento, como la causa que.
Se pensó en primera medida, fue la neumonía, se le inició el tratamiento antibiótico y te repito él no refirió a ningún otro síntoma. Entonces solo manejamos la parte pulmonar.

desde que el paciente llegó, estaba con oxígeno por calma, la sal de que entró a la institución.

Bueno, usted me dice que.
O le entendí que el reporte de los laboratorios toma 3 horas.
¿Esas 3 horas son por qué?
Son los protocolos, dependiendo de la urgencia, de cómo clasifique uno La urgencia por denominarlo de alguna manera los laboratorios y el reporte se demora más o menos ese tiempo del laboratorio son protocolos del hospital, pues del laboratorio como tal.

usted encontró en el Hemograma y en la radiografía que motivaron la hospitalización y implicaban la revisión del caso por un médico internista o algún especialista en la institución en ese momento.?

Claro que sí. De hecho, en mi nota contesta de manera conjunta con el doctor García que era el internista que estaba de turno en ese momento.

¿Y la razón de intervención de ese internista por qué es?

Porque por protocolo todos los pacientes que se hospitalizan deben tener una especialidad, en este caso medicina interna.
Todos los, pues todos los médicos generales, cuando hospitalizamos pacientes tenemos el acompañamiento de los especialistas y siempre que se hospitaliza un paciente se debe pedir la interconsulta por los especialistas.

Es decir, que para pues a ver si le entiendo bien cuando interviene el médico internista. Él avala lo que usted define en términos de antibióticos, la forma como se va a suministrar el el oxígeno, la cantidad de litros que se le van a aplicar. Bueno, no sé si.
Estoy hablando de la forma correcta, eso quiere decir que el previo de esos eso él lo revisó.

Sí, Claro que sí.

 Que otros exámenes se ordenaron?

prueba para VIH, hepático

¿ recuerda qué horas ordenó ese ese examen hepático?
Esas las ordenó al momento de la hospitalización.
Pero me dice que no se alcanzó a tener un reporte sobre ese sobre esa prueba, sí.
Pero si el paciente falleció después de las 6:00 de la mañana del día siguiente, de pronto usted podría explicarme cómo es que pudo haber pasado tanto tiempo entre la hospitalización que se da sobre la medianoche, y las 6:00 de la mañana pasadas, que fallece el paciente. ¿Por qué?
No logra verse un resultado.
Porque tiene nota cancelado que fue la que me refirió
Pues no sabría decir exactamente qué ocurrió en ese tiempo, pero pues es.
Supongo que se le tomaron las muestras y hubo no sé, o sea, es que no te sabría explicar el por qué. El laboratorio de pronto no procesó esas pruebas o no, o sea, no, no te sabría decir porque no, no tengo una respuesta para eso, la verdad.

Después de que usted da la orden de hospitalización, me ha mencionado 11:37.
PM, usted volvió a ver el paciente?

Sí, Claro. Hay una nota dentro de esos exámenes que se le solicitaron al paciente, se le solicitó una prueba de VIH es anteriormente por protocolo esa prueba. Los médicos tenemos que Dar una orientación y solicitar la autorización del paciente para que firme esa prueba. Y yo hablé con el paciente sobre las 12:30 de la noche y él me firmó el consentimiento de de la prueba de VIH.

Y cuando usted tuvo la oportunidad de tomar el consentimiento para la prueba del VIH, de pronto advirtió en el paciente algún episodio de convulsión mental, gritos.
¿Una conducta?
¿De desesperación o algo por el estilo?

No.

Recuerda si él estaba acompañado.

No recuerdo, no, no recuerdo, pero si hay una nota mía y que dice que yo salí al a al el paciente estaba en sala de reanimación que yo salí.

¿Y recuerda usted haber analizado el resultado de los gases arteriales que también ordenó? Recuerda de lo que dije yo de la historia clínica.?

Sí lo tengo Claro porque lo leí en la historia.
Sin embargo, pues esos gases que se tomaron fueron los gases después de la intubación.
Son unos gases que tienen los. El paciente tiene una acidosis metabólica y respiratoria, pero son unos gases que se tomaron después de la intubación del paciente.

Intubación. Fue a qué horas.
Las 4:40 de la mañana, más o menos.

¿Recuerda qué medicamentos de antibióticos se le suministraron cuando usted da la orden de hospitalización?
Medicamento que se llama Claritromicina.

los resultados de gases arteriales me podrían determinar la variación de los antibióticos o tal vez el aumento o el incremento de los antibióticos o el cambio de oxigenación en términos del mecanismo o de la cantidad que se le suministra al paciente?

No, no, el tratamiento antibiótico es independiente de esa parte y con respecto a lo del oxígeno.

el paciente puede tener unos gases perfectos y tener un mal patrón respiratorio.
Es uno. Mira más si uno ve los exámenes, pero uno mira más.
La clínica del paciente y en ese momento el paciente, como te dije hace un momentico, no tenía signos francos de dificultad respiratoria.

Por eso estaba con oxígeno por cánula a 2 L.

Sí, usted me dice que este examen no lo miró, que esta prueba no la miró porque no estaba digitalizada porque no aparece en la historia clínica como revisada por usted. Entonces, y pero me ha dicho también que los gases el resultado de gases arteriales es importante mirarlo. Pues Para definir la conducta médica.
Entonces le pido por favor que los lea en este momento y me indique Si de la lectura que usted hace en este momento, cuando conoce este documento, hubiera determinado un tratamiento distinto al que ya venía teniendo este paciente.

