



REPORTE CONTINUACIÓN AUDIENCIA 373 CGP // SENTENCIA 1RA INSTANCIA FAVORABLE // RAD:2020-00264 // ELCY JANNETH VALENZUELA BOLÍVAR Y OTROS vs COMPENSAR EPS Y OTROS // N° 20083

Desde Valeria Suarez Labrada <vsuarez@gha.com.co>

Fecha Mar 1/07/2025 10:07

Para Informes GHA <informes@gha.com.co>; Daisy Carolina López Romero <dclopez@gha.com.co>; CAD GHA <cad@gha.com.co>; Marleny Aldana Sandoval <maldana@gha.com.co>; Juan Pablo Medina Campiño <jmedina@gha.com.co>

CC Gestora De Dependencia <gestordedependencia@gha.com.co>; Daisy Carolina López Romero <dclopez@gha.com.co>

Estimados,

Comedidamente informo que el día viernes 27 de junio del 2025, asistí a la continuación de la audiencia del artículo 373 del CGP del caso descrito en asunto, dentro de la cual se llevaron a cabo las siguientes etapas:

1. Verificación de asistencia: Se me reconoce personería
2. Continuación practica de pruebas testimoniales:

- HECTOR FABIO SANDOVAL:

El medico de turno procede a indicar traslado a la sala de reanimación, en donde todo el equipo hace intervenciones más intensas

Se inicia con intubación traqueal para requerir la ventilación

No fue médico tratante

¿De acuerdo con la sintomatología del paciente debía ser manejado por médico de urgencias o internista? Su manejo fue adecuado, indicación de tratamiento ante diagnostico en su momento también fue adecuado. Inicialmente el paciente podía ser manejado por medico general como correspondió

¿Cuándo pasa entonces a med internista? En este caso cuando hay criterios donde se cuenta con el recurso, en este escenario lo contábamos, cuando el paciente tiene problemas de gravedad, hay una rápida evolución y termina con una respuesta que no se considera, es un momento adecuado para llamar a medicina interna

¿Dentro del concepto de neumonía existe la neumonía grave? Correcto

¿Un paciente que presente criterios para decir que atraviesa neumonía grave debe ser manejado en UCI? Una de las intervenciones es por supuesto considerar que deba ser adecuado en un sitio como

UCI o inicialmente en servicio de urgencias de estabilización o reanimación

¿Un médico de urgencias puede ordenar ese manejo en UCI? Si, está en potestad de identificarlo

¿La suma de cuales me determina que un paciente debe remitir a UCI? Falla ventilatoria es el criterio principal (insuficiencia respiratoria) y necesitar tener una intubación con un ventilador mecánico que apoye esa función pulmonar que el paciente es incapaz de mantener por sí solo.

¿Ese solo me determina manejo en UCI? Correcto

¿Falla ventilatoria se presenta a partir de qué rango? Sostenida por encima de 30 Frecuencia respiratoria, incapaz de mantener saturación por encima de 80% con una FIO2 que yo le aporsto al paciente que la pueda ir titulando, entonces cuando llevo una FIO2 de 50 y es incapaz de mantener esa saturación por encima de 80 hay insuficiencia.

¿Qué es PAO2? Presión arterial de oxígeno

¿Qué es FIO2? Fracción Inspirada de Oxígeno

¿Ese rango, el de la presión y fracción debe ser menor a 200 para que haya insuficiencia respiratoria? Esos valores son estipulados para un ambiente del nivel del mar, es por eso que en Bogotá tener ese PAFI de 150 no es criterio de gravedad. Empieza a ser moderado de 200 y severo por debajo de 100

La concurrencia de varios determina manejo en UCI, no es necesariamente numérica diciendo tengo

¿En qué eventos se requiere intubación? El criterio de insuficiencia respiratoria fundamentalmente es el más importante

¿Una persona puede tener insuficiencia respiratoria y aún así estar consciente? Correcto

¿En qué casos hay alteración del estado de conciencia? Muchas veces, incluso Sobreviene incluso después de tener criterios de insuficiencia respiratoria.

¿Alteración entonces no es igual a perdida de conciencia? No, no es lo mismo

¿Una inadecuada ventilación puede provocar un paro? Por supuesto

¿Los resultados de estos exámenes requieren manejo en UCI?

