

Señores
JUZGADO DIECIOCHO CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI
E. S. D.

PROCESO: VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL
EXTRA CONTRACTUAL
DEMANDANTE: MARTHA LILIANA RUIZ PINEDA Y OTROS
DEMANDADOS: COOMEVA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A
"COOMEVA EPS EN LIQUIDACIÓN", CLINICA ORIENTE
S.A.S, DUMIAN MEDICAL S.A.S Y LA FUNDACIÓN
HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA.
RAD: 76-001-31-03-018-2022-00168-00

GLORIA PATRICIA HURTADO GARCÍA, persona mayor de edad, vecina de Guadalajara de Buga (V), identificada con la Cédula de Ciudadanía No. 66.972.412 de Santiago de Cali (V), abogada en ejercicio y portadora de la Tarjeta Profesional No. 110.530 del Consejo Superior de la Judicatura, correo electrónico juridico@fhsjb.org, obrando en calidad de apoderada judicial de la **FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA**, en virtud del Poder Especial a mi conferido, por su Representante Legal Doctor **CARLOS GUILLERMO SÁNCHEZ RENGIFO**, igualmente mayor de edad, e identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 14.876.795 de Buga (V), correo electrónico: gerente@fhsjb.org, representación que ejerce según consta en el Acta No. 293 del 29 de junio de 2021 de la Junta Directiva de la Fundación Hospital San José de Buga, todo según consta en el Certificado de Existencia y Representación Legal emitido por la Gobernación del Valle del Cauca, por medio del presente escrito y dentro de la oportunidad legal de conformidad con lo establecido en el Artículo 292 del Código General del Proceso¹ procedo a dar **CONTESTACIÓN A LA DEMANDA** y a descorrer el traslado respectivo de acuerdo con lo siguiente:

EN CUANTO A LAS PRETENSIONES

Con fundamento en la contestación de esta demanda y en las excepciones de fondo que estoy proponiendo; además, por considerar infundada la demanda y **NO EXISTIR CAUSA, NI NEXO CAUSAL, NI CULPA, NI FALLA PRESUNTA O DAÑO ANTIJURÍDICO**, nos oponemos a todas y cada una de las declaraciones y solicitudes de condena que puedan originarse en contra de la **FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA**, toda vez que la atención médica y asistencial prestada al señor **CARLOS ANDRÉS PINZÓN PÉREZ** en la institución que represento, fue **OPORTUNA, PERTINENTE, CORRECTA Y LA RECOMENDADA POR LA CIENCIA MÉDICA ACTUAL**, pues se cumplió a cabalidad con los protocolos y guías médicas para la atención de un paciente que consultó al servicio de urgencias de nuestra institución por remisión realizada de otro centro asistencial por presentar un cuadro clínico de más de once (11) días de evolución, consistente en astenia, adinamia, fiebre, malestar general, tos con

¹ Demanda notificada por aviso entregado en la Fundación Hospital San José de Buga el día 31 de julio de 2023. De conformidad con lo establecido en el Artículo 292 del Código General del Proceso, la notificación se considerará surtida al finalizar el día siguiente al de la entrega del aviso en el lugar de destino. Corren términos para contestar a partir del 2 de agosto de 2023, no corren los días 5,6,7,12,13,19,20,21,26 y 27 de agosto de 2023.



espectoración y un marcado deterioro de su estado general, siendo valorado en el servicio de urgencias de nuestra institución de manera inmediata y diagnosticado con una NEUMONIA MULTILOBAR, SEPSIS DE ORIGEN PULMONAR Y SOSPECHA DE AH1N1, siendo importante resaltar que durante la estancia del señor CARLOS ANDRES PINZÓN PÉREZ en nuestra institución, siempre estuvo bajo vigilancia médica estricta y monitorizada, brindándosele todo el manejo médico requerido y necesario de acuerdo a su crítico estado clínico, por lo que la evolución rápida de su enfermedad y su posterior muerte, no tuvieron origen en la atención médica prestada en nuestra institución, sino que la misma es atribuible a complicaciones propias de las graves patologías con las que cursaba (NEUMONIA MULTILOBAR, SEPSIS DE ORIGEN PULMONAR Y SOSPECHA DE AH1N1) y que ya se encontraban instauradas al momento de su ingreso a nuestra institución el día 6 de enero de 2014 y que por todo el largo tiempo de evolución, dicha patologías ya habían generado un daño en el paciente antes de consultar al servicio de urgencias de nuestra institución, siendo sumamente importante resaltar que la responsabilidad en este caso recae en principio en el mismo paciente y sus familiares quienes permitieron que la enfermedad del señor CARLOS ANDRES PINZÓN PÉREZ avanzara y se complicara sin consultar a un servicio médico durante más de 6 días previos a la primera consulta médica, pero peor aún, haberse automedicado con AZITROMICINA Y DICLOFENACO, medicamentos que generaron en el paciente resistencia de las bacterias a los antibióticos administrados (RESISTENCIA ANTIMICROBIANA), lo cual contribuyó en la pobre respuesta del paciente al tratamiento médico instaurado, además de la respuesta inflamatoria propia e indiosincrática del paciente, factores todos estos que llevaron a un franco y progresivo deterioro que llevó a que el paciente se complicara y finalmente falleciera, por lo tanto, no pueden pretender los demandantes trasladar su propia responsabilidad a nuestra institución, pues con los servicios prestados en nuestras instalaciones, lo único que se buscaba era la mejoría del paciente sin que se generara daño alguno, pues valga reiterar el daño ya estaba instaurado, por lo que nuestras acciones solo estuvieron encaminadas a lograr la mejoría del paciente, no pudiendo pretender los demandantes que se resarza un daño que no es atribuible desde ningún punto de vista a los servicios médicos prestados en la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA, pues nunca existió CULPA, DAÑO, NI NEXO CAUSAL ALGUNO.

Consecuentemente, nos oponemos a que se condene a la institución que represento a pagar a los demandantes cualquier suma de dinero, toda vez que la atención médica que se le dispensó al señor CARLOS ANDRES PINZÓN PÉREZ por parte de la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA, fue oportuna, pertinente y apegada a los protocolos y los mandatos de la lex artis, tal y como se explicará a lo largo de la presente contestación y que se acreditará y probará en el transcurso del proceso, de tal manera que mal se puede afirmar que la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA le hubiera generado a los demandantes los desacertados y desproporcionales perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales que reclaman en la demanda, pues no existen hechos, sustento ni prueba alguna donde se demuestre que nuestra institución o su personal médico actuó de forma deficiente, imprudente o imperita en una acción u omisión que produjera perjuicio o daño alguno al señor CARLOS ANDRES PINZÓN PÉREZ, solo se trata de una serie de elucubraciones, sin un sustento técnico desde el punto de vista médico, tan solo se ciñen a realizar señalamientos sin siquiera realizar una

debida lectura de la Historia Clínica, ni advertir cual era el deber ser desde el punto de vista médico y debidamente probado, que permita probar la responsabilidad civil de nuestra institución.

Por lo tanto, nos oponemos a las pretensiones resarcitorias patrimoniales y extrapatrimoniales solicitadas en la demanda, pues las mismas a más de no tener un sustento técnico, no guardan en absoluto los lineamientos jurisprudenciales necesarios para la tasación de dichos perjuicios.

EN CUANTO A LOS HECHOS Y CONSIDERACIONES

AL HECHO 1: No nos consta, desconocemos lo manifestado por la parte demandante en el presente hecho, todo lo cual deberá ser plenamente probado de conformidad con lo establecido en el Artículo 167 del Código General del Proceso.

AL HECHO 2. No nos consta, desconocemos lo manifestado por la parte demandante en el presente hecho, todo lo cual deberá ser plenamente probado de conformidad con lo establecido en el Artículo 167 del Código General del Proceso.

AL HECHO 3: No nos consta, desconocemos lo manifestado por la parte demandante en el presente hecho, todo lo cual deberá ser plenamente probado de conformidad con lo establecido en el Artículo 167 del Código General del Proceso.

AL HECHO 4: No nos consta, desconocemos lo manifestado por la parte demandante en el presente hecho, todo lo cual deberá ser plenamente probado de conformidad con lo establecido en el Artículo 167 del Código General del Proceso.

AL HECHO 5: Es parcialmente cierto. Ciertamente es respecto a que el señor CARLOS ANDRES PINZÓN PÉREZ se encontraba afiliado a COOMEVA EPS en calidad de beneficiario, pues así se evidencia en la Historia Clínica que reposa en nuestra institución, sin embargo respecto a la fecha de afiliación a COOMEVA EPS, no nos consta, así como tampoco nos consta de quien era beneficiario, siendo de carga de la parte demandante probar plenamente lo aquí manifestado, conforme lo establecido en el artículo 167 del Código General del Proceso.

AL HECHO 6: No nos consta, desconocemos lo manifestado en el presente hecho, siendo de carga de la parte demandante probar plenamente lo aquí manifestado, conforme lo establecido en el artículo 167 del Código General del Proceso.

