

SEÑORA JUEZA

DRA. CORINA DUQUE AYALA.

JUZGADO TREINTA Y UNO (31) ADMINISTRATIVO ORAL DE BOGOTÁ D.C.

SECCIÓN TERCERA

ASUNTO: APELACIÓN DE SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA. SENTENCIA No. 046.

Juez	DRA. CORINA DUQUE AYALA
Ref. Expediente	110013336-031-2022-00166-00
Medio de control	REPARACIÓN DIRECTA
Demandante	CARLOS JULIO MOLANO CABALLERO Y OTROS
Demandado	NACIÓN —MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, EPS SANITAS S.A.S. Y OTRO

YO CARLOS ALBERTO CAMARGO CARTAGENA mayor de edad, vecino de la ciudad de Bogotá, D.C., identificado con la C. C. No. 79.318.915 de Bogotá, Abogado Titulado e inscrito portador de la T. P. No. 168358 del C. S. de la J; actuando como representante judicial de los DEMANDANTES, por el presente INTERPONGO RECURSO DE APELACIÓN en contra de la sentencia emitida por el JUZGADO 31 ADMINISTRATIVO en Bogotá, D.C., el día seis (6) de junio de dos mil veinticinco (2025), notificada en estado del mismo día, en la cual RESUELVE:

...PRIMERO: NEGAR las pretensiones de la demanda, por las razones expuestas en la parte motiva. SEGUNDO: SE FIJA por agencias en derecho, a favor de cada una de las demandadas Nación —Ministerio de Salud y Protección Social, EPS Sanitas S.A.S. y el Hospital Regional de Miraflores E.S.E., y las llamadas en garantía Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo, Aseguradora Solidaria de Colombia E.C., atendiendo el Arbitrio Judice, la suma equivalente a MEDIO SALARIO MÍNIMO LEGAL MENSUAL VIGENTE (1/2 S.M.L.M.V.), la cual deberá pagar la parte actora, una vez quede ejecutoriada la presente sentencia. Lo anterior con base en lo siguiente:

SEÑALÓ LA SENTENCIA COMO UNO DE LOS HITOS EN LOS QUE BASA SU DECISIÓN:

Descendiendo al caso concreto y una vez valoradas las pruebas en conjunto y de acuerdo con las reglas de la sana crítica, encuentra el Despacho, que las súplicas de la demanda no están llamadas a prosperar comoquiera que, en primer lugar, **las atenciones de urgencias que recibió la señora Fabiola Arias de Molano (q.e.p.d.), de 62 años de edad, el 26 de junio de 2020, entre las 07:51 y 10:20 horas, en Hospital Regional de Miraflores E.S.E., no incumplió la *lex artis medical*, de acuerdo con las historias clínicas aportadas pues prevaleció la atención inmediata del paciente y luego si el registro**

en la aludida historia clínica, en la cual no se dejó la salvedad que se traba de notas retrospectivas, empero, las notas de enfermería si dan cuenta de los medicamentos y procedimiento realizados así:

CONTRATESIS: SERÁ DEBER DE LA APELANTE, DEMOSTRAR QUE LO SEÑALADO NO ES ASÍ, LA SEÑORA NO FUE ATENDIDA DE MANERA INMEDIATA Y QUE, NO ES QUE HAYA PREVALECIDO LA ATENCIÓN SOBRE LOS REGISTROS DE LA HISTORIA CLÍNICA, ES QUE LA ATENCIÓN FUE TARDÍA, ADEMÁS DE IMPERITA Y QUE ESTAS ACCIONES CULPOSAS SON CAUSA EFICIENTE DE LA MUERTE DE LA PACIENTE.

Para demostrar que la sentencia emitida esta equivocada, debemos partir de lo que enseña la historia clínica y en general el ITER CLÍNICO de la señora FABIOLA ARIAS DE MOLANO, en las instalaciones de la demandada

ITER DEL CASO DE LA SEÑORA FABIOLA ARIAS DE MOLANO.

FABIOLA ARIAS DE MOLANO (QEPD), nació el día 1 de marzo de 1958 y para el momento de los hechos contaba con 62 años y estaba afiliada en el régimen contributivo a la EPS SANITAS, CARLOS JULIO MOLANO CABALLERO, era ESPOSO de la señora ARIAS DE MOLANO FABIOLA (Q.E.P.D.), ambos residían en el municipio de Miraflores en el Departamento de Boyacá, para el momento de los hechos.

El día 26 de junio de 2020 la señora FABIOLA ARIAS DE MOLANO (Q.E.P.D.), sufrió un accidente, al caer un tanque de reserva de agua, estando en su casa, viéndose comprometida en este insuceso y recibiendo trauma en su economía.

- ✓ La señora FABIOLA ARIAS DE MOLANO (Q.E.P.D.) fue trasladada de manera inmediata, al SERVICIO DE URGENCIAS del HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES E.S.E., por su esposo, su hijo y el señor GIOVANNI ESTRADA.
- ✓ La señora FABIOLA ARIAS DE MOLANO (Q.E.P.D.), ingreso al SERVICIO DE URGENCIAS del HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES E.S.E., a las 7+51 horas del día 26 de junio de 2020, por el servicio de urgencias del HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES E.S.E. tal como lo enseña la historia clínica.
- ✓ La señora ingresó acompañada de sus familiares, el señor CARLOS JULIO MOLANO CABALLERO, su esposo, el joven CARLOS FABIÁN MOLANO ARIAS, su hijo y el vecino señor GIOVANNI ESTRADA;
- ✓ La señora FABIOLA ARIAS DE MOLANO (Q.E.P.D.) ingresó caminando, consciente, alerta y orientada, herida y con dolor.

LAS IPS HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES E.S.E., TENÍA LA OBLIGACIÓN LEGAL DE ATENDER A LA SEÑORA FABIOLA ARIAS DE MOLANO (Q.E.P.D.) DE MANERA INMEDIATA, SIN DILACIÓN Y ESTO NO OCURRIÓ ASÍ.

VEAMOS: La atención médica urgente en Colombia¹ es un componente crítico del sistema de salud, diseñado para responder a situaciones que ponen en peligro la vida, la integridad física, y mental de las personas. La Ley 1751 de 2015, también conocida como Ley Estatutaria de Salud, establece que todo ciudadano tiene derecho a la atención en salud, incluyendo los servicios de urgencia, sin discriminación alguna. Este derecho implica que cualquier persona que requiera atención médica urgente debe ser atendida sin dilaciones y sin necesidad de autorizaciones previas.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia, señala que el acceso a la salud, incluyendo las urgencias, está regulado por el SGSSS, que busca garantizar la cobertura universal a través de varios regímenes. Este sistema se asegura de que todos los ciudadanos, independientemente de su situación económica, puedan acceder a los servicios médicos cuando los necesiten.

Triage: La Piedra Angular de la Atención de Urgencias. El triage es el proceso utilizado para evaluar y clasificar la gravedad de los pacientes que llegan a urgencias. Este método asegura que aquellos en condiciones más críticas reciban atención prioritaria. La normativa colombiana estipula que el triage debe ser llevado a cabo por personal médico o de enfermería calificado y debe realizarse inmediatamente al llegar el paciente al servicio de urgencias.

LA RESOLUCIÓN 5596 DE 2015.- CLASIFICACIÓN DEL TRIAGE

para abordar este tema debemos en primer lugar acudir a los considerandos de la ley, que se constituyen en esencia del entendimiento del triage en Colombia, así, LOS SIGUIENTES SON LOS CONSIDERANDOS DE LA RESOLUCIÓN EN MENCIÓN,

CONSIDERANDO

Que de conformidad con lo dispuesto en la Ley 100 de 1993, se garantiza la cobertura para acceder al servicio público de salud en todos los niveles de atención, tal como se encuentra definido en los principios que desarrolla el sistema de seguridad social integral a fin de cumplir con sus objetivos.

Que la Ley Estatutaria 1751 de 2015, consagra dentro de los derechos de las personas, relacionados con la prestación de servicios de salud el de recibir atención oportuna en el servicio de urgencias y en el mismo sentido, establece la prohibición a la negación de los servicios de salud cuando se trate de atención de urgencias.

¹ [consultorsalud.com > criterios-de-triage-resolucion-5596-de-2015](http://consultorsalud.com/criterios-de-triage-resolucion-5596-de-2015) Criterios de “Triage” – Resolución 5596 de 2015 - CONSULTORSALUD

12 de ene. de 2016 · El Ministerio de Salud y Protección Social mediante la Resolución 5596 de 2015 define los criterios técnicos para el Sistema de Selección y Clasificación de pacientes en los

Que el artículo 54 de la Ley 715 de 2001, prevé que la prestación de los servicios de salud se ejecuta mediante la vinculación de las redes articuladas y organizadas por grados de complejidad, con el fin de atender las contingencias requeridas por los usuarios, de acuerdo a las características de sus necesidades.

Que de conformidad con el artículo 10 del Decreto 4747 de 2007, el entonces Ministerio de la Protección Social hoy Ministerio de Salud y Protección Social, dispuso la incorporación de un sistema de selección y clasificación de pacientes en urgencias, denominado Triage, el cual será de obligatorio cumplimiento por parte de los prestadores de servicios de salud que tengan habilitados servicios de urgencias, así como de las entidades responsables de pago de servicios de salud en el contexto de la organización de la red de prestación de servicios de salud. Subraya fuera del texto original.

Que, en los últimos años, se ha observado que en los servicios de urgencias del país un número importante de usuarios acceden de manera rápida al sistema de salud a través de estos. Igualmente, se presentan casos en los cuales las consultas realizadas no corresponden a necesidades de urgencia, lo que genera un incremento inusitado de demandas de atención de estos servicios.

Que por lo anteriormente señalado se hace necesario establecer disposiciones relacionadas con el Triage en los servicios de urgencia, como método idóneo de selección y clasificación de pacientes que permita determinar la prioridad con la cual se atenderán los usuarios, basado en sus necesidades terapéuticas y recursos disponibles.

Hasta acá podemos concluir que la ley determina la obligatoriedad, en las instituciones prestadoras de servicios de salud que cuenten con servicios de urgencias, de realizar el triage, como puerta de entrada a la atención, así las cosas:

EL HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES E.S.E., DESDE LAS 7+51 horas del día 26 de junio de 2020, MOMENTO EN QUE INGRESÓ LA PACIENTE FABIOLA ARIAS DE MOLANO (Q.E.P.D.), TENÍA LA OBLIGACIÓN INMEDIATA A SU INGRESO DE CLASIFICARLA EN EL SERVICIO DE TRIAGE Y ATENDERLA DE MANERA INMEDIATA, YA QUE SU ESTADO LA CLASIFICABA COMO TRIAGE 1

El triage en Colombia se divide en cinco niveles, desde **Triage I**, que requiere atención inmediata, hasta **Triage V**, donde la situación del paciente permite una espera de hasta 72 horas. Esta clasificación ayuda a optimizar los recursos y asegurar que los casos más urgentes reciban atención prioritaria.

- ✓ La paciente, señora FABIOLA ARIAS DE MOLANO (Q.E.P.D.), según lo refieren sus acompañantes, y según evidencia la historia clínica, no fue atendida médicamente de manera inmediata a su ingreso a este servicio, de manera inmediata, idónea e integral como lo ameritaba su caso. La paciente a su ingreso no fue objeto de valoración médica inmediata, no fue valorada en el triage de manera inmediata a su ingreso, no se cumplió con el ABC de la atención establecida por la lex artis médica para el paciente traumatizado y politraumatizado.

• **Triage**

Fecha y Hora:

26/06/2020 09:19:44

Profesional: Paula Fernanda Diaz .(medicina .)

Motivo:

HERIDA EN CABEZA

Signos Vitales

Peso: 58.00 Kg

Talla: 160.0 cm

MC: 22.66 Kg/m²

FC: 67 Min.

FR: 23 Min.

Temp: 36.00 °C

PA: 130/70

Saturación: 80.00 %

Hallazgos Clínicos:

INGRESA PACIENTE EN CONTINGENCIA, EN CARRO PARTICULAR, ACOMPAÑADA DE FAMILIARES, SIN USO DE TAPABOCAS. SE ATIENDE CON ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL ENTREGADOS POR LA IPS (GORRO, TAPABOCAS N-95, MASCARILLA QUIRURGICA, BATA Y GUANTES). PACIENTE DE 62 AÑOS, ANTECEDENTE DE HTA, INSUFICIENCIA CARDIACA, HIPERTENSION PULMONAR, EPOC OXIGENORREQUIENTE POR CUADRO CLINICO DE 1 HORA DE EVOLUCION CONSISTENTE EN TRAUMA EN CABEZA, MIEMBRO SUPERIOR DERECHO CON OBJETO CORTOCOTUNDENTE, REFIERE ESTABA EN SU DOMICILIO CUANDO LE CAE SOBRE SI UN TANQUE DE RESERVA DE AGUA DE SU HOGAR OCASIONANDOLE LAS HERIDAS TRAUMATICAS POSTERIOR A LO CUAL PRESENTA DOLOR INTENSO, SANGRADO PROFUSO Y DESORIENTACION, NIEGAN PERDIDA DE LA CONCIENCIA POSTERIOR AL TRAUMA, NIEGAN EPISODIOS CONVULSIVOS, PACIENTE EN MALAS CONDICIONES GENERALES, SE PASA A SALA DE REANIMACION PARA SU RESPECTIVO MANEJO.

