



INFORME AUDIENCIA DE PRUEBAS//FINALIZA ETAPA PROBATORIA// 10 DÍAS PARA ALEGATOS-RAD. 2022-00166 - COMPAÑÍA LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES.

Desde Michelle Katherine Padilla Rodríguez <mpadilla@gha.com.co>

Fecha Vie 01/11/2024 11:30

Para Informes GHA <informes@gha.com.co>; CAD GHA <cad@gha.com.co>

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

 2 archivos adjuntos (26 MB)

72AportaDictamenPericial.pdf; 101_AUDIENCIADEPR_ActaAudienciadePrueb_0_20241031143223804.pdf;

Cordial saludo, área de informes.

El día 31 de octubre de 2024, en representación de la compañía EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO, se asistió a la continuación de la audiencia de pruebas de que trata el artículo 181 del CPACA, al interior del proceso de referencia:

JUZGADO TREINTA Y UNO (31) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ

MEDIO DE CONTROL: REPARACIÓN DIRECTA

RADICADO: 110013336031-2022-00166-00

DEMANDANTES: CARLOS JULIO MOLANO CABALLERO Y OTROS

DEMANDADOS: E.P.S. SANITAS S.A.S. Y OTROS

LLAMADO EN GARANTÍA: LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO.

Identificación de las partes. Asistencia completa de las partes a la audiencia. Se reconoce personería jurídica a mí, como apoderada sustituta y al doctor Gustavo Alberto Herrera Ávila, como abogado principal. Se deja constancia de la no comparecencia del delegado del Ministerio Público.

2. Recaudo probatorio:

2.1. Contradicción de dictamen pericial: Se lleva a cabo la contradicción del dictamen de Lex Artis (Responsabilidad en atención en salud) elaborado por la profesional **FABIOLA JIMÉNEZ RAMOS**, médica cirujana y forense.

Se manifestó: Bueno, ésta es una historia atípica porque la historia clínica comienza con la administración de una serie de medicamentos, por orden de la médica que estaba de turno, según lo registra en la historia clínica la jefa de enfermería, Nubia Barreto Parra. Esta jefa de enfermería consigna que a las 8:04 horas inicia la administración de medicamentos y comienza con tramadol, vía subcutánea, luego a las 8:06 H administra morfina. Estos son dos analgésicos potentes que tienen como efecto colateral depresión respiratoria, es decir, pueden causar paro respiratorio. Luego aparece a las 8:25 h de la mañana un registro de toma de signos vitales. En esa toma de signos vitales, lo que se establece es que la paciente está normal de tensión arterial, está normal de frecuencia cardíaca, tiene 124-75 de tensión arterial, 73 de frecuencia cardíaca y tiene una saturación de oxígeno al ambiente de 80%. Así las cosas, entonces a las 8:35 h minutos proceden a administrarle otro medicamento potente. Ese medicamento potente es el rocuronio. El rocuronio es un relajante muscular; y previamente al rocuronio

a las 8:35 H Minutos le aplican otro medicamento potente que es el *midazolam*, el *midazolam* es una benzodiazepina que en este caso ejerce la función de inductor de anestesia. Causa anestesia y sedación. Entonces, como les digo, eso fue a las 8:35 H, a las 8:38 H le coloca el rocuronio, que es un relajante muscular. Eso es relajante muscular, produce relajación y más bien, utilicemos el término adecuado, causa parálisis de todos los músculos esqueléticos, dentro de ellos, los músculos que intervienen en la respiración, que son pues los músculos intercostales, el músculo diafragma y pues la paciente en ese momento queda en manos de quien le está administrando el medicamento porque ya no puede respirar de manera autónoma; ella no puede respirar por sí misma.

A las 8:39 h nuevamente le toman un control de signos vitales y en ese momento lo que se observa es que la tensión arterial sube a 129 y la frecuencia cardíaca sube a 75, continuando todavía dentro del rango normal. Y lo que se observa es que en ese instante ha aumentado a 85% de la saturación de oxígeno. No se consigna allí que se le está administrando oxígeno, pero deducimos que así es, por lo que se leerá más adelante en la historia clínica. Después, entonces a las 8:43 H le coloca 1 cm cúbico de ketamina. La ketamina es un medicamento que tiene efecto analgesia. La ketamina tiene un efecto colateral grave y es que produce una aceleración total del organismo porque tiene efectos simpáticos. Al producir efectos simpáticos, pone ese corazón a trabajar de manera exagerada, sube la tensión arterial, la sube a unas dimensiones que, pues desafortunadamente, empeoran el estado de la paciente que ya venía en un estado clínico crítico. La tensión arterial sube a 187-116 debido a la administración de ese medicamento, tal como se registra a las 8:47 H de la mañana. La siguiente hace 187-86 de tensión arterial, una frecuencia cardíaca de 95 por minuto, ese corazón está muy acelerado y pues obviamente, la paciente entra en condición clínica que se diagnostica como emergencia hipertensiva.

Hay diferencia entre lo que es una urgencia hipertensiva de esas que nos llegan a urgencias y una emergencia hipertensiva. La emergencia hipertensiva es más grave, porque es que toma un órgano diana, un órgano blanco, un órgano objeto que puede ser, por ejemplo, producir ceguera en este momento, un accidente cerebrovascular, un daño a nivel del riñón, un daño a nivel del pulmón. ¿Y en este caso, qué pasó? Pues que atacó al corazón directamente atacó al corazón, que estaba sometido a un exceso de trabajo en condiciones críticas porque la paciente llegó en un estado crítico; y sucede que la paciente hace una parada cardíaca. Entonces, obviamente su corazón no está bombeando sangre, obviamente pues no llega a sangre al cerebro, obviamente causando daño neurológico no llega a sangre a los pulmones y hace parada respiratoria. Y entra esa paciente en lo que denominamos los médicos, una insuficiencia cardíaca aguda que se mostró documentalmente con los rayos X de tórax, cuyo resultado consignan ahí la estera clínica y que dice que se ven imágenes: *retículos nodulares en forma de alas de mariposa*. Cualquier médico que haya pasado por un servicio de urgencias, todos los médicos que hemos atendido urgencias sabemos que esa presencia de alas de mariposa en los rayos X de tórax indican que hay edema pulmonar, es decir, como el corazón no bombea a sangre, pues se encharcaron los pulmones. La paciente hizo edema pulmonar, además hizo acumulación de sangre también a nivel de la pleura del espacio pleural y se habla allí de que había un derrame pleural del 20%. La señora estaba en condiciones absolutamente críticas.

Bueno, pero entonces, doctora, aquí ocurre una una situación absolutamente exótica, yo nunca había visto una historia clínica así, cómo así que la enfermera jefe administra medicamentos de semejante calibre, que son unos medicamentos que los tienen que manejar es en una unidad de cuidado intensivo o radiólogo y entonces no, acá los estaba manejando la enfermera jefe por orden de la médica de turno, que según entiendo no era emergencióloga porque el hospital de Miraflores es un Hospital Regional que tiene atención básica, entonces realmente para la Comisión de la paciente este hospital no está en condiciones de brindar atención a esta paciente. Esto es una paciente que debió atenderse desde el principio tan pronto llegó porque según lo consignado en la demanda, el accidente que la señora sufrió fue a las 7:45 h de la mañana estando en su casa. Se le cayó el agua, el tanque del agua de reserva de su casa y pues yo no creo doctora que le haya caído directamente el tanque sobre la cabeza porque la

señora habría fallecido en ese mismo instante de manera fulminante. Con semejante peso directo sobre su cabeza y sobre todo que venía a 2 m de altura, entonces, imagínese, venía con un proyectil a esa velocidad, pues la habría matado inmediato. Más bien que yo creo es que a la señora lo que le cayó fue toda el agua que se salió de ese tanque de reserva y el tanque pues caería sobre las tejas o bueno, yo no sé qué más estructuras había en esa casa. De pronto la señora estaba como en la cocina y obviamente a la señora lo que le cayó fue parte del tanque, más las tejas, más toda el agua que le cayó y obviamente la empujó dentro del recinto donde estaba, que parece ser que era la cocina bueno, según la demanda, yo me leo todo lo de la demanda doctora, para tener circunstancias de modo tiempo y lugar más amplias.

Entonces el accidente ocurrió a las 7:45 h minutos y ellos vivían muy muy cerquita al hospital, creo que a 6 u 8 cuadras y la señora llega al hospital. El registro llegaba al hospital es a las 7:51 h minutos al servicio de urgencias, es decir, 6 minutos después de ocurrido el trauma, la señora llevada por su esposo el señor Molano y es llevada en carro particular, la señora Ingresa caminando. La señora estaba confusa, atontada, pues como dicen ellos en su lenguaje, por la por la magnitud del trauma que acababa de sufrir. Bueno, la señora ingresa entonces a las 7:51 H y como ya les relaté la administración de medicamentos se inicia a las 8:04 H, según la jefe Nubia Barreto. Pero cosa extraña, doctora, supremamente atípicos. El triage a la señora se lo hacen hasta las 9:19 H, es decir a la señora, por lo visto la tuvieron fue esperando en urgencias más de 1 hora. Y no es posible, doctora, que una jefe de enfermería vaya a administrar medicamentos antes de que el médico de turno o la médica de turno supiera qué era lo que tenía la paciente. Eso es absolutamente imposible.