AL HECHO 7: No nos consta lo manifestado en el presente hecho, desconocemos si el señor CARLOS ANDRES PINZÓN PÉREZ, tenía o no antecedentes patológicos, siendo de carga de la parte demandante probar plenamente lo aquí manifestado, conforme lo establecido en el artículo 167 del Código General del Proceso.

AL HECHO 8: No nos consta, desconocemos lo manifestado por la parte demandante en el presente hecho, dado que se trata de situaciones fácticas presentadas en otro centro hospitalario, en las cuales nuestra institución no tuvo injerencia alguna.



No obstante lo anterior, es sumamente importante resaltar que para el día 2 de enero de 2014, fecha en la que de acuerdo a lo manifestado por la parte demandante en el presente hecho, el señor CARLOS ANDRES PINZÓN PÉREZ consultó al Servicio de Urgencias de la UBA Clínica Oriente de Roldanillo, **YA HABÍAN TRANSCURRIDO SEIS (6) DÍAS DE INICIO DEL CUADRO INFECCIOSO PULMONAR, es decir que la sintomatología que motivó dicha consulta había iniciado aproximadamente el 27 de diciembre de 2013, sin que exista registro alguno de consulta médica realizada por el paciente durante dichos días.**

AL HECHO 9: No nos consta, desconocemos lo manifestado por la parte demandante en el presente hecho, dado que se trata de situaciones fácticas presentadas en otro centro hospitalario, en las cuales nuestra institución no tuvo injerencia alguna.

AL HECHO 10: No nos consta, desconocemos lo manifestado por la parte demandante en el presente hecho, dado que se trata de situaciones fácticas presentadas en otro centro hospitalario, en las cuales nuestra institución no tuvo injerencia alguna.

AL HECHO 11: No nos consta, desconocemos lo manifestado por la parte demandante en el presente hecho, dado que se trata de situaciones fácticas presentadas en otro centro hospitalario, en las cuales nuestra institución no tuvo injerencia alguna.

AL HECHO 12: No nos consta, desconocemos lo manifestado por la parte demandante en el presente hecho, dado que se trata de situaciones fácticas presentadas en otro centro hospitalario, en las cuales nuestra institución no tuvo injerencia alguna.

AL HECHO 13: No nos consta, desconocemos lo manifestado por la parte demandante en el presente hecho, dado que se trata de situaciones fácticas presentadas en otro centro hospitalario, en las cuales nuestra institución no tuvo injerencia alguna.

AL HECHO 14: No nos consta, desconocemos lo manifestado por la parte demandante en el presente hecho, dado que se trata de situaciones fácticas presentadas en otro centro hospitalario, en las cuales nuestra institución no tuvo injerencia alguna.

AL HECHO 15: No nos consta, desconocemos lo manifestado por la parte demandante en el presente hecho, dado que se trata de situaciones fácticas presentadas en otro centro hospitalario, en las cuales nuestra institución no tuvo injerencia alguna.

No obstante lo anterior, es importante resaltar que para el día 4 de enero de 2014, **YA HABÍAN TRANSCURRIDO NUEVE (9) DÍAS DE INICIO DEL CUADRO INFECCIOSO PULMONAR, es decir que la sintomatología que motivó las consultas había iniciado aproximadamente el 27 de diciembre de 2013.**

AL HECHO 16: No nos consta, desconocemos lo manifestado por la parte demandante en el presente hecho, dado que se trata de situaciones fácticas presentadas en otro centro hospitalario, en las cuales nuestra institución no tuvo injerencia alguna.

AL HECHO 17: No nos consta, desconocemos lo manifestado por la parte demandante en el presente hecho, dado que se trata de situaciones fácticas presentadas en otro centro hospitalario, en las cuales nuestra institución no tuvo injerencia alguna.

AL HECHO 18: No nos consta, desconocemos lo manifestado por la parte demandante en el presente hecho, dado que se trata de situaciones fácticas presentadas en otro centro hospitalario, en las cuales nuestra institución no tuvo injerencia alguna.

AL HECHO 19: No nos consta, desconocemos lo manifestado por la parte demandante en el presente hecho, dado que se trata de situaciones fácticas presentadas en otro centro hospitalario, en las cuales nuestra institución no tuvo injerencia alguna.

No obstante lo anterior, de la foto del señor CARLOS ANDRÉS PINZÓN PÉREZ allegada como prueba por los demandas, es imposible evidenciar ***“las excelentes condiciones generales”*** que presentaba el paciente, pues la misma tan solo constituye la captura de un momento en una foto, sin que con la misma se pueda establecer el estado patológico del paciente.

AL HECHO 20: No nos consta, desconocemos lo manifestado por la parte demandante en el presente hecho, dado que se trata de situaciones fácticas presentadas en otro centro hospitalario, en las cuales nuestra institución no tuvo injerencia alguna.

AL HECHO 21: No nos consta, desconocemos lo manifestado por la parte demandante en el presente hecho, dado que se trata de situaciones fácticas presentadas en otro centro hospitalario, en las cuales nuestra institución no tuvo injerencia alguna.

No obstante lo anterior, no existe prueba alguna de esta manifestación allegada al expediente por la parte demandante.

AL HECHO 22: No nos consta, desconocemos lo manifestado por la parte demandante en el presente hecho, dado que se trata de situaciones fácticas presentadas en otro centro hospitalario, en las cuales nuestra institución no tuvo injerencia alguna.

AL HECHO 23: No nos consta, desconocemos lo manifestado por la parte demandante en el presente hecho, dado que se trata de situaciones fácticas presentadas en otro centro hospitalario, en las cuales nuestra institución no tuvo injerencia alguna.



No obstante lo anterior, es importante resaltar que para el día 5 de enero de 2014, YA HABÍAN TRANSCURRIDO DIEZ (10) DÍAS DE INICIO DEL CUADRO INFECCIOSO PULMONAR, es decir que la sintomatología que motivó las consultas había iniciado aproximadamente el 27 de diciembre de 2013.

AL HECHO 24: No nos consta, desconocemos lo manifestado por la parte demandante en el presente hecho, dado que se trata de situaciones fácticas presentadas en otro centro hospitalario, en las cuales nuestra institución no tuvo injerencia alguna.

No obstante lo anterior, no existe prueba alguna de esta manifestación allegada al expediente por la parte demandante.

AL HECHO 25: No nos consta, desconocemos lo manifestado por la parte demandante en el presente hecho, dado que se trata de situaciones fácticas presentadas en otro centro hospitalario, en las cuales nuestra institución no tuvo injerencia alguna.

No obstante lo anterior, es importante resaltar que para el día 6 de enero de 2014, YA HABÍAN TRANSCURRIDO ONCE (11) DÍAS DE INICIO DEL CUADRO INFECCIOSO PULMONAR, es decir que la sintomatología que motivó las consultas había iniciado aproximadamente el 27 de diciembre de 2013.

AL HECHO 26: No nos consta, desconocemos lo manifestado por la parte demandante en el presente hecho, dado que se trata de situaciones fácticas presentadas en otro centro hospitalario, en las cuales nuestra institución no tuvo injerencia alguna.

No obstante lo anterior, no se evidencia prueba alguna de esta manifestación allegada al expediente por la parte demandante.

AL HECHO 27: No nos consta, desconocemos lo manifestado por la parte demandante en el presente hecho, dado que se trata de situaciones fácticas presentadas en otro centro hospitalario, en las cuales nuestra institución no tuvo injerencia alguna.

Sin embargo, es importante resaltar que en la Historia Clínica de la Clínica Mariángel Dumian Medical S.A.S aportada con la demanda como prueba, se evidencia claramente que se consignó en la Historia Clínica del día 6 de enero de 2014 a las 12:22 que el señor CARLOS ANDRÉS PINZÓN PÉREZ se automedicó con AZITROMICINA Y DICLOFENAC IM, como se evidencia a continuación:

12:22 **SERVICIO: HOSPITALIZACIÓN**
Elaborada por: guillermo.ortega - GUILLERMO ANDRES ORTEGA NARVAEZ
ESPECIALIDAD: MEDICO GENERAL
Avalada por:
ESPECIALIDAD:
Observación de aval:
NAC II B MULTILOBAR
DENGUE CON SIGNOS DE ALARM ??

PLAN:
SS IGM DENGUE, GASES ARTERIALES, GLICEMIA CENTRAL, TGO, TGP

*ANÁLISIS(JUSTIFICACIÓN):
INGRESO A PISO MEDICINA INTERNA : PACIENTE REGULAR ESTADO TAQUIPNEICO ,
HIPOXEMICO, SE REVISÓ RX DE TORAX INFILTRADOS ALVEOLARES EN PROCESO
CONSOLIDACIÓN BIBASALES; IGM DENGUE NEGATIVA A LOS 5 DÍAS , REFIERE CUADRO CLINICO
DE 7 DÍAS INICIO SINTOMAS RESPIRATORIOS LOS CUALES SE INCREMENTARON , ASOCIADO
A DIFICULTAD RESPIRATORIA Y HEMOPTISIS, SE AUTOMEDICO.