¿Acá esta acá es gas, es cierto, listo entonces Doctora De acuerdo a estos, a ver, los ponemos otra vez de acuerdo a estos resultados, usted hubiera Tomado alguna decisión distinta en punto al oxígeno que se le estaba suministrando al paciente o los antibióticos? Le destaco los siguientes indicadores, hemoglobina, esta saturación

Bueno.
Es que lo que te digo y te dije hace un ratico sí hubiese, si hubiesen tomado medidas con respecto al oxígeno, pero son conductas que se hubiesen tomado más teniendo en cuenta la clínica del paciente.

hubiera considerado algún manejo de oxígeno distinto, con base en cuál indicador En este sat 02?
¿Pero es que la saturación, sabes qué pasa? Que esos gases no son muy específicos Hay unos gases que se toman arteriales y venosos, y entonces esa saturación ahí en ese caso no sería confiable.
Que la saturación debe estar por eso, o sea, los valores de la saturación ahí no son confiables.
¿OK, doctor, pero entonces le le pido que desde la perspectiva médica me conteste con base en la lectura que hace de este documento hubiera tomado alguna medida distinta frente a este paciente? ¿Con la lectura de esto que hace en este momento, qué hubiera hecho diferente?

hubiese tomado otros gases para confirmar esa saturación y esos valores que están ahí

O sea, el mismo examen nuevamente.

Sí.

¿Listo? ¿Y qué otra conducta hubiera tomado?
Dependiendo de la clínica del paciente.
Si el paciente te hubiese tenido pues reducción en la saturación, si hubiese tenido signos de dificultad respiratoria, se hubiesen tomado otras conductas asociado al reporte de los gases a unos nuevos gases.
Si sumamos la lectura que acabamos de hacer de los gases que me dice usted, no tienen lectura. Por su parte, en esos días de atención.
Sumando los que ya conocía, Leucocitos bajos. Resultado de radiografía que mostraba una infección pulmonar. Hubiera determinado un manejo del paciente en UCI. Si hubiera revisando los gases lo hubiera planteado al internista?

En ese en ese momento, no.
Un manejo en UCI.?
En ese momento no porque.
No, no, en ese momento. Hoy conocidos los resultados de los gases?
Teniendo en cuenta, teniendo en cuenta la clínica del paciente, no porque era un paciente que no tenía signos de dificultad respiratoria.

¿Y los signos de dificultad respiratoria cómo se manifiesta?

Algo que se llama Tirajes Intercostales que son los músculos del tórax.
En adultos la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria por encima de 24.
La saturación, pues básicamente eso.
¿por la saturación digamos que para considerar un manejo en uci cuál sería?
No para considerar un manejo en UCI, no tanto la saturación.

sumando todo doctora, todo lo que lo puesto me ha dicho, Todo depende, si hubiera visto los gases, pero depende las condiciones del paciente, entonces listo. Las condiciones del paciente eran cuando ingresó 84% de saturación de oxígeno, presión arterial sistólica 103, presión AR. Diastólica. 55. Pulso, 146.
Le sumamos la radiografía y los gases que usted acaba de ver, que me dice que no los había visto pues, o por lo menos no aparecen en la historia clínica leídos por usted, hubiera tomado eventualmente alguna decisión de consultar el manejo del paciente? ¿No? Sí. ¿Por qué no?

No. Porque te repito, la clínica del paciente. No, no, no era un paciente con signos de falla Ventilatoria era un paciente para hospitalizar e iniciar tratamiento, pero considerar de entrada manejarlo en UCI, no.

Pero si la remisión de compensar fue por dificultad respiratoria con dolor abdominal, eso no es como una evidencia de que tiene algún problema respiratorio o dificultad para respirar o no tiene nada que verlo uno con lo otro.?

No, pues el paciente en la historia clínica de ingreso mía, que yo fui quien lo recibió el paciente no me refirió a mi dolor abdominal y paciente, me refirió a mi dolor torácico y no me refirió a dolor abdominal, por eso inicialmente enfoqué al paciente.
Como un síndrome coronario, o sea, como para descartar un infarto, porque él a mí en ningún momento me refirió a dolor abdominal.

Lo voy a leer. Esta parte de la historia clínica para que me indique cómo puedo entender. Motivo de consulta remitido por compensar de Kenny Kennedy por dificultad respiratoria por dolor abdominal, cuadro clínico de 3 días de evolución consistente en dolor torácico no irradiado, Refiere el ingreso tos seca malestar general.
Saturación de oxígeno, 84% con oxígeno, presión arterial sistólica 103 diastólica. 55 pulso, 146 dolor en el pecho no especificado. Las órdenes médicas emitidas por usted.
¿Entonces, si sí le reportó dolor abdominal, cómo se registra en esta atención?
¿Doctora hubiera considerado manejo?

Dice que a ella directamente no le refirió dolor abdominal sino a otra doctora que lo atendió al inicio, la juez le pregunta que si los médicos no leen las anotaciones anteriores de los otros médicos?

Dice que si el paciente hubiese referido algo relacionado al abdomen y hubiese encontrado un hallazgo en el examen físico abdominal, pues lo hubiese reportado, pero que el el examen físico a nivel de abdomen dice que es normal y que el abdomen estaba no doloroso.

Y si de pronto él le hubiera referido que sí, que tenía dolor abdominal.
Hubiera indicado otra línea de tratamiento distinto?

¿Claro, pues no tratamiento, no tratamiento, pero pues manejaba el dolor, obviamente, y se hubiesen solicitado otros exámenes? Claro que sí. Si hubiese referido dolor abdominal al ingreso, Claro que sí.