Bueno, entonces ahí la califican con un triage tipo dos. Y pues yo, como médica que he trabajado en urgencias, estoy completamente en desacuerdo con este triage dos, porque el triage dos es una paciente que llega en una condición que es susceptible de empeorarse y que admite que la atención sea los 15 minutos y que la conducta de tratamiento se desarrolle durante los siguientes 30 minutos. Pero es que esta señora llegó con un 80% de saturación ambiente doctora, esta es una paciente que requería oxígeno las 24 horas del día porque tenía un antecedente de hipertensión pulmonar esencial severa. Bueno, la paciente a las 9:22 H de la mañana, según se registra en la historia clínica, es valorada por una doctora, Paula Fernanda; y esta doctora, lo que escribe es el detalle de la caída, de cómo fue el accidente, obviamente fue un accidente de alto impacto, de alto consumo de energía en en la cabeza inicialmente y luego en el resto del cuerpo de la señora; y lo que se establece es que pues la señora manifiesta mucho dolor, ella se queja mucho dolor y en el momento en que la médica la está examinando, anota que la señora tiene bastante sangrado. La señora está sangrando por la nariz porque tuvo fractura de nariz y pues obviamente, como la boca y la nariz se comunican por detrás en la parte de la retrofaringe entonces pues también se veía con la boca, pues que había al abrir la boca se veía sangrado allá posterior. Pues la doctora lo que establece es eso, las condiciones de modo, tiempo y lugar del trauma. Recordemos que la doctora la está valorando a las 9:22 h minutos y la doctora consigna que la paciente está con 80% de saturación, a temperatura ambiente, eso significa que la paciente está a punto de hacer shock, está en una inminente condición de hacer paro respiratorio, y por eso es que les digo que esto era un triage 1, no dos, era un triage 1. Eso era una condición donde había peligro de muerte absolutamente evidente.

Bueno, la doctora entonces escribe allí los antecedentes y eso es algo que también a mí me llama muchísimo la atención, porque los antecedentes de la señora están escritos de una manera supremamente prolija y son características que pues, no sabría el esposo de la paciente, que son condiciones muy específicas y además la doctora, y no hace la anotación de que la información la dio el esposo a la paciente, sino que dice la paciente refiere. Si yo como medito escribo la paciente refiere, pues que lo que estoy diciendo, que la que me da toda la información, pues es la señora la paciente doña Fabiola. Bueno, con antecedentes patológicos, se estableció con la señora que tenía hipertensión arterial que sufría de gastritis. que tenía una condición de hipercoagulabilidad, por lo cual estaba en

manejo con rivalorsaban. También se estableció que la señora tenía una condición de dificultad respiratoria, la doctora Paula anota allí que por EPOC, pero yo leí la historia clínica que también me envió el apoderado del Doctor Camargo Cartagena, me envió fragmentos de la historia clínica de la Fundación Homológica colombiana aquí en Bogotá y de la clínica Fundación Cardioinfantil; allí, en el año 2016, estudiaron a la paciente y lo que se estableció fue que la paciente sufría de una hipertensión pulmonar, no está interrogada la etiología, si era una hipertensión pulmonar venosa pura o si era consecuencia de una comunicación interauricular que la señora tenía en su corazón por persistencia del agujero oval; no habían ellos de establecido claramente cuál era la etiología, pero el hecho es que la señora tenía formulado, tenía prescrito oxígeno las 24 horas del día, ella era una señora oxígeno requiriente todo el tiempo. Claramente en esas historias se decía que la paciente manejaba una saturación de 93% en reposo y que si ya subía escaleras, por ejemplo, subiendo escaleras, la saturación bajaba ya a 80% con esfuerzo, o que si caminaba ya más de una cuadra, también la saturación bajaba.

Les recuerdo que la paciente llegó con una saturación de 80% en inminencia de paro respiratorio y llegó a urgencias sin el el concentrador de oxígeno que ya tenían su casa. Como antecedentes patológicos, pues básicamente esos; como antecedentes quirúrgicos, la paciente relató que le habían hecho histerectomía con mi hematosi uterina, que había tenido 3 hijos, que los 3 hijos estaban vivos y que para ese momento, 26 de junio de 2020, el hijo menor tenía 38 años que ha nacido en el 80. Relató que había tenido su última regla, los 55 años, relató además que ella tenía esos antecedentes patológicos que estaba con sildenafil, como como fármaco para manejar la hipertensión pulmonar, y después de establecer esos antecedentes personales, contó en cuanto antecedentes familiares que su hermana había tenido un cáncer de mama, y que su papá sufría había sufrido diabetes tipo dos. Después de establecer ya lo que es la anamnesis y lo que son los antecedentes, se procede entonces al examen físico. Yo les cuento que yo, que trabajé en urgencias, cuando uno está en urgencias, uno tiene un modelo de historia clínica que es un modelo para hacer la historia clínica rápido, rápido, flash. Entonces uno registra y rápido cuáles son los signos vitales, el tórax, bueno todo se escribe muy rápido. Entonces me llamó la atención que esta historia clínica consignaba unos detalles que pues realmente eran irrelevantes porque era una paciente que estaba a punto de hacer paro. Bueno, entonces vámonos en orden, como hacemos los médicos de cabeza hacia abajo. Bueno, pues sucede que acá en la frente tenía dos heridas, una herida de 4 cm lineal y la otra de 2 cm profunda, sangrando, acompañada de deformidad ósea, es decir, que la señora tenía fractura aquí en la frente. Bajando tenía fractura también en el dorso de la nariz. Y tenía alrededor de los ojos todo morado, equimosis. Eso es lo que los médicos llamamos el signo de mapache por los ositos, esos que son mapaches se llama signo de mapache, y sucede que el signo de mapache es el signo patognomónico es el signo indicativo de que la paciente en ese momento tenía una fractura de la base del cráneo y siendo signo de mapache, nos indicaba que exactamente esa fractura estaba localizada sobre la fosa anterior de la base del cráneo. Por qué le digo que la fosa anterior, pues no era la fosa media porque la paciente no tenía sangrado por los oídos. Tenía también una herida acá en el maxilar inferior, abulsión de estos dientes se fracturaron y se los voló y tenía una herida transfixiante significa que tenía una herida que estaba sangrando y que había roto toda esta área y que también rompió el espesor del labio. Seguimos bajando, tenía también el cuello móvil doloroso. Aquí quiero hacer la anotación de que estos pacientes sufren politrauma severo, son pacientes a los que se les debe inmovilizar el cuello, tan pronto llegó la paciente debía colocarse un collar de Filadelfia para inmovilizar ese cuellito e impedir que pues si ya había tenido algún trauma nivel del cuello se empeorara, pero no la paciente tenía un cuello móvil y doloroso, es decir, que no le habían colocado inmovilización del cuello. Bueno, seguimos bajando, a nivel de la clavícula izquierda tenían crepitación los médicos palpamos y sentimos como una cascarita de huevo rota, eso significaba que tenía fractura del tercio medio de la clavícula izquierda. A nivel del hombro derecho, ella dice que el signo de la carretera negativo entonces, pues no había luxación, no había fractura. Las costillas también crepitaban y más tarde los rayos X mostraron que la señora tenía fractura de segundo, tercero, cuarto arcos, costales derechos y también del sexto y del séptimo, y también fractura del sexto y séptimo Arcos Costales Izquierdos. Eso se ve en los rayos X. Les quiero decir que cuando 3 fracturas de costillas están

adyacentes, eso nos da ya la condición para hablar de un tórax inestable, es decir, por dolor aquí, las costillas se frenan, no había expansión pulmonar y tras de que la señora estaba sin su oxígeno, que requería 24/7; eso agravaba aún más la condición de hacer paro respiratorio en cualquier momento, en cualquier momento lo iba a hacer bueno entonces.

La señora, de hecho, entró caminando con los ojos abiertos, dio toda la información, de manera que no entiendo por qué le califican su Glasgow como 13 sobre 15, porque la señora llegó, fue con un Glasgow de 15 sobre 15; porque tenía los ojos abiertos de manera espontánea, porque tenía lenguaje fluido, porque era una paciente que colaboraba, estaba respondiendo al interrogatorio y obedecía órdenes.

Primero que todo, ¿cuál es el diagnóstico? Pues un poli trauma severo y sabíamos que tenía fractura de la fosa anterior, de la de la base del cráneo y sabemos que tenía una fractura de la nariz y sabíamos que probablemente tenía fractura también de mandíbula, y sabemos que tenía un tórax inestable; eso lo sabemos los médicos con solo examinar al paciente, no necesitábamos todavía tomar rayos X para saberlo. Sin embargo, la doctora inexplicablemente coloca como diagnóstico otros traumatismos de la cabeza. Eso fue lo que colocó, después de hacer esto, la doctora pues ya decide ordenar que le coloquen el collar de Filadelfia, que inmovilicen a la paciente y le dice a la familia que pues que la paciente está muy mal, que tiene demasiada palidez, que tiene dificultad respiratoria, está con 23 respiratoria. Y que pues ella va a ver si de acuerdo a cómo evolucione, pues que habría que remitirla a un tercer nivel. Esa es la información que ella le da a la familia según se registra la historia clínica. Pues bueno, primero que todos los diagnósticos, pues ya les digo, no los colocó y luego, de manera inexplicable, la doctora empieza a solicitar exámenes, que pues de verdad yo como médica, yo trabajaba en urgencias, yo digo, pero cómo pierde la hora oro. Cómo es que pierde el tiempo así. Pedirle a esa paciente pruebas de coagulación, pedir a esa paciente Glicemia en ese momento cuadro hemático, no, Había que correrle a esa señora, a esa señora. La doctora le tomó llenado capilar a la paciente, lo que hacemos es pichar el dedo, presionar el dedo y mirar a ver cuánto demora el dedo en ponerse rosadito y el de la señora se demoraba 3 minutos. Lo normal es que se demore máximo 2 minutos. Demorarse 3 minutos significa que la paciente está en hipoxia severa, que está en choque.

Sin embargo, ella se puso fue a perder el tiempo en pedir exámenes, en pedir rayos X, en hablar a los a los familiares y decirles que lo más que que muy probablemente según cómo evolucionaran, se remitiría.

Bueno, pues les quiero contar que cuando 1 ve a un paciente con semejante trauma, lo que se tiene que hacer primero que todo es decir, aquí no tenemos neuroimágenes, aquí no tenemos cuidado intensivo, aquí no hay neurocirugía, aquí no hay ni siquiera neurólogo. La subimos a la ambulancia, que se vaya allá, que se vaya con dos venitas cogidas; hay que ponerle manito o solución salina hipertónica porque esta paciente se nos va a choquear, nos va a hacer paro, esta paciente va a hacer hipertensión endocraniana y efectivamente la hizo; pero no pensaron en nada de eso. Hospital que no tiene neurocirujano, neurólogo ni neuromógenes, es un hospital incompetente; hay que sacarla rápido entre los siguientes 15 minutos al evento no tenerla esperando en urgencias 1 hora.