HALLAZGO OBJETIVO:
SV TA 120/70 FC 88 FR 34 SAT VENTURY 50% 85%, T 38.5 HEMOPTISIS , CORAZON RITMICO NO
SOPLOS ,MV DISMINUIDO BIBASAL ESTERTORES ,RESPIRACION TORACOABDOMINAL,
ABDOMEN BLANDO NO DOLOR NO PALPO MEGALIAS, EXTREMIDADES NO EDEMA.

HALLAZGO SUBJETIVO:
HEMOPTISIS , DISNEA DE MODERADOS ESFUERZOS
NIEGA ANTECEDENTES PATOLOGICOS NIEGA ANTECEDENTES ALERGICOS
REFIERE SE ESTUBO AUTOMEDICANDO AZITROMICINA Y DICLOFENAC IM.

La automedicación sin prescripción médica y sin control de ingesta de antibióticos como la AZITROMICINA, influye de manera negativa en la respuesta del paciente al tratamiento médico instaurado, pues el mal uso y el abuso de antibióticos hacen que las bacterias cambien y “aprendan” a disminuir el efecto de esos medicamentos, y que éstos ya no sean eficaces para tratar infecciones (RESISTENCIA ANTIMICROBIANA), el mal uso de los antibióticos puede generar resistencia de las bacterias a los antibióticos, (la resistencia a los mismos se produce cuando las bacterias mutan en respuesta al uso de estos fármacos), lo cual trae como consecuencia que los demás medicamentos utilizados para tratar infecciones, dejen de ser eficaces.

Por lo tanto, el consumo del antibiótico AZITROMICINA sin ningún tipo de prescripción ni control médico, aunado a la consulta tardía del paciente (de más de 6 días de evolución antes de consultar por primera vez a un centro hospitalario y de 11 días de evolución cuando consulta en la Fundación Hospital San José de Buga), fueron factores que incidieron de manera directa y negativa en el paciente, ocasionando que presentara un cuadro tan crítico, con un deterioro tan progresivo y con tan pobre respuesta al tratamiento médico instaurado.

AL HECHO 28: No nos consta, desconocemos lo manifestado por la parte demandante en el presente hecho, dado que se trata de situaciones fácticas presentadas en otro centro hospitalario, en las cuales nuestra institución no tuvo injerencia alguna.

No obstante lo anterior, no se evidencia prueba alguna de esta manifestación allegada al expediente por la parte demandante.

AL HECHO 29: No nos consta, desconocemos lo manifestado por la parte demandante en el presente hecho, dado que se trata de situaciones fácticas presentadas en otro centro hospitalario, en las cuales nuestra institución no tuvo injerencia alguna.

16:33 SERVICIO: HOSPITALIZACIÓN
Elaborada por: guillermo.ortega - GUILLERMO ANDRÉS ORTEGA NARVAEZ
ESPECIALIDAD: MEDICO GENERAL
Avalada por:
ESPECIALIDAD:
Observación de aval:
NAC II B MULTILOBAR
SDRA SEVERO

PLAN:
OXIGENO MASCARA DE NO REINHALACION
HIDROCORTISONA AMP 100 MG, 1 AMP EV CADA 6 HORAS

*ANÁLISIS(JUSTIFICACIÓN):
SE REVISÓ RX DE CONTROL AUMENTO DE OPACIDADES EN CAMPO PULMONARES, DERRAMES
PLEURALES, GASES ARTERIALES HIPOXEMIA PO2 48 MMHG PCO2 33 PH 7.49 HCO3 24.7 PAFI
97.3, HEMOGRAMAS LEUCOPENIA 1920 NEUTROS 83% HG 12.39, NEUTROS 83%, SE COMENTA
PACIENTE INTENSIVISTA DE TURNO REFIERE RIESGO DE FALLA VENTILATORIA, NECESITA
MANEJO UCI RIESGO DE NECESIDAD VENTILACIÓN MECÁNICA, NO SE CUENTA UCI EN
INSTITUCION POR LO CUAL SE COMENTA CRUE COOMEVA, SE COMENTA UCI DR JIMENEZ,
REFIERE DEVOLVERA LLAMADA EN 10 MINUTOS



No obstante lo anterior, es importante resaltar que en la Historia Clínica de la Clínica Mariángel Dumian Medical S.A.S aportada con la demanda como prueba, se dejó consignado el estado del paciente en dicha clínica, en donde se señala que es un paciente con ***"Riesgo de falla ventilatoria"***, lo que se traduce claramente en un paciente crítico con necesidad de ventilación mecánica.

AL HECHO 30: No nos consta, desconocemos lo manifestado por la parte demandante en el presente hecho, dado que se trata de situaciones fácticas presentadas en otro centro hospitalario, en las cuales nuestra institución no tuvo injerencia alguna.

No obstante lo anterior, no se evidencia prueba alguna de esta manifestación allegada al expediente por la parte demandante.

AL HECHO 31: No nos consta, desconocemos lo manifestado por la parte demandante en el presente hecho, dado que se trata de situaciones fácticas presentadas en otro centro hospitalario, en las cuales nuestra institución no tuvo injerencia alguna.

No obstante lo anterior, de la revisión de la Historia Clínica de la Clínica Mariángel Dumian Medical S.A.S aportada con la demanda como prueba, se evidencia que el día 6 de enero de 2014 a las 17:24 horas se consignó en la Historia Clínica que según información del CRUE de COOMEVA (Centro Regulador de Urgencias y Emergencias de Coomeva) el paciente fue aceptado en la Fundación Hospital San José de Buga.

AL HECHO 32: No nos consta, desconocemos lo manifestado por la parte demandante en el presente hecho, dado que se trata de situaciones fácticas presentadas en otro centro hospitalario, en las cuales nuestra institución no tuvo injerencia alguna.

AL HECHO 33: No nos consta, desconocemos lo manifestado por la parte demandante en el presente hecho, dado que se trata de situaciones fácticas presentadas en otro centro hospitalario, en las cuales nuestra institución no tuvo injerencia alguna.

AL HECHO 34: No nos consta, desconocemos lo manifestado por la parte demandante en el presente hecho, dado que se trata de situaciones fácticas presentadas en otro centro hospitalario, en las cuales nuestra institución no tuvo injerencia alguna.

AL HECHO 35: No nos consta, desconocemos lo manifestado por la parte demandante en el presente hecho, dado que se trata de situaciones fácticas presentadas en otro centro hospitalario, en las cuales nuestra institución no tuvo injerencia alguna.

AL HECHO 36: No nos consta, desconocemos lo manifestado por la parte demandante en el presente hecho, dado que se trata de situaciones fácticas presentadas en otro centro hospitalario, en las cuales nuestra institución no tuvo injerencia alguna.

AL HECHO 37: No nos consta, desconocemos lo manifestado por la parte demandante en el presente hecho, dado que se trata de situaciones fácticas presentadas en otro centro hospitalario, en las cuales nuestra institución no tuvo injerencia alguna.

AL HECHO 38: No nos consta, desconocemos lo manifestado por la parte demandante en el presente hecho, dado que se trata de situaciones fácticas presentadas en otro centro hospitalario, en las cuales nuestra institución no tuvo injerencia alguna.

AL HECHO 39: Es cierto, el día 6 de enero de 2014 a las 19:25 horas, es decir, **ONCE (11) DÍAS DESPUÉS DE INICIO DEL CUADRO INFECCIOSO PULMONAR,** el señor CARLOS ANDRÉS PINZÓN PÉREZ ingresa al servicio de Urgencias de la FUNDACION HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA, donde es valorado por el Doctor RONNY SOTO, Médico General, quien registra en la Historia Clínica lo siguiente, la cual me permito aportar en forma completa como prueba de los servicios prestados en nuestra institución:

“Motivo de Consulta: “Esta mal”

Enfermedad Actual: Paciente de 37 años con cuadro clínico de 8 días de evolución tos seca no expectorativa astenia, adinamia, malestar general asociado a alza térmica no cuantificada, en nivel I toman Rx con Neumonía Multilobar inician claritromicina, hoy por alteración patrón ventilatorio, remiten para manejo UCI”

Examen Físico: TA: 120/80 FC: 76 FR: 28 TEMP: 37 °C

DIAGNOSTICOS DE INGRESO: 1. NEUMONIA MULTILOBAR

2. AH1N1??

3. FALLA VENTILATORIA”



Fecha de Ingreso 6 Mayo Hora de ingreso 19:25
 Consulta Primera Vez Repetida en el año Ocupación:
 Remitido de: FUVER

Motivo de Consulta: "Ectenul"
 Enfermedad Actual: Paciente de 37 años con cuadro clínico de SIDA, de evolución rápida, no expectativa vital, clínica de síndrome de inmunodeficiencia adquirida, alteraciones neurológicas, en la I tórax se con neumonía multilobar, incómoda, hay por obstrucción gástrica sintomática, vomitos para vomitar UCP.