Impresión Diag:

S098 OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA, ESPECIFICADOS

- ✓ Como se evidencia en esta nota de manera clara, contrario a lo que señala la sentencia, la paciente no fue atendida de manera inmediata, el TRIAGE que es la puerta de entrada al servicio de urgencias se realizó solo hasta las 09: 19: 44 es decir, una hora y 28 minutos después de su ingreso.
- ✓ En el registro de triage se señala que el cuadro tiene una hora de evolución, es decir, que para cuando se hizo el triage, había pasado una hora desde el trauma, lo que indica igualmente que el triage no se hizo de manera inmediata al ingreso a la institución médica HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES E.S.E.
- ✓ Para cuando fue vista en el triage, a las 9 + 19 horas, la paciente ya se encontraba en malas condiciones y SE ORDENA ENTONCES PASAR A SALA DE REANIMACIÓN PARA SU RESPECTIVO MANEJO. Lo anterior enseña, que el manejo solo se instauró después de las 9 + 19 horas, cuando se hizo el triage y se ordenó pasar a la sala de reanimación.
- ✓ ES EVIDENTE QUE NO EXISTE NOTA ALGUNA QUE REFIERA QUE ES UN REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA RETROSPECTIVO.

OTRO ASPECTO A DISCUTIR, ES EL DE LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS Y DEMÁS NOTAS CLÍNICAS Y PARACLÍNICAS.

Lo anterior, ya que la sentencia le da suma importancia a la administración de medicamentos de parte de enfermería, señalando que eso demuestra que la paciente si fue atendida...

OBSERVEMOS LO SIGUIENTE:

Precediendo el triage aparece este registro en la historia clínica:

• **Medicamentos**

Ord.	Fecha	Hora	Codigo	Nombre	Via	Cantidad	Profesional
1	26/06/2020	07:50:00	N02AT020701	TRAMADOL CLORHIDRATO SOL INY AMP 50MG/ML	NO APLICA	1.00 UNID	BARRETO PARRA NUBIA
1	26/06/2020	08:00:00	N02AM024701	MORFINA SOL INY AMP 10 MG/ML	NO APLICA	1.00 UNID	BARRETO PARRA NUBIA
1	26/06/2020	08:35:00	N01AM023701	MIDAZOLAM SOL INY AMP 5MG/5ML	NO APLICA	2.00 UNID	BARRETO PARRA NUBIA
1	26/06/2020	08:38:00	295	ROCURONIO AMP X50MG	NO APLICA	1.00 UNID	BARRETO PARRA NUBIA
1	26/06/2020	08:42:00	N01AF005701	FENTANILO CITRATO SOL INY AMP 0.05MG/ML	NO APLICA	1.00 UNID	BARRETO PARRA NUBIA
1	26/06/2020	08:43:00	N01AK001701	KETAMINA (CLORHIDRATO) 500 MG	NO APLICA	1.00 UNID	BARRETO PARRA NUBIA
1	26/06/2020	09:03:00	N07AA033701	ATROPINA SULFATO SOL INY AMP 1MG/ML	NO APLICA	7.00 UNID	BARRETO PARRA NUBIA

Lo anterior **aparenta** que desde las 7 + 50 horas, la paciente “recibió tratamiento” como lo señala la sentencia; ante lo anterior deberá el ad quem tener en cuenta las siguientes conclusiones que se derivan del análisis juicioso de la historia clínica:

- ✓ Los medicamentos deben ser ordenados por médico en razón de una valoración previa del paciente y de obtener a través de la historia clínica, una impresión diagnóstica o un diagnóstico, y en consecuencia un plan de tratamiento.
- ✓ Se pueden dar órdenes verbales en caso de urgencias, pero, deberán, registrarse lo realizado en una nota que debe dejar claramente establecido que corresponde a una nota retrospectiva y a qué hora corresponde lo allí registrado.
- ✓ NUBIA BARRETO era una auxiliar de enfermería, por tanto, no es profesional y no le está dado ordenar medicamentos.
- ✓ Obsérvese rigurosamente las horas en que supuestamente le administraron los medicamentos a la paciente y no encajan en la historia clínica, veamos:
 - a. Según registro inicial en la historia clínica a las 7 + 50 horas se le administró Tramadol (medicamento potente analgésico) nótese que según esta nota se le administró antes de que entrara al HOSPITAL.
 - b. A las 8 horas morfina (potentísimo analgésico)
 - c. A las 8 + 35 Midazolam (benzodiazepina sedante potente de acción ultra rápida)
 - d. A las 8 + 38 horas se le administró Rocuronio (**Indicaciones terapéuticas** El bromuro de rocuronio está indicado en adultos y pacientes pediátricos (desde recién nacidos a término hasta adolescentes, de 0 a < 18 años) como coadyuvante de la anestesia general para facilitar la intubación traqueal durante la inducción de secuencia de rutina y para conseguir la relajación de la musculatura esquelética durante la cirugía)². En adultos, el bromuro de rocuronio también está indicado para facilitar la intubación traqueal durante la inducción de secuencia rápida y como coadyuvante en la unidad de cuidados intensivos (UCI), para facilitar la intubación y la ventilación mecánica, para un uso a corto plazo.

² [www.vademecum.es > principios-activos-rocuronio+bromuro-m03ac09Rocuronio bromuro \(M03AC09\) - Vademecum.es](http://www.vademecum.es/principios-activos-rocuronio+bromuro-m03ac09Rocuronio_bromuro_(M03AC09)-Vademecum.es)

Rocuronio bromuro es un relajante muscular de acción periférica que se usa como coadyuvante de la anestesia general o en la UCI. Consulta las indicaciones, posología, contraindicaciones y efectos

- e. A las 8 + 42 horas se le administró Fentanilo³
- f. A las 8 + 43 según lo que registra la historia clínica le administraron Ketamina⁴

HASTA ACA LO UNICO QUE SE HA HECHO CON LA PACIENTE ES BRINDARLE ANALGESIA Y ADMINISTRARLE UNA SERIE DE MEDICAMENTOS QUE SE USAN DE MANERA CONJUNTA PARA REALIZAR LA INTUBACIÓN OROTRAQUEAL DE UN PACIENTE.

LO INEXPLICABLE ES QUE PASEN 12 MINUTOS ENTRE LA ADMINISTRACIÓN DE ROCURONIO Y LA PRESUNTA IOT QUE SEGÚN LA MISMA HC SE REALIZÓ A LAS 8 + 50 HORAS.

SIN EMBARGO, **LAS NOTAS DE ENFERMERÍA**, QUE SE REALIZARON A LAS 12 + 19 HORAS DEL DIA 26 DE JUNIO DE 2020, ES DECIR 2 HORAS DESPUÉS DE LA MUERTE DE LA SEÑORA FABIOLA, ENSEÑAN:

• **Notas Enfermería**

Fecha y Hora:

26/06/2020 12:19:02

Profesional: Dayanna Carolina Morales Pulid. (enfermero.)

Nota

8+00 INGRESA PACIENTE DE INGRESA EN CAMILLA, TRAJIDA EN CARRO PARTICULART POR SUS FAMILIARES. PACIENTE PRESENTA MULTIPLESHERIDA EN CARA, ESTA DESORIENTADA, Y EMITE SONIDOS DE DOLOR, SE UBICA EN CAMILLA DE REANIMACION, SE ATIENDE CON ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL ENTREGADOS POR LA IPS (GORRO, TAPABOCAS N-95, MASCARILLA QUIRURGICA, BATA Y GUANTES). 8+03: DRA DE TURNO ORDENA CANALIZAR, SE REALIZA EN DORSO DE MANO IZQUIERDA. 8+04: SE ADMINISTRA TRAMADOL VIA SUBCUTANEA. 8+06: SE ADMINISTRA POR ORDEN MEDICA 2 GR DE MORFINA VIA IV. 8+25: SE TOMAN SIGNOS VITALES: TA 124/75 MMHG, FC 73 LP, SATO2 80%. 8+35: DRA ORDENA ADMINISTRAR 5 MG DE MIDAZOLAM VIA IV. 8+38: DRA ORDENA ADMINISTRAR 1 CC DE ROCURONIO. 8+39: SE TOMAN SIGNOS VITALES: TA 129/83MMHG, FC 79 LP, SATO2 85%. 8+44: DRA ORDENA ADMINISTRAR 1 CC DE FENTANYLO VIA IV. 8+43: DRA ORDENA ADMINISTRAR KETAMINA 1CC VIA IV. 8+47: SE TOMAN SIGNOS VITALES: TA 187/116 MMHG, FC 95 LP, SATO2 95%. 9+03: SE ADMINISTRA VIA IV 1 AMPOLLA DE ATROPINA. 9+25: SE ADMINISTRA 1 AMPOLLA DE DOPAMINA EN 500 CC DE SSN AL 0.9% A 50 CC/H. 9+30: SE ADMINISTRA 1 G DE ACIDO TRANEXAMICO. EN 200 CC DE CLORURO DE SODIO EN 10 MINUTOS. 9+32: SE REALZA REANIMACION CON BOLSA BVM CADA 6 SEGUNDOS, CON POBRE RESPUESTA POR LO QUE SE INDICA BOLO DE 250 MG DE METILPREDNISOLONA. UNA AMPOLLA DE 40 MG DE FUROSEMIDA. CON AUMENTO DE SATURACION HASTA 80%. POSTERIOR SE ADMINISTRAR SEGÚN ORDEN MEDICA 5 DOSIS MAS DE FUROSEMIDA A ESPACIOS INTERCALADOS DE 5 Y 10 MINUTOS. ADEMAS DE 3 DOSIS DE ADRENALINA A INTERVALOS DE 10 Y 5 MINUTOS, SIN RESPUESTA SIENDO LAS 10+20 SE DECLARA LA MUERTE.

Lo que se desprende de estas notas es:

- ✓ QUE A LAS 8 HORAS DEL 26 INGRESA LA SEÑORA FABIOLA ARIAS DE MOLANO (Q.E.P.D.), AL HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES E.S.E.
- ✓ QUE A LAS 8 + 03 SE CANALIZA (UNA SOLA VENA EN DORSO DE MANO DERECHA, CONTRARIO A LA NOTA MÉDICA POSTERIOR QUE DICE QUE SE LE CANALIZARON DOS VÍAS VENOSAS)
- ✓ A LAS 8+04 SE LE ADMINISTRÓ TRAMADOL (¿¿ACASO NO HABÍA SIDO A LAS 7 +50 HORAS??)
- ✓ A LAS 8 + 06 SE LE ADMINISTRÓ MORFINA (SE REGISTRA QUE POR ORDEN MÉDICA Y NO

³ [www.iqb.es > cbasicas > farmaFENTANILO EN VADEMECUM IQB](http://www.iqb.es/cbasicas/farmaFENTANILO%20EN%20VADEMECUM%20IQB) El fentanilo transdérmico está indicado para el tratamiento del dolor crónico en pacientes que requieren analgesia opioide. El fentanilo también está disponible en dos preparaciones Las acciones de fentanilo son similares a las de la morfina, aunque el fentanilo es mucho más lipófilo en comparación con la morfina (580:1) y tiene un más rápido inicio de acción. Clínicamente, la estimulación de los receptores μ produce analgesia, euforia, depresión respiratoria, miosis, disminución de la motilidad gastrointestinal, y la dependencia física. La estimulación de receptor Kappa también produce la analgesia, miosis, depresión respiratoria, así como, disforia y algunos efectos psicomiméticos (es decir, desorientación y/o despersonalización).