¿Cuales exámenes?
puede ser un parcial de orina, unas pruebas de función renal, unas pruebas de función hepática buscando causas de dolor abdominal, las causas más frecuentes de dolor abdominal.

Y hasta aquí algo le hubiera sugerido manejo por uci si él le hubiera dicho que tenía dolor abdominal?

No, no, porque el dolor abdominal no es un, pues con por sí solo, no es un criterio para pensar pasar un paciente a la UCI.
¿Sumándole todos los demás que hemos visto la radiografía, no?

No, depende de la clínica del paciente.

Por eso le pedí la troponina pensando que el paciente estuviese un examen que se llama Troponina.
La razón para pedir ese examen teniendo en cuenta que él resfrió dolor torácico, era descartar que estuviese haciendo un infarto, por ejemplo. Por eso se la solicité.
Mi enfoque fue más en descartar algo cardíaco. En ese momento era clínica más de algo cardíaco que de algo pulmonar.

Bueno, quiero preguntarle cuando estamos frente a la enfermedad de neumonía.
Comunitaria la hay. Digamos que en en niveles grave no grave o alguna clasificación similar.

si

**89VideoAudiencia20250520**

20 de mayo de 2025, 10:51p.m.

2 h 20 min 46 s

 **KARIN CARRASCAL** 0:09
Sí, sí.

¿Bueno, qué criterios me permiten definir a mí que estoy ante una posible neumonía comunitaria grave?

Pacientes que deben ser tratados de manera intrahospitalaria, pacientes de mayores de 65 años.
Pacientes que pues eso que te acabo de decir que necesitan manejo antibiótico intrahospitalario. Se considera que es Pues no grave, pero sí debe ser un paciente que debe ser monitorizado en una sala de observación de hospitalización.

que me permite a mí identificar qué puedo estar ante una neumonía Comunitaria grave ode importancia en su vigilancia?

que Tenga requerimientos altos de oxígeno sientes mayores de 65 años?
Que tengan signos de falla ventilatoria inminente.

 **de los siguientes que identifican gravedad? Inestabilidad hemodinámica?**

inestabilidad hemodinámica son varios criterios, la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria, la tensión arterial media. La frecuencia cardiaca Sí estaba un poco elevada, pero la tensión arterial media estaba dentro de, o sea, estaba en 71. Creo, y los la tensión arterial media debe estar por debajo de 65 70.
Criterios completos, o sea, sí tenía unos, como la frecuencia cardíaca, que sí estaba elevada, pero la tensión arterial no, estaba en rango de inestabilidad.

Los gases que muestro ahorita, Y eso no nos hubiera determinado un manejo en uci?

Si hubiese visto la Insuficiencia respiratoria con base en esos indicadores, entonces hubiera revisado la posibilidad con el internista de mandarlo a UCI?

¿Si hubiese visto los gases?
¿Se hubiese hecho algo con respecto a la parte de oxígeno? No necesariamente manejarlo. En uso se pudo haber manejado esa la reanimación.
Iniciarle el manejo porque te repito, ese paciente no tenía signos de dificultad respiratoria. Tal pues, si uno tiene un paciente con signos francos de dificultad respiratoria.

dice que no tenia dificultad respiratoria solo por los resultados, no por la sensación física del paciente?

la sensación de disnea puede ser algo subjetivo. El paciente puede decir que tiene dificultad respiratoria si, pero si tú no lo ves con signos de dificultad respiratoria, uno no puede decir que un paciente está con dificultad. Se ve que los músculos accesorios, que la saturación esté por debajo de 80, que la frecuencia respiratoria esté aumentada.

Bueno, entonces, con el resultado de los gases laboratorio y radiografía debia enviarse a UCI?
No solamente hubiera sido eventualmente un cambio en la oxigenación, sí.

Doctora Carrascal, Manifiéstele al despacho si el paciente Erminsul ingresó con Franco signos de dificultad respiratoria, contestó.

No.
Doctora carrascal, por favor, indíquele al despacho si el paciente in erminsul ingresó con criterios de intubación.
Doctora carrascal, por favor, aclárele esta audiencia, si es correcto afirmar que la bicitopenia de la que hemos venido conversando, comprometía el Estado inmunológico del paciente, respondió.

Sí.

Doctora carrascal, es un hallazgo habitual esta bicitopenia en un paciente de la edad del señor Erminsul corrijo, 49 años y mal no estoy.

No es habitual.

Doctora Carrascal, cuando usted nos menciona que no es habitual, eso permite de alguna manera concluir que el paciente cursaba con alguna situación de inmunosupresión latente que no había sido advertida.
Sí.
Y algún tipo de inmunosupresión de esta índole. ¿Le fue comentado a usted por el paciente y al momento de la remisión en la historia clínica de ingreso, fue relatado algún tipo de inmunosupresión?
No.
En el triage
No.
Doctora carrascal, por favor, informe a esta audiencia. Esta condición subyacente, si es correcto llamarla así, haría vulnerable al señor Erminsul a una progresión rápida de una infección respiratoria.?
Sí.
Por qué razón, por favor. Amplíenos en lenguaje como un entendimiento. Pues porque los que estamos aquí compartiendo no somos médicos, que podamos entender cuál sería la correlación allí.?

Cuando hay algún, pues, en, en términos coloquiales, cuando lo que tenga la bisitopenia significa que de alguna manera las células en sangre, o sea, las defensas del paciente, están bajas.
Al no tener. Una manera de su cuerpo responder a algún tipo de infección.

