

Doctora

VIVIANA ANDREA GUEVARA VALBUENA

Juez

JUZGADO QUINTO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO

j05admflc@cendoj.ramajudicial.gov.co

Florencia – Caquetá

E. S. D.

REF. MEDIO DE CONTROL: Reparación Directa. Actora: MARISOL LUGO REINOSO Y OTROS. Demandado: HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARÍA INMACULADA E.S.E. y OTRO. Radicación: 18-001-33-33-003-2018-00023-00. **Asunto:** Informe bajo juramento.

CINDY TATIANA VARGAS TORO, mayor, identificada con la cédula de ciudadanía No. 1.117.509.183 de Florencia, obrando en calidad de Gerente y por ende Representante Legal del HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARÍA INMACULADA E.S.E., en adelante HDMI o E.S.E., según Decreto No. 000513 del 11 de marzo de 2024, proferido por el Gobernador del Caquetá; respetuosamente me permito atender el oficio No. 00115 del 10 de mayo de 2024, librado por la Secretaría de su Despacho, donde se solicita informe escrito bajo la gravedad de juramento sobre los hechos de la demanda, de la contestación y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuesto en el proceso de la referencia:

1. Precisión previa

Las manifestaciones señaladas en este escrito tienen como fundamento la historia clínica del señor ORLANDO SILVA VIDARTE (Q.E.P.D.), quien en vida se identificó con la cédula de ciudadanía No. 96.340.480, aunado al informe pericial de necropsia No. 2016010118001000008, expedido por el INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES.

2. Informe

Se trató del paciente ORLANDO SILVA VIDARTE (Q.E.P.D.), quien en vida se identificó con la cédula de ciudadanía No. 96.340.480. EL día 12 de enero de 2016 a las 23 y 48 horas consultó al servicio de urgencias del HDMI por dolor de estómago, describiéndose la siguiente enfermedad actual y, demás datos en la historia clínica, una vez atendido a los 09 minutos del ingreso sobre las 23 y 57 del mismo día:

"Enfermedad actual: *Paciente de 53 años quien refiere que se le agudizó dolor a nivel del epigastrio, asociado a vómito con pintas de sangres. Al ingreso álgico 9/10 asociado a llanto.*

Antecedentes: *gastritis crónica, fumador, quirúrgico negativo, traumático negativo.*

Revisión por sistemas: *abdomen blando dolor a nivel de epigastrio no quirúrgico.*

Examen físico: Tensión arterial: 140/100, frecuencia cardíaca: 78, frecuencia respiratoria: 22, temperatura 37 grados, saturación de oxígeno 97%, peso 78 kg, talla 168 cm.

Alerta, afebril, algico 9/10, tórax: ventilados, abdomen: blando, dolor a nivel de epigastrio, no quirúrgico.

Idx: dolor abdominal localizado en parte superior, gastritis no especificada.

Análisis: Paciente de 52 años quien refiere que hace 2 horas se le agudizó cuadro clínico epigastrio de intensidad 9/10 asociado a vómito.

Ordenes médicas: Observación nada por vía oral, solución salina norma 500 cc + 2 gramos dipirona pasar ahora y continuar con solución salina norma a 60cc por hora; tramadol 50 mg en 100 cc de solución salina ahora y continuar con 25 mg iv cada 8 horas; metoclopramida intravenosa diluida cada 8 horas; ranitidina intravenosa cada 8 horas diluida; se solicita hemograma, velocidad de sedimentación globular, amilasas, transaminasas, glucosa, creatinina, endoscopia de vías digestivas altas; se solicita valoración npor cirugía, avisa cambios a médico de observación.

Mientras se estaban procesando las ordenes médicas, el paciente en sala de procesamiento presenta cuadro clínico súbito de síncope con pérdida del conocimiento y desvanecimiento, entrando en paro cardiorespiratorio. Se activó código azul, se informó al médico internista JUAN DE JESÚS LARIOS (Q.E.P.D), quien acudió al llamado, asistió y valoró al paciente, explicándole su condición crítica.