Bueno, entonces yo a todas esas horas le sumaría una horita. Y ya no diría que a las 8:04 H le puso trasladador subcutáneo, sino que se la puso para las 9:04 H y de ahí en adelante. Recuerdan que les dije que a las 8:47 H la paciente hizo una parada cardíaca debido a la administración de ketamina y debido a que no le han administrado oxígeno, y debido a que desafortunadamente, muy probablemente la paciente estuvo ahí 1 hora esperando. Todos esos factores se unieron, pero sobre todo, la ketamina causó la parada cardíaca. Luego, seguidamente, pues hace el paro respiratorio, entonces proceden a administrarle atropina, la atropinación anticolinérgico con la intención de subirle la frecuencia cardíaca. Como vieron que no actuaba entonces, inmediatamente le aplican dopamina, que es un medicamento enotrópico positivo para ponerle fuerza a su corazón, a ver si se lograba que bombearan no se obtenía respuesta en medio de eso. ¿A qué hora intentaron hacer la primera intubación? Lo que anotan es que

la paciente estaba sangrando mucho, que tenía muchos coágulos. Entonces, la doctora la orden de hacerle aspiración de todos esos coágulos para despejar esa vía aérea y a ver si podía entonces colocarle el tubo. Luego intenta hacer entubación, no puede con la presencia de todos los coágulos. Entonces dice, póngale una sonda nasogástrica y entonces otro error garrafal porque es una paciente que tenía rota la base del cráneo y le coloca una sonda nasogástrica con el altísimo riesgo de que la sonda no se fuera para el estómago, sino que se fuera para el cráneo. Efectivamente, los rayos X más adelante dijeron que la sonda no había cogido para el estómago, sino que estaba era perdida en otro lado. Fuera de eso, en medio de esa angustia, entonces le ordena corticoide, una carga altísima de metilona que está contraindicado en trauma porque produce mayor retención de líquido y tras de que estaba hipertensa por la ketamina que le colocó que las vitaminas están absolutamente contraindicadas.

Bueno, entonces recuerdan que ya le pusieron la atropina, ya le pusieron la dopamina, entonces pues en medio de la desesperación no anotan a qué hora fue el primer intento de la intubada que fue fallido; por allá hay una nota de la de la jefa de enfermería en la página 10 de esas 12 páginas de la historia clínica del hospital de Miraflores en las que la jefa de enfermería anota que a las 8:50 H de la mañana, recordemos que más bien como que lo coherente es sumarle una horita. Entonces eso fue a las 9:50 H y entonces anotan ahí que ya la intubación orotraqueal fue exitosa, lograron entubar a la paciente, entonces logran entubar a la paciente, pero antes de esa intubación, como ya la primera intubación fue fallida, entonces tenían un desfibrilador; luego suspendieron las maniobras de reanimación, la entuban, pero es entonces cuando a la paciente le colocan la sonda nasogástrica y vuelve a hacer paro a esta paciente. Continúan con las maniobras de resucitación, pero esta paciente no sale. Entonces la examinan y observan las pupilas a ver si responden a la luz, pues cuando la paciente llegó respondía lentamente de manera hipo reactiva, Sí, pero respondía, pues sucede que ahora no solamente no respondía, sino que además tenía una pupila más grande que la otra. Eso significaba que la paciente ya estaba haciendo una hemorragia grande adentro que estaba haciendo un hematoma suturar o un hematoma epidural. La paciente, ya neurológicamente, estaba muy muy afectada. Entonces salen, le explican a los familiares que la paciente está muy mal, que está entre la vida y la muerte. Los familiares dicen que por favor que continúen reanimándola, entonces continúan reanimándola, le colocan la dopamina, le colocan adrenalina, le colocan otra carga de corticoide, le colocan pues.

La señora hace 1/3 parada cardíaca y es así como antes de esta tercera parada cardíaca ya se había hecho un primer control neurológico, ahora se hace 1 segundo control neurológico ya la paciente neurológicamente no tiene ninguna función, ya no tiene reflejo corneal, ya no tiene reflejo náusoso, ya perdió todos los reflejos de daño cerebral. Entonces. Finalmente, la paciente se le declara la hora de muerte a las 10:20 H de la mañana. Hasta ahí llega la historia clínica.

Luego, interviene entonces una segunda doctora que se llama Laura Alejandra, esta doctora como que reúne todo, condensa todo, cogen y le ponen todas las arandelas a esa historia clínica que les insisto, es una historia clínica que seguramente la hicieron después, porque es que no me cabe en la cabeza con semejante trauma ponerse 1 a colocar todos esos detalles. Bueno, ahí ya esa doctora coloca los diagnósticos que se debieron colocar desde el principio; pero pues bueno, se perdió el tiempo precioso con todos estos exámenes irrelevantes para ese momento. Y pues como ya les conté, era una paciente que había que examinarla dentro de los 15 minutos siguientes a su llegada y mandarla para Tunja, que era el hospital más cercano. Allá sí hay neurocirujano, allá si hay cuidado intensivo y allá la habrían podido someter a cirugía y le habrían dado la oportunidad de salvarle la vida. Hasta acá, pues ya los detalles del evento.

Pregunta apoderado demandante: Doctora Fabiola, señale al despacho. ¿Qué es el triage y por qué se constituyen la puerta de entrada al servicio de urgencias?

Rta. Sí, el triage es un sistema que se tiene de clasificación de los pacientes para evaluar el riesgo y con base en eso, tomar decisiones urgentes. Y saber en ese momento si el paciente da espera o si hay que atenderlo ya; entonces es un sistema de clasificación e inclusive tiene colores. Entonces el triage 1 que corresponde que en la realidad correspondía a ese paciente, corresponde a color rojo. El Triage naranja es el dos, como desafortunadamente calificaron, clasificaron mal a la paciente. Los triage debería serlos un médico; porque sinceramente, la enfermera jefe no tiene los conocimientos suficientes y menos una auxiliar de enfermería.

Pregunta apoderado demandante: Doctora, cuando el personal de salud está atendiendo una urgencia o una emergencia médica. Se señala que primero se debe atender al paciente y luego registrar dicha atención en la historia clínica. ¿Usted quiere explicarle al despacho cómo sucede esto y cómo se debe hacer el registro en la historia clínica después de la atención?

Rta. Sí, como les dije, pues se va consignando toda la información de la anamnesis, la historia es una historia ágil, muy, muy rápida. Se colocan rápidamente todos los antecedentes. Es generalmente constituida por una sola hojita y todo se consigna allí, y como yo les decía, la doctora Paula Fernanda claramente dice que la paciente refiere, o sea, que toda esa información consignada la decía ella. En caso de que la información fuera complementada por, por ejemplo, el esposo en ese momento, en ese caso tendría que haber escrito que esa información es suministrada por el familiar de la paciente porque la paciente no se vaya en condiciones de hablar. Por ejemplo, acostumbramos a colocar este tipo de notas y como les digo, se debe registrar de inmediato. Y las y las órdenes médicas también las escribimos ahora que que todo se hace es a través del sistema entonces, en algunos hospitales se continúa con la hojita que se hace por escrito y luego ya todo se configura en el sistema.

Pregunta apoderado demandante: Pero prima la atención del paciente antes que el registro en la historia clínica doctora.

Rta. Ah, no, claro, sí, eso sí es fundamental. O sea, sí, ya teniendo yo toda la anamnesis, habiendo establecido antecedentes rápidamente, habiendo examinado rápidamente la paciente, yo en ese momento no me va a preocupar por ir al sistema, ni por escribir ni por hacer historias clínicas detalladas. No, a mí lo que me importa es rápido, darle el oxígeno a ese paciente rápido, salvar la vida de esa paciente.

Pregunta apoderado demandante: ¿Doctora que son las notas retrospectivas y por qué se caracterizan las mismas?

Rta. A ver en esos casos, por ejemplo, cuando uno atiende a un paciente que está en paro y que lo que uno tiene que hacer es darle rápido maniobras de reanimación. Entonces ya después de que ha pasado toda esa situación aguda crítica, entonces ya uno se sienta y escribe nota retrospectiva y se escribe que los hechos ocurrieron a tal hora; la nota la estoy haciendo hasta ahora. Eso es una nota retrospectiva.

Pregunta apoderado demandante: Es decir, las notas retrospectivas debe de registrar obligatoriamente la hora en que empezó la atención en los diferentes tiempos y movimientos que se sucedieron.

Rta. Sí, sí, claro, claro, es fundamental. Es fundamental colocar la hora real en que ocurrió el hecho en que se dio la atención, en que se iniciaron las maniobras en que la paciente habló. Todo eso se coloca de manera real. Se debe registrar en la historia clínica y aclarar, se coloca ahí un título nota retrospectiva realizada a tal hora. Eso aplica para las Jefes de enfermería, para los Médicos, para las auxiliares de enfermería; se debe hacer la anotación.

Pregunta apoderado demandante: Doctora, registra la historia clínica del hospital de Miraflores, que es de las 7:50 H del día 26 de junio del 2020, la paciente le fue, eran administrados medicamentos como Tramadol, morfina, midazolam, etcétera, los que usted ya ha hecho referencia. Esto quiere decir que la paciente sí fue atendida desde las 7:50 h de ese día, 26 de junio de 2020. Doctora.

Rta. Pues doctor, yo ya lo expresé. Para mí es absolutamente incoherente que una jefe de enfermería por orden médica de inicio de medicamento, sin que la médica haya examinado la paciente sin saber qué era lo que tenía. Eso es absolutamente incoherente. Si la médica le examinó a las 9:22 h Cómo es que la médica, antes de valorar a la paciente, está ordenando a las 8:04 h que le pongan entramado que se lo coloque.