Es, lo que hace como tú dijiste, vulnerable por qué? Porque como sus defensas están bajas, no tiene como defenderse ante un proceso infeccioso.
Doctora carrascal, y este tema de defensas bajas lo manejamos con oxígeno. ¿Cuál es el manejo?

No, no, en este caso con pensando en el proceso infeccioso, se inició tratamiento antibiótico.

Doctora carrascal, por favor, aclárenos si era un paciente que tenía esta situación subyacente, por llamarlo de algún modo, y que efectivamente lo indicado era darle antibiótico y que como usted lo manifestó, el antibiótico se le dio.
Es posible concluir que esta situación subyacente de una posible inmunosupresión demostrada con la bicitopenia condicionaba al señor Erminsul a una pobre respuesta al antibiótico.?
Sí.
Por favor. Explícanos el concepto.
Como como les expliqué ahorita al tener un bajo su cuerpo ha de estar con algún número bajo de defensas. Es los pacientes que no están inmunosuprimidos, es decir, que no tienen las defensas bajas Tienen una mejor respuesta al tratamiento antibiótico porque su sistema de defensas responde de alguna mejor manera al tratamiento. pacientes que está en inmunosuprimidos, es un poco más complejo el manejo de procesos infecciosos.
Doctora carrascal está complejidad dada la situación de inmunosupresión que se evidenció en el paciente Puede desencadenar o pudo haber sido desencadenante del parocardiorrespiratorio. ¿Me hago, me hago entender? La suma entre la virulencia de la infección, más la condición de inmunosupresión que hacía que el antibiótico no funcionara. También, esto nos puede explicar un paro cardiorrespiratorio en el caso del señor Erminsul?

**Si,** pueden presentar un deterioro rápido.
Pero para entenderlo, entonces hace un momento. Usted me explicó que una inadecuada oxigenación puede generar un paro respiratorio, la infección, misma que él estaba atravesando también lo puede generar?

Si por el deterioro rápido y progresivo del paciente.

Respecto de una respuesta que dio.
Al interrogatorio del juzgado doctora Karim, usted podría indicarnos usted indicó que le pidió una prueba o pruebas de función renal al paciente. Si no estoy mal, es así.?
Sí.
¿Nos puede indicar cuáles son esas pruebas de función real?
El boom y la creatinina.

¿Solicitaría a la señor juez, a la señora juez, cómodamente que me permita exhibir?
El archivo 26. Contestación demanda 2023 0329 que si no estoy mal es el que había exhibido previamente el despacho, ya le digo específicamente el folio 80.

Doctora, estos hacen parte de los exámenes que usted solicitó como pruebas de función renal?

Sí, el boom y la creatinina.
Eso quiere decir que al eso quiere decir que hay que efectivamente el paciente se le tomó hoy un reporte de los resultados de los laboratorios.
Sí.
¿Doctora una pregunta adicional, dentro de esos exámenes también usted le solicitó el VIH, usted nos puede indicar cuál era el la finalidad de ese?

Como es una patología en un paciente de 49 años, no, no es una patología frecuente en pacientes de esta edad, asociado a que tenía los Leuco Bajos? Hay que buscar causas adicionales, o sea que en pacientes jóvenes como les expliqué ahorita haya una baja en defensas es por Enfermedades que se deben descartar, por ser un paciente joven se le pidió el VIH.
Sospechando que estuviese con una que fuera, un paciente Inmuno comprometido.
¿Eso quiere decir que ese examen se solicitó como parte del estudio de la bicitopenia que el paciente presentó?
Sí.

* **TESTIGO** **MANUEL ANDRES GARCIA BOTRIA**

Médico internista.

Soy médico graduado en el año 2005 y ESPECIALISTA desde el año 2012.

¿Se enfoca en qué?

Básicamente es la medicina de adultos, se cuidaba de enfermedades crónicas del adulto, pues vemos básicamente todas las patologías con sentencias a la a las personas mayores de 18 años con conforme a la normatividad, lo dirigente en Colombia, con cualquier tipo de patología.
De carácter acuda o crónica, que es que lo pueda afectar una, una integralidad de de especialidad.

¿Bueno, tiene usted conocimiento de por qué se requiere hoy su declaración?

Sí, su Señoría.
Me hace, me agregó. Copia del del caso y de la demanda, pues le revisé previamente a esta diligencia para entender un poco.
Mi llamado, sé que estoy en calidad de testigo.
Después de hacer esa lectura de la historia clínica de pronto usted recuerda al paciente Erminsun Enciso Martínez, algo particular de él.
Es a ver, es un poco complejo recordarlo al 100 \* 100, porque pues básicamente los datos a veces distan un poco de lo que uno vive en el momento. Ya ha pasado un tiempo, pero recordando pues basado en la lectura, sé que fue el caso de paciente que llego a la unidad de barrios unidos en la noche.
En el caso particular mío, pues yo soy el internista que me encontraba de turno en ese en esa noche, básicamente se atendía, pues los casos que se me interconsultarán tanto en el servicio de urgencias como hospitalización.
En la clínica y pues se me llamó particularmente por para asistir al al paciente cuando tenía una síndrome de dificultad respiratoria y requerían pues de una especialidad mayor, que pidiera asistir al paciente.
No se puede en ese momento yo asistí al llamado de los médicos de urgencias.
Encontré un paciente, pues en muy malas condiciones generales, con un síndrome de dificultad respiratorio severo, en cuando ya el médico que estaba encargado del área de reanimación lo había atendido, estaba pues brindándole todas las medidas de soporte para el caso. Yo llegué pues tomé como el liderazgo.
Ese momento de la situación de la intubación Orotraqueal del paciente, porque pues tenía un síndrome de dificultad muy importante.
Y pues dimos todas las medidas de reanimación del caso, estaba ya en muy malas condiciones en el momento en que yo lo vi, él había en ese momento, después de la Intubación.
presentó una parada cardiaca, yo lo asistí conjunto a los médicos de reanimación.
El paciente se recuperó de esa parada, lo logramos estabilizar con medicamentos y controlar las medidas de soporte que se le dan a ese tipo de pacientes.
Y pues, horas más tarde, el paciente volvió a presentar una para cardíaca, pues derivada del mal estado de las funciones en las que se encontraba y pues como derivación de esto falleció básicamente.
Si me preguntan eso fue lo que tuve la oportunidad de vivir con él, obviamente, de ahí para atrás desconozco la situación.