Condición de la Usuario: Embarazada 1 Trím. 1 Trím. 1 Trím. No aplica X

Antecedentes Personales			Antecedentes Personales		
Nombre	SI	NO	Nombre	SI	NO
Patologías			Patologías		
Hospitalarios	X	X	Hospitalarios		
Quirúrgicos	X		Quirúrgicos		
Allergias		X	Allergias		
Toxicos		X	Toxicos		
Otros		X	Otros		

-Planta dudo Rr

☐ Accidente de Trabajo
☐ Accidente de Transito
☐ Otro Accidente
☐ Evento Catastrofico

CAUSA EXTERNA
☐ Lesion por Agresión
☐ Lesion Auto Infligida

☒ Maltrato
☒ Enfermedad General
☐ Enfermedad Otra

Examen Fisico: TA: 120 / FC: 80 X FR: 20 X TEMP: 37.5 °C PESO: Kg

SISTEMA	N	A	Especifico:
Cabeza y Cara			Atrofia, actual en buen estado =
Ojos			-Neumocelosis, glaucoma miopía generalizada
Oral			-Wellsman, no adenopatías, Tons. simétricas
Cuello			Pasos sinuados, gulo, Asimetría de bazo, intestinales
Espejala			generalizada, Atrofia B.D., no doloroso, no masas
Torax			Ext. simétricas, muela, no edemas, linfadenopatia
Corazon			inmediato, Sin Golester, sin defecto
Pulmones			
Abdomen			
Gónado Urinario			
Cadera y Pelvis			
Enfermedades			
SNIC			
Piel			
Otros			

DIAGNOSTICO DE INGRESO: 1. Neumonía multilobar CODIGO J20
 2. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida CODIGO B20
 3. Ectenul CODIGO

Dx. DIFERENCIAL: Rony 2000
115 085 850
755310

NOMBRE DE: FIRMA: REGISTRO N°:

"TRATAMIENTO: O2 y Ventury
Metilprednisolona
Dipirona
Linezolid
Meropenem
Olsetamivir
Claritromicina"

10

HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA, le fueron prescritos y administrados efectivamente los medicamentos, **Metilprednisolona, Dipirona, Linezolid, Meropenem, Olsetamivir, Claritromicina y Amantadina** con la finalidad de tratar la Neumonía Multilobar, la Sepsis de Origen Pulmonar y la sospecha de H1N1(razón por la cual se ordena la amantadina), patologías graves con las que ingresó a nuestra institución.

AL HECHO 41: Es cierto, el día 6 de enero de 2014 a las 19:42 el señor CARLOS ANDRÉS PINZÓN PÉREZ es valorado por la Doctora SEIRA JOHANNA HERRERA quien consignó en la Historia Clínica lo siguiente:

"6 Enero 2014

MEDICINA INTERNA

19:42

MC² REMITIDO

Paciente con cuadro clínico de aproximadamente 10 días de evolución consistente en astenia, adinamia, fiebre, malestar general, tos con expectoración con deterioro en los últimos días x lo que consulta a ips local, encuentran infiltrados lo que inician manejo para neumonía. Paciente con pobre respuesta, persistencia de síntomas y control radiográfico con aumento de infiltrados x lo que remiten como neumonía adquirida comunidad - multilobar.

Antecedente

Pat Niega Qx. Trauma accidente de tránsito miembro inferior
Alérgico Niega Farmac Niega
Tóxicos Niega.

Examen Físico

Paciente en aceptable estado con máscara no reinhalación

TA 12/80 FC 76 FR 28

Paciente diaforético

Ruidos cardiacos rítmicos no soplos rs rs mv conservados

Estertores en ambos campos pulmonares

Abd Blando depresible no masas

Ext sin edemas

Paciente joven quien en paraclínicos externos se encuentra leucopenico linfopenico con presencia infiltrado multilobar, se considera neumonía inusitada en la comunidad.

Se sospecha H1N1

Dx Neumonía multilobar

Sospecha H1N1

Sepsis de origen pulmonar

P/ Ver ordenes medicas

Traslado a UCI"

² Motivo de Consulta



FUNDACIÓN
BUGA
San José
Amable y Seguro



FUNDACIÓN HOSPITAL
SAN JOSÉ DE BUGA

INSTITUCIÓN:

HOJA No.:

HISTORIA CLÍNICA Y EVOLUCIÓN

Pintor		16551291
Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre
Servicio		Sala o Cuarto
FECHA		

Fecha	Sírvase firmar legiblemente todas las anotaciones que escriba
Genero 4. 1942	Mediana Interna. mc Remiholo. Paciente con cuadro clínico de apuox. lo durs. de evolución consistente en: ostentio, adormo. feble, maleita general. tos con expectoracion con deterioro en los ultimos dias x lo que consulto a IPS local, encuentran infiltrados lo que indican como para neumonía. paciente con baja respuesta, persistencia de sintomas. y control radiografico con aumento infiltrados x lo que reuaten. como neumonía cuadrada comunicada multilobar Antecedente Pati Nroa Dx. trauma accidente de tránsito. miembro superior. Atenido Nroa farmacia Nroa Dx Nroa Examen físico Paciente despierto estado, con corazón normal no reanimación TA 120/80 FC 76 a. 28. Paciente diáforico. Tórax: cardíaco normal, no expansión. no reanimación. Extremos: miembros superiores aboy. blando. de fuerza no manos

Fecha	Sírvase firmar legiblemente todas las anotaciones que escriba
Ex 17	su edemas. Paciente joven, quien en paradigma externo se encuentra. leucopénico, leucopénico. con presencia. tos. utilizado multilobar. se considera. neumonía. comunicada. en la comunidad. se sospecha H1N1. Dx Neumonía Multilobar sospecho H1N1 Sepm Organ Pulmonar P. Ver ordenes Meds. Tórax: aboy. blando. de fuerza no manos

AL HECHO 42: Es parcialmente cierto, cierto es que durante la atención inicial de urgencias el paciente estuvo asistido por oxígeno tal y como lo registró la Doctora ANA CRISTINA ARBOLEDA en la Historia Clínica, lo que no es cierto, es que el señor CARLOS ANDRÉS PINZÓN PÉREZ haya estado salivando de color rojo constantemente, pues nada de ello quedó registrado en la Historia Clínica.

AL HECHO 43: Es parcialmente cierto. Cierto es que las notas manuscritas del Doctor AYMER FERNANDO OSPINA son de difícil lectura, no obstante ello, es importante aclarar que las notas de evolución del cirujano, a la que hace referencia la parte demandante en el presente hecho, son del día 8 de enero de 2014 a las 10:30 am y 19:00 horas, cuando el paciente ya llevaba 2 días de estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos, y no a la nota de evolución del día 6 de enero de 2014 como de manera errada infiere la parte demandante.

Lo que no es cierto es que el Catéter Venoso Central (CVC) haya sido colocado por el Doctor AYMER FERNANDO OSPINA, dado que dicho Catéter fue colocado por el Doctor GABRIEL FRANCISCO TORRES GARCIA, Médico Internista, en la Unidad de Cuidados intensivos el día 7 de enero de 2014:

A continuación me permito transcribir las notas manuscritas del Doctor AYMER FERNANDO OSPINA del día 8 de enero de 2014 a las 10:30 horas y 19:00 horas:

"Enero/08 Cirugía General

10:30 Paciente que persiste con neumotórax derecho a pesar de tubo de tórax, se revisa tubo encontrando que se encuentra ocluido con coagulo que al moverse se observa salida de hemotorax con mejoría de saturación de oxígeno.

Se decide control, observación y revalorará con nuevo Rx tórax"

"Enero/08 Cirugía General

19/00. En Rx de tórax encuentra persistencia de neumotórax a pesar de destapar tubo de tórax, por lo que se decide cambio de tubo.

TRANSCRIPCIÓN NOTAS DEL DÍA 8 DE ENERO DE 2014 DE LAS 10:30 Y 19:00 HORAS, RELIZADAS POR EL DOCTOR AYMER FERNANDO OSPINA TASCON, MEDICO CIRUJANO GENERAL.

Enero/08 Cirugía General

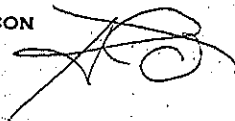
10:30 Paciente que persiste con neumotorax derecho a pesar de tubo de torax, se revisa tubo encontrando que se encuentra ocluido con coagulo que al moverse se observa salida de neumotorax con mejoría de saturación de oxígeno.

Se decide control, observación y revalorará con nuevo Rx torax

Enero/08 Cirugía General

19/00. En Rx de tórax encuentra persistencia de neumotorax a pesar de destapar tubo de torax, por lo que se decide cambio de tubo.

AYMER FERNANDO OSPINA TASCON
Médico Cirujano General
RM 760412-97




Historia Clínica	Señor Carlos Andrés Pinzón Pérez, de 45 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, y enfermedad coronaria. Fue ingresado a la Unidad de Cuidados Intensivos el día 6 de enero de 2014, por sospecha de sepsis de origen pulmonar y neumonía multilobar. Se inició manejo con antibióticos y soporte vital. Actualmente se encuentra estable, pero requiere monitoreo continuo.
Examen Físico	Al ingreso, paciente con signos de sepsis: fiebre, taquicardia, hipotensión. Se realizaron estudios de laboratorio y radiografía de tórax que evidenciaron infiltrados multilobares. Se inició tratamiento con ampicilina y gentamicina. Se mejoró la respuesta clínica y se continuó con el manejo.