Pregunta apoderado demandante: ¿Qué implicaciones tiene dentro del pronóstico vital de un paciente con politrauma? La atención en la primera hora, posterior a su ingreso, ¿esa primera hora de oro que usted nombró al ingreso del servicio de urgencias, qué implicaciones tienen el pronóstico?

Rta. Sí, sí, como ya les expliqué esos 60 minutos, o sea, se habla de la hora oro, pero realmente en este caso, por ejemplo, no era 1 hora oro, eran esos primeros 15 minutos. Eran claves para salvar la vida, la paciente para haberle dado esa oportunidad. Es fundamental porque obviamente, mientras más rápido y más acertada sea la conducta que se tome con la paciente, pues obvio que eso va a influir en la evolución de la paciente y en su pronóstico y en su posibilidad de mantenerse con vida.

Pregunta apoderado demandante: ¿Doctora, qué es el Código Azul? ¿Y si el mismo fue declarado dentro de la historia clínica se haya registrado?

Rta. Cuando sabemos que un paciente está en eminencia de paro respiratorio, se debe activar el Código Azul y el Código azul significa que ya la gente que está entrenada, médicos, enfermeras, deben correr con el carro de paro y que se deben iniciar maniobras y de inmediato dar prioridad a esa paciente, utilizar el desfibrilador y hacer todas las maniobras necesarias para salvar la vida de la paciente. Eso es el Código Azul y cuando es Código rojo, que es gineco Obstetricia, también tiene que correr todo ese equipo entrenado, hacer las maniobras respectivas.

Pregunta apoderado demandante: Evidenció usted dentro de los registros de la historia clínica que se hubiera declarado este código azul.

Rta. No, no, realmente no, no, ahí no, no, no, no se menciona la palabra para nada, no, no se habla de.

Pregunta apoderado demandante: Doctora ¿el manejo que se le dio al trauma fue perito y ordenado, fue adecuado?

Rta. Como ya lo expresé en mi narrativa. Pues yo veo mucha impericia, desafortunadamente. O sea, para mí no es claro por qué ocurrió todo eso. O sea, la médica debió estar capacitada en lo que es la secuencia de intubación rápida, pero eso no fue una secuencia de intubación rápida. Esta señora con solo midasolán, con solo fentanilo y con el solo rocuronio la habrían podido entubar. Para que le colocaban más medicamentos que lo que hicieron fue precipitar el paro respiratorio y la muerte. No estaba indicado colocarle ketamina si ya se le si se le colocaba fentanilo ¿Para qué le colocaba ketamina? le precipitó la parada cardíaca. Es que no, de verdad, yo miro esa historia, yo no entiendo, por qué por qué ocurrió semejante iatrogenia farmacológica.

Pregunta apoderado demandante: Disculpe, dentro del dictamen pericial, usted hace dos referencias bibliográficas, la 8 y la 9. La 8 es respecto al traumatismo de base de cráneo. Y es una un estudio de mayo de 2022 y la 9 es sobre la secuencia rápida de intubación y es del 2021. Teniendo en cuenta que los hechos de la demanda surgieron en el 2020. Esta bibliografía es aplicable al caso de la señora Fabiola. ¿Y por qué?

Rta. Pues yo la utilicé porque es demasiado clara y porque a pesar de que tiene esas fechas, pues obviamente este tipo de eventos han tenido ese manejo siempre, siempre han tenido ese manejo y así lo refuerzan las guías de práctica clínica que mencioné al principio dentro de la bibliografía.

Pregunta apoderado demandante: Se evidenció en la historia clínica que se registrara que las radiografías que presuntamente se le tomaron a la paciente se hubieran tomado por un equipo de rayos X portátil.

Rta. No, no, no se habla de que haya sido con un equipo para ver si que es portátil; y pues también ahí hay incompreensión. Para mí no es claro esos horarios. O sea, los reportes los dieron a las 11:00 h de la mañana. Tomas de rayos X a las 10:40 H cuando ella estaba muerta. Pues no sé. No sé, doctor.

Pregunta apoderado demandante: Doctora, esta paciente, se ha registrado en la historia clínica el peso. Si no estoy mal, eran 60 kg, 58 Kg y 1,60 estatura. Doctora, un paciente en estas condiciones se podía empezar y tallar.

Rta. No, no, no, esa paciente estaba ahogada, estaba con dificultades respiratoria, tenía 23 de frecuencia respiratoria, tenía todas las inestables, estaba a punto de hacer shop, no, yo yo no entiendo cómo es de los datos que en ese instante son irrelevantes. En ese caso lo que uno hace es que, por puro ojo clínico, calcula las dosis de los medicamentos, dice Colóquele 1 cm cúbico coloque 5 miligramos; porque uno ya se acostumbra. Más o menos a ojo por clínica a a decir, bueno, esa paciente más o menos pesa 50, pesa 55, este señor pesa 70, sí, eso lo tiene 1 que hacer así Flash Flash no, cómo se va a poner 1 a perder el tiempo, empezar a la paciente o en tomarle la estatura si la señora se estaba muriendo-

Pregunta apoderado demandante: Doctora en las radiografías, me estoy refiriendo a las placas de radiografía que se le tomaron a la paciente. Son parte integral de la historia clínica.

Rta. O sea, cualquier tipo de estudios que se practiquen a la paciente; todo eso forma parte de la historia clínica, debe quedar registrada en la misma y se debe adicionar a ese paquete que se guarde en el archivo y eso en el archivo físico y en el digital también tiene que quedar todas esas imágenes. Por supuesto que sí, doctor, todo eso forma parte de la historia clínica.

Pregunta apoderado demandante: Bueno, ¿la paciente qué medicamentos venía tomando antes de su evento traumático; y cuál y por qué los tomaba, ¿en qué estado estaba esa paciente?

Rta. Sí, la paciente, como les conté, tomaba cindenafil, que es el mismo Viagra, que es muy, muy útil. Ha demostrado mucho éxito en el manejo de hipertensión pulmonar que padecía la paciente. También esta paciente tomaba a atorvastatina. El Grupo de la Cestatina se utiliza para bajar el colesterol y los triglicéridos porque pues esta paciente tenía epidemia. Tomaba carberilol. Porque pues cuando un paciente tiene problemas a nivel pulmonar, como la hipertensión de este de esta paciente, se afecta el ventrículo derecho, el ventrículo derecho hace hipertrofia. También le administraban Rivarotzaban, que es un anticoagulante porque la paciente en el año 2016 perdió la fuerza en el miembro superior derecho. Hizo dificultades para hablar. Y su de isquemia de la arteria cerebral media izquierda. Y entonces, a raíz de eso fue que terminaron haciéndole todos los estudios en el 2016. Y entonces por eso la señora le aplicaban ese anticoagulante para evitar que siguiera disparando más coágulos y que volviera a ser compromiso neurológico a pulmones.

Pregunta apoderado demandante: Doctora, usted señaló anteriormente que la paciente estaba tomando un medicamento que afectaba la coagulación ¿Las pruebas de coagulación que les realizaron estaban dentro del parámetro normales?

Rta. Sí, sí, están dentro parámetros normales.

Pregunta apoderado demandante: Doctora para finalizar ¿Si a la señora Fabiola, desde su ingreso mismo a la institución, se hubieran tomado las medidas, se hubiera atendido acorde a lo que reza la Alex Artist médica, usted acorde a la misma Alex Artist médica y a su experiencia, considera que esta paciente hubiese tenido un buen pronóstico vital?

Rta. A ver realmente yo no puedo asegurar eso, pero lo que sí sé es que los pacientes con fractura de la fosa anterior de la base de cráneo atendidos por un neurocirujano, atendidos en una unidad cuidado intensivo, tienen muy, muy buen pronóstico.

Pregunta apoderado demandante: ¿Excelente pronóstico tiene algún porcentaje que usted le pueda referir al al despacho respecto a ese pronóstico?

Rta. Cuando el trauma craneoencefálico es grave, como llegó a constituirse el caso de esta paciente, la mortalidad es alrededor del 40% cuando desafortunadamente no tienen las condiciones idóneas de manejo. Pero, siendo adecuadamente manejada realmente, ni siquiera hablan de la mortalidad porque se sabe que tienen muy, muy buena evolución.

Preguntas apoderado-Sanitas: Me llama mucho la atención que antes de usted informar las condiciones de cómo ingresó la paciente y inicia su sustentación cuestionando la atención recibida, yo quisiera que nos precisara ¿en su concepto y de acuerdo a lo que usted evidenció cuáles fueron específicamente las condiciones de ingreso de la paciente?

Rta. Sí, doctor, pues yo realmente ya lo detallé, porque esas condiciones quedaron escritas claramente. Por parte de la médica de turno que la atendió inicialmente a las 9:22 H era una condición supremamente crítica, marcada palidez en cutánea. Una tensión arterial de 130 70. Frecuencia cardíaca de 73. Saturación ambiente 80% estaba deshidratada, les respondió a todas las preguntas. Se establecieron los antecedentes y pues está consignado ahí todos los hallazgos al examen físico. Incluso excediéndose en el detalle.

Preguntas apoderado-Sanitas: Usted afirmó que la paciente ingresó caminando y consciente ¿correcto?

Rta. Sí.

Preguntas apoderado-Sanitas: ¿Usted manifiesta doctora Fabiola Jiménez que la paciente respondió todas las preguntas, a usted le consta eso?

Rta. Doctor, obviamente a mí no me consta porque yo no estaba allá, pero la anamnesis, dice. Según escribió, la doctora refiere, refiere, y si refiere, pues se está hablando con la paciente. Ella fue la que contestó. Y no hay una rotación.

Preguntas apoderado-Sanitas: Es decir, deduce que quien refiere la paciente es una deducción suya.

Rta. Lo dice la historia clínica, yo no lo deduzco, lo dice la historia clínica y no hay una anotación que diga esta información fue obtenida por el acompañante de la paciente, como es la obligación de nosotros los médicos cuando es un tercero el que da la información.

Preguntas apoderado-Sanitas: Y cuando la historia clínica dice, refiere, dice o específica que quién refiere es la paciente.