¿En qué momento es cuando se decide la hospitalización de un paciente, el médico general que ordena, bueno, quién ordena la hospitalización de un paciente cuando entra por urgencias?

Pues no es en en cada situación existen protocolos, digamos en la entrada de un paciente de urgencias, en en caso de Meredi, pues él valora inicialmente por los el médicos de Triage, que son los que clasifican la severidad del caso. de acuerdo a esa prioridad, pues se le asigna un lugar para para la espera, ya sea en sala de espera o en directamente entra a observación o reanimación si su condición lo amerita una.
Vez es valorado en el en la instancia en la que en los tiempos que se establece para cada tipo de paciente y médico general, pues se evalúa el caso, determinar si es un paciente que ameritará estudios, ya sea por la misma instancia hospitalaria, a veces se le piden análisis plan de espera y cuando salgan los reportes toman la conducta. En el caso de algunos pacientes que ya tienen alguna condición un poco más compleja pasan directamente a observación y ahí el médico que está encargado del área, pues una vez evaluando también la necesidad de Estudios.
Solicita las valoraciones por especialistas que se encargan de la de la ellos pueden hospitalizar en área de observación, pero ya la hospitalización en áreas ya de hospitalización especializada la determina directamente la especialista, entonces ellos deben valorar al paciente determinar qué especialidad se requiere. Pasar las interconsultas. Hay un.
Tiempos para la respuesta es interconta de cuándo la podría cada paciente uno, uno especialista lo valora y pues ahí determina la hospitalización.
Ya sea por el servicio en el que nos encontramos o si requerirá otra especialización, otra especialidad más.
Se diferirá también ese esa situación, pero básicamente en urgencia, lo determina el médico General para la estancia en observación y una vez está ahí, ya determina en qué especialidad lo debe hospitalizar en las áreas para el perfil.

**Dice que el no lo atendió, el llegó ya al momento de la reanimación**

¿Y recuerda cuál fue el médico general Que que atendió este paciente?
Bueno, pues cuando yo fui llamado a Asistirlo estaba el doctor Wilber segura era el médico que estaba en ese momento en el área de reanimación, procediendo con el paciente.

Viendo en retrospectiva la historia clínica que observa? después de que asistimos y estabilizamos al paciente y vimos algunas pruebas que pues indicaban la condición actual de su momento Tuve la oportunidad de ver algunos laboratorios que realmente pues mucha información no me brindaron. Vi una unos marcadores de lo que nosotros llamamos de lesión cardíaca porque pues cuando revisé el caso y vi la patología.
Pues entendí que era una infección que había afectado el corazón, nosotros, pues digamos que en esas condiciones es muy complejo, porque pues uno ve al paciente crítico, no tiene que atender, es la emergencia total de estabilizarlo, sacarlo del paro y luego empezar a revisar rápidamente cuáles son Las posibles etiologías dentro del mismo código uno tiene algunas en cuenta.

Cuando vi los exámenes posteriores en electrocardiograma, las enzimas cardiacas no me llamo mucho la atención. Ninguno de los estudios relevantes comparándolos frente al proceso. Personalmente, aunque no es Específico a veces la miocarditis pueden dar algunos cambios eléctricográficos, se elevan las enzimas cardíacas, se ven algunos exámenes anormales. Lo que más llamó la atención, quizás eran la radiografía y los exámenes de gases. Claro que esto fue ya posterior a reanimación.

Usted de pronto, revisó unos gases anteriores al paro respiratorio.?

Es que vi en ese momento si fueron los que tenían que estaban demasiado deteriorados.
Digamos que comparándolos con los previos, no, no, no, pues el cambio es abrupto, o sea, uno ve que sí hay, de pronto, trastornos de la oxigenación muy leves, sin un cambio en lo que llamamos el equilibrio básico comparado con los que presentó luego de eso por el paro.

Pues vamos a esperar un cambio dramático. lo que uno ve después de un código azul, o sea, los gases son bastante anormales, comparados con los que tenía. Hay pacientes que ante su evolución pueden hacer una una alteración bastante evidente.
Es sí, pues ya se ven en el caso de este paciente. ¿Yo no le anoté de una forma tan, tan marcada, o sea no, no vi una alteración que me llamara tampoco la atención previo al al evento.