		Molecular Diagnostics, cuarta edición ZUVB.	
EB	-14.3 mmol/L		
EBlec	-13.0 mmol/L		
BB	35.0 mmol/L		
cHCO3	17.5 mmol/L		
cHCO3st	13.4 mmol/L		
PCO2t	65.6 mmHg		
pHst	7.151		
SatO2	19.8 %	* 94.0 - 98.0	
		Intervalo biológico de referencia tomado de Labor und Diagnose: Indikation und Bewertung Von Laborbefunden für die medizinische Diagnostik, Thomas Lothar, séptima edición.	
AaDO2	49.4 mmHg		
a AO2	32.5 %		
FIO2	0.280		
METODO: Potenciométrico		Bacteriólogo: SANDRA JOHANNE POSADA HERNANDEZ. Tj: 52124711	

R/No

¿Conforma la atención brindada el 08/08/2018 a las 8: 55 de la HC que se está mostrando, puede indicar si el paciente Presente criterio de insuficiencia respiratoria que requiriera manejo en UCI? NO, saturación al 84 aceptable para el paciente y ambiente de Bogotá, consciente alerta, etc.

¿Las ordenes medicas que se dieron estaban indicadas cual era la finalidad y por qué? Es totalmente congruente con la valoración que se da

¿Para el momento de la tención el paciente presentaba insuficiencia respiratoria? No

¿El paciente requería ser remitido a UCI? NO

Se revisaron rayos X de tórax y se tomó una conducta, ¿cuál fue la conducta? Luego de los clínicas que se consultó, se descartó evento cardiovascular para ese momento, y se procedió a hacer la presunción diagnostica de neumonía, lo cual es congruente con los síntomas y reportes que se tenían en ese momento

¿Para es momento el paciente tenía neumonía severa? No, de riesgo moderado

¿Los exámenes solicitados buscarían el estudio de algún tipo de enfermedad que indica inmunosupresión? Correcto

¿De las notas de enfermería hay alguna que nos lleve a pensar que hay una alteración en estado de conciencia y que deba ser manejado en UCI? No

¿Usted en su relato inicial dice que hay un momento en el paciente se omlica, nos puede indicar si esas atenciones fueron adecuadas? Después de esas anotaciones, en la nota que empieza antes de las 4 am, en control de signos, se identifica que el sistema de oxigeno que ha tenido durante su observación, para ese nivel empieza a ser insuficiente. Entonces se hace una titulación a un aporte de oxigeno mayor, ahí es donde se solicita sistema de Venturi

¿Tuvo la posibilidad de revisar la autopsia? Si

¿En la autopsia dice que presentaba miocarditis, puedo explicarnos qué es? Para cuando revisé el reporte fue muy sorprendente haber tenido eso de coexistir esos dos diagnósticos. Esta combinación de tal nivel se convierte en un factor letal. La principal causa son causas infecciosas y causas virales, la inflamación termina afectando el sistema cardiaco

¿Teniendo en cuenta que había miocarditis, neumonía esta situación podría haber dado a una evolución tan rápida como la que tuvo el paciente? Si, es una combinación muy letal

- CAMILO ANDRES CORTES

En el 2018 fue medico tratante o vio al paciente? Si

Hay muchas medidas de oxigenación que pueden hacer que el paciente se intube de manera innecesaria

Que al paciente se le hubiera intubado antes probablemente no hubiera cambiado nada. En lo que no está expresamente indicando se puede hacer mas daño incluso que beneficio

- PERITO JHON JAIRO RINDIÓ EL DICTAEN DE LA PARTE

¿Ha trabajado en Unidades de urgencia? No

¿En IPS? Tampoco

¿De la HC advierte alguna atención irregular en la atención que brindó la Cruz Roja? En el informe no hago ninguna anotación especial de cruz roja porque fue una intervención muy corta

¿Y el siguiente momento? En compensar tampoco advierto ninguna irregularidad, además también fue una atención muy corta

Pasando a Méderi, con ocasión a esos gases arteriales alguno indica que estaba teniendo una falla respiratoria? Solo taquicardia, pero como los gases arteriales no fueron solicitados, no había algo inicial que dijera que desde ese momento hubiera necesidad de una ayuda ventilatoria

¿Esos gases son venosos? No, son arteriales

¿Como identifica que son arteriales y no venosos? Pues en este momento me tocaría ponerme a revisar

¿En este punto nos refieren una saturación de qué tipo? 83%

¿Es venoso o como es la toma? Podría pensar que son arteriales

Así fuera tarde, se tiene este examen, ¿qué tenía que hacerse? En ese momento inicial, mirar si realmente se podía compensar ese PH

¿Cómo se mejora el PH? Mirar si subiéndole los niveles de oxígeno se puede ir compensando

¿Qué criterios determinan que un paciente debe intubarse? En el momento no te puedo decir