Rta. También hay que analizar los tiempos de de conjugación verbal.

Preguntas apoderado-Sanitas: Por eso le pregunto, nos podría, nos podría entonces llevar a esa conjugación verbal, ¿doctora Fabiola, donde usted concluyó que quien refería es la paciente?

Rta. Como motivo de consulta se establece que tuvo una herida en la cabeza. Están allí anotados los hallazgos de que llegó un carro particular acompañado de familiares. Dice claramente paciente de 62 años con antecedentes de hipertensión pulmonar. Y claramente, dice, refiere, estaba en su domicilio. ¿Con quién está hablando? Era con la paciente y habla de que estaba en su domicilio cuando refiere y se otra vez ahí la historia clínica.

No es una deducción mía, simplemente es producto de la lectura de la historia clínica. Cuando refiere, cae sobre sí un tanque de reserva de agua de su hogar. Sí, todo eso lo está refiriendo. Como les digo, si analicemos aquí la conjugación verbal. Estamos en la tercera persona del singular ella, refiere.

Preguntas apoderado-Sanitas: ¿Manifestó también doctora Fabiola que la paciente ingresó caminando, nos podría confirmar?

Rta. Doctor, yo saqué esa información de la historia clínica.

Preguntas apoderado-Sanitas: Nos podría confirmar de qué parte de la historia clínica doctora Fabiola es que es supremamente importante porque yo en lo personal no evidencié, ninguna nota.

Rta. Si tengo aquí en mis manos la historia clínica que la imprimí. Yo lo leí, o sea, lo escribí porque lo leí, pero en este instante no puedo ubicar exactamente en qué parte está.

Preguntas apoderado-Sanitas: ¿Doctora Fabiola, señor en su dictamen pericial por usted aportado? Por usted, elaborado a página 20, transcribe la nota de enfermería denominada folio 1012 junio 26 del 2000 20:08 H. ¿Nota de enfermería, usted nos puede leer esa nota que usted misma transcribió?

Rta. Dice: Ingresa paciente, ingresa otra vez, dice en camilla. Traída en carro particular con sus familiares, presenta múltiples heridas en cara, está desorientada y emite sonidos de dolor. Acá ya sé a dónde está orientada su pregunta, doctor, usted aquí lo que me quiere decir es que dice, emite sonidos de dolor, se ubican camilla de reanimación. Paciente, ingresa en camilla, por supuesto, doctor, que es la camilla. Está dentro de las instalaciones del hospital. Antes de subirla a la camilla, la paciente bajó del carro y luego sí la subieron a la camilla porque ningún hogar usualmente hay.

Preguntas apoderado-Sanitas: Sí usted manifestó que la paciente se bajó e ingresó caminando. ¿Nos puede entonces precisar por qué le consta ese hecho?

Rta. Doctor, no, no, no me consta. Yo saqué esa información de la historia clínica. Es un auxiliar de enfermería a la que en un momento dado escribe eso, que la paciente estaba gritando de dolor. Pero, como no lo resalté, no me queda fácil en este momento. ¿Pero pues indudablemente la paciente aborda la camilla cuando le facilitan la camilla en el hospital, no?

Preguntas apoderado-Sanitas: Doctora Fabiola. Para claridad el despacho y para la claridad del proceso. ¿Con qué versión nos quedamos, ingresó en camilla o como usted lo dijo hoy, ingreso caminando la paciente?

Rta. Doctor, le prometo que en el transcurso del interrogatorio seguramente va a encontrar la nota donde dice que entró caminando porque pues yo no me salgo de los parámetros. Yo escribo lo que está en la espera clínica. Yo en ningún momento hago deducciones en ningún momento y les insisto en ninguna casa. Normalmente hay camillas como parte del mobiliario de la casa.

Preguntas apoderado-Sanitas: Excúseme, doctor Fabiola, eso está claro. La paciente no venía en camillas de su casa. Usted acá afirmó que entró en buenas condiciones y entró caminando y que la paciente se fue deteriorando. Entonces no nos queda claro, por lo menos a mí no me queda claro.

Rta. Sí dice que llegó el carro particular.

Preguntas apoderado-Sanitas: ¿Cuáles fueron las condiciones en las que entraron en las que la paciente? ¿Porque inclusive, doctor, ahí le pregunto, por qué cuestiona usted rasgo 13 sobre 15 solamente por el hecho de que abría los ojos? ¿Cuáles son los parámetros? ¿Entonces le pregunto, cuáles son los parámetros para la clasificación de Glasgow?

Rta. Sí. El Glasgow es una clasificación que se ideó con el fin de establecer cuál es el Estado neurológico de un paciente y con base en esa calificación, cuyo máximo es de 15. Con base en eso, da una guía para dar pronóstico de la evolución del paciente. Entonces, en el Glasgow se califica primero que todo la apertura ocular. Si la apertura ocular es espontánea, se califica con 5, si es espontánea la paciente. En este, en este caso estaba hablando con la médica. Ella en ningún momento dijo que ella hubiera tenido que abrirle los ojos ni que estuviera en Estados en inconsciencia. Es más, la la médica le preguntó a la paciente que si habían convulsionado, que si había vomitado, que se había perdido la conciencia y la la paciente le respondió que no. Entonces, como tenía los ojos abiertos, ahí colocamos 5 puntaje 5. Luego en cuanto al lenguaje. En el en el lenguaje, si la paciente tiene condiciones de orientación en persona, tiempo y espacio, la calificación es de 5. Yo coloco a la paciente Conesa calificación de 5 y no de cuatro, como le coloca la doctora, porque la doctora dice ahí que responde al dolor. Y por eso le coloca una

calificación de cuatro. Luego pasamos a la parte motora. Y en la parte motora entonces se coloca 6. Te coloca la calificación de 6. Cuando la persona obedece órdenes. Se coloca 5, cuando la persona ya responde es al dolor. Pero en este caso, la paciente se encontraba respondiéndole todo el interrogatorio a la A la A la doctora con los ojos abiertos y estaba orientada para poder dar toda esa información tan detallada que dio sobre sus antecedentes tanto patológicos como quirúrgicos como farmacológicos.

Preguntas apoderado-Sanitas: Es decir, que en su concepto doctora Fabiola, la paciente ingresó. ¿Consciente o desorientada?

Rta. Doctor, le quiero contar una cosa, una persona puede estar consciente y a la vez estar desorientada. Entonces, en ese caso, le explico, la paciente estaba consciente y estaba alerta.

Preguntas apoderado-Sanitas: Doctora, me llama mucho la atención que al transcribir en la historia, en la historia clínica por usted en su en el dictamen. Al transcribir el folio 112 triatge dos del 26 de junio del 2020, 9:19 H. Profesional, Paula Fernández Díaz, medicina general. Nos puede, nos puede leer la parte inicial de los hallazgos clínicos. ¿Que usted transcribió, por favor?

Rta. Dice hallarlos clínicos, ingresa paciente en conciencia. En carro particular, acompañadas familiares sin uso de tapabocas que estábamos en pandemia no 26 de junio del 2020 estábamos en pandemia. Se atiende con elementos de protección personal.

Preguntas apoderado-Sanitas: ¿Nos puede ahora leer esa misma nota, pero de la historia clínica?

Rta. Bueno. Lo mismo dice doctor, se ingresa paciente en conciencia.

Preguntas apoderado-Sanitas: Doctora y señora juez, yo ahí sí quiero precisar porque la historia clínica que estoy leyendo en mi en mi pantalla menciona hallazgos clínicos, ingresa paciente en *contingencia*, que es una palabra muy diferente a conciencia, que es una posición muy diferente, una paciente en contingencia o una paciente consciente. Entonces me gustaría precisar si es que usted tiene una historia clínica diferente a la que ahora en el expediente. ¿Que puede estar ocurriendo, doctora? Porque más adelante, en esa misma nota menciona que la paciente presenta dolor intenso, sagrado, profuso y desorientación más. ¿Usted sigue afirmando que la paciente atendía todas las instrucciones del médico y no encuentro una nota donde refiera que la paciente atendía todas las instrucciones del médico para tener, como usted lo afirma, un Glass Glow 15 sobre 15? Doctora Fabiola, me preocupa mucho eso. ¿Será que usted revisó?

Rta. Doctor, ahora que estoy leyendo acá, usted tiene toda la razón. Sí, señor, tiene toda toda la razón y. Igualmente dentro de esa misma nota, como yo ya le expliqué. Ahí, dice, presenta dolor intenso, sangrado profuso y desorientación. Niega pérdida de la conciencia, niega pérdida de la conciencia. La misma paciente dijo que ella no había perdido el conocimiento. Ahí lo dice claramente y lo dice, como vayamos nuevamente a la primera persona del verbo negar, sería yo niego, y la tercera persona es singular. Ella niega pérdida de la conciencia.

Preguntas apoderado-Sanitas: Doctora, vamos a los registros de la historia clínica. Sí, sí, señor. En su dictamen y en su justificación, usted cuestiona enormemente el hecho de que la nota de la historia clínica de la primera valoración de la médica sea a las 9:20 H. Sí, afirma más de 1 hora después lo lo ha dicho con insistencia durante toda su narrativa. ¿Sí, sin embargo, la pregunta del doctor Carlos Camargo respecto de la de las notas de historia clínica en urgencias, usted fue clara en mencionada que cuando se presenta una urgencia se debe enfocar la atención en la paciente antes que la destrucción de la nota médica correcto?

Rta. Sí, sí, señor.

Preguntas apoderado-Sanitas: En ese escenario. ¿Usted tiene plena certeza de que la paciente fue valorada hasta las 8:22 H de la mañana o pudo tratarse de una de una nota retrospectiva que la médica no hubiese aclarado que fuera retrospectiva?