⁴ [www.iqb.es > cbasicas > farmaKETAMINA EN VADEMECUM - IQB: MEDICICLOPEDIA](http://www.iqb.es/cbasicas/farmaKETAMINA%20EN%20VADEMECUM%20IQB%20MEDICICLOPEDIA) Información sobre la ketamina, un anestésico general con propiedades hipnóticas, analgésicas y amnésicas a corto plazo. Descubre su mecanismo de acción, farmacocinética, efectos adversos y... La ketamina es un anestésico general, para uso intravenoso o intramuscular, con propiedades hipnóticas, analgésicas y amnésicas a corto plazo. Se utiliza como único anestésico en operaciones quirúrgicas superficiales o menores como en la cirugía ortopédica, cirugía ginecológica rutinaria menor (raspados, dilataciones, etc.), desbridamiento de quemaduras, operaciones dentales, etc.

HAY ALGUNA ORDEN MÉDICA QUE RESPALDE ESTO).

- ✓ A LAS 8 + 25 HORAS SE LE TOMAN SIGNOS VITALES. Hasta acá han pasado 37 minutos desde su ingreso y no se ha hecho más que canalizar una vena y administrar analgésicos, la paciente no ha recibido tratamiento médico enfocado al trauma y sus complicaciones.
- ✓ A las 8 + 35 horas del día 26 se le administra midazolam.
- ✓ 8 + 38 se le administra Rocuronio (al relajar a la paciente ella ya no respira por sí misma, luego esto debía hacerse de manera inmediata antes de la IOT, pero pasaron 12 minutos hasta la IOT, es decir la paciente se expuso a un grave riesgo de hipoxia severa)
- ✓ A las 8 + 39 toma de signos vitales (que están asombrosamente normales con una frecuencia cardiaca de 79)
- ✓ A las 8 + 44 le administran Fentanilo.
- ✓ A las 8 + 43 Ketamina.
- ✓ A las 8 + 47 toma de signos vitales, que muestran normalidad con TA 187 / 116 y fc de 95.
- ✓ A las 9 + 03 administran atropina.

SE ENCUENTRA GRAN INCONSISTENCIA EN LA HISTORIA CLINICA, CUANDO, A PESAR DE ENCONTRARSE CON SIGNOS VITALES NORMALES, A LAS 9 + 03 HORAS, SOLO 6 MINUTOS DEPSUES LE ADMINISTRAN LA PRIMERA DOSIS DE ATROPINA. (Medicamento con Indicaciones: Parada cardiaca. Inducción en anestesia general: Antes de la anestesia general, para disminuir el riesgo de inhibición vagal sobre el corazón y para reducir las secreciones salivar y bronquial. Bradicardia sinusal. Bloqueo AV (aurículo-ventricular⁵).

- ✓ 9 + 25 administran dopamina.
- ✓ 9 + 30 ácido tranexámico.
- ✓ 9 + 32 inician maniobras de RCP con bolsa BVM

ACA SE ENCUENTRA OTRA DE LAS MAYORES INCONSISTENCIAS, YA QUE SE REGISTRA EN LA NOTAS DE ENFERMERÍA QUE A LAS 9 + 32 HORAS SE INICIARON LAS MANIOBRAS DE REANIMACIÓN CARDIO CEREBRO PULMONAR ANTE UNA PARADA CARDIACA, PERO SE HACE CLARIDAD QUE SE INICIARON CONTANDO CON SISTEMA DE VENTILACIÓN BOLSA BVM, lo que quiere decir que la paciente no estaba intubada orotraquealmente y a las 9 + 32 la ventilación de la paciente se hacía por ambú.

¿PERO ACASO LA IOT NO HABÍA SIDO EXITOSA A LAS 8 + 50 HORAS? - Esto según el mismo registro de la historia clínica- ESTO LO ÚNICO QUE DENOTA ES QUE LA PACIENTE NO FUE INTUBADA OROTRAQUEALMENTE COMO LO SEÑALA LA HISTORIA CLÍNICA Y COMO LO AFIRMÓ LA MÉDICA DIANA LEON, A LAS 8 + 50 HORAS, sino posterior a las 9 + 32 horas

El sistema BVM⁶ se referencia, así:

⁵ www.vademecumfarmacia.com > atropina Atropina - vademecumfarmacia La atropina es un antiespásmodico, antiselector gástrico y bloqueador de los receptores de la acetilcolina. Se usa para tratar la parada cardiaca, la bradicardia, el síndrome del intestino irritable y

⁶ www.sspa.juntadeandalucia.es > rt20_ventilacion_bolsa_valvula_mascarilla VENTILACIÓN CON BOLSA- VÁLVULA- RT-20 MASCARILLA(BVM)

- Dispositivo de ventilación Bolsa-Válvula-Mascara (también conocido como BVM o bolsa Ambu): Es un dispositivo manual utilizado para proporcionar ventilación a presión positiva a un paciente que no está respirando o que no respira adecuadamente.
- La ventilación con Bolsa-Válvula-Mascarilla (BVM), está indicada en los casos de hipoventilación u obstrucción de la vía aérea y suele preceder a la intubación endotraqueal.

- ✓ A las 9 + 32 igualmente, se le administró metilprednisolona que como lo dijo la perito FABIOLA JIMÉNEZ no tenía indicación clara de administración en esta paciente, además se registra en las notas de enfermería la administración de otros medicamentos como furosemida, atropina y adrenalina a dosis espaciadas, que no sacaron a la paciente del PARO CARDIO RESPIRATORIO, y se declara la muerte de FABIOLA ARIAS DE MOLANO a las 10 + 20 horas.

OBSÉRVESE QUE SEGÚN LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA A LAS 9 + 25 HORAS SE ADMINISTRÓ DOPAMINA, MISMO MEDICAMENTO QUE NO APARECE REFERENCIADO EN LAS NOTAS MÉDICAS, NINGUN MEDICO DETERMINO LA ADMINISTRACIÓN DE ESTE MEDICAMENTO.

OBSÉRVESE IGUAL QUE EN LA PÁGINA 10 DE LA HISTORIA CLÍNICA SE REGISTRAN PROCEDIMIENTOS Y ES A PARTIR DE LAS 12 + 53 QUE SE REGISTRAN LA TOMA DE RADIOGRAFÍAS DE COLUMNA CERVICAL, DORSAL Y CLAVÍCULA, PORQUE HASTA ESA HORA CUANDO YA HABÍA MUERTO LA PACIENTE, YA QUE EN ESTE CASO DE LA TOMA DE RADIOGRAFÍAS LA NOTA ERA INMEDIATA YA QUE ELLA -LA AUXILIAR DE RADIOLOGÍA- NO ESTABA ATENDIENDO A LA PACIENTE, SOLO ESTAB TOMANDO LO ORDENADO. ¿O FUE QUE ESTA IMÁGENES SE LE TOMARON AL CADÁVER?

OBSÉRVESE QUE A LAS 19 + 16 HORAS DEL DIA 26 APARECE REGISTRADO EN LA HISTORIA CLÍNICA LA ORDEN DE MATERIALES QUE EN ESTE CASO ES DE PROLENE, QUE ES LA SUTURA QUE SE DEBÍA USAR EN LA PACIENTE. DE LO ANTERIOR VARIAS PREGUNTAS:

- ✓ ¿PORQUE SOLO HASTA LAS 19 + 16 HORAS DEL DIA 26 SE ORDENÓ ESTO?
- ✓ ¿DÓNDE ESTÁ LA NOTA DE SUTURA DE LA LESIÓN DE LA SEÑORA? NO EXISTE EN TODA LA HC DICHA NOTA, LA PACIENTE A PESAR DE TENER LAS HERIDAS DESCRITAS EN LAS NOTAS MÉDICAS NUNCA FUE SUTURADA.
- ✓ UNA HERIDA TRANSFIXIANTE COMO LA QUE SE DESCRIBE EN LA MANDÍBULA, PENETRANTE HASTA EL BERMELLÓN Y TRANSFIXIANTE ES DECIR QUE ATRAVIESA LA PARED DE LA BOCA HASTA EL BERMELLÓN, TENIA QUE SER SUTURADA POR SU SANGRADO.

OBSÉRVESE QUE EN LA SECCION DE LA HC DENOMINADA GESTIÓN DE PACIENTES, LOS REGISTROS QUE APARECEN EN LA HISTORIA CLINICA, SE CONSIGNAN EN LA HC, SOLO HASTA LAS 16 + 43 HORAS, REFIRIÉNDOSE A SUCESOS DE LAS 9 + 03 HORAS, LO ANTERIOR, SIN JUSTIFICACIÓN ALGUNA, YA QUE LA PERSONA ENCARGADA DE ESTE REGISTRO, NO ESTABA ATENDIENDO DIRECTAMENTE A LA PACIENTE Y POR TANTO, NO SE JUSTIFICA QUE LAS NOTAS SE REGISTREN CASI OCHO HORAS DESPUÉS DE LA GESTIÓN.

La ventilación con Bolsa-Válvula-Mascarilla (BVM), está indicada en los casos de hipoventilación u obstrucción de la vía aérea y suele preceder a la intubación endotraqueal. El empleo de BVM con

ACA SE MUESTRA COMO LA PACIENTE SOLO FUE REMITIDA 72 MINUTOS DESPUÉS DE SU INGRESO.

LO HASTA ACA DESCRITO, LAS OBSERVACIONES QUE HEMOS REALIZADO, DESEMBOCAN EN CONCLUIR QUE LA HISTORIA CLINICA DE LA SEÑORA FABIOLA ARIAS DE MOLANO, ESTA PLAGADA DE INCONSISTENCIAS, DE IRREGULARIDADES, QUE INDICAN (EN SEDE INDICIARIA) QUE ESTA HISTORIA CLINICA FUE “ADECUADA” POR EL PERSONAL DEL HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES E.S.E. A SUS INTERESES Y MUCHO DE LO REGISTRADO NO ES REFLEJO DE LO SUCEDIDO. LO ANTERIOR ES EVIDENTE, NO SOLO LAS INCONSISTENCIAS HALLADAS, EN LAS INCONEXIDADES, SINO EN LOS REGISTROS TARDIOS, EXTEMPORANEOS DE LO SUCEDIDO, Y LA NO CONSIGNACION EN LAS NOTAS CLINICAS QUE LAS NOTAS SE TRATABAN DE NOTAS RETROSPECTIVAS. ESTO DEBERA SER CUIDADOSAMENTE ANALIZADO POR EL DESPACHO PARA DETERMINAR QUE LA HISTORIA CARECE DE CONFIABILIDAD Y MAS BIEN SE CONSTITUYE EN UNA COLCHA DE RETAZOS, ELABORADA PARA CUBRIR LAS FALTAS OCURRIDAS.

- ✓ Los medicamentos Midazolam, Rocuronio, Fentanilo, Ketamina, administrados a la paciente, son medicamentos con gran poder de depresión respiratoria, que se potencian cada uno, con el uso concomitante de los demás, para administrarlos era perentorio que la paciente estuviera con Intubación Orotraqueal para protegerla de depresión respiratoria secundaria. Esto no se hizo.
- ✓ No es de recibo, la intubacion orotraqueal distante en el tiempo, a la administración de los medicamentos Midazolam, Rocuronio, Fentanilo, Ketamina.

RESPECTO DE LA REALIZACIÓN DEL TRIAGE A LAS 9 + 19 HORAS Y LA ATENCIÓN MÉDICA REFLEJADA EN LA HISTORIA CLÍNICA.

La Resolución 5596 del 24 de diciembre de 2015, *Por la cual se definen los criterios técnicos para el Sistema de Selección y Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias “Triage”* emitida por EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, en el ARTÍCULO 3° esta resolución define el triage... *Definición de Triage.* El triage en los servicios de urgencia es un Sistema de Selección y Clasificación de pacientes, basado en sus necesidades terapéuticas y los recursos disponibles que consiste en una valoración clínica breve que determina la prioridad en que un paciente será atendido. El “Triage”, como proceso dinámico que es, cambia tan rápidamente como lo puede hacer el estado clínico del paciente.

La misma resolución en el artículo 4°, trata acerca de los *Objetivos del “Triage”*. Señala cuales son los objetivos del Triage, así:

- 4.1. **Asegurar una valoración rápida y ordenada de todos los pacientes** que llegan a los servicios de urgencias, identificando a aquellos que requieren atención inmediata. (subraya fuera de texto)
- 4.2. Seleccionar y clasificar los pacientes para su atención según su prioridad clínica y los recursos disponibles en la institución.
- 4.3. **Disminuir el riesgo de muerte, complicaciones o discapacidad de los pacientes que acuden a los**

servicios de urgencia.

4.4. Brindar una comunicación inicial con información completa que lleve al paciente y a su familia a entender en qué consiste su clasificación de Triage, los tiempos de atención o de espera que se proponen y así disminuir su ansiedad.

Parágrafo. En ninguna circunstancia el “Triage” podrá ser empleado como un mecanismo para la negación de la atención de urgencias.