¿OK, listo? Bueno, acá tenemos unos resultados de gases arteriales de las 12:46 ese 9 de agosto, o sea son anteriores, quiero mostrárselos para que usted me indique si hay algo que le que le llame la atención?

lo primero que vemos es lo que llamamos el TH estaba en 7.045 está alterado ya con eso determinamos si hay una acidosis, luego vemos el de que se trate así, espiratoria o metabólica, que es más o menos, orienta un poquito el diagnóstico, vemos algo que se llama la CO 2 bastante elevada. En ese momento pensaríamos que es lo que llamamos una respiratoria. La PO 2 y la presión de oxígeno está bastante baja. También está una hipoxemia importante y un bicarbonato disminuido.
El que no está tan mal en ese momento, es el es el HCO 3 sesión 3 que está en 17 C es más o menos, 2020 más o menos 2.
¿El bicarbonato disminuido cuál es?
¿A este debería haber estado cuánto?
Podemos estar como entre los 18 y los 22, como como como parámetro más o menos.
Es ahí una disminución que está en 17.5 con corregido a 13 y la saturación de oxígeno ahí que está en en 19.8 pesos, ahí lo que vemos es una hipoxina acidemia.
Respiratoria, podríamos decir que inclusive algo mixta con una Hipoxemia severa la disminución del oxígeno.

El doctor está este registro que da la saturación del 19.8 en este tipo de exámenes, no es confiable.

¿Cuál era la línea, como de manejo de un tipo de estos de pacientes?

Es, en principio en principio, pues el paciente se debe estabilizar, es lo primero que uno hace, los exámenes no son la prioridad en principio, sino es evaluar su estado hemodinámico. Entonces, si hay alguna variable que sea anormal, se debe verificar rápidamente. ¿Pues cuál es?
La condición que puede llevar a ese deterioro corregirla. Si esto taquicárdico porque está asi, si esta deshidratado que se procede a establecer una línea venosa que se le administren líquidos.
Para reponer sus presión arterial, para mejorar su condición hídrica sí está con la oxigenación baja, se le se le administra oxígeno suplementario de acuerdo, pues a la necesidad, ya sea por un sistema de bajo flujo de alto flujo, sea por canela nasal o por másca o si ya.
Estaba con alto requerimientos, hay otros metros ya mucho más avanzados.
Y pues en ese momento, pues ya se procede a solicitar los estudios que sean pertinentes para establecer el diagnóstico en caso de que el paciente llegue con signos de infección. Digamos que uno, pues hay algunos criterios clínicos que pueden hacer presumir que algo puede hacer de infección Bacteriana o viral y de acuerdo a eso, tomaré una decisión sobre si iniciar rápidamente antibióticos con un paciente.
Está con signos de inestabilidad o que llamamos otro riesgo de choque septico.

¿En este caso los antibióticos se iniciaron antes de obtener los resultados de sus exámenes o después es en la revisión que usted pudo hacer?
Pues digamos que se hizo un enfoque inicial con unos antibióticos antes lo que hice yo cuando lo vi aumentar el espectro y ganar de acuerdo ya a la evolución.
O sea, ellos iniciaron lo que llaman una primera línea pensando en una posible teología bacteriana y luego lo que hice fue escalonar la terapia basada.
Pues en el gran deterioro que pues entre el paciente y en las posibles aspectos de enfermedad que tenía, pero.
Y conocidos esos resultados que no pasan de la 1:00 de la mañana. Eso que usted hizo horas después debió haberse hecho una vez conocidos los resultados de los gases.?

Digamos que pues si yo hubiera visto en este momento la la, la conexión, pues incluso si yo hubiera visto, digamos, con un gran deterioro, con unas imágenes totalmente adversas, pues quizás uno piense en una cirugía mucho más robusta y compleja, pero pues obviamente al verlo ya en un Código Azul, pues la condición cambia totalmente, pues una toma de determinación llamadas drásticas.
Si hubiera conocido su condición previa te podría dar como una información mucho más, más exacta, pero pues basado en la historia, pues basado solamente en las constantes y en las notas que vienen De de que el médico en el que ve un paciente con un cuadro respiratorio que requiere oxígeno, que muestre taquicardia, que tiene una radiografía normal, lo primero que piensa es en un cuadro de infección de origen pulmonar le inicia el antibiótico de oxígeno y líquidos, pero pues es.
Lo que yo veo plasmado como simplemente en la historia, o sea, no tuve la oportunidad de ver para determinar si hubiesen algo más

pienso, o sea, es es muy difícil determinarlo porque cuando o sea definitivamente yo, o sea cuando uno ve el el cuadro, sino ve el paciente de entrada si yo veo sus gases que son de la madrugada, pues distan mucho del momento del paro. De entrada. Creo que En ese momento fue que empezó a deteriorarse. Es un cuadro totalmente distinto, o sea, bueno, yo veo sus gases inmediatamente tomo acciones drásticas sin ver eso.
¿Que qué acciones básicas hubiera tomado?
Por ejemplo, considerar, pues, unos gérmenes más agresivos, digamos lo que llamamos nosotros gérmenes, que requieren un amplio espectro, se llaman
Virus en ese caso y cuando yo lo vi es por la radiografía y por el rápido rápido se debió, pensé que inclusive una neumonía tipo H1N1, que es en la experiencia uno de los virus que más rápidamente deteriora a un paciente.
Se limita un medicamento, se llama Celtamibil. Como esos pacientes tienden a sobreinfectarse por bacterias que a pesar que se ven más en ambientes hospitalarios, ellos ya venía a referir a otra institución, eso y había consultado, pues uno dice, bueno, puede adquirir una bacteria de los hospitales con un perfil de resistencia alto como el estafilococo áureos o bacterias, lo que llamamos gran negativas autorresistentes que requieren antibióticos mucho más potentes. Digamos que el antibiótico también va basado en la en la presentación clínica del paciente. Si yo tengo un Paciente que es totalmente controlable que no llegue en condiciones inestables y puede iniciar un primer régimen basado en lo que vemos es más común, como agentes causales, pero si el paciente llega en un franco deterioro de inestabilidad, choque, si se eligen lo que llamamos amplio espectro. Se usan antibióticos que cubran todo esos grupos de gérmenes y luego se establece que ya con estudios más profundos, la etiología de cuál es y que lo está ocasionando su situación.
¿Cuáles son los de cuáles son los de primera línea?
A, por ejemplo, una neumonía bacteriana, el que tenemos en cuenta ya, por ejemplo, es la ampicilina zulbatán. La es uno de los que se inicia con más frecuencia porque obviamente su bajo perfil de resistencia en esos pacientes y su buena penetrancia en pulmón