Rta. Pues con la mayor claridad, doctor, y como ya les acabo de decir. Y yo en mi dictamen así lo expresé la doctora de manera muy clara, dice, paciente con cuadro de 1 hora de evolución. Es decir, ella hizo cuentas y dijo la siguiente fue a las 7:45 h, entonces mínimo, mínimo, había pasado 1 hora, dice ella. La médica escribe, cuadro de 1 hora de evolución. Realmente no era 1 hora, era más. Porque la estaba viendo a las 9:22 H y si el trauma ocurrió a las 7:45 H entonces realmente a las 8:45 h una.

Preguntas apoderado-Sanitas: Perfecto, perfecto. Entonces, digamos que las conclusiones de las que usted está llegando son por análisis interpretativos de la historia clínica y las anotaciones. ¿Es correcto?

Rta. Doctor, yo no deduzco nada, yo simplemente estoy expresando y estas aritméticas simples. Ella escribió cuadro de una obra de evolución y lo dijo a las 9:22 H.

Preguntas apoderado-Sanitas: Perfecto. ¿Perfecto, entonces, en esa aritmética simple, doctora Fabiola, usted qué tiene allí la historia clínica de la mano? Pudiéramos ir al último folio de la historia, no al último folio. Le voy a decir exactamente a la página 10 de 12 de la historia clínica.

Rta. Ahí dice procedimientos. Fecha y hora, 26 de junio del 2000 20:12 H. 19:12 h 19 profesional, dayana Carolina Morales pulido, enfermera, cuando escriben enfermera es porque es un auxiliar de enfermería, cuando son jefes, ellas son muy detallistas en escribir que son jefes de enfermería. Bueno, pues ahí debajo dice. Fecha y hora número 12 código glucometría se realiza glucometría 150º.

Antes de esa doctora, una nota antes de esa empieza la nota, empieza la nota lo que está arriba, la nota 800 ingresa paciente.

Preguntas apoderado-Sanitas: ¿Hoy quiere decir doctora una pregunta desde el punto de vista técnico, el hecho de que se diga que es a las 8:00, podemos entender que se trata de una nota retrospectiva o no?

Rta. Doctor, claramente, y lo he repetido varias veces cuando se trata de una nota retrospectiva. Lo deben escribir. Pero aquí no me consta que se hayan ajustado a la lex artis y entonces escriben esto y yo no sé si realmente es una nota retrospectiva o se les olvidó escribir nota retrospectiva.

Preguntas apoderado-Sanitas: Es el decir, que en su concepto, por el solo hecho de que no digan nota retrospectiva pese a que diga la hora anterior. No se trata de una nota retrospectiva.

Rta. Ajustándonos a los protocolos de la Lex Artis no se trata de una nota retrospectiva, sin embargo, ¿cómo puede ser posible que aquí esta enfermera empiece a administrar medicamentos cuando la médica claramente dice en su valoración que la paciente ya llevaba 1 hora de devolución del del cuadro? Yo no, no puedo entender eso.

Preguntas apoderado-Sanitas: Doctora, le leo, le sigo leyendo la misma nota, menciona la nota 8:00, después menciona 8:03, doctora de turno, ordena canalizar, se realizan dos su mano izquierda, 8 + 4, se administra tramado el día de Subcutánea, 8 + 6 se administra por orden médica, 2 G de morfina vía. 4 O y B no sé qué en términos de América 8 y intravenosa 8 + 25, se toman signos vitales, 8 + 35 doctora orden administrar 5 miligramos de unidad de Solam. Cuando usted manifestó o empezó explicando su dictamen, aseguró que el suministro fue propio de enfermería y que no entendía cómo no había sido ordenado por los médicos. ¿Mi pregunta es, fue o no fue ordenado por médico?

Rta. Doctor, creo que usted no precisa muy bien lo que yo dije. Yo lo que dije fue que no entendía cómo una enfermera empezaba a administrar medicamentos antes de que el médico valorara la paciente porque si la médica valoró a doña Fabiola a las 9:22 H, que empezará la administración de medicamentos sin saber qué era lo que tenía a las 8. Y yo en ningún momento dije que de manera autónoma la enfermera administrara medicamentos porque ellos no pueden administrar absolutamente nada sin orden médica. Y yo dije que lo había hecho por orden de la médica, pero no entendía cómo la médica ordenaba antes de valorar a la paciente. ¿Cómo es que un médico ordenaba administración de medicamentos sin saber qué es lo que el paciente tiene?

Preguntas apoderado-Sanitas: Doctora. Usted afirma el hecho de que la doctora Paula hubiese puesto que 1 hora, 1 hora de evolución de trauma. Por eso afirma que no tuvo valoración antes. Sin embargo, hay notas en la historia clínica que afirman valoración médica antes de las 9:22 H de la mañana. Cómo explicar eso en una práctica médica de un evento tan traumático como el que acá nos cita y en una urgencia como la que usted sabe que aquí se presentó.

Aclaración pregunta. Acabé de leer la nota, donde una enfermera menciona que a las 8 + 3 se canaliza por orden por doctora de turno, ordena canalizar a las 8 + 4 y se administra subcutáneo a las 8 + 6. Se administra por orden médica. 2 G de morfina. ¿Entonces ahí surge mi pregunta, doctora, o sea, usted está asegurando que la médica la valoró a las 9:22H?, porque al momento de la nota de la médica afirmó, llevaba 1 hora de evolución. ¿En su experiencia de una práctica médica en urgencias con un trauma como el de la paciente, con una urgencia como la que usted ya ha descrito tal como la que se presentó, cómo explicar que haya notas que aseguren que la médica ordenó incluso medicam? ¿Antes de esa nota médica, cómo explicar esa diferencia?

Rta. Doctor, yo no veo que haya una anotación médica de valoración antes de las 9:22 H, yo no veo eso de valoración médica. Doctor. De en una urgencia como la que tenía de 8 a 9 y 22. ¿No debería estar el médico tratando a una paciente como la que como la paciente que se recibió ese día? como ya les he explicado, es el deber ser, pero desafortunadamente la doctora coloca de manera muy clara que cuando ella tiene contacto con la paciente ya ella misma la nota. El cuadro tiene 1 hora de evolución.

Preguntas apoderado-Sanitas: ¿En su concepto la paciente no recibió atención médica antes de las 9:22 H de la mañana, correcto?

Rta. Doctor, yo me ciño a todo lo que está registrando en la historia clínica, ya será cuestión de que interroguen además testigos porque a mí no me consta nada. Doctor, claramente, según la historia clínica, la médica la valoró a las 9:22 h minutos no tengo nada más que decir al respecto.

Preguntas apoderado-Sanitas: ¿Es decir, diga cómo es cierto, sí o no, que antes de las 9:22 H no recibió, no recibió atención médica? Su Señoría que la que la perito por favor conteste si en su concepto antes de las 9:22 H recibió o no recibió atención médica a la paciente.

Rta. Según lo registrado en la historia clínica, no recibió atención médica porque allí no consta eso.

Preguntas apoderado-Sanitas: Doctora en su en su versión, doctora Fabiola Jiménez. ¿O mejor? Vamos a volvernos a el método utilizado para la elaboración del dictamen. ¿Cuál fue el método? Usted utilizado en la elaboración del dictado.

Rta. Sí doctor, yo pues obtengo toda la información posible en este caso. El doctor Camargo Cartagena me envió la historia clínica al Hospital Regional de Miraflores. Me mandaron también a partes de la historia clínica de la Fundación Calvo Infantil de la Fundación Neumológica colombiana. También, obviamente. Utilizo toda esta información como insumo. De manera exacta, esa información, la proceso. Y ya conociendo los diagnósticos, conociendo la evolución, entonces procedo a buscar artículos relacionados con el tema en las bases de datos. Busco si hay guías de práctica clínica. Y pues en este caso las encontré las guías de práctica clínica para manejos de trauma para manejo de trauma craneofacial las enuncian la bibliografía. Ya con toda esa información, entonces yo la proceso y de acuerdo al modelo que tenemos de protocolo, de abordaje, de investigación, de de responsabilidad en atenciones salud, que es el el el protocolo que sacamos en Medicina Legal. Yo lo utilizo como guía, sí, entonces con base en eso ya le voy dando estructura al dictamen. Por supuesto que para procesar toda esa información yo cuento con conocimientos de Medicina, no sólo lo que vi durante mi carrera, sino toda la información que obtengo, porque soy asidua asistente de todos los congresos de Medicina interna. Neurología, absolutamente de todos los congresos estoy afiliada a la Asociación de Exalumnos de la Universidad Nacional. Como les conté, pues yo trabajé en urgencias entonces. Pues obviamente se necesita tener todas las bases para poder emitir conceptos de este tipo.

Preguntas apoderado-Sanitas: ¿Qué documentos respecto del caso usted revisó?

Rta. Ya le informé, doctor, pero le repito la historia clínica del Hospital Regional de Miraflores, la historia clínica, el fragmento de la Fundación Cardio Infantil de la Fundación Neumológica colombiana.

Preguntas apoderado-Sanitas: De acuerdo, y esto guarda relación con lo que usted afirma en el punto? Dos de su del motivo de su peritación. Sin embargo, me llama mucho la atención, la voy a parafrasear, doctora Fabiola, fue lo que tomé apuntes de su de la versión que usted estaba dando, donde usted manifestó que usted cree que a la paciente le cayó toda el agua, que de pronto estaba sobre la cocina y le cayó parte del tanque, más las más de pronto las tejas, pero que sobre todo el agua fue lo que al parecer le cayó a la paciente encima. Le pregunto. ¿Usted por qué hace esta afirmación y qué relación tiene con su dictamen?

Rta. Doctor, pues obviamente tiene relación con el dictamen, porque de ahí parte todo. O sea, la paciente no hubiese ido al hospital si no hubiese recibido trauma cuando cae el tanque de reserva de agua sobre su humanidad en su casa a las 7:45 H minutos de la mañana del 26 de junio del 2020. Ahora yo hablé de que. Si la paciente hubiese recibido directamente el tanque que venía desde 2 m de altura a velocidad con un proyectil que si lo hubiera recibido directamente sobre su cabeza, seguramente le hubiese causado muerte fulminante. Pero yo hablé de las tejas. Yo hablé que tenía dos heridas de Bordes cortantes. Muy seguramente esas heridas fueron causadas con un elemento cortante que pudieron hacer las cejas, por ejemplo. Sí, yo no me ciño completamente al agua, no, porque el agua pues tiene un efecto de onda. Me llevo un mecanismo y delectación, yo hablé de que todos esos elementos fueron agonistas, fueron coadyuvantes, generando todo el daño de politrauma que encontraron a esta versión.