En el ARTÍCULO 5 de la Resolución 5596 del 24 de diciembre de 2015, enseña las categorías del “Triage”, Para determinar la prioridad de la atención de los pacientes en un servicio de urgencias se tendrá en cuenta la siguiente categorización, organizada de mayor a menor riesgo:

5.1 **Triage I:** Requiere atención inmediata. La condición clínica del paciente representa un riesgo vital y necesita maniobras de reanimación por su compromiso ventilatorio, respiratorio, hemodinámico o neurológico, pérdida de miembro u órgano u otras condiciones que por norma exijan atención inmediata.

5.2. **Triage II:** La condición clínica del paciente puede evolucionar hacia un rápido deterioro o a su muerte, o incrementar el riesgo para la pérdida de un miembro u órgano, por lo tanto, requiere una atención que no debe superar los treinta (30) minutos. La presencia de un dolor extremo de acuerdo con el sistema de clasificación usado debe ser considerada como un criterio dentro de esta categoría.

5.3. **Triage III:** La condición clínica del paciente requiere de medidas diagnósticas y terapéuticas en urgencias. Son aquellos pacientes que necesitan un examen complementario o un tratamiento rápido, dado que se encuentran estables desde el punto de vista fisiológico, aunque su situación puede empeorar si no se actúa.

5.4. **Triage IV:** El paciente presenta condiciones médicas que no comprometen su estado general, ni representan un riesgo evidente para la vida o pérdida de miembro u órgano. No obstante, existen riesgos de complicación o secuelas de la enfermedad o lesión si no recibe la atención correspondiente.

5.5. **Triage V:** El paciente presenta una condición clínica relacionada con problemas agudos o crónicos sin evidencia de deterioro que comprometa el estado general del paciente y no representa un riesgo evidente para la vida o la funcionalidad de miembro u órgano. Parágrafo. Los tiempos de atención establecidos, no aplicarán en situaciones de emergencia o desastre con múltiples víctimas.

Esta probado en la historia clínica que en esta paciente FABIOLA ARIAS DE MOLANO (Q.E.P.D.), el triage SOLO FUE REALIZADO HASTA LAS 9 + 19 HORAS **y que en el mismo triage, se registra por la medica rural PAULA FERNANDEZ, que el cuadro de la paciente tiene una hora de evolución.**

Acorde a la ley, y señalado en la misma, como obligación de todos los prestadores de servicios de salud, lo primero que deben hacer, al ingreso de un paciente al servicio de urgencias, es la realización del TRIAGE, para (según el artículo 4°, de la resolución 5596 de 2015) ... 4.1. Asegurar una valoración rápida y ordenada de todos los pacientes que llegan a los servicios de urgencias, identificando a aquellos que requieren atención inmediata. (subraya fuera de texto) y... 4.2. Seleccionar y clasificar los pacientes para su atención según su prioridad clínica y los recursos disponibles en la institución y así ... 4.3.

Disminuir el riesgo de muerte, complicaciones o discapacidad de los pacientes que acuden a los servicios de urgencia.

Luego no se puede decir como lo afirma la sentencia que la paciente si recibió atención desde su ingreso, así lo afirmó bajo juramento el esposo de la señora FABIOLA, el señor MOLANO, quien afirmó que su esposa **no había sido atendida** de manera pronta y oportuna.

Que el ARTÍCULO 6, habla de las Responsabilidades de la Institución Prestadora de Servicios de Salud. Además de las responsabilidades señaladas en las normas vigentes, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en el marco de lo establecido en la presente resolución, son responsables de:

6.1 Definir e implementar un método de "Triage" de cinco categorías que cumpla con lo contemplado en la presente resolución.

6.2 Garantizar los recursos físicos, humanos y técnicos necesarios para la realización del "Triage".

6.3. En los casos de "Triage" categorías I y II, se deberá dar cumplimiento a los tiempos de atención definidos en la presente Resolución. (subraya fuera de texto)

6.4 Para las categorías III, IV y V, las instituciones prestadoras de servicios de salud que tengan habilitado el Servicio de Urgencias deben establecer tiempos promedio de atención que serán informados a los pacientes y sus acompañantes. Los tiempos promedio de atención deben ser publicados en un lugar visible del servicio de urgencias.

6.5 Asegurar la reevaluación periódica de los pacientes ya clasificados que se encuentran en espera de la atención definitiva.

6.6. Disponer de información que permita a los usuarios comprender la metodología de "Triage" usada en el servicio de urgencias.

6.7. Proporcionar la información adecuada a los pacientes y acompañantes sobre los recursos iniciales a emplear y los tiempos promedio en que serán atendidos.

Parágrafo. El proceso de verificación de derechos de los usuarios, será posterior a la realización del "Triage" y, en consecuencia, el "Triage" debe ser realizado a la llegada del paciente al servicio de urgencias. (subraya y negrita fuera de texto)

ARTÍCULO 7. Responsabilidades de las Entidades Responsables del pago de los servicios de Salud. Además de las responsabilidades señaladas en las normas vigentes, las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas y las administradoras de riesgos laborales, en el marco de lo establecido en la presente resolución, son responsables de:

7.1 Implementar estrategias de información, educación y comunicación que estén dirigidas a la población a su cargo y que propendan por el uso racional de los servicios de urgencias.

7.2 Informar a los usuarios a partir de la carta de derechos y deberes de los usuarios, lo relacionado con la atención de urgencias, incluyendo el "Triage".

7.3 Para las categorías IV y V del "Triage", en conjunto con sus redes de prestadores de servicios de salud, adelantar estrategias que garanticen y mejoren la oportunidad para el acceso a los servicios conexos a la atención de urgencias, entre ellos, consulta externa, general, especializada y prioritaria, así como los servicios de apoyo diagnóstico, entre otros.

7.4 Verificar que las IPS con las que suscriban acuerdos de voluntades tengan implementado el sistema de selección y clasificación de pacientes - "Triage", definido en la presente resolución.

En el ARTÍCULO 8. La resolución en comento señala, *Personal responsable del "Triage"*. En los servicios de urgencias de alta y mediana complejidad el "Triage" debe ser realizado por profesionales en Medicina o Enfermería. Para los servicios de urgencias de baja complejidad, el "Triage", podrá ser realizado por auxiliares de enfermería o tecnólogos en atención prehospitalaria con la supervisión médica correspondiente.

El personal responsable del "Triage" deberá contar con constancia de asistencia a cursos o actividades de formación en asuntos directamente relacionados con el sistema de selección y clasificación de pacientes en urgencias, "Triage", aplicado por la institución Prestadora de Servicio de Salud -IPS. (subraya fuera de texto)

Responsabilidades del personal que realiza el "Triage". ARTÍCULO 9. El personal que realiza el Triage, en el marco de la presente resolución, es responsable de:

9.1 Organizar y garantizar el orden en el que se realizará el "Triage" a las personas que lleguen al servicio de urgencias.

9.2 Entrevistar al paciente y/o acompañante.

9.3 Evaluar de manera oportuna y pertinente al paciente. (subraya fuera de texto)

9.4 Clasificar al paciente de acuerdo con la metodología de "Triage" implementada en la IPS, según los criterios definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. (subraya fuera de texto)

9.5 Llevar el registro de los datos obtenidos en el proceso de "Triage".

9.6 Informar al paciente y/o acompañante el resultado de la clasificación realizada, el área de tratamiento y el tiempo estimado de espera para la atención inicial de urgencias, con observancia de los parámetros.

ARTÍCULO 10. Registro. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deberán garantizar el registro de la información del "Triage" de todo paciente que ingrese al servicio de urgencias. **Para tal fin, el registro deberá contener la información mínima de identificación del paciente, fecha, hora de ingreso y de realización del "Triage", así como la clasificación del paciente.** (subraya y negrita fuera de texto)

ESTÁ DEMOSTRADO EN LA HISTORIA CLÍNICA QUE A LA SEÑORA FABIOLA ARIAS DE MOLANO (Q.E.P.D.) SE LE REALIZÓ EL TRIAGE SOLO HASTA LAS 9 + 19 HORAS DEL DÍA 26 DE JUNIO DE 2020, POR LA MÉDICA RURAL PAULA FERNANDA DÍAZ, AL MOMENTO DE REALIZAR EL TRIAGE, LA MÉDICA RURAL PAULA FERNANDA DÍAZ, SEÑALA QUE EL CUADRO YA TIENE UNA HORA DE EVOLUCIÓN, CUANDO LO CIERTO ES QUE EL ACCIDENTE HABÍA OCURRIDO A LAS 7 + 45 HORAS DEL DÍA 26 DE JUNIO DE 2020, ES DECIR, PARA EL MOMENTO EN QUE ESTA MÉDICA HACIA EL TRIAGE, HABÍA TRANSCURRIDO 1 HORA Y 34 MINUTOS.

El hecho que la médica PAULA FERNANDEZ haya registrado EN EL TRIAGE que el cuadro tenía una hora de evolución, aunque no es exacto, demuestra que el triage fue realizado de manera tardía y no inmediata al ingreso como lo ordena la ley y la prudencia médica.

El manejo brindado a la paciente fue imperito y tardío, lo que llevó a la muerte de la señora FABIOLA ARIAS DE MOLANO. La paciente fue atendida -al menos en los primeros 100 minutos- por una médica rural, sin las destrezas ni los conocimientos necesarios, la institución no garantizó una atención idónea, oportuna y oportuna.

La clasificación de triage como TRIAGE 2, no se cumplió por parte de la institución demandada, con el tiempo legal de atención de la paciente -según el triage por ellos realizado que fue triage 2- el tiempo de atención debía darse dentro de los primeros 30 minutos, la paciente fue atendida en el triage, una hora y treinta minutos después, (recordar que la médica PAULA FERNANDEZ, registró que el trauma tenía una hora de evolución cuando hizo el triage).

Al momento de la realización del Triage, es decir a las 9 + 19 horas, la paciente ya estaba en malas condiciones según se registra en el mismo. A esta hora se ordenó pasar a la sala de reanimación. (esto último igual es un indicio de que hasta ese momento empezó la atención de la señora FABIOLA ARIAS)

A las 9 + 21 horas, según la historia clínica, se solicitaron, se ordenaron imágenes diagnósticas y laboratorios, por parte de la médica PAULA FERNANDA DIAZ; cuadro hemático, pruebas de coagulación, glicemia, nitrógeno ureico y radiografías de cráneo, base de cráneo, tórax, hombro y cara, mismas que acorde a los indicios generados por la demanda, nunca fueron tomadas, ya que **el Hospital demandado, no entregó estas radiografías a pesar de haber sido decretada su entrega, excusándose en que las imágenes les habían sido entregadas a los familiares, lo que no es cierto y está probado en el proceso, ya que no hay registro con firma de recibido de estas imágenes de parte de los familiares.**

Según registra la historia clínica de la demandada HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES E.S.E., las radiografías de cráneo simple, radiografía de base de cráneo, radiografía de tórax PA y lateral, radiografía de cara, y de hombro, se tomaron, a las 12 + 52 horas, se hizo la ordenación (sic) de las radiografías de columna cervical, dorsal y de clavícula, entonces, **se ordenaron cuando la paciente ya había muerto para encubrir las omisiones técnicas en la atención y no aparecen las imágenes que prueben que además de ordenarse se hicieron.** (subraya y negrita fuera de texto).

LA LEY, RESOLUCIÓN 1995 DE 1999, SEÑALA EN SU ARTÍCULO 11: PARÁGRAFO SEGUNDO. A PARTIR DE LA FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE RESOLUCIÓN, EN LOS CASOS DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS, LOS REPORTES DE INTERPRETACIÓN DE LAS MISMAS TAMBIÉN DEBERÁN REGISTRARSE EN EL REGISTRO ESPECÍFICO DE EXÁMENES PARACLÍNICOS Y LAS IMÁGENES DIAGNÓSTICAS PODRÁN SER ENTREGADAS AL PACIENTE, EXPLICÁNDOLE LA IMPORTANCIA DE SER CONSERVADAS PARA FUTUROS ANÁLISIS, ACTO DEL CUAL DEBERÁ DEJARSE CONSTANCIA EN LA HISTORIA CLÍNICA CON LA FIRMA DEL PACIENTE.

A las 9 + 22 horas se hizo la historia clínica de atención de urgencias, en la que se reitera y se refiere que para este momento la paciente está en malas condiciones, en esta historia clínica de las 9 + 22 horas, se anotan los antecedentes farmacológicos refiriendo que la paciente toma Rovixovaran 20

mg día.