AL HECHO 44: Es cierto, el día 6 de enero de 2014 a las 22:00 horas, es decir, **ONCE (11) DÍAS DESPUÉS DE INICIO DEL CUADRO INFECCIOSO PULMONAR,** el señor CARLOS ANDRES PINZON PEREZ es ingresado a la UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, siendo recibido por el Doctor CARLOS HERNAN MEJIA GARCIA, Médico Internista y Nefrólogo, quien registró en la Historia Clínica lo siguiente:

MOTIVO DE INGRESO A UCI

SEPSIS DE ORIGEN PULMONAR, NEUMONI MULTILOBAR SOSPECHA DE HINI

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUIEN CONSULTA CON CUADRO CLINICO DE 10 DIAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN ASTENIA ADINAMIA, FIEBRE NO CUANTIFICADA, ASOCIADO A TOS CON EXPECTORACION BVERDOSA QUE POSTERIOROMENTE SE TORNA HEMOPTOICA, QUIEN ASISTE A IPS LOCAL DONDE INICIAN MANEJO SINTOAMTICO, CON PERSISTENCIA DE SINTOMAS POR LO QUE RECONSULTA EN DONDE ENCUENTRAN HALLAZGO RADIOGRAFICO DE NEUMONIA, INICIAN MANEJO ANTIBIOTICO, PACIENTE QUIEN PRESENTA Poca RESPUESTA A LA TERAPIA, CON PERSISTENCIA DE SINTOMAS, CON CONTROL RADIGORAFICO EN DONDE SE EVIDENCIAN INFILTRADOS MULTILOBARÉS POR LO QUE REMITEN

Es importante resaltar que el señor CARLOS ANDRES PÉREZ PINZÓN al momento de su ingreso al servicio de UCI se encontraba en regular estado general, con gran compromiso pulmonar y deterioro de la función respiratoria, siendo diagnosticado con una **SEPSIS DE ORIGEN PULMONAR, NEUMONIA MULTILOBAR Y SOSPECHA POR INFECCIÓN AH1N1 A DESCARTAR.**



FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA
CARRERA, 8 NO. 17 - 52
PBX- 2360000 - 2375185
BUGA - VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA
UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO
HISTORIA CLÍNICA DE INGRESO

FECHA DE INGRESO: 06 ENERO 2014 22:00

CAMA 104

NOMBRE: CARLOS ANDRÉS PINZON	HISTORIA CLÍNICA: 16551291
EDAD: 37 AÑOS	CC: 16551291
SEXO: MASCULINO	EPS: COOMEVA
ORIGEN/PROCEDENCIA: ROLDANILLO	OCCUPACION: INDEPENDIENTE

MOTIVO DE INGRESO A UCI

SEPSIS DE ORIGEN PULMONAR, NEUMONI MULTIBLOBAR SOSPECHA DE HINI

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUIEN CONSULTA CON CUADRO CLÍNICO DE 10 DÍAS DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN ASTENIA ADINAMIA, FIEBRE NO CUANTIFICADA, ASOCIADO A TOS CON EXPECTORACIÓN BIVVERDOSA QUE POSTERIORMENTE SE TORNA HEMOPTOICA, QUIEN ASISTE A IPS LOCAL DONDE INICIAN MANEJO SINTOMÁTICO, CON PERSISTENCIA DE SÍNTOMAS POR LO QUE RECONSULTA EN DONDE ENCUENTRAN HALLAZGO RADIOGRÁFICO DE NEUMONIA, INICIAN MANEJO ANTIBIOTICO, PACIENTE QUIEN PRESENTA Poca RESPUESTA A LA TERAPIA, CON PERSISTENCIA DE SÍNTOMAS, CON CONTROL RADIOGRÁFICO EN DONDE SE EVIDENCIAN INFILTRADOS MULTIBLOBARES POR LO QUE REMITEN

ANTECEDENTES:

PATOLÓGICOS: NEGATIVO
QUIRÚRGICOS: CIRUGÍA RECONSTRUCCIÓN DEDO EN MIEMBRO INFERIOR POR ACCIDENTE DE TRANSITO.
ALERGIA: NEGATIVO
FARMACOLÓGICO: NIEGA
TOXICOS: NIEGA

FÍSICO

PACIENTE EN REGULAR ESTADO GENERAL, DIAFORETICO
SIGNOS VITALES:
TA: 120/80 MMHG FC 86/MIN PR 28/MIN
MUCOSA ORAL SEMISECA, CONJUNTIVAS HIPOCROMICAS
CARDIOPULMONAR RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS, RUIDOS RESPIRATORIOS MURMULLO VESICULAR
CON ESTERTORES EN AMBOS CAMPOS PULMONARES
ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO MASAS, NO MEGALIAS
EXTREMIDADES SIN EDEMAS PULSOS PRESENTES,
NEURO: PACIENTE CONCIENTE ALERTA, ORIENTADO, NO FOCALIZACIÓN

LABORATORIOS

RADIOGRAFÍA TORAX CENTRO EXTERNO CON NEUMONIA MULTIBLOBAR
HEMOGRAMA CENTRO EXTERNO CON LEUCOPENIA, LIGERA TROMBOCITOPENIA

DIAGNOSTICOS

1. SEPSIS ORIGEN PULMONAR
 - A. NEUMONIA MULTIBLOBAR,
 - B. SOSPECHA INFECCIÓN HINI

ANÁLISIS

PACIENTE EN LA 4 DÉCADA DE LA VIDA, SIN ANTECEDENTES PREVIOS DE IMPORTANCIA, QUIEN SE ENCUENTRA CON GRAM COMPROMISO A NIVEL PULMONAR, CON Poca RESPUESTA A LA TERAPIA INICIAL, CON DETERIORO DE LA FUNCIÓN RESPIRATORIO EN QUIEN SE CONSIDERA SEPSIS DE ORIGEN PULMONAR, EN QUIEN ADEMÁS SE DEBE DESCARTAR INFECCIÓN POR HINI O SIMILARES PO LO QUE SE SOLICITA PANEL VIRAL EN ISOPADO FARÍNGEO

MÉDICO DE TURNO



AL HECHO 45: No es cierto lo manifestado por la parte demandante en el presente hecho, siendo preciso aclarar varios puntos:

De acuerdo con lo consignado en la Historia Clínica del día 6 de enero de 2014 a las 19:42 horas, es decir 17 minutos después del ingreso del señor CARLOS ANDRÉS PEREZ PINZÓN (El ingreso del paciente al servicio de urgencias según Historia Clínica fue a las 19:25 horas), la Doctora SEIRA JOHANNA HERRERA, Médica Internista, valora al paciente y le ordena la administración de los siguientes medicamentos de forma inmediata: **Metilprednisolona y Diprofona**, y los



antibióticos **Linezolid, Meropenen, Amantadina, Oseltamivir y Claritromicina**, tal y como se observa en la hoja de órdenes médicas del día 6 de enero de 2024 a las 19/30 horas:



**FUNDACIÓN HOSPITAL
SAN JOSÉ DE BUGA**
E-mail: hsanjose@uniweb.net.co

16551201

No. DE HISTORIA

Pinzon Perez Carlos Andres

Primer Apellido Segundo Apellido Nombre

Carné

Servicio:

ORDENES MÉDICAS

Fecha	Hora	SIRVASE NUMERAR CADA ORDEN	FIRMA MÉDICO
01/01/2024	19:30	Con heces.	
		1. Ceftriaxona 450.	
		2. Oz x Ventolin F.O2 40%.	
		3. D. R. de común. 100mg. 10cc. 4 aplic.	
		4. Metilprednisolona 800mg. 10cc. 4 aplic.	
		5. EU. Clot.	
		6. Dipirona 2g EU. 412h.	
		7. Linezolid 600mg EU. 412h.	
		8. Meropenem 4 EU. 412h.	
		9. Amantadina 200mg. 10cc. 412h.	
		10. Oseltamivir 75mg. 10cc. 412h.	
		11. Claritromicina 500mg. 10cc. 412h.	
		12. ISLCH.	
		- RCP.	
		- Naloxona.	
		- Gluc-800.	
		- PT-PT-FHR.	
		- Goteo continuo.	
		- Humidificador #3.	
		13. Tratado UCL. Anestesia con oxígeno.	
		14. Monitorio cardíaco continuo.	
		15. LEU. 800cc. con 0.07. 412h.	
		Por Roberto Velazquez	
		RM 750310	

Así mismo, en las Notas de Enfermería de la Historia Clínica del día 6 de enero de 2024 a las 20:00 horas, es decir 35 minutos después del ingreso del señor CARLOS ANDRES PEREZ PINZON al servicio de urgencias de nuestra institución, se registró que se le administraron al paciente los siguientes medicamentos: **Metilprednisolona y Dipirona** y antibióticos como: **Meropenen, Claritromicina, Amantadina y Linezolid**, tal como se evidencia a continuación:



NOTAS DE ENFERMERÍA

Fecha Ingreso :	2018-01-06 19:10	NOTAS DE ENFERMERIA	Fecha Ingreso :	2018-01-06 19:10:17 - carand
Entidad :	OSCE DOBUEBA EPS S.A. Plans: URG ORAL Y POST RED	URGENCIAS	Cuenta ho :	91201010
Paciente :	PINZON PEREZ LARULO ALVARO		Int. Paciente :	50 10331091
F/Macio :	Oct-06-1976		Pieza :	
Direccion :	ROLDANILLO CR 5 5 46 Tels. 3115318166		Edad :	37 AÑOS
Est/Civil :	CASADO Sexo: MASCULINO		Duccion :	OTROS TRABAJADORES DE SERVICIO
Autorizacion Ho. :	60010-19228219		Historia Clinica:	16551291
Tipo Afiliado :	A BENEFICIARIO Ciudad: 76622 ROLDANILLO		Zona: U	Estrato: 2
Responsable :			Telefono :	
Familiar :			Telefono :	
Medico :	0000 MEDICO GENERAL			

[illegible]

MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS				
HORA	MEDICAMENTO	DOSIS	VIA	NOMBRE
	VENTURG (1) 600110 NNB (1) MANGUENA COGNUSADA (2)			
	METILprednisolona x 100ml g p. 10cc a.d. p. 55x1000	3 CC	EV.	
U	difenona x 2.0n p. 55n x 100cc	1 amp	EV.	
	MEFENAMEN x 1.0n p. 55n x 100cc	1 fns	EV.	
0	CLANICINOMICINA x 300ml g p. 10cc a.d. p. DADRILO	2500cc	EV.	
2	AMANTADINA x 100ml g	1 Tab	VO	
	lineoloid x 300ml g	1 fns	EV	
	JERINGA 10cc (8)			
	TAMFLO x 75ml g	1 Tab	VO	

En este punto es importante aclarar cuales medicamentos fueron los ordenados por la Doctora SEIRA JOHANNA HERRERA durante la valoración en el servicio de urgencias y efectivamente administrados al paciente:

➤ **Metilprednisolona:** La Metilprednisolona es esteroide sintético, del grupo de los glucocorticoides que se utiliza en medicina por sus propiedades inmunosupresoras y antiinflamatorias, por lo que su administración alivia la inflamación (hinchazón, calor, enrojecimiento y dolor) y se usa para tratar ciertas formas de artritis; trastornos de la piel, la sangre, el riñón, los ojos, la tiroides y los intestinos (por ejemplo, colitis); alergias severas; y asma.

➤ **Dipirona:** El metamizol (DCI), también conocido como Dipirona, pertenece a la familia de las pirazolonas, del grupo de los AINES. Es un inhibidor de las ciclooxigenasas, sin embargo, el efecto antiinflamatorio es limitado. Se indica como analgésico, antipirético y espasmolítico.

➤ **Meropenen:** *Es un antibiótico de amplio espectro, utilizado para tratar una gran variedad de infecciones como meningitis y **neumonía**. Es un antibiótico betalactámico y pertenece al subgrupo de los carbapenems, al igual que imipenem y ertapenem.*

➤ **Claritromicina:** *Es un antibiótico del grupo de los macrólidos que se indica para el tratamiento de infecciones de la piel, las mamas y las **vías respiratorias**, entre ellas la faringitis, amigdalitis, sinusitis, bronquitis crónica y **neumonía bacteriana** en especial las causadas por la bacteria Chlamydia Pneumoniae—y en pacientes con VIH para prevenir y tratar infecciones por el complejo Mycobacterium avium.*

➤ **Amantadina:** *La amantadina (1-aminoadamantano en notación IUPAC) es un **fármaco originalmente utilizado como antiviral aprobado por la FDA en 1976 para el tratamiento de la influenza tipo A**. Coincidentemente se descubrió que aminoraba los síntomas de la enfermedad de Parkinson y se utiliza para el tratamiento de trastornos de la función ejecutiva, y los efectos adversos (variaciones en el efecto y discinesias) inducidas por levodopa.*

➤ **Linezolid:** *La linezolid es un antibiótico sintético de acción sistémica. Fue el primer antibiótico comercializado del grupo de las 2-oxazolidona y suele reservarse para el tratamiento de **infecciones bacterianas graves** donde otros antibióticos han fracasado por haber generado resistencia a los antibióticos. Está indicado en infecciones de la piel y tejidos blandos, **neumonía nosocomial o adquirida en la comunidad** e infecciones por Enterococcus faecium resistente a vancomicina, siempre que se evidencie o se sospeche resistencia a meticilina.*

Como se observa en lo consignado en la Historia Clínica, al señor CARLOS ANDRÉS PÉREZ PINZÓN durante la atención inicial de urgencias y pasados 30 minutos después de su ingreso a la FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA, le fueron prescritos y administrados efectivamente los antibióticos **Meropenen, Claritromicina, Amantadina y Linezolid**, con la finalidad de tratar la Neumonía Multilobar, la Sepsis de Origen Pulmonar y la sospecha de H1N1(razón por la cual se ordena la amantadina), patologías graves con las que ingresó a nuestra institución.

Por lo tanto, **NO ES CIERTO** que hayan “transcurrido más de catorce (14) horas desde su ingreso a la FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA, para que reiniciáramos la administración de antibióticos”, pues como se probó de manera indiscutible, al señor CARLOS ANDRÉS PÉREZ PINZÓN se le prescribieron y administraron 30 minutos después de su ingreso a nuestra institución, antibióticos de amplio espectro y de mayor eficacia a los administrados en otras instituciones de salud, dada la pobre respuesta del paciente a los mismos.

AL HECHO 46: No es cierto en la forma en que la parte demandante presenta este hecho, pues tal y como se informó en contestación al hecho inmediatamente anterior, al señor CARLOS ANDRES PEREZ PINZÓN le fueron prescritos por la Doctora SEIRA JOHANNA HERRERA los antibióticos **Meropenen, Claritromicina, Amantadina y Linezolid**, los cuales fueron efectivamente administrados al paciente por el personal de enfermería de nuestra institución, treinta minutos después de su ingreso al servicio de Urgencias de nuestra institución el día 6 de enero de 2014.

Ahora bien, una vez el señor CARLOS ANDRÉS PINZÓN PÉREZ es ingresado a la UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, el día 6 de enero de 2014 a las 22:00 horas, es valorado por el Doctor CARLOS HERNAN MEJIA GARCIA, Médico Internista y Nefrólogo, quien le ordena la administración de los siguientes medicamentos antibióticos: **LINEZOLID, MEROPENEM, CLARITROMICINA, OSELTAMIVIR, Y AMANTADINA**, tal y como se observa en la Hoja de Órdenes Medicas de la Unidad de Cuidados Intensivos Cama 104 del día 6 de enero de 2014 a las 22:00 horas:



FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA
Carrera 8 No. 17 - 52
PBX- 2360000 - 2375185
BUGA - VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA
UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO
ORDENES MÉDICAS
CAMA 104

FECHA DE INGRESO: 06 ENERO 2014 - 22:00

CAMA 104

NOMBRE: CARLOS ANDRÉS PINZÓN	HISTORIA CLINICA: 16551291
EDAD: 37 AÑOS	CC: 16551291
SEXO: MASCULINO	EPS: GOOMEVA
ORIGEN/PROCEDENCIA: ROLDANILLO	Ocupación: INDEPENDIENTE

1. CIUDADO INTEGRAL PACIENTE EN UCI.
2. AISLAMIENTO RESPIRATORIO.
3. CABECERA 45°.
4. O2 POR VENTURY FIO2 60%.
5. TERAPIA RESPIRATORIA CADA 8 HORAS.
6. TERAPIA FÍSICA CADA 12 HORAS.
7. DIETA LIQUIDA COMPLETA.
8. ASEO ORAL CLOREXIDINA 2% CADA 8 HORAS.
9. GLUCOMETRIA CADA 6 HORAS CON ESQUEMA MOVIL DE INSULINA.
10. LEV. HARTMAN 100 CC/HORA.
11. ANTIBIOTICO:
 - LINEZOLID 600MG IV CADA 12 HORAS (DO)
 - MEROPENEM 2 GRAMOS IV CADA 8 HORAS (DO)
 - CLARITROMICINA 500MG IV CADA 12 HORAS (DO)
 - OLSETAMIVIR 75 MG VO CADA 12 HORAS (DO)
 - AMANTADINA 100MG VO CADA 12 HORAS DO
12. OMEPRAZOL 20 MG VO CADA 12 HORAS.
13. ENOXAPARINA 30 MG SC DIARIOS.
14. RUTINA DE SALA
15. SS RADIOGRAFIA DE TORAX, SS GASÉS ARTERIALES
16. SS ELECTROCARDIOGRAMA
17. SS HIV, ACLACTICO

MEDICO DE TURNO

Dr. S. Mejia Garcia
06-ene-14
17:15 pm

Por lo tanto, **NO ES CIERTO** y falta a la verdad la parte demandante al manifestar que al señor CARLOS ANDRES PEREZ PINZON, solo se le administraron medicamentos el día 7 de enero de 2014, es decir, 14 horas después de su ingreso a la FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA, pues en su afán de atribuir responsabilidad por la muerte del paciente a nuestra institución, pasa por alto los ordenamientos de medicamentos que de manera clara y cronológica se encuentran registrados en la Historia Clínica, estando plenamente probado que **FUE EL DÍA 6 DE ENERO DE 2014 A LAS 20:00 HORAS (30 MINUTOS DESPUÉS DE SU INGRESO) QUE EL SEÑOR CARLOS ANDRES PEREZ PINZON COMIENZA A RECIBIR ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN NUESTRA INSTITUCIÓN.**



AL HECHO 47: Es cierto, el día 7 de enero de 2014 el Doctor GABRIEL FRANCISCO TORRES GARCIA, Médico Internista, valora en la UCI al señor CARLOS ANDRES PEREZ PINZÓN lo cual registra en la Historia Clínica de la siguiente manera:

FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA
Carrera. 8 No. 17 - 52
PBX- 2360000 - 2375185
BUGA - VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA
UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO
CAMA 104
ENERO 7 DE 2014 9:00 AM.