Preguntas apoderado-Sanitas: También afirmó con rigurosidad que la paciente vivía muy cerca del hospital. ¿Sí, le pregunto, doctora, todos estos aspectos son relevantes para el motivo de la de la penetración que usted realizaba? Respecto de la responsabilidad en atención en salud.

Rta. Doctor, cuando cuando analizamos todos estos casos de investigación de responsabilidad en atención en salud, yo tengo que fijarme, yo tengo que evaluar. La prontitud del paciente para buscar ayuda porque muchas veces, doctor, la verdad es que los pacientes también llegan muy tarde. ¿Dejan pasar mucho tiempo, por ejemplo, todos los pacientes que hacen peritonitis por apendicitis, son personas que dejan pasar hasta 2 días con dolor abdominal y se ponen a tomar ibuprofeno? Le preguntan al vecino. Entonces yo ahí digo no, que es el paciente también ahí tiene responsabilidad. Pero sucede que en este caso la señora sufre el trauma a las 7:45 H y llega a las 7:51 H, es decir, 6 minutos. Se demoró en llegar. O sea, realmente ellos fueron muy solícitos, muy juiciosos en buscar ayuda a eso era lo que yo me refería cuando me empecé al respecto.

Preguntas apoderado-Sanitas: Doctora Fabiola. Y le pregunto de las investigaciones tan acuciosas que usted hace como perita médica, en este caso de donde obtuvo fue la investigación que realizó para llegar a esas conclusiones a esas afirmaciones.

Rta. Sí, doctor, ya como lo expresé. Yo leí también la demanda pues hay detalles consignados como ese y pues lo de los 2 m de altura, pues aquí también lo dice la historia clínica.

Preguntas apoderado-Sanitas: ¿Y esos hechos de que viviera cerca de cómo fueron los la caída y además usted los pudo constatar de alguna otra manera o solamente con la demanda?

Rta. Sí, señor yo. Hablé con los familiares de la paciente, o sea, realmente yo acostumbro hacer una entrevista forense con el paciente mismo cuando se trata de un paciente que ha sobrevivido, pero en un caso como. En el que la paciente falleció entonces. Yo marqué al número telefónico. ¿Que aparece en la historia clínica? Tal vez o no recuerdo si fue en la oficina del doctor Camargo que me proporcionaron ese número. Yo hablé con un señor que es el hijo de la paciente, entonces el hijo de la paciente yo le decía a él, bueno, la demanda dice que el accidente fue a las 7:45 H de la mañana y ustedes llegaron a las 7:51

H. ¿Es que ustedes viven, a cuántas cuadras del hospital? El señor me dijo, vivimos a 6. Cuadros exactamente, doctora, por eso fue que llegamos tan rápido. Y yo le dije. Usted acompañó a su mamá a al servicio de urgencias, dijo, no, yo ya me había ido para el trabajo, el que me el que la acompañó fue mi papá. Él fue el que la llevó.

Preguntas apoderado-Sanitas: El Código general del proceso y en su expertise, que no es que no es vana. Son son muchos los dictámenes periciales que usted ha rendido. ¿Están relacionados? Eh. 37 dictámenes periciales, el artículo, el artículo dos 26, Numeral Sexto, menciona que se debe señalar si ha sido designado en procesos anteriores o en cursos por la misma parte o por el mismo apoderado de la misma parte, indicando el objeto del dictamen, si cuando se refiere indicando el objeto del dictamen, pues sin duda se deberá referir. El detalle dicho dictamen. En su dictamen pericial, pero se ha portado al numeral 6, manifiesta, sí he sido designada en procesos anteriores o en curso por el mismo apoderado de la parte. ¿Nos podría confirmar? ¿En qué procesos ha sido usted designada por él? ¿Doctor Camargo? ¿Entiendo que es él y cuál ha sido lo que el dictamen? Doctora Fabiola. Soy de los que están.

Rta. Cierto, sí, doctor, yo conozco al doctor Camargo Cartagena desde que trabajaba en Medicina Legal. Con él he tenido más o menos unos 25 o 30 casos, pero realmente doctor, pues a ver, se me ocurre algunos. Por ejemplo, hoy, hace 8 días exactamente tuvimos otro caso de una señora mayor que en este momento tiene 82 años. Era un caso de Ocultis.

Preguntas apoderado-Sanitas: De 25 a 30 dictámenes los ha rendido con el Dr. ¿Carlos Camargo y le pregunto, todos ha encontrado responsabilidad médica o falencias o falla o culpan en la atención médica?

Rta. Doctor, dos aclaraciones. Primero, yo no coloco en esa lista los dictámenes hasta que no haya pasado la audiencia de oficio oral. Entonces, por ejemplo, la de hoy, hace 8 días de la señora de 80 años no lo coloqué porque pues yo hice ese dictamen del que estamos hablando en noviembre del 2023. Entonces eso ya fue hace más de un año. Entonces no en cuanto a su inquietud, doctor, de que, si todos los dictámenes míos son con el doctor Camargo Cartagena, no, no, porque tengo con más abogados.

Preguntas apoderado-Sanitas: ¿Los dictámenes del Doctor Camargo Cartagena ha encontrado fallos, responsabilidad o negligencia en la atención médica?

Rta. Sí, doctor, sí, sí he encontrado, señor.

Preguntas apoderado Ministerio de Salud: La pregunta es la siguiente, entonces llamar al patientem Interrogar al paciente, verificar su residencia. ¿Cómo podría denominarse en esto de los métodos efectuados y por qué no está relacionado en su dictamen en la declaración que hizo la numera?

Rta. Doctora, yo acostumbro a hacer eso con los pacientes que sobreviven, pero en este caso la paciente falleció. Pero contando con la información de la demanda, de las historias clínicas y de todo, pues yo quedé con esas dudas y tuve la inquietud de hablar con algún familiar que me contestaran ese número y me contestó El hijo, pero ya eso lo hice después de hacer el dictamen, por eso es por lo que no aparece en el dictamen.

Preguntas apoderado Ministerio de Salud ¿Entonces vuelvo y le pregunto, por qué si en el peritazo y en su exposición usted hace afirmaciones, no lo incluyó ese análisis que hizo ese método que utilizó?

Rta. Doctora, claramente ya le expliqué que yo utilizo ese método cuando el paciente sobrevive, pero en este caso la paciente murió.

Preguntas apoderado Ministerio de Salud :O sea, no lo relacionó, no lo indicó, pero sí sacó afirmaciones de eso. Pregunta. Doctora usted, aparte de ser especializada en salud ocupacional, médico cirujana, especialista en salud ocupacional y hablo de especialización especializada. ¿Tiene alguna otra especialización?

Rta. Como ya lo hice en mi acreditación al comenzar. Yo tengo formación en medicina urgente.

Preguntas apoderado Ministerio de Salud Doctora especialización. Le estoy preguntando, no, yo sé que usted nos ha contado que ha asistido a cursos que se le. Están en todo lo que hacen todas las áreas médicas, pero la pregunta es su formación. Como especializada, si aparte de salud ocupacional, usted tiene alguna otra.

Rta. Pues si tengo otra especialización, pero aquí no cabe comentarla, porque es una especialización en terapia sistémica familiar. También hice dos créditos de Imagenología diagnóstica que están ahí relacionados. En el dictamen los hice en Buenos Aires. Yo hice ecografía general y doble, pero especialización médico-quirúrgica. No, no soy neuróloga, no soy neurocirujano.

Preguntas apoderado Ministerio de Salud Gracias. Doctora, otra pregunta. ¿Usted? Ha hecho publicaciones relacionadas. Con la materia objeto de este peritaje, es decir, responsabilidad médica.

Rta.

Sí, otra yo publique un artículo sobre lesión de nervio ciático por la administración de diclofenaco.

Preguntas apoderado Ministerio de Salud: Ésta no la vi relacionada acá en su dictamen no la relacionó.

Rta. No, pero no la relacioné porque realmente no. No sé en qué momento en la revista, en qué fecha, en qué número de la revista salió eso, porque eso lo estaba coordinando otra compañera allá en el Instituto. Pero sí, yo publiqué eso.

Preguntas apoderado Ministerio de Salud ¿Eso del nervio ciático? ¿Alguna otra publicación que se relacione con la materia de este peritaje?

Rta. No, no, señor, no sé.

Preguntas apoderado Ministerio de Salud: Doctora Fabiola ha sido designada ya me iré todas las designaciones que ha tenido relacionados en el Peritazgo, pero la pregunta va en si usted ha sido designada como perito en casos como el que aquí se debate de responsabilidad mente?

Rta. Pues claro, pero todos esos 37 que relacionan el dictamen son de investigación, de responsabilidad médica.

Preguntas apoderado Ministerio de Salud Ninguno sobre esta materia, pero todo es de responsabilidad.

Rta. Claro, doctora.

Preguntas apoderado Ministerio de Salud doctora, usted afirmó que en este caso debía haberse clasificado desde que la paciente ingresó a la clínica, como triage uno y no dos. Pero ¿Podría ser también calificado este caso como dos?

Rta. Doctora, cuando usted hace triage. Lo califica o como 1 o como dos, o como 3 o como cuatro, pero ahí no podemos dar dos calificaciones.

Preguntas apoderado Ministerio de Salud ¿Entonces le vuelvo y le pregunto, podría ser calificado como 3, 2 o no?

Rta. Pues lo calificaron como trias dos, pero realmente tenía criterios, había requisitos, reunió las condiciones para triage 1, porque tenía una saturación del 80%, tenía dificultad respiratoria y como la doctora lo escribió varias veces, estaba en un paro respiratorio inminente.