La paciente acorde al examen físico registrado, presenta para las 9 + 22 horas, tenía una frecuencia respiratoria de 23 y saturación de oxígeno del 80%, se encontraba deshidratada y con dificultad respiratoria, en el cráneo presentaba deformidad ósea y signo de ojos de mapache, la paciente según la nota médica tenía una frecuencia cardíaca de 67 latidos por minuto, para las 9 + 22 horas, cursaba con sangrado profuso nasal y activo nasal posterior con escurrimiento sanguíneo posterior, y en cuero cabelludo donde presentaba herida de 4 y 2 cm con exposición de tabla ósea y sangrado profuso. El examen neurológico muestra que la paciente tiene tendencia a la somnolencia, se encuentra desorientada y localiza dolor. Es decir, lo anterior lleva a concluir que la paciente para las 9 + 22 horas ya se encontraba con signos de gravedad.

PARA ESTE MOMENTO SEGÚN LO SEÑALAN, LOS TESTIMONIOS DE LA MISMA MÉDICA PAULA FERNANDA DÍAZ Y DE DIANA LEÓN Y DE LA OTRA MÉDICA QUE APARECE REGISTRADO EN LA HISTORIA CLÍNICA (INCLUSO EN EL INTERROGATORIO DE PARTE DE LA DEMANDANTE, ASÍ SE SEÑALA) SE DESMAYA LA MÉDICA RURAL PAULA FERNANDA DIAZ, Y NO SIGUE CON LA ATENCIÓN DE LA SEÑORA FABIOLA ARIAS DE MOLANO (Q.E.P.D.).

SIN EMBARGO, LA HISTORIA CLÍNICA NO REGISTRA ESTO Y LOS REGISTROS APARECEN COMO REALIZADOS POR LA MÉDICA PAULA FERNANDA DIAZ, CUANDO ELLA MISMA Y LOS DEMÁS MÉDICOS TESTIGOS SEÑALARON QUE ELLA NO VOLVIÓ A PARTIR DE ESE MOMENTO A ATENDER A LA PACIENTE EN NINGÚN MOMENTO.

La atención recibida por la paciente fue imperita además de tardía, uno de los parámetros axiomáticos de la atención del paciente politraumatizado es que al paciente no se le debe mover el cuello y siempre se debe presumir la existencia de fractura de vértebras cervicales -hasta que se demuestre lo contrario-, moverle el cuello a un politraumatizado implica riesgo de lesión de la médula espinal con daño neurológico grave. En la historia de la señora FABIOLA ARIAS DE MOLANO (Q.E.P.D.) en el HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES E.S.E., se registra, en el cuello, que el mismo es móvil y doloroso. Lo anterior muestra gran impericia ya que el cuello -reitero- no se debía movilizar bajo ninguna circunstancia.

LA ACTUACIÓN ES TAN IMPERITA QUE SE EXAMINARON ZONAS, TEJIDOS Y ÓRGANOS QUE **NO** ES MENESTER REVISAR ANTE EL ESTADO DE LA PACIENTE, SE REGISTRÓ QUE EL ANO ERA NORMAL, Y SE LE TOMÓ PERÍMETRO ABDOMINAL EL CUAL LE ARROJÓ 70, CLASIFICÁNDOLO COMO NORMAL, CUESTIÓN QUE ES ABSOLUTAMENTE **INOCUA** PARA EL ESTADO DE LA PACIENTE Y QUE IMPLICA MOVILIZAR LA COLUMNA -LO QUE NO SE DEBE HACER-.

Señala la historia clínica en registró de las 9 + 22 horas, por parte de la médica rural medica PAULA FERNANDA DÍAZ, que *según cómo evolucione la paciente*, se remitirá como urgencia vital. Es decir, la paciente como se VIO en el probatorio, debió haber sido remitida de manera casi inmediata a su ingreso a las 7 + 41 horas, pero la paciente no se remitió de manera inmediata, debiéndose.

LAS PRUEBAS DENTRO DEL PROCESO -TESTIMONIO DE LA AUDITORÍA MÉDICA DE LA EPS- DEMUESTRAN QUE LA REMISIÓN LE FUE ENVIADA A LA EPS SANITAS, POR VÍA CORREO ELECTRÓNICO, SOLAMENTE HASTA LAS 10 + 20 HORAS, ES DECIR, UNA VEZ MURIÓ LA PACIENTE. LO ANTERIOR ES PRUEBA PLENA DE LA REMISIÓN TARDÍA DE QUE FUE OBJETO LA PACIENTE.

La EPS Sanitas, allegó que la referencia se envió ese día 26 de junio de 2020, a las 10:20 horas, así (a. 17):

----- Forwarded message -----

De: **Referencia Miraflores** <referenciamiraflores@gmail.com>

Date: vie., 26 jun. 2020 a las 10:20

Subject: Urgencia Vital FABIOLA ARIAS DE MOLANO cc 23752774

To: fax Fonosanitas fax <solicitudesreferencia@colsanitas.com>, Inversiones Medicas de los Andes <temporalandes@gmail.com>, cruebboyaca <crueb.boyaca@gmail.com>

PARA: EPS SANITAS IPS y CRUEB

ASUNTO: FEMENINA de 62 AÑOS CON ANTECEDENTE DE I. CARDIACA , HTA y OXIGENO REQUIRIENTE QUIEN HACE UNA 81) HORA SUFRIÓ UN POLITRAUMATISMO SECUNDARIO A UNA CAIDA DEL TANQUE DE RESERVA DE AGUA DESDE EL TECHO DE SU CASA, LLEGA EN MALAS CONDICIONES QUIEN SE REALIZA INTUBACION OROTRAQUEAL Y REANIMACION AVANZADA.

HORA DE SALIDA AMBULANCIA: 9:30 AM CON MEDICO ACOMPAÑANTE DR. CAMILO VELANDIA.

Adjunto envío Historia Clínica

cordialmente

MARIBEL A.A.

HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES

NIT:800152970-3

TEL:(8)7330152 ext 133

A las 9 + 25 horas se inició goteo de dopamina, lo anterior implica que la paciente se encontraba con inestabilidad hemodinámica, cursando con choque y su estado de salud era grave para este momento.

A LAS 9 + 27 HORAS SE TIENEN RESULTADOS DE CUADRO HEMÁTICO CON HEMOGLOBINA DE 12,1; ESTOS LABORATORIOS CORRESPONDEN A LOS ORDENADOS A LAS 9 + 19 HORAS, ES DECIR QUE SE HICIERON EN 8 MINUTOS, LO CUAL ES POSIBLE. LOS TIEMPOS DE COAGULACIÓN REPORTADOS SE ENCONTRABAN DENTRO DE PARÁMETROS NORMALES, **ESTO ÚLTIMO DESVIRTÚA LA TEORÍA EN QUE SE SIENTA GRAN PARTE DE LA DEFENSA Y ES QUE ESTA PACIENTE ESTABA ANTICOAGULADA Y POR ELLO NO FUE POSIBLE DETENERLE LA HEMORRAGIA.** RECORDAR ADEMÁS QUE A PESAR DE LAS VARIAS HERIDAS EN CUERO CABELLUDO Y EN LA MANDÍBULA INFERIOR, LA PACIENTE NUNCA FUE SUTURADA.

A las 10 + 03 horas, la historia clínica registra signos vitales que son los mismos y exactamente iguales a los tomados al ingreso en el triage, lo cual no es posible, la paciente ya debería estar hipotensión y taquicárdica y por ello se le ordenó la dopamina. **¿Cabe preguntarse, si los signos vitales como se registra seguían iguales, por qué razón se ordenó entonces la dopamina?** Además, si los signos vitales de la paciente, según lo registrado, estaban dentro de parámetros normales, la saturación de oxígeno no se podía encontrar en 80%, ya que una saturación de estas produce fisiológicamente y como defensa del organismo, taquicardia y cambios en la tensión arterial, además, repito, lo anterior es inconsistente con la orden de goteo de dopamina.

A LAS 10 + 05 HORAS SE ADMINISTRARON 3 AMPOLLAS DE EPINEFRINA, POR PARTE DE LA ENFERMERA NUBIA BARRETO PARRA. LO ANTERIOR ES INCOHERENTE, CON LOS SIGNOS VITALES REGISTRADOS DOS MINUTOS ANTES. **ESTO ES INDICADOR DE MANIPULACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA, O DE QUE EN REALIDAD NO SE LE TOMARON SIGNOS VITALES O SE REGISTRARON AL ACOMODO DEL MÉDICO.** EN ESTE MOMENTO SE LE ADMINISTRARON UNA SERIE DE MEDICAMENTOS COMO, METILPREDNISOLONA, ÁCIDO TRANEXAMICO Y FUROSEMIDA 3 AMPOLLAS Y LIDOCAÍNA TÓPICA, SIN JUSTIFICACIÓN ALGUNA EN EL MANEJO IDÓNEO DE UN PACIENTE CON POLITRAUMA.

A LAS 10 + 20 HORAS FALLECIÓ LA SEÑORA FABIOLA ARIAS DE MOLANO, SEGÚN REGISTRA LA MISMA HISTORIA CLÍNICA Y LA HISTORIA CLÍNICA REGISTRA DE MANERA INEXPLICABLE, QUE A LAS 10 + 20 HORAS SE ORDENÓ OXÍGENO POR VENTILADOR MECÁNICO PARA ADMINISTRARSE POR TUBO OROTRAQUEAL.

A LAS 10 + 46 SE REGISTRA ATENCIÓN MÉDICA POR PARTE DE LA MÉDICA RURAL PAULA FERNANDA DÍAZ, ES DECIR, ATENDIÓ A UN MUERTO. PERO DEBERÁ TENERSE EN CUENTA QUE BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO ELLA SEÑALÓ QUE LAS NOTAS CLÍNICAS EN LAS QUE APARECE SU NOMBRE, FUERON HECHAS PERSONALMENTE POR ELLAS, PERO ELLA MISMA AFIRMÓ, QUE SOLO ATENDIÓ A LA PACIENTE HASTA LAS 9 + 20 HORAS, ENTONCES SE CONCLUYE QUE MINTIÓ, YA QUE APARECEN NOTAS DESPUÉS DE LAS 9 + 20 HORAS, A NOMBRE DE ESTA MÉDICA.

A las 10+46+38, se registra el reporte de exámenes de laboratorio de los exámenes ordenados a las 9 + 21 + 36 horas, para este momento la hemoglobina era de 12.1 gr/dl., hemoglobina normal y los tiempos de coagulación, del examen de las 9 + 21 horas, estaba dentro de parámetros normales.

En estas notas de las 10+46, se registraron los resultados de exámenes de laboratorio (todos normales excepto una glicemia elevada) y de las imágenes diagnósticas (referenciando hallazgos tales como: RX cráneo no trazos de fractura; Rx de cara: fractura de base de cráneo, pisos de órbitas y fractura de tabique nasal; Rx de tórax portátil: mala calidad, fractura de clavícula izquierda, **TOT mal posicionado a la izquierda**; sonda nasogástrica fuera de la cavidad; infiltrados retículo nodulares en forma de alas de mariposa (lo que indicaba broncoaspiración masiva), derrame pleural del 20% en la base pulmonar derecha (lo que está en relación con hemotórax), fracturas múltiples de las costillas 2,3,4,6,7 derechas y 6 y 7 izquierdas; Rx de columna cervical y dorsal sin fracturas aparentes. El hecho que se refiera que el TOT en la radiografía de tórax, está mal posicionado, indica que las imágenes de haberse tomado, se tomaron posterior a la intubación orotraqueal. La intubación orotraqueal según las notas médicas, sucedió a las 8 + 50 horas (según esto sería una hora después de su ingreso), pero las notas de enfermería de las 8 + 47 horas señalan signos vitales normales, tres minutos antes, lo que sería incompatible con una IOT (intubación oro traqueal), estos signos eran: **TA 187/116 (alta), fc 95 (normal) SaO2 95% lo que sería normal, UNA PACIENTE CON ESTA SATURACIÓN NO REQUIERE DE IOT.**

ADEMÁS, COMO ES POSIBLE QUE ANTES DEL TRIAGE, REALIZADO UNA HORA Y TREINTA MINUTOS

DESPUÉS DEL INGRESO, ¿HAYA SIDO IOT? ¿SI ESTABA TAN GRAVE ENTONCES PORQUE LA CLASIFICÓ COMO TRIAGE 2?, POR OTRO LADO, LA VALORACIÓN DE TRIAGE SEÑALA QUE EL CUADRO TIENE UNA HORA, ES DECIR QUE SE HABRÍA REALIZADO EL TRIAGE A LAS 8 + 50 HORAS APROXIMADAMENTE (DE HABER SIDO ASÍ), ES DECIR, ¿MIENTRAS SE LE HACÍA TRIAGE Y SE CLASIFICABA COMO TRIAGE 2 AL MISMO TIEMPO -CASO- SE INTUBABA ORO TRAQUEALMENTE?