¿Sabe en qué consiste el Venturi? Es una cama de alto flujo de oxígeno

¿Sabe si al paciente se le manejó con esta máscara? Hasta el momento en que comienza las compensaciones hay una nota de enfermería que se inicia Venturi, pero antes no hay registro

¿A qué hora inicia el Venturi? Sobre más de las 3 – 3: 30

¿Antes de eso recuerda los litros que se le estaban suministrando por la cánula? No

¿Usted sabía que debía sustentar su dictamen? Si

Es que como sus respuestas son no sé, no me acuerdo, me queda difícil preguntarle

¿Entonces qué tenía que hacerse? ¿A cuánto había que subir la oxigenación? ¿Qué había que hacer entre las 12 y las 4? Desde el principio al paciente le toman unos constantes vitales en que la saturación estaba en el 84%, entonces desde ese momento debió haber llamado la atención que a pesar de que tenía oxígeno, estaba a 84%.Entonces debía aumentársele

¿A cuánto? No sé porque en la misma HC no dice. 84% no es una cifra normal, por lo general debe estar por encima del 90%, debió habersele aumentado el oxígeno al paciente

¿El no incremento de los litros de oxígeno fue la causa de la muerte? No, esta relacionado, pero es una necropsia y miocarditis

La miocarditis se puede producir por qué no se produce la indebida oxigenación aun paciente? No sra, fue por una infección

¿La Hoja de Vida que usted aportó era actualizada para el momento del dictamen? Si sra

¿Teniendo en cuenta lo que refiere usted en la HV, cuánto experiencia tiene usted en el manejo de paciente en urgencias? No tengo experiencia

¿Nos puede indicar si toda la bibliografía que utilizó está relacionada en el dictamen que usted aportó? Si

¿Eso tiene que ver con una bibliografía de los años 2010 y 2006? Si

¿Cuántas veces en su experiencia profesional a tenido que leer gases arteriales? Aparte de mi etapa formativa, ninguna otra

¿Es posible que al tomar gases arteriales no se tome en arterias sino en las venas? Si

El resultado de los gases arteriales muestran unos niveles de saturación, es porcentaje debe verse reflejado en el cuadro clínico del paciente? Si, claro

Qué cuadro clínico debe presentar un paciente con una saturación al 19%? Desorientado, que no se pueda movilizar de sus propios medios

¿Tuvo la oportunidad de revisar en la HC una nota de antes de las 4 en la que dice que le suministró Oxígeno por cánula nasal a 3 litros por minuto? No lo recuerdo

Por qué la momento de realizar la conclusión del dictamen no relaciona la miocarditis? La miocarditis es la causa del paciente, pero en las conclusiones no lo menciono porque si pudiéramos devolver el tiempo e hiciéramos todo el manejo el resultado pudo haber sido el mismo., pero como la medicina es un deber de cuidado simplemente se menciona las cosas que se pudieron haber cambiado o mejorado, sin importar el resultado.

¿En qué parte del dictamen lo dice? No lo menciono

¿La sintomatología era bizarra que evitó llegar a un diagnóstico? Si, claro

¿Cuál fue el método que utilizó? Se hizo una revisión de los documentos aportados se hace una discusión en cuanto al caso

¿Usted eventualmente considera que requirió medicina interna, urgencia para que su dictamen sea más preciso? Si

DESISTE JUAN DIUDAD DE LA RATIFICACIÓN DE NELSON

RESPECTO A HECTOR QUE SE TENGA LAS CONSECUENCIAS DE NO HABER ASISTIDO A LA RATIFICACIÓN

Se da por cerrado debate probatorio

3. Alegatos de conclusión

4. Se profiere fallo de primera instancia favorable para los intereses de la compañía en los siguientes términos:

“PRIMERO: NEGAR las pretensiones de la parte demandante

SEGUNDO: CONDENAR en costas a la parte demandante. Se fijan agencias en derecho en 30 SMLMV”

La parte demandante interpone recurso de apelación y expone los reparos en audiencia

CAMBIO DE CONTINGENCIA:

Se considera que la contingencia debe ser recalificada como **REMOTA**, toda vez que en la continuación de la audiencia de instrucción y juzgamiento fue **plenamente controvertido** el dictamen pericial aportado por la parte demandante. Adicionalmente, las pruebas testimoniales practicadas durante la diligencia resultaron **favorables para la defensa del asegurado**, en tanto que permitieron **desvirtuar la responsabilidad de éste último**.