Preguntas apoderada Hospital: Doctora Fabiola Jiménez. Quisiera preguntarle lo siguiente. Referido, porque la paciente llegó con un Glasgow quiere usted puede calificar en 15 sobre 15, por lo que ya nos ha expresado, ¿es correcto?

Rta. Sí, señora.

Preguntas apoderada Hospital: Pero adicionalmente, pese a eso, nos dice que debió ser calificada como triage 1 porque venían graves condiciones entonces o la paciente venía en graves condiciones o podía ser calificada como Glasgow 15 sobre 15, porque estaba consciente todas sus esferas?

Rta. Claro doctora, es que cuando usted hace triage, usted hace una clasificación integral del Estado de la paciente y básicamente yo he hecho mucho énfasis en su condición respiratoria, con 80% de saturación, cuando lo que debía tener era una saturación mínima del 90%, ella estaba en 80%. Y además, tenía un llenado capilar de 3 segundos que era indicativo de Chop de Hipoxia y era inminencia de paro, como efectivamente ocurrió entonces el triage hace un análisis integral de todos los sistemas, neurológico, cardiovascular, respiratorio, todo, mientras que el Glasgow solamente se centra en lo neurológico. De todas maneras, doctora la doctora Paula Fernanda le colocó un Glasgow de 13 sobre 15 y yo digo que la señora estaba en condiciones de 15 sobre 15, pero le quiero contar, doctora que en neurología, aquellos pacientes que tienen entre 13, 14 y 15 son los pacientes a los que se les califica como trauma craneoencefálico leve. Y tienen excelente pronóstico. Los que tienen el Glasgow entre 9 y 12 se les califica como trauma craneoencefálico moderado y a los que están, pues por debajo de 8 de ellos, sí tienen un pronóstico muy, muy, muy, muy reservado. Entonces son clasificaciones distintas, doctor.

Preguntas apoderada Hospital: De acuerdo, doctora indíqueme esta audiencia usted ha cuestionado la intubación que le realizaron a la paciente, entonces quisiera preguntarle si cuando se está justamente con mucho sangrado, no es lo más adecuado de acuerdo con los protocolos, hacer justamente la Intubación.

Rta. Doctora a esta paciente decidieron intubarla porque ella vomitó. Ella vomitó después de que la aspiraron. Entonces la doctora Paula Fernanda escribe ahí. Que la paciente se encuentra en altísimo riesgo de broncoaspiración. Sin embargo, la doctora Pablo Fernanda nunca hace referencia a esa. Sí, hipertensiva que sí, relata la jefa de enfermería cuando escribe todos los medicamentos que administró. Si no fuera por esa jefa de enfermería que habló de la emergencia hipertensiva a las 8:47 h minutos con una atención arterial de 187/116. Yo no me habría enterado de que hizo esa primera parada cardíaca por eso, entonces sí, por supuesto que era necesario intubar a la paciente, pero. La secuencia rápida de intubación se tiene que hacer. En un lapso de 1 minuto y ellos se demoraron en eso más de media hora. Entonces, pues realmente fue una secuencia intubación rápida inadecuada. Y pues la falta de seguir los protocolos adecuados y desperdicia nos demuestran los.

Preguntas apoderada Hospital: Doctora indíqueme, esta audiencia quiero enfatizar en las notas retrospectivas. Usted ha dicho que es necesario que se escriba nota retrospectiva, sin embargo, justamente por esa misma premura en la que están atendiendo a la paciente, todos focalizados en ello. Pues no se hace, no, no siempre se escriben otra retrospectiva. Ello indica que no se anota retrospectiva al hacer una lectura integral de la historia clínica.

Rta. Doctora, yo me fío en el registro juicioso que se hace en la historia clínica y en el seguimiento del entonces. Pues como no escribieron eso, pues yo no tengo que pensar que no es una nota retrospectiva.

Preguntas apoderada Hospital_ Pero en su experiencia, revisando historias clínicas al hacer una lectura integral, no podemos llegar a la conclusión de que muchas de esas notas justamente eran retrospectivas, pese a que no decían que eran nota retrospectiva.

Rta. Pues doctora, lo que yo sí veo es que interviene una segunda doctora que se llama Laura, Alejandra, esta doctora, Laura, Alejandra. Sí, probablemente lo que hizo fue una nota retrospectiva cuando se puso. A colocar los diagnósticos muy asertivos. Por cierto, que como les dije yo desde mi, mis primeras palabras eran unos diagnósticos que se podían hacer clínicamente sin necesidad de ponerse a mandar cuademáticos rayos XY todo eso que desafortunadamente generó fue una pérdida de tiempo valiosísimo tiempo oro.

Preguntas apoderada Hospital: Bueno. Indícale a esta audiencia. Usted ha dicho que probablemente el tanque no cayó sobre la sobre ella directamente, sin embargo, en la historia clínica. Que tenemos de la paciente en el hospital de Miraflores dice que el tanque cayó sobre sí. Así lo relata. Así fue como lo relató la paciente. Entonces quisiera que nos precisara sobre ese aspecto. ¿No podemos confiar entonces en lo que se escribe a la paciente en la historia clínica?

Rta. Doctora, es que una cosa no descarta la otra. O sea, la paciente claramente dice que le cayó el tanque encima. Sí, esa es su versión, sin hacer un análisis de cuál era la velocidad promedio, de si hubo no factores de aceleración, desaceleración. Ella, en sus palabras, como ama de casa, explicó que le cayó el tanque encima. Ella estaba en una condición absolutamente crítica, angustiada, con muchísimo dolor, y ella no se va a poner a hacer el análisis. ¿Si hago retrospectivamente como médico forense? Pensando en que seguramente el tanque atravesó las tejas, el tanque traía agua, la onda de agua generó una onda de choque y que dentro de ese cráneo que es una cavidad sellada, una una onda de golpe contragolpe. Todas esas cosas son cosas que como decía el doctor Espitia, eso sí, yo lo deduzco. Eso sí, reconozco que lo deduzco, pero la paciente no puede hacer eso. No tenía ni el conocimiento ni la condición clínica para eso.

Preguntas apoderada Hospital: Doctora indíquele a esta audiencia. ¿Y se puede trasladar a un paciente a otro hospital sin que esté estable?

Rta. Con eso, doctora, claro, necesitaba estabilidad, por eso yo inicié todo este transcurso de este dictamen de esta narrativa de sustentación del dictamen, diciéndoles que habían examinado a la paciente, lo que había que hacer era el ABC. Eso se podía hacer sin necesidad de entubarla, porque recordemos que la paciente vomitó ya después de la crisis hipertensión y su hipotensión estaba con bradicardia.

Preguntas apoderada Hospital : no fue esa, la pregunta fue si 1 puede trasladar a un paciente sin que esté estable.

Rta. La obligación del hospital de Miraflores era mandarla estable, claro, pero para darle estabilidad no se requerían 2 horas ni 1 hora en 15 minutos, con un análisis detallado y atendiendo a la paciente. Inmediato en hora después se logra sacar a la paciente. Se logra mejorar el pronóstico

Preguntas apoderada Hospital ¿usted conoce la ubicación del hospital de Miraflores?

Rta. Sí, sí, doctora, sí.

Preguntas apoderada Hospital ¿Sabe cuánto es el hospital más cercano?

Rta. El de Tunja, más o menos a 1 hora. Doctora en una ambulancia pitando con sirena, la llevan en 1 hora.

Preguntas apoderada Hospital ¿Doctora, sabe cuánta distancia hay entre Miraflores y tuja?

Rta. No creo que no sé, doctora, no, no sé exactamente.

Preguntas apoderada Hospital : Sí conoce la carretera.

Rta. De Bogotá a Miraflores la conozco, el resto no.

(Anotaciones personales de la audiencia: en contradicción al dictamen pericial, se pueden observar diferentes inconsistencias entre el análisis hecho por el perito y la historia clínica [Revisar preguntas del apoderado de Sánitas], en donde no coincide la información; así como tampoco se plasmó en el documento todo lo realizado en el estudio, por ejemplo, no se manifiestan las entrevistas hechas a los familiares. Así mismo, se observa que la perito niega la posibilidad de notas retrospectivas, esto es importante porque si se pueden observar en la historia clínica. Se observó que diferentes trabajos

previos como perito de la dra Fabiola han sido por solicitudes del apoderado de la parte demandante y que en todos ellos se ha fallado con responsabilidad médica. Finalmente, es muy importante ver la calificación de la contingencia, porque en esta se ha dicho que era imposible trasladar a la paciente para que llegara a un centro de atención más capacitado en las horas críticas, por lo que es menester mencionar eso en los alegatos. Ya por último, recordar que en ningún apartado del dictamen ni de su contradicción, se habló sobre la negligencia de SANITAS - asegurado- ni de sus actividades para evitar el daño)

Se revisa el proceso, se confirma que no quedan más pruebas para practicar y las pendientes fueron debidamente desistidas. Se debe hacer la anotación de que el dictamen pericial solicitado y decretado por el juzgado a petición del Hospital de Miraflores, no fue allegado a la audiencia, por lo que el despacho prescindió de éste.

Se procede al cierre de la etapa probatoria y se realiza saneamiento del proceso.

Alegatos: Se corre traslado para presentar alegatos por 10 días hábiles posteriores a la presente audiencia.

(vencimiento real: 18 de noviembre de 2024)

Se adjunta dictamen pericial y acta de la diligencia.

CAD. Por favor cargar en el case: 20163.

Tiempo total invertido: 5 horas con 30 minutos.

Preparación audiencia: 1 hora.

Audiencia: 2 horas con 30 minutos. (11:00am – 1:30pm)

Informe: 2 horas.

Cordialmente,



gha.com.co

Michelle Katherine Padilla Rodriguez
Abogada Junior

Of Cali: +57 315 5776200 |

Of Bog: +57 317 3795688 | Cel: 301 710 2580

Email: mpadilla@gha.com.co

Cali - AV 6A Bis # 35N - 100 Oficina 212,

Bogotá - Carrera 11 A # 94 A - 23 Oficina 201





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 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