NOMBRE: CARLOS ANDRES PINZON	HISTORIA CLINICA: 16551291
EDAD: 37 AÑOS	CC: 16551291
SEXO: MASCULINO.	EPS: COOMEVA
ORIGEN/PROCEDENCIA: ROLDANILLO	Ocupacion: INDEPENDIENTE

DIAGNOSTICOS 1. SEPSIS ORIGEN PULMONAR A. NEUMONIA MULTILOBAR. B. INFECCION AHINI?	PROBLEMAS ♦ REQUERIMIENTO DE VMI ♦ ALTO RIESGO DE FALLECER
---	--

PACIENTE EN SU PRIMER DIA DE ESTANCIA EN UCI, CON INDICACION DE PERMANENCIA POR REQUERIMIENTO DE VMI, BUEN ACOPLA A VM, A FEBRIL, SIN REQUERIMIENTO DE SOPORTE INOTROPICO VASOACTIVO, SATURACIONES DE OXIGENO, BAJAS,
TAM: 102, FC: 111 LPM, FR: 23 RPM, T36.0°, S02: 83%, GLUCOMETR: 209 MG/DL
DIURESIS: 440 CC/8 HORAS, BALANCE: +1164 CC, EV: 10.6 CC/KG/HORA
CABEZA: NORMOCEFALO, CUELLO NO ADENOPATIAS NO IV A 45°
ACP: HIPOVENTILACION, MV DISMINUIDO EN ABP, CON ESTERTORES CREPITANTES GENERALIZADOS, NO TIRAJES NO RETRACCIONES, TORAX NORMOEXPANSIBLE
RSCS NORMALES SIN SOPLOS NI GALOPE
ABDOMEN DOLOROSO, NO MASAS, NO MEGALIAS, PERISTALTISMO +
EDEMA SIN EDEMA, PULSOS PERIFERICOS +, LLENADO CAPILAR NORMAL
BAJO EFECTO DE SEDOANALGESIA RASS - 3
LABORATORIO
GASES ARTERIALES: ACIDOSIS RESPIRATORIA NO COMPENSADA, PAFIO2 59, OXIGENACION BAJA
VIR NEGATIVO
LACTATO: 0.94 NORMAL
TIEMPOS DE COAGULACION PTT PROLONGADO
RX TORAX: SIN CARDIOMEGALIA, INFILTRADOS NEUMONICOS EN ACP, CON CONSOLIDACIONES BILATERALES, TOT BIEN POSICIONADO

ANALISIS
PACIENTE QUIEN SE ENCUENTRA HEMODINAMICAMENTE INESTABLE, REQUIRIENDO SOPORTE INOTROPICO ADEMAS DE SOPORTE DE VMI CON PARAMETROS VENTILATORIOS ALTOS, OXIGENACION BAJA A PESAR DE FIO2 TOPE, COMPROMISO PULMONAR SEVERO, SIRS ACTIVO, CONDICION CLINICA CRITICA, ALTAS PROBABILIDADES DE FALLECER, COMO ESTUDIO DE SU PATOLOGIA INFECCIOSA PULMONAR SE SOLICITA BACILOSCOPIA, CONTINUA MANEJO MEDICO EN UCI CON IGUAL ANTIBIOTICOTERAPIA

MEDICO DE TURNO
GABRIEL TORRES GARCIA
RM 198097
M INTERNA - UCI

Y ordena lo siguiente:



FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA
Carrera 8 No. 17 - 52
PBX- 2360000 - 2375185
BUGA - VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA
UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO
ORDENES MÉDICAS
CAMA 104



FECHA: 7 ENERO 2014 08:00

CAMA 104

NOMBRE: CARLOS ANDRES PINZON	HISTORIA CLINICA: 16551291
EDAD: 37 AÑOS	CC: 16551291
SEXO: MASCULINO	EPS: COOMEVA
ORIGEN/PROCEDENCIA: ROLDANILLO	Ocupacion: INDEPENDIENTE

1. CIUDADO INTEGRAL PACIENTE EN UCI ✓
2. AISLAMIENTO RESPIRATORIO ✓
3. CABECERA 45° ✓
4. VENTILACION MECANICA DINAMICA ✓
5. TERAPIA RESPIRATORIA CADA 8 HORAS ✓
6. TERAPIA FISICA CADA 12 HORAS ✓
7. ASEO ORAL CLOREXIDINA 2% CADA 8 HORAS ✓
8. GLUCOMETRIA CADA 6 HORAS CON ESQUEMA MOVIL DE INSULINA ✓
9. LEV
 - HARTMAN 200 CC/HORA ✓
 - NORADRENALINA 0.1 MCG KG MIN TAM > 70 mm Hg ✓
10. ANTIBIOTICO:
 - LINEZOLID 600MG IV CADA 12 HORAS (D 1) ✓
 - MEROPENEM 2 GRAMOS IV CADA 8 HORAS (D 1) ✓
 - CLARITROMICINA 500MG IV CADA 12 HORAS (D 1) ✓
 - OLSEYANVIR 75 MG VO CADA 12 HORAS (D 1) ✓
 - AMANTADINA 100MG VO CADA 12 HORAS D 1 ✓
11. RANITIDINA 50 MG IV CADA 8 HORAS ✓
12. METILPREDNISOLONA 125 MG C 6 HRS IV ✓
13. SULFATO DE MAGNESIO 1 AMPOLLA C 8 HRS IV ✓
14. ENOXAPARINA 60 MG SC DIARIOS ✓
15. RUTINA DE SALA
16. SS : CH, A. LACTICO, SACILOSCOPIA SERIADA, GASES ARTERIALES, NA, K, MG, CA, PCR, RX TORAX POS CATETER
17. RUTINA DE SALA
18. PENDIENTE REPORTE PRELIMINAR DE CULTIVOS

MEDICO DE TURNO

GABRIEL TORRES GARCIA
RM 198097
M INTERNA - UCI

Gabriel E. Torres García
Médico Interno
Universidad Nacional
5 y 10/2014

Jennifer Olivares
7-enero-14
12:00 P.M.

Jedagron
+ Ronny
+ Ubaldo
+ Torres García
+ Medicina Regional
+ UCI
+ 12:00 P.M.

Jennifer Olivares
7-enero-14
12:00 P.M.

AL HECHO 48: Es parcialmente cierto. Ciertamente es que el día 7 de enero de 2014 el Doctor JUAN CARLOS LOPEZ VILLEGAS, Médico Cirujano General, le pasa al señor CARLOS ANDRES PEREZ PINZON, un tubo a tórax, lo cual se consignó en la Historia Clínica de la siguiente forma:

"1-7-14 13:00 Bajo a³- local

**Se pasa tubo a tórax
derecho sale aire a
presión se conecta a
sello
no complicaciones"**

³ Analgesia

1-7-14 13:00 Dijo a local
le posa fts a torax
dercho sale una
presión se conecta a
sello
no complicaciones

Dr. Juan Carlos López Villalva
Cirujía General - Vascular
C.E. 19.242.833 REG. 9227

Lo que no es cierto en el presente hecho, es la reiterada y errada inferencia de la parte demandante, respecto a que fue el Doctor AYMER FERNANDO OSPINA, Médico Cirujano General, quien le colocó al paciente el Catéter Venoso Central, pues como se explicó en contestación al hecho 43, el Catéter Venoso Central que requería el paciente fue colocado el día 7 enero de 2014 en la UCI por el Doctor GABRIEL FRANCISCO TORRES GARCIA, Médico Internista, quien ante la necesidad inminente de administrarle al paciente vasopresores como lo es la NORADRENALINA entre otros medicamentos, debió colocarle un Catéter Venoso Central- CVC- para a través del mismo, administrarle al paciente medicamentos y nutrientes para lograr su compensación y estabilización.