Se iniciaron maniobras de masaje cardíaco continuo, con vómito presencia de alimento más cuncho de café. Se procedió con las maniobras de reanimación avanzada más entubación orotraqueal tubo 7.5, (presencia en orofaringe de bastante residuos alimentario y sangre en cuncho de café) más sedación midazolam, relajación, oxígeno, adrenalina intravenosa directa, dopamina 2 ampollas, sonda orogástrica y vesical.

Se continuó el masaje cardíaco continuo por 30 minutos, pero el paciente no respondió, sin pulso carotideo, no se detectó saturación de oxígeno, ni frecuencia cardíaca, ni tensión, aunado a pupilas dilatadas, cianosis generalizada, asistolia. Después del esfuerzo de la reanimación por dicho tiempo y en presencia del familiar se declaró muerto a las 00 y 45 a.m. del 13 de agosto de 2016. Véase la anotación en la historia clínica:

"Idx: Muerte súbita secundario úlcera péptica perforada + shock cardiogénico + iam fulminante".

También obra nota de enfermería de las 03:00 a.m. (retrospectiva) que señala lo siguiente:

"Paciente que al momento de realizar procedimiento de aplicación de medicamentos, sufre síncope y posterior caída de su propia altura con pérdida de la conciencia inmediata y sangrado a nivel de la cabeza, se activa código azul, médico de turno No. 1 ordena y se cumplen las siguientes ordenes realizadas por los auxiliares de turno y jefe del servicio, se monitoriza con electrodos en monitor de signos vitales el

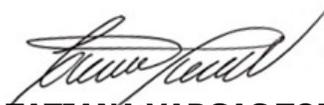
cual reporta asistolia, se inicia masaje cardiaco por médico no. 2, mientras médico de turno no. 1 realiza vía aérea, se aspiran secreciones en abundante cantidad en cuncho de café, se aspira agresivamente con varias sondas en el momento, auxiliar no 1 realiza canaliza de vía periférica con toma de muestras de laboratorio, 2do auxiliar realiza preparación de sedación con midazolam, 3er auxiliar prepara líquidos endovenosos con sedonalgesia, así como líquidos base, 4to auxiliar realiza sondaje vesical y nasogástrico, 5to auxiliar anota insumos del código, con pobre signos vitales, se continúa manejo del código azul, se rota con médico de turno no 2 para masaje cardíaco, auxiliar no 1 realiza administración de adrenalina ordenadas verbalmente por el médico de turno no 1, en cuatro ocasiones por vía intravenosa y una por vía orotraqueal, paciente que a pesar de manejo integral, presenta paro cardiorespiratorio secundario a shock cardiogenico producido por infarto fulminante el cual es diagnosticado por el médico internista de turno, el cual es requerido por el médico de turno no 1, ante tiempo prolongado del código azul.

Igualmente, en el informe pericial de necropsia No. 2016010118001000008, expedido por el INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES, se expresa que la causa de muerte del paciente fue por una úlcera duodenal y la manera fue natural.

De esta manera, el señor ORLANDO SILVA VIDARTE (Q.E.P.D.), ingresó al servicio de urgencias el día 12 de enero de 2016 a las 23 y 48 horas, por dolor de estómago, siendo atendido, según las notas de la historia clínica a las 23 y 57 del mismo y, 18 minutos después de la atención, sobre las 00 y 15 del 13 enero de 2016 entró en paro cardiorrespiratorio y, a pesar de activar el código azul y emprender las maniobras de reanimación el paciente se declara muerto sobre las 00 y 45 del mismo 13 de enero de 2016.

Así las cosas, la muerte del paciente no se debió a trauma craneoencefálico, sino que de acuerdo al informe de necropsia fue por un sangrado digestivo agudo y severo, que causó hipotensión, que se sumó al evento coronario agudo (infarto de miocardio); generando la pérdida de consciencia y la caída del paciente, sin embargo en dicho informe no se describen lesiones cerebrales.

Atentamente,



CINDY TATIANA VARGAS TORO
C.C. 1.117.509.183 de Florencia
Gerente
HDMI E.S.E.