LA PACIENTE SEGÚN LA HISTORIA CLÍNICA A LAS 9 + 03 RECIBIÓ UNA DOSIS DE ATROPINA (MEDICAMENTO DE CARRO DE PARO QUE SIRVE PARA ESTIMULAR AL CORAZÓN Y SACARLO DE LA BRADICARDIA) Y A LAS 9 + 15 HORAS PRESENTÓ UNA NUEVA PARADA CARDIOPULMONAR Y QUE LUEGO DE ESTA PRESENTA SIGNOS DE COMPROMISO DE TALLO CEREBRAL YA QUE A LAS 9 + 15 HORAS TIENE ANISOCORIA -ES DECIR EL TAMAÑO DE LAS PUPILAS ES DIFERENTE PARA AMBOS OJOS, SIGNO DE DAÑO CEREBRAL- Y LUEGO A LAS 9 + 19 HORAS LE REALIZAN EL TRIAGE, CLASIFICÁNDOLA COMO TRIAGE 2, ESTO ES INCOHERENTE.

A la paciente se le pasó a la sala de reanimación 2 minutos después de realizado el triage, y de haber sido clasificada como triage 2, y para las 9 + 22 horas, cuando se supone ya está intubada, presenta según las notas de enfermería una SaO₂ de 80%, lo que es nuevamente incoherente.

Para las 9 + 22 horas, según registra la historia clínica, la paciente se encuentra en mal estado general, con pupilas isocóricas (a las 9 + 15 horas se registraba que estaba anisocoria, otra grave inconsistencia, ningún paciente pasa de anisocoria a isocoria en 7 minutos) y es a esta hora que registran en el examen físico realizado por el médico, mal estado, con dificultad respiratoria, cuello móvil y doloroso, cardiopulmonar: hiperventilado y con crépitos en reja costal.

Tres minutos después, a las 9 + 25 horas se registra la administración de dopamina, medicamento de medicina crítica, para reanimación cardíaca.

A LAS 9 + 30 SE REGISTRA LA ADMINISTRACIÓN DE ÁCIDO TRANEXÁMICO Y A LAS 9 + 32 SE REGISTRA QUE LA PACIENTE ESTÁ EN REANIMACIÓN CON BVM (BOLSA DE VENTILACIÓN, MÁSCARA) LO QUE QUIERE DECIR QUE LA PACIENTE PARA ESTE MOMENTO NO ESTABA INTUBADA ORO TRAQUEALMENTE (CUANDO LA HISTORIA CLÍNICA MÉDICA SEÑALA QUE LA IOT SE LOGRÓ A LAS 8 + 50 HORAS) MOSTRANDO ESTO QUE LA HISTORIA CLÍNICA ESTÁ PLAGADA DE INCONSISTENCIAS E INCOHERENCIAS. EN ESTA NOTA DE LAS 9 + 42, LA PACIENTE SE ENCUENTRA EN REANIMACIÓN CARDIO CEREBRO PULMONAR Y ANTE LA BAJA RESPUESTA DE LA BOLSA BVM SE ADMINISTRAN MEDICAMENTOS COMO METILPREDNISOLONA Y FUROSEMIDA CON AUMENTO DE LA SATURACIÓN HASTA 80%.

...

En la nota de las 10 + 46 horas se registran como diagnósticos: trauma cráneo encefálico moderado y Glasgow 13 / 15; hipertensión pulmonar en manejo; antecedente de ACV isquémico secundario a TVP, anticoagulada con Rivoxaran y EAP. El trauma cráneo encefálico se registra como moderado y **el Glasgow para las 10 + 46 era de 13, aunque la paciente había muerto a las 10 + 20 horas.**

A las 10 + 56 horas la médica rural LAURA ALEJANDRA LÓPEZ RODRÍGUEZ abre la historia clínica que había sido cerrada ya para agregar diagnósticos.

CONCLUSIONES:

RESPECTO DE LA ATENCIÓN TARDÍA, INAPROPIADO E INCOMPLETO

La señora Fabiola Arias de Molano, ciudadana de 62 años de edad, sufrió un accidente doméstico el 26 de junio de 2020 en el municipio de Miraflores, Boyacá, cuando un tanque de agua colapsó y la impactó indirectamente, provocando traumatismos significativos. Fue trasladada inmediatamente por sus familiares al Hospital Regional de Miraflores E.S.E., ingresando al servicio de urgencias a las 7:51 a.m. pese a lo cual no recibió atención médica inmediata. A pesar de haber ingresado consciente, alerta y deambulatoria, la atención fue notoriamente tardía, caótica y plagada de múltiples inconsistencias clínicas, como quedó acreditado en la historia clínica y el dictamen pericial.

No se cumplió con los protocolos mínimos del sistema de clasificación de Triage conforme a la Resolución 5596 de 2015, ni con la atención oportuna que exige un Triage II, ya que solo fue evaluada médicamente a las 9:19 a.m., hora en que se ordenó su paso a reanimación, cuando su condición ya era crítica. En las etapas iniciales fue atendida exclusivamente por una médica rural sin formación específica en trauma ni soporte avanzado (ATLS), administrando medicamentos de alto riesgo sin previa valoración adecuada, sin intubación orotraqueal y sin coordinación clínica, lo cual produjo un deterioro progresivo e irreversible. A ello se suma la ausencia de remisión oportuna, deficiencias documentales graves, y la confirmación pericial de que su fallecimiento guarda relación directa con la atención institucional brindada. Lo anterior permite concluir que existió una clara vulneración del principio de integralidad en la atención en salud, así como de la lex artis médica aplicable al caso.

RESPECTO DE LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

La paciente presentaba un cuadro compatible con trauma craneoencefálico severo (TCE), estado de alteración neurológica progresiva y dificultad respiratoria. En ese contexto, la administración acumulada de sedantes, anestésicos, opioides y relajantes musculares sin garantizar antes una vía aérea permeable y sin soporte ventilatorio eficaz, constituye una actuación médicamente riesgosa que pudo agravar su depresión respiratoria, alterar su estado de conciencia y precipitar una falla hemodinámica.

Además, la furosemida, potente diurético, fue suministrada en dosis elevadas (6 ampollas) para controlar una hipertensión transitoria sin confirmar etiología, generando como consecuencia una hipotensión crítica posterior, todo lo cual consta en la propia evolución médica del expediente.

Conforme a los documentos médicos oficiales del hospital, se registró la administración de medicamentos entre las 7:50 a. m. y las 9:30 a. m. Estas sustancias, en su mayoría depresoras del sistema nervioso central, fueron suministradas de forma simultánea o secuencial sin constancia de una evaluación médica previa integral, sin reporte de condiciones clínicas estables que justificaran su uso acumulado, y sin registros de control de parámetros vitales que permitieran hacer seguimiento a sus efectos inmediatos.

La administración inicial de medicamentos se registra desde las 7:50 a. m., es decir, antes de la valoración médica reportada a las 9:19 a. m., lo que constituye un hecho clínicamente irregular. No hay evidencia documental clara sobre los criterios diagnósticos utilizados para justificar tales tratamientos, ni sobre una planificación terapéutica progresiva, escalonada o adaptada al estado evolutivo de la paciente.

Los registros médicos revelan una administración desordenada, simultánea y no sustentada de medicamentos, en condiciones clínicas inestables y sin el soporte diagnóstico y logístico adecuado, lo que contraviene los principios fundamentales de la racionalidad terapéutica y la buena práctica médica, y constituye por sí solo una expresión clara de falla en la prestación del servicio de salud.

FALTAS EN LA ACTUACIÓN DE LA DRA. PAULA FERNANDA DÍAZ

Del análisis integral de la historia clínica y de las pruebas obrantes en el expediente, se concluye que la actuación de la doctora Paula Fernanda Díaz, médico rural responsable de la valoración inicial de la paciente, estuvo marcada por incumplimientos claros a la lex artis y a las normas que rigen la atención de urgencias en Colombia. A continuación, se exponen las principales irregularidades:

La paciente ingresó al Hospital Regional de Miraflores E.S.E. a las 7:51 a.m., pero solo alcanzó clasificación de triage 2 a las 9:19 a.m., casi una hora y media después. Tal retardo contraviene principios básicos de la atención de urgencias para politraumatizados y puso en riesgo la vida de la paciente. Según declaración rendida en audiencia de pruebas, la Dra. Paula Fernanda Díaz habría quedado incapacitada para continuar prestando servicios alrededor de las 9:20 a.m., al desmayarse en turno de urgencias. No obstante, la historia clínica sigue registrando procedimientos y administración de medicamentos a su nombre en horario posterior, lo que evidencia una clara irregularidad documental y vulnera la integridad de la información asistencial.

El hecho de que aparezcan anotaciones y procedimientos a nombre de la Dra. Paula Fernanda Díaz con posterioridad a la hora en que habría quedado incapacitada para continuar con la atención (9:20 a.m.) sugiere, como mínimo:

- Una falta de control y seguimiento en la asignación de responsabilidades al personal médico presente en la sala de urgencias.

- Una manipulación de registros médicos o una falsedad documental, al atribuirse a la Dra. Paula realizó actos que no podía ejecutar por haberse encontrado incapacitada en ese momento.
- Una grave vulneración de las normas que rigen la anotación clara, veraz y oportuna de los procedimientos en la historia clínica, según la Ley 23 de 1981 y la Resolución 1995 de 1999.

Esta irregularidad no solo respalda la imputación de falla en la prestación del servicio médico por el Hospital Regional de Miraflores E.S.E., sino que fortalece la necesidad de valorar con especial cuidado la credibilidad de la documentación aportada al expediente.

Tal como concluye el dictamen pericial de la Dra. Fabiola Jiménez, la paciente requería garantizar de inmediato la vía aérea para prevenir hipoxia e hipertensión endocraneal. Sin embargo, la maniobra de intubación orotraqueal solo fue realizada alrededor de las 8:50 a.m., casi una hora después de la llegada de la paciente y tras habersele administrado medicamentos no priorizados en este contexto, incumpliendo las guías estándar para el manejo de trauma craneoencefálico moderado y grave.

TACHA DE SOSPECHA CONTRA LA DECLARACIÓN DE LA DRA. DIANA LEÓN

La Dra. Diana León es médico general responsable de la auditoría interna en el Hospital Regional de Miraflores E.S.E., por lo que no posee la neutralidad que la Ley exige para valorar un testimonio como digno de plena credibilidad.

La Sentencia de Primera Instancia concluyó que no prosperaba la tacha de sospecha contra la declaración de la Dra. Diana León, amparada en que esta coincidía con la historia clínica. Sin embargo, la coincidencia literal no garantiza imparcialidad. La Dra. Diana León participó en la elaboración y revisión de la historia clínica. Por tanto, que su declaración coincida con esta no garantiza credibilidad, sino que refleja un posible interés en legitimar la versión institucional.

La misma persona que rindió la declaración (la Dra. Diana León) participó en la elaboración y revisión de la historia clínica en cuestión. Por tanto, la coincidencia casi literal entre lo registrado y lo declarado no es demostración de neutralidad, sino de la probable existencia de un interés en legitimar la actuación institucional para exonerarse de responsabilidad.

La coincidencia superficial entre declaración e historia no disipa inconsistencias clave, como que en la misma historia clínica figuren procedimientos firmados por la Dra. Paula Fernanda Díaz en horario posterior a haberse desmayado (9:20 a.m.). Tal hecho demuestra que la declaración de la Dra. Diana León no ofrece la independencia esperada para darle plenos efectos probatorios.

La tacha no busca desvirtuar detalles médicos aislados, sino valorar la imparcialidad de la declaración. Lo que está en cuestión no es si la paciente estaba anticoagulada o si requería intubación, sino la credibilidad de una testigo que, por su posición laboral y participación en la investigación interna, tiene un interés específico en validar la actuación de la institución para la que labora.

SOBRE LA VALORACIÓN INDEBIDA DEL DICTAMEN PERICIAL DE LEX ARTIS DE LA PARTE DERMANDANTE.

El despacho desestima el dictamen pericial de Lex Artis, realizado por la Profesional Fabiola Jiménez, con base en tres argumentos: (i) que la perito no posee la especialidad en urgencias o neurocirugía; (ii) que habría emitido un dictamen “contaminado” por contacto con los familiares; y (iii) que presentó contradicciones durante la audiencia de contradicción pericial.