En ese sentido, se indica que el mismo perito reconoció en esta audiencia: *“La miocarditis es la causa de la muerte del paciente, pero no la mencioné en las conclusiones porque, si pudiéramos devolver el tiempo y repitiéramos todo el manejo, el resultado probablemente hubiera sido el mismo. Sin embargo, como la medicina implica un deber de cuidado, simplemente se mencionan las cosas que se pudieron haber cambiado o mejorado, sin importar el desenlace”*. Esta afirmación resulta concluyente en cuanto a que **no existe un nexo causal directo entre la atención médica brindada y el fallecimiento del paciente**, pues el propio perito admite que, aún con otro manejo, **el desenlace fatal muy probablemente no habría cambiado**.

Además, al ser interrogado sobre la dificultad diagnóstica, reconoció que *“la sintomatología era bizarra, lo que evitó llegar a un diagnóstico oportuno”*, lo que ratifica que no se trató de una negligencia médica, sino de un caso clínico atípico, en el que la presentación inusual de los síntomas **impidió razonablemente la identificación temprana de la patología**.

Así mismo, respondió afirmativamente cuando se le preguntó si consideraba que se requería la intervención de medicina interna o urgencias para que su dictamen fuera más preciso: *“Sí”*; lo cual confirma que **el dictamen presentado carece de integralidad**, al no haber contado con la evaluación de especialistas idóneos en el área clínica pertinente, lo cual **debilita la solidez técnica del concepto rendido y limita su valor probatorio**. Esta debilidad se ve aún más acentuada cuando, al ser interrogado sobre su experiencia en manejo de pacientes en servicios de urgencias, indicó expresamente: *“No tengo experiencia”*. Tal declaración deja en evidencia que el dictamen fue elaborado por un profesional sin experticia en el área clínica sobre la cual versa su concepto, lo cual **mina completamente su fuerza demostrativa frente a los hechos controvertidos** en el proceso.

Por otro lado, el **Dr. Camilo Andrés Cortés** fue enfático al señalar que *“si la paciente se hubiera intubado antes, probablemente no hubiera cambiado nada”*, añadiendo que *“hacerlo sin una indicación precisa puede incluso causar más daño que beneficio”*. Esta afirmación resulta especialmente relevante,

pues proviene de un profesional que conoce las implicaciones de una intervención de esa naturaleza, y deja claro que **la intubación temprana no solo no era clínicamente obligatoria, sino que, de haberse practicado sin los criterios adecuados, podría haber generado un perjuicio adicional.**

De igual forma, en el interrogatorio practicado al testigo **Dr. Héctor Fabio Sandoval**, este indicó que la miocarditis y la neumonía que padecía el paciente *“Esta combinación de tal nivel se convierte en un factor letal”*. Ante la pregunta de si esa combinación —miocarditis y neumonía— podía explicar la rápida evolución clínica que tuvo el paciente.

En consecuencia, las pruebas practicadas el 27 de junio del año en curso, permiten desvirtuar la responsabilidad del asegurado, evidenciando que la atención médica fue adecuada dentro del marco de un caso clínico complejo y de evolución rápida, y que el fallecimiento del paciente no fue atribuible a una falla en la prestación del servicio, sino a la gravedad y particularidad de su condición (incluyendo la miocarditis y neumonía). Por tanto, es muy poco probable que el superior jerárquico revoque la decisión de negar pretensiones.

[@Informes_GHA](#) Por favor el cambio de contingencia no reportarlo aún a la compañía aseguradora hasta que el mismo tenga el VoBo. de Caro [@Daisy Carolina López Romero](#)

[@CAD_GHA](#) Por favor cargar traza.

[@Marleny Aldana Sandoval](#) Por favor podrías ayudarnos solicitando el acta de audiencia?

De antemano, muchas gracias.

Cordialmente,



Valeria Suarez Labrada

Abogada Junior

TEL: 315 577 6200

Bogotá - Cra 11A # 94A - 23 Of 201 | +57 317 379 5688

Cali - AV 6A Bis # 35N - 100 Of 212 | +57 315 577 6200

Londres - EC3A 7AR GB - Edificio St Botolph. 138 Houndsditch.



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

Confidentiality Notice: The reproduction, copying, publication, disclosure and/or distribution, as well as any commercial or non-commercial use of the information contained in this Email and its attached files are prohibited by law. If you are the intended

14/7/25, 14:06

Correo: CAD GHA - Outlook

recipient you agree that the information contained herein must be used and managed in both, confidential and reserved manner.
If you are not the intended recipient please contact the sender and delete a copy of the mail as well as its attachments