Más complejos está la CFE PYME, el Pipresemento soatán lavancomicinas y se piensa que el agente causal es un estafilococo, eso es en algunos pacientes, precisamente con ningunas condiciones preexistentes, pero pues digamos en estado de choque, como digo en casos muy severos. Lo más alto y luego se se escalona si es necesario.

Bueno, quiero quiero identificar. ¿Entonces, si, si es antibiótico, que usted considera que hubiera sido, pues el que usted hubiera manejado coincide con el que se le suministró a este paciente?

Ahí hay uno inicial en la claritromicina.
A las 3:00 de la mañana.?
Ella fue después y aunque no estoy seguro si eso habla de la hora en la que se le administró en la hora que se formuló.
Que puede ser distinto en los récords de enfermería aparecen, digamos en los registros en los que el jefe de enfermeras han o enfermería administra el medicamento que dista del momento en el que se formula.
Es esto, puede ser formulación 3 de la mañana o aplicación 3 de la mañana.?

O aplicación, por lo que yo veo, el registro está hecho por un jefe de enfermería, entonces creo que es el momento de administración, tendría que tendría que aparecer registro por médico para Saber la hora de la formulación.

Y la pipe es antibiótico.
si Es también de la mañana.
Lo requería, de acuerdo a lo que usted me ha explicado, que hay condiciones que no permiten esperar al paciente para aplicarle antibióticos.?
Digamos que si la primera sospecha clínica es una infección de origen bacteriano, si la conexión del paciente lo permite, pues se hace el proceso de inicio de acuerdo. A todos los los protocolos del hospital, si la Comisión es urgente se hace inmediatamente, se deben administrar usu.
Dentro de la primera hora de identificar la condición crítica.

¿Ese examen de VIH, cuál, digamos, sería en ese caso la finalidad?

Claro, sí, cuando nosotros usualmente vemos las infecciones pulmonares con evoluciones digamos inadecuadas en pacientes de de comorbilidades avanzadas, o sea, permitir con diabetes con la Estado no avanzados, enfermedad renal, pacientes, ancianos.

Vemos pacientes que están en mundos oprimidos en BH cáncer, que están con terapia de quimioterapia o que está en algún tratamiento que va a que sus defensas este paciente, pues no relataba ninguno de esos factores entonces, pues digamos que entre las cosas que debemos pensar es que Pueda tener una condición que haya favorecido ese rápido deterioro y se pide el VIH como una de las condiciones que puedan estar ahí sale paciente, joven, que tenga una neumonía con es independientemente, inclusive de su gravedad. ¿Se puede este, pues solicitar esta prueba porque no es habitual que la hagan y que se hospitalicen por eso a ver que tenga un compromiso.

Muy amable. Gracias doctor. La juez le puso de presente unos gases arteriales más o menos de las 12:00 de la noche. Usted nos indicaba que esos gases arteriales como criterio podrían indicar que el paciente ya se encontraba casi que en un shock, es decir.

Manuel Andres Garcia Botria 2:07:37

Un poquito más que eso, inclusive.

Diana Maria Hernandez Diaz 2:07:39

Un poquito más que un shock en ese caso, y teniendo en cuenta tanto las notas médicas como las notas de enfermería, usted encuentra que, efectivamente, se evidencie que el paciente tenía un cuadro de un shock compatible con ese resultado de gases arteriales.

Manuel Andres Garcia Botria 2:07:55

No, no. De hecho, la primera nota de esa obra dice que el paciente ingresa caminando por sus propios medios en compañía de su familiar y el el mismo se se se esforzan, pues lo trendaban a la camilla, que es donde se descanaliza, pues obviamente un paciente con es.

Gases arteriales no estaría ni no estaría consciente, primero que todo, o sea, para nada consciente estaría totalmente en esto por.

Diana Maria Hernandez Diaz 2:08:21

Gracias doctora entonces, teniendo en cuenta esas situaciones posibles que el resultado de esos gases arteriales de la cero a cero horas hubiese sido resultado de gases arteriales venosos y no arterial.

Manuel Andres Garcia Botria 2:08:33

Sí, por eso yo siempre dije que la los gases de hoteles se deben correlacionar con la clínica del paciente, o sea.

Y yo tengo un paciente con ese nivel de conciencia, con la saturación no tan mala como la que están ahí. Lo primero que yo pienso es que no son arteriales, sino no sé que sean repetir, que pues no. O sea, esa información que está ahí registrada por la.

Por el personal de enfermería.

No, no es congruente con con esos hallazgos, en ellas ellos pudieran encontrar un paciente con en estado de coma o en.

Estupor, o sea la inconsciente, con dificultades respiratoria severa, con potencial muy marcadas, o sea, prácticamente no puede sentir que no no hubieran podido hacerle nada de lo que plasmaron ahí.

Diana Maria Hernandez Diaz 2:09:21

Gracias doctor. Teniendo en cuenta entonces, la clínica que presentaba el paciente, lo que hemos visto de la historia clínica para esa nota de las 23:00 y algo que es una nota de medicina.