Con el debido respeto, los anteriores argumentos resultan jurídicamente infundados, valorativamente desproporcionados y contrarios a la normatividad procesal vigente, por las siguientes razones:

La Profesional Fabiola Jiménez, especialista en Salud Ocupacional de la Universidad del Rosario y PERITO FORENSE DEL INML y CF POR MÁS DE 19 AÑOS, como consta en su hoja de vida, **el 10 de noviembre de 2023**, se concluyó (a. 72):

CONCLUSIÓN

Con base en la lectura y análisis de la información aportada en la historia clínica de atención y la Revisión de la literatura específica sobre las alteraciones patológicas intrínsecas al caso, se establece que existe una relación directa entre la muerte de FABIOLA ARIAS DE MOLANO y el manejo médico brindado en la institución tratante. Se observan claras falencias de gestión y control de los diferentes eventos en la atención prestada: 1) Hubo demora en la atención de la paciente en el servicio de Urgencias. b) El Hospital debió contar con un médico experto en Medicina de Urgencias. c) Por falta de entrenamiento adecuado de la Médica tratante, no hubo una toma responsable y oportuna de decisiones para evitar la muerte previsible y prevenible de la paciente, la cual ocurrió asociada a una prestación de servicio de salud institucional y médico tardío, insuficiente, no idóneo. Es importante resaltar el deplorable trámite de servicio de Referencia de pacientes con urgencia vital que en este caso fue aprobado exitosamente 1 hora y 40 minutos después de su inicio cuando ya la paciente había fallecido.

La Dra. Fabiola Jiménez Ramos es Médica Cirujana de la Universidad Nacional de Colombia, Especialista en Salud Ocupacional de la Universidad del Rosario y ex médica forense del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, donde laboró entre 1990 y 2019, y estuvo asignada al área de Investigación de Responsabilidad en Atención en Salud entre los años 2010 y 2019.

Su hoja de vida da cuenta de una amplia experiencia clínica y forense, así como participación docente en la cátedra de Medicina Legal en distintas facultades de medicina de Bogotá, experiencia en urgencias hospitalarias (Hospital Militar Central, Cajanal, Clínica Santa Isabel, Clínica Colsubsidio, entre otros), y una trayectoria como perito médico forense y consultor privado desde 2019 hasta la fecha.

En suma, se trata de una profesional que ha dedicado más de dos décadas al estudio técnico, científico y forense de casos de presunta falla médica, lo que representa una experticia excepcional dentro de la materia objeto de análisis, más aún si se tiene en cuenta que el dictamen se centra en verificar el cumplimiento de la *lex artis ad hoc*, conforme a lo dispuesto por el artículo 226 del Código General del Proceso.

En los últimos 11 años, ha intervenido como perito en 37 procesos judiciales en materia de responsabilidad médica, ante diferentes despachos judiciales. Todo lo anterior configura un perfil idóneo, técnico y profesional conforme a los artículos 226 y 227 del Código General del Proceso, que exigen “especiales conocimientos científicos, técnicos o artísticos”.

No se requiere ser especialista en urgencia o neurocirugía para rendir concepto sobre cumplimiento o incumplimiento de la *lex artis ad hoc*, máxime cuando no existe norma que restrinja la experticia pericial a determinada sub-especialidad médica, menos aún cuando se trata de un análisis técnico integral de la atención brindada.

Además, hay que aclarar en proceso no obra dictamen técnico pericial de parte contraria que contradiga el contenido del peritaje rendido por la Dra. Jiménez. Lo afirmado por el juzgado se limita a apreciaciones subjetivas realizadas por la parte demandada y por testigos vinculados laboralmente a la institución demandada, sin respaldo científico independiente o técnico.

Al no existir dictamen contradictorio de la *Lex Artis* aportada, es importante señalar de manera directa aspectos relevantes dentro del dictamen tales como la atención médica y la intervención no se realizaron en los tiempos adecuados. La paciente, clasificada como Triage II, debió ser atendida en los primeros 15 minutos y recibir manejo dentro de los 30 minutos siguientes tras su ingreso, pero esto no ocurrió.

“La atención fue tardía, cuarenta minutos después de su ingreso, lo cual aparentemente no corresponde a la realidad, puesto que el manejo de la paciente se inició después de la valoración médica, es decir después de las 9:22 am, a pesar de que tratándose de clasificación Triage II la atención debió iniciarse dentro de los 15 minutos a su llegada y su atención médica no debió superar los treinta (30) minutos.”

El manejo inadecuado de la vía aérea y reanimación en la historia clínica revela que la administración de medicamentos (sedantes, relajantes, analgésicos) y la intentona de intubación se realizaron de forma incoherente y tardía, sin una valoración personal previa que justificara las acciones. La intubación efectiva ocurrió mucho después de la administración de medicamentos y sin la evaluación adecuada de la paciente, que presentaba signos de daño neurológico. Según lo indica el dictamen:

"La administración intravenosa de medicamentos inicia a las 7:50 horas, es decir, antes de su llegada y antes de la valoración médica de la paciente que ocurrió a las 9:19 horas. En el marco de la Lex Artis es incoherente medicar primero a la paciente y en luego examinarla."

"Se describe intubación efectiva a las 8:50 horas, cuando la paciente no había sido examinada por la médica quien la valoró por primera vez."

Se administraron medicamentos como morfina, tramadol, ketamina y furosemida en momentos y dosis que no fueron justificados, llevando así un Tratamiento inapropiado y afectando la estabilidad hemodinámica y respiratoria de la paciente. La administración de un bolo elevado de etilprednisolona también fue inapropiada, según la Dra. Jiménez:

"Por presencia de abundantes secreciones, no se evidencia vía aérea, se indica pasar sonda nasogástrica y entra en falla ventilatoria, por lo que se inicia reanimación con bolsa BVM utilizada cada 6 segundos con pobre respuesta."

"No es claro por qué la valoración médica se realiza hasta las 9:19 horas, es decir, 1 hora y 30 minutos después del ingreso de la paciente al servicio de Urgencias."

Dentro de la historia clínica hubo contradicciones en los registros de signos vitales y horarios, lo que evidencia una atención médica poco rigurosa. La paciente mostró signos claros de deterioro, como hipoxia severa, hipertensión iatrogénica, y deterioro neurológico progresivo, que no fueron manejados con la rapidez necesaria.

"La neumática de reanimación y la administración de medicamentos produjo efectos adversos, incluyendo hipertensión iatrogénica, que fue manejada de manera ineficaz."

"La paciente presenta signos de daño neurológico, anisocoria y signos de daño cerebral avanzado, y, sin embargo, continúan con maniobras de reanimación sin éxito, finalizando con su muerte a las 10:20 horas."

El Manejo de la hemorragia y vía aérea no se realizó la actuación inmediata y adecuada para controlar la hemorragia nasal ni la desobstrucción de la vía aérea, lo cual fue crucial dada la gravedad del cuadro clínico y su riesgo de broncoaspiración. Dando así la aclaración el cual indica:

"Se evidencia una serie de contradicciones en los horarios registrados en la historia clínica, que indican que la atención efectiva de la paciente comenzó mucho después del ingreso."

"La atención fue tardía, iniciándose aproximadamente 1 hora y 30 minutos después del ingreso, cuando se requería atención inmediata en los primeros 15 minutos en caso de clasificación Triage II."

La Dra. Fabiola Jiménez usando su conocimiento y experiencia, acorde con lo mencionado por el juez el cual indica que hubo una violación del protocolo para manejo del trauma craneoencefálico severo en Colombia, indicando así:

“No se debe pasar sonda nasogástrica a pacientes con trauma severo de cráneo que están en coma o con hemorragia nasofaríngea, por el riesgo de penetrar al cráneo a través de fracturas en la base.”

Al igual que la historia clínica sugiere que la remisión se condicionó a la evolución del cuadro clínico, cuando en realidad el cuadro ameritaba traslado urgente, lo cual no fue hecho.

El estudio de la historia clínica junto con el dictamen nos indica que el trauma craneoencefálico severo es una condición médica de alta complejidad que exige intervención médica inmediata, adecuada y conforme a los protocolos nacionales e internacionales, como las Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud y el protocolo ATLS. La omisión en implementar estas pautas, sumada a la falta de personal capacitado y la ausencia de remisión oportuna, configura una transgresión clara de la lex artis que incidió directamente en el desenlace fatal de la paciente, según lo indica la Dra. Fabiola así:

Se recomienda que los pacientes adultos con TCE severo, sean intubados por vía oro-traqueal a nivel prehospitalario, utilizando una secuencia de intubación rápida, que incluya un medicamento inductor y un medicamento relajante neuromuscular. Se sugiere que las dosis utilizadas sean las siguientes: - Fentanyl Dosis: 1 µg/Kg - Midazolam Dosis: 0.1mg/Kg - Succinilcolina Dosis: 1 mg/Kg 9 Recomendación fuerte a favor de la intervención, Calidad de la evidencia moderada. • Se recomienda utilizar la mitad de la dosis previamente sugerida de los medicamentos inductores si el paciente presenta una presión arterial sistólica menor de 100 mm Hg o tienen una edad >60 años.

La hipoxia definida como falta de oxígeno en el organismo, identificada por episodios de ausencia de respiración (apnea), coloración violácea de la piel (cianosis) o hipoxemia (establecida a través de la medición del oxígeno en sangre arterial periférica), ha sido fuertemente asociada como factor deletéreo en la evolución de los pacientes con TCE severo. Diversos estudios clínicos han identificado la hipoxia a nivel prehospitalario, como uno de los elementos predictivos potentemente asociados a la presencia de discapacidad neurológica y mortalidad en estos pacientes luego del alta hospitalaria. Esto se ha asociado a los mecanismos fisiológicos que desencadenan la denominada lesión secundaria cerebral, especialmente los cambios relacionados con isquemia, necrosis e inflamación cerebral. El manejo avanzado de la vía aérea a través de la intubación oro-traqueal, es uno de los principios de tratamiento del paciente con TCE severo en los servicios de urgencias de los centros asistenciales de baja, mediana y alta complejidad.

Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de pacientes adultos con trauma craneoencefálico severo Sistema General de Seguridad Social en Salud – Colombia. Noviembre de 2014.(2)

Además de los fundamentos ya incluidos, el dictamen contiene **otros aspectos relevantes** que puedes agregar al recurso de apelación para reforzar la argumentación. Aquí te resumo los más destacados:

Por ellos, en ausencia de dictamen pericial de parte demandada, no puede válidamente el juez descartar el único dictamen técnico incorporado al expediente, sin vulnerar el principio de imparcialidad y el deber de motivación judicial.

RESPECTO DE LA CONTAMINACIÓN DEL DICTAMEN

No existe contaminación alguna del dictamen, tal como lo sostuvo la Perito Fabiola Jimenez, ella entra en contacto con la familia para aclarar situaciones propias del insuceso y de la atención. Con base en los alegatos dictados por la demandada Hospital Regional de Miraflores E.S.E., respecto de que la profesional haya tenido contacto con los familiares o que haya conocido los hechos expuestos en la demanda no desvirtúa por sí solo su imparcialidad, más aún cuando no se solicitó formalmente objeción por error grave conforme al artículo 233 del CGP ni se probó la existencia de influencia indebida.

La apreciación del despacho sobre “contaminación” del dictamen es de carácter subjetivo y no se fundamenta en elementos objetivos que afecten la neutralidad técnica de su contenido.

SOBRE EL DESCONOCIMIENTO DEL TESTIMONIO DIRECTO Y RELEVANTE DEL SEÑOR CARLOS JULIO MOLANO CABALLERO

En el numeral 5 de las consideraciones de la sentencia, el despacho judicial afirma que “no resulta creíble lo indicado en el interrogatorio de parte del demandante Carlos Julio Molano Caballero” sobre el hecho de que su esposa no fue atendida de manera inmediata al ingresar al Hospital Regional de Miraflores.

Esta conclusión desconoce el valor jurídico del testimonio de un testigo directo, afectado por los hechos, quien estuvo presente en el lugar y momento en que ocurrieron los mismos, y cuya versión fue rendida bajo juramento en interrogatorio de parte, con plena observancia del principio de inmediación.

El artículo 176 del Código General del Proceso establece que las pruebas deben ser apreciadas “en conjunto, de conformidad con las reglas de la sana crítica, la lógica y la experiencia”. En este caso, el juzgado optó por desechar sin fundamento técnico ni suficiente motivación el testimonio del demandante, bajo el simple argumento de que su versión no es compatible con lo consignado en la historia clínica.

Tal afirmación ignora que, según el mismo fallo, la historia clínica contenía omisiones y notas posteriores a la hora de fallecimiento que carecen de indicación como “retrospectivas”, lo cual le resta valor probatorio pleno. En cambio, el testimonio del señor Molano Caballero fue claro, directo y coherente en cuanto al retraso en la atención, el tiempo que permaneció la víctima sin valoración médica y la angustia familiar frente a la ausencia de personal médico especializado.