General donde ordenaron dieron una orden.

¿El manejo que se dio usted considera que fue el pertinente, teniendo en cuenta, digamos, el cuadro que el paciente presentado?

Manuel Andres Garcia Botria 2:09:41

¿Hasta ese momento estaba de acuerdo con eso programas?

Diana Maria Hernandez Diaz 2:09:45

Gracias doctor. Para ese momento, el paciente debió haber sido pasado ni de cuidados intensivos, según lo que usted pudo revisar.

Manuel Andres Garcia Botria 2:09:53

Para ese momento, con esos exámenes se tenían en cuenta que pueden haber otros factores que puedan enmascarar algunos laboratorios. No tendré que estar en un área donde se pudiera observar y leer seguimiento Asus constantes vitales.

Diana Maria Hernandez Diaz 2:10:08

Muchas gracias, doctor. Una pregunta adicional, la señora juez le hizo preguntas respecto de la hora en la que se ordenaron los antibióticos y la hora en la que se tomaron, se podría indicar que más o menos a las 23:50 y algo se ordenaron los antibióticos y.

¿El efectivamente se aplicaron, según la nota que le pusieron de presente, más o menos 3 y 12:15 de la mañana, si se hubiesen aplicado, usted nos indicaba que la hora que lo ideal es aplicarlos dentro de la hora siguiente, pero es posible indicar que si hubiesen apl?

1 hora o 2 horas después, o si hubiesen aplicado dentro de la hora siguiente el cuadro del paciente hubiera cambiado.

Manuel Andres Garcia Botria 2:10:49

¿Para supervivimos después de eso, no?

Diana Maria Hernandez Diaz 2:10:53

Teniendo en cuenta la agresividad del cuadro, la que usted pues digamos, hizo mención y frente al tema del cuadro bizarro del paciente.

Usted considera digamos que eso, que la aplicación del antibiótico antes o después fue determinante para el manejo del paciente.

Manuel Andres Garcia Botria 2:11:09

No, no, realmente no que digamos que realmente nosotros en la en la experiencia clínica los vemos un paciente físico cuando se enamora en iniciar el antibiótico, digamos de un deterioro del paciente, va a ser progresivo, no tan súbito es progresivo, o sea uno. No, no me entrega de.

Que a los 3 o 4 días.

Entra en Estado hecho, pues entra a un estado de irresibilidad de de de muchos órganos que empiezan a fallar, pero para un paciente que ingresa caminando, que denotan esos signos vitales y que en no se le inicien antibiótico y que esa hubiese sido la condición de deterioro

¿No digamos, se deben iniciar hablando de un paciente que curse general, no? Este paciente concepto en la primera hora, que es lo que recomiendan las guías de Sepsis.

Pero cuando yo analizo el paciente y veo lo que pasó después, obviamente era inevitable. Con o sin antibiótico y desenlace, o sea, sí de eso es totalmente seguro. Tan antiguo tipo no hubiese cambiado el curso en ningún momento de este paciente, por los tiempos en los que se.

Ordenaron y el tiempo en el que se deterioró usar eso por 1 hora o 2 horas de antibiótico no hubiéramos evitado el par.

Diana Maria Hernandez Diaz 2:12:28

No sé si usted tuvo la posibilidad de verificar el. ¿Usted nos indicó que habían solicitado la Necropsia clínica del paciente teniendo en cuenta, pues digamos el cuadro bizarro, usted tuvo la posibilidad de verificar cuál fue el resultado de esa necropsia?

Manuel Andres Garcia Botria 2:12:45

Sí, sí, de hecho, pues viendo ahí, pues nos aclara muchas cosas.

Una de las más importantes es que la la descripción de pulmones.

Una ligera inflamación, no hablaban de una neumonía necrotizante, una neumonía avanzada en el compromiso pulmonar era tenue para lo que vimos, y el diagnóstico definitivo fue una miocarditis que es un proceso inflamatorio del corazón agudo y severo que.

En ese caso, nada de lo que hicimos en ese momento de antibióticos hubiera tenido un efecto, porque la teología es viral.

Diana Maria Hernandez Diaz 2:13:24

¿Gracias doctor, usted nos puede por favor recordar qué es la miocarditis y por qué se puede dar?

Manuel Andres Garcia Botria 2:13:30

¿Lo que sí, pues la miocarditis cómo lo definen?

Mios de músculo cardíaco, carditis de itis de inflamaciones. Básicamente, un proceso inflamatorio del corazón.

Causas hay muchas.

Las infecciosas virales, digamos, es una de ellas. También hay causas bacterianas, causas, o sea, por cualquier tipo de germen, puede generar miocarditis. También se puede generar de origen a autoinmune, o sea, hay algunos anticuerpos que se pueden generar contra el mismo corazón que son esas hay inclusive Procesos tóxicos sobre el corazón.

Caso de agentes, por ejemplo de quimioterapia, que también pueden generar procesos inflamatorios cardiacos. Digamos que esos son los más comunes, pero pues en el caso del paciente, ir atendiendo un poquito más AA la a la respuesta específica, pues con un cual ya en retrospectivo con un cu.

Viral gripal previo lo primero que se me vendió a la mente es que hubiese sido una miocarritis de hundir viral.

Diana Maria Hernandez Diaz 2:14:38

Duro, muchísimas gracias, no tengo más preguntas.

PROXIMA AUDIENCIA 27 D EJUNIO 10: 00 AM

DOS TESTIGOS DE MEDERI, DICTAMEN PERICIAL, ALEGATOS Y SENTENCIA

ASPECTOS EN AMARILLO SON IMPORTANTES