Aunque se trate de un testimonio de parte, el vínculo con la víctima no es motivo suficiente para desconocer su credibilidad, máxime cuando los hechos que relata fueron presentados directamente por él y cuando su declaración no fue desvirtuada por prueba objetiva que demostrara lo contrario.

La jurisprudencia del Consejo de Estado ha reiterado que los testimonios de familiares no pueden ser descartados con base únicamente en el parentesco, sino que deben valorarse con base en su contenido, coherencia y concordancia con otros elementos del proceso.

IRREGULARIDADES ESTRUCTURALES EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO MÉDICO

Dentro de las etapas procesales iniciales, esta parte solicitó dentro del escrito de la demanda expresamente como prueba documental de oficio la **ENTREGA Y ANÁLISIS DE TODAS Y CADA UNA DE LAS IMÁGENES DIAGNÓSTICAS TOMADAS A LA SEÑORA FABIOLA ARIAS DE MOLANO EL 26 DE JUNIO DE 2020**, día en que recibió atención médica en el Hospital Regional de Miraflores E.S.E.

La prueba fue decretada por el juzgado de conocimiento el 18 de julio de 2023 en la Audiencia Inicial, y se requería la entrega formal de copias digitales o físicas de las radiografías, ecografías o cualquier otro estudio de imagen relacionado con las zonas anatómicas afectadas por el trauma sufrido, en especial tórax, cráneo y extremidades, las cuales figuran como solicitadas en la evolución médica.

En la misma historia clínica aportada por la parte demandada, se consigna textualmente que a la paciente le fueron tomadas imágenes diagnósticas en el transcurso de su atención. Se refiere expresamente que:

● Ordenación			
Fecha y Hora:		26/06/2020 09:21:36	Profesional: Paula Fernanda Díaz .(medicina .)
Orden:		Hospitalaria	Sede: Unica
Cod.	Nombre	Cant.	Nota
(902208)	HEMOGRAMA II (HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, RECUENTO DE ERITROCITOS, INDICES ERITROCITARIOS, LEUCOGRAMA,	1	()
(902045)	TIEMPO DE PROTROMBINA [PT]	1	()
(902049)	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [PTT]	1	()
(903841)	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	1	()
(903895)	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	1	()
(903856)	NITROGENO UREICO [BUN]	1	()
(871121)	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA O AP LATERAL)	1	()
(870001)	RADIOGRAFIA DE CRANEO SIMPLE	1	()
(870003)	RADIOGRAFIA DE BASE DE CRANEO	1	()
[Ordenación suspendida: 26/06/2020]			
(870101)	RADIOGRAFIA DE CARA	1	()
(873204)	RADIOGRAFIA DE HOMBRO	1	(IZQUIERDO)
[Ordenación suspendida: 26/06/2020]			

Observaciones:

• **Notas Medicas**

Fecha y Hora: 26/06/2020 10:46:38
Nota

Profesional: Laura Alejandra Lopez Rodriguez. (medicina.)

REPORTE DE PARACLINICOS 26-06-2020

HEMOGRAMA:
RECuento DE LEUCOCITOS 8400 x mm³ (NORMAL)
2 HEMATOCRITO 37.4 %
3 HEMOGLOBINA 12.1 g/dl (NORMAL)
4 NEUTROFILOS 67 % (NORMAL)
5 LINFOCITOS 33 %
RECuento DE PLAQUETAS 404.000 mm³ (NORMAL)

GLICEMIA 98 mg/dl (NORMAL)

GLUCOMETRIA INGRESO 153 (ELEVADA)

PTT 37.3 segundos (NORMAL)
PT 14.8 segundos (NORMAL)

CREATININA EN SUERO 0.79 mg/dl (NORMAL)
BUN 15.4 mg/dl (NORMAL)

RADIOGRAFÍA DE CRANEO PORTÁTIL: NO TRAZOS DE FRACTURA,

RADIOGRAFÍA DE CARA PORTÁTIL: FRACTURA DE BASE DE CRANEO Y DE PISO DE ORBITA BILATERAL, FRACTURA DE TABIQUE NASAL

RADIOGRAFÍA DE TORAX PORTÁTIL: MAL PENETRADA, MAL CENTRADA, ROTADA, FRACTURA DE CLAVICULA IZQUIERDA, DESPLAZADA, CON FRACTURA EN TERCIO MEDI, TUBO ENDOTRAQUEAL LATERALIZADO A LA IZQUIERDA, Sonda NASOGASTRICA FUERA DE CAVIDAD, OPACIDADES RETICULONODULARES BILATERALES EN ALAS DE MARIPOSA, DERRAME PLEURAL DE 20% EN BASE PULMONAR DERECHA, FRACTURAS COSTALES DE 2,3,4, 6 Y 7 COSTILLA DERECHA, FRACTURA DE 6 Y 7 COSTILLA IZQUIERDA
RADIOGRAFÍA DE CLAVICULA IZQUIERDA PORTATIL: FRACTURA DE CLAVICULA IZQUIERDA, DESPLAZADA, CON FRACTURA EN TERCIO MEDIO
RADIOGRAFÍA DE COLUMNA CERVICAL PORTATIL: NO TRAZOS DE FRACTURA APARENTE
RADIOGRAFÍA DE COLUMNA DORSAL PORTATIL: NO TRAZOS DE FRACTURA APARENTE

• **Procedimientos**

Fecha y Hora: 26/06/2020 11:39:59 **Profesional:** Ubiney Marily Perez Garcia. (radiologi.)
Nº: 8
Cod: 871121 Nomb: RADIOGRAFIA DE TORAX (PA O AP LATERAL) Cant: 1 Dosis: DXP: \$098 DXR: Orden: 1 Item:
Descripción:
SE REALIZO PREVIO LAVADO DE MANOS, UTILIZANDO EPP, PACIENTE QUIEN SE ENCUENTRA EN SALA DE REANIMACIÓN SE REALIZA RADIOGRAFÍA DE TORAX AP EN DECUBITO SUPINO PORTATIL

Fecha y Hora: 26/06/2020 11:41:11 **Profesional:** Ubiney Marily Perez Garcia. (radiologi.)
Nº: 9
Cod: 870001 Nomb: RADIOGRAFIA DE CRANEO SIMPLE Cant: 1 Dosis: DXP: \$098 DXR: Orden: 1 Item:
Descripción:
SE REALIZO PREVIO LAVADO DE MANOS, UTILIZANDO EPP, PACIENTE QUIEN SE ENCUENTRA EN SALA DE REANIMACIÓN SE REALIZA RADIOGRAFÍA CRANEO SIMPLE AP EN DECUBITO SUPINO PORTATIL

Fecha y Hora: 26/06/2020 11:41:45 **Profesional:** Ubiney Marily Perez Garcia. (radiologi.)
Nº: 10
Cod: 870101 Nomb: RADIOGRAFIA DE CARA Cant: 1 Dosis: DXP: \$098 DXR: Orden: 1 Item:
Descripción:
SE REALIZO PREVIO LAVADO DE MANOS, UTILIZANDO EPP, PACIENTE QUIEN SE ENCUENTRA EN SALA DE REANIMACIÓN SE REALIZA RADIOGRAFÍA DE CARA AP EN DECUBITO SUPINO PORTATIL

RADIOGRAFÍA DECOLUMNA CERVICAL AP EN DECUBITO SUPINO PORTATIL

Fecha y Hora: 26/06/2020 12:54:23 **Profesional:** Ubiney Marily Perez Garcia.(radiologi.)
Nº: 14
Cod: 871020 **Nomb:** RADIOGRAFIA DE COLUMNA DORSAL O TARAXICA **Cant:** 1 **Dosis:** DXP: \$098 **DXR:** **Orden:** 4 **Item:**
Descripción:
SE REALIZO PREVIO LAVADO DE MANOS, UTILIZANDO EPP, PACIENTE QUIEN SE ENCUENTRA EN SALA DE REANIMACIÓN SE REALIZA RADIOGRAFÍA DECOLUMNA DORSAL AP EN DECUBITO SUPINO PORTATIL

Fecha y Hora: 26/06/2020 12:54:56 **Profesional:** Ubiney Marily Perez Garcia.(radiologi.)
Nº: 15
Cod: 873112 **Nomb:** RADIOGRAFIA DE CLAVICULA **Cant:** 1 **Dosis:** DXP: \$098 **DXR:** **Orden:** 4 **Item:**
Descripción:
SE REALIZO PREVIO LAVADO DE MANOS, UTILIZANDO EPP, PACIENTE QUIEN SE ENCUENTRA EN SALA DE REANIMACIÓN SE REALIZA RADIOGRAFÍA DECOLUMNA CLAVICULA AP IZQUIERDA EN DECUBITO SUPINO PORTATIL

No obstante, ninguna de estas imágenes fue aportada, ni durante el traslado de la historia clínica por el hospital, ni durante la etapa probatoria del proceso, a pesar de haberse reiterado su necesidad y utilidad para el análisis técnico de la atención recibida por la paciente.

La no entrega de estas imágenes carece de explicación técnica, administrativa o médica válida. No se allegó certificación sobre su pérdida, imposibilidad de recuperación, ni constancia alguna sobre una supuesta destrucción por vencimiento del término legal para conservarlas.

En consecuencia, surge una presunción grave en contra de la parte demandada, dado que:

- La prueba fue ordenada por el mismo cuerpo médico tratante.
- Su existencia consta en la historia clínica oficial.
- Su aporte fue requerido judicialmente.
- Su ocultamiento beneficia únicamente a la parte demandada.

La omisión en allegar dichas imágenes no puede ser interpretada de forma inocua. Por el contrario, conforme a las reglas de la carga dinámica de la prueba (art. 167 CGP) y a los principios de transparencia, buena fe y lealtad procesal, se debe entender como indicio grave de que los documentos clínicos han sido alterados, modificados o adaptados a los intereses de la institución demandada.

El ocultamiento o desaparición de elementos que podrían evidenciar el verdadero estado clínico de la paciente o refutar la secuencia del tratamiento aplicado, compromete la integridad del resto del expediente clínico y genera dudas razonables sobre la fidelidad de los registros presentados.

Esta situación, además, afecta directamente la posibilidad de control técnico y contradicción de la prueba documental presentada por la contraparte, en tanto se impide al juez valorar de forma completa e imparcial el conjunto de la atención médica.

DE TODO LO EXPUESTO, SE PUEDE AFIRMAR QUE LA ATENCIÓN MÉDICA PRESTADA A LA SEÑORA FABIOLA ARIAS DE MOLANO EL DÍA 26 DE JUNIO DE 2020 ESTUVO MARCADA POR MÚLTIPLES

FALLAS QUE COMPROMETEN GRAVEMENTE LA RESPONSABILIDAD DE LAS ENTIDADES DEMANDADAS.

LA HISTORIA CLÍNICA REVELA UN MANEJO DESORGANIZADO, TARDÍO, DESPROPORCIONADO Y CLÍNICAMENTE INADECUADO, QUE VULNERÓ LOS MÁS ELEMENTALES PRINCIPIOS DE LA ATENCIÓN EN SALUD CONFORME A LA LEX ARTIS.

LA PACIENTE FUE VÍCTIMA DE UNA ATENCIÓN FRAGMENTADA, SIN SOPORTE ESPECIALIZADO, CON MEDICACIÓN DE ALTO RIESGO APLICADA DE MANERA SIMULTÁNEA Y SIN MONITOREO RIGUROSO, LO QUE RESULTÓ EN UN DESENLACE FATAL PREVISIBLE Y EVITABLE. LA FALTA DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS —PESE A HABER SIDO SOLICITADAS Y DECRETADAS—, LA EXISTENCIA DE CONTRADICCIONES CRONOLÓGICAS EN LOS REGISTROS CLÍNICOS Y LA OMISIÓN DE PROTOCOLOS OBLIGATORIOS DE REMISIÓN Y MANEJO DEL TCE SEVERO, CONFIGURAN UNA RESPONSABILIDAD OBJETIVA E INELUDIBLE POR PARTE DE LAS INSTITUCIONES ACCIONADAS.

SOLICITUD:

SOLICITO AL JUZGADOR DE PRIMERA INSTANCIA QUE CONCEDA LA APELACIÓN.

AL CENSOR DE SEGUNDA INSTANCIA SOLICITO DE MANERA RESPETUOSA QUE REPONGA LA SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA Y EN SU LUGAR SE ACCEDA A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA Y SE CONDENE EN COSTAS.

Atentamente,



CARLOS ALBERTO CAMARGO CARTAGENA

C.C. No 79.318.915 de Bogotá.

T. P. No. 168.358 del C. S. de la J.