De acuerdo con lo consignado en las Notas de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos del día 7 de enero de 2014, se consignó lo siguiente:

"7-01-14

7+00 Recibo paciente en la unidad cubículo #104 de sexo masculino con glasgow 3/15 con aislamiento respiratorio con sonda nasogástrica a viaflex drenando material bilioso en moderada cantidad con tubo orotraqueal desacoplado a la ventilación mecánica movilizandose secreciones mas sangrado por tubo cialorreico con monitoria cardiaca continua hipertenso taquicardico saturado con línea venosa en miembro superior izquierdo pasando goteo midazolam a 10cc/hr, fentanil a 10cc/hr, Hartman a 70cc/hr. Con línea arterial en radial izquierda funcional abdomen blando a la palpación con sonda vesical conectada a cistoflo eliminando orina colorica.

Pte en regulares condiciones generales piel sana

Diana Torres

8+30 Se realiza baño en cama asistida por auxiliar de enfermería pte en malas condiciones generales desaturado, hipotenso se le informa al médico de turno quien ordena bajar goteo sedación.

Diana Torres

9+00 Se lubrica piel y se realiza cambio de posición queda pcte en decúbito supino ya que el paciente se encuentra muy inestable. Se le informa al jefe de turno. Diana Torres.

10+00 Se administra tratamiento médico por horario sin complicaciones. Diana Torres.

11+20 Por orden médica se inicia góteo de Noradrenalina a 5cc/hr. con 2 ampollas. Se pasa catéter venoso central en varios intentos queda en yugular derecha. Con plena técnica aséptica y antiséptica por medico de turno. Pcte hipotenso y desaturado queda con goteos ordenados. Diana Torres.

11:40 Por orden médica se coloca en posición prono al pcte por el cual se le lubrica piel asistido por auxiliar de enfermería. Diana Torres.

12+00 Se administra tratamiento médico por Horario. Sin complicaciones. Diana Torres.

13+15 Médico cirujano de turno con plena técnica aséptica y antiséptica realiza procedimiento de tubo de tórax en reja costal derecha se conecta a pleurovác por Neumotórax. Diana Torres.

14:00 Se administra tratamiento médico por Horario sin complicaciones se lubrica piel y cara.

Pcte por el cual queda nuevamente en posición prono pcte por el cual se falla con mucha facilidad. Diana Torres.

15+00 Paciente en regulares condiciones generales se le lubrica piel y se realiza cambio de posición de cara hacia el lado derecho. Diana Torres.

17+00 Se lubrica piel se realiza cambio de posición de cara hacia el lado izquierdo.

Diana Torres

18+00 Se administra tratamiento médico por Horario. Sin complicaciones. Diana Torres....”

A continuación se copia la Nota de Enfermería:



LINEAS Y NOTAS DE ENFERMERIA

HORA	NOTAS DE ENFERMERIA
09-01-14 0800	Recibo Paciente en la Unidad Cabicula #104 de Sexo masculino con Glasgow 3/15 con Aislamiento respiratorio con Sonda Nasogástrica a Vigflex Drenando Material Bilioso en moderada cantidad con Taba orotagrea Desacoplado a la ventilación mecánica mas ligando. Secreciones mas Sanguíneas por Taba. Cua- izquierda con monitorio cardiaca continua hipertensio- toquicardico Desaturado. Con linea venoso en miembro superior Izquierda pasando goteo Hidazor- lam a localnr, fentoni a localnr Hartman a localnr. Con linea Arterial en Radial Izquierda posicional Abdomen Blando a la Palpación con sonda Vesical conectada a Cistoflo eliminando orina colorica. pefe en Regulares conducciones generales. piel sano
0830	Se Realiza Baño en Como Asistido por Auxiliar de Enfermeria pefe en malos conducciones generales. Desaturado. Hipotensio sele Informe al medica- al Torno quien ordena Bajos Goteo Sedación Diana Torres
0900	Se labica piel y Se Realiza Cambio de posición queda pefe en decubito sopino ya qbe el paciente se encuentra muy inestable. sele Infor- mo al jefe de Torno Diana Torres
1000	Se Administra tratamiento medico por Horario Sin complicaciones Diana Torres
1130	Por orden medica Se Inicia goteo Monodrenalina a localnr con 2 ampollas. Se pasa cofetes venoso
FOLIO PERSONAL DE ENFERMERIA ASIGNADO	
MAÑANA:	TARDE:
Diana Torres	Diana Torres
Sanfel Oliveros	Sanfel Oliveros
	Andrés Surr
	NOCHE:
	YAME IBAÑGA C.
	Diana Torres



FUNDACIÓN HOSPITAL
SAN JOSÉ BUGA
NIT: 891.380.054-1

HOJA No. ①

NOTAS DE ENFERMERÍA

HISTORIA CLÍNICA

FECHA
DÍA 07 MES 03 AÑO 2014

No. 36551291.

NOMBRE PACIENTE: Carlos Andres Pinzon Perez
SERVICIO: UCI #1 CAMA No. 104

HORA	CUIDADOS Y OBSERVACIONES
→	Central en varios Intentos. queda En. Yugular. Derecha. Con Plano Tecnico Aseptico y Antiseptico por medio de. Torno. Pcte hipotenso. y Desaturado. queda con goteos ordenados. Diana T-
11:40.	por orden medica se coloca en posición Prone al Pcte por el cual sale lubrica piel Asistido por Auxiliares de. Enfermería Diana Torres
12:00	Se Administra tratamiento medico. por Horario Sin complicaciones Diana Torres
13:15.	Medico Cirujano de Torno. Con Plano Tecnico Aseptico y Antiseptico Realiza. procedimiento de Tobe a torax en Refa. costal derecha Se conecta a pleurovac por Neumotorax. Diana Torres
14:00	Se Administra tratamiento medico por Horario Sin complicaciones Se lubrica piel y caro Pcte por el cual queda. Nuevamente en posición Prone Pcte por el cual se talca con mucho facilidad Diana Torres
15:00.	Paciente en Regulares condiciones generales Se lubrica piel y se Realiza cambio de posición de Caro. hacia el lado Derecho Diana Torres
17:00.	Se lubrica piel se Realiza cambio de posición de Caro. hacia el lado Izquierdo Diana Torres
18:00	Se Administra Tratamiento medico por Horario Sin complicaciones Diana Torres
18:30	Paciente quien Durante el transcurso del-

Es importante aclarar que la necesidad de colocar un Catéter Venoso Central en un paciente tan crítico como lo era el señor CARLOS ANDRES PEREZ PINZON, quien requería la administración de múltiples antibióticos, vasopresores entre otros medicamentos para compensarlo, se hacía imperiosa, pues la vía más idónea para la administración de esos medicamentos es a través de un Acceso Venoso Central, lo que hacía totalmente indicado y pertinente su colocación.

Ahora bien, respecto a la generación del Neumotórax que presentó el paciente, es preciso aclarar que no se trató de un error en el procedimiento, **ES UNA COMPLICACIÓN INHERENTE A TODO PASO DE CATETER VENOSO CENTRAL POR VIA SUBCLAVIA O POR VIA YUGULAR Y SU RESOLUCION NECESARIAMENTE ES A TRAVES UN TUBO DE TORAX.**

ES IMPORTANTE RESALTAR QUE LA RESOLUCION DE NEUMOTORAX PERSÉ NO IMPLICA LA RESOLUCIÓN DE LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA YA QUE EL PROCESO DE INTERCAMBIO GASEOSO SUCEDE EN LA

MEMBRANA ALVEOLO-CAPILAR LA CUAL ESTA SEVERAMENTE AFECTADA O COMPROMETIDA DURANTE UNA NEUMONIA MULTILOBAR CON COMPROMISO DE VARIOS LOBULOS Y PEOR AUN CUANDO SE ESTA ANTE LA SOSPECHA DE INFECCIÓN POR EL VIRUS H1N1, CUYA FISIOPATOLOGIA IMPLICA MAYOR DETERIORO DE INTERCAMBIO GASEOSO

La literatura médica ha sido clara en definir que un Neumotórax se produce cuando el aire se filtra dentro del espacio que se encuentra entre los pulmones y la pared torácica. El aire hace presión en la parte externa del pulmón y causa el colapso. Un neumotórax puede ser un colapso pulmonar completo o un colapso de solo una parte del pulmón. Un neumotórax puede ser provocado por una contusión o una lesión penetrante en el pecho, por determinados procedimientos médicos o daño por una enfermedad pulmonar subyacente. O bien, puede ocurrir sin un motivo evidente.

En general, el tratamiento del neumotórax implica introducir una aguja o una sonda pleural entre las costillas (toracostomía) para eliminar el exceso de aire. Sin embargo, un pequeño neumotórax puede curarse por sí solo.

El Neumotórax es una complicación muy frecuente en la inserción de Catéter Venoso Central con una incidencia estimada de entre el 2% y el 15% lo que indica que tiene alta probabilidad de ocurrir, sobre todo en pacientes con compromisos pulmonares tan severos como el que presentaba el señor CARLOS ANDRES PEREZ PINZON, además de incidir factores tan relevantes como la anatomía del paciente.

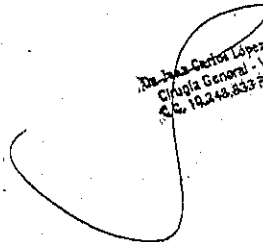
En el caso del señor CARLOS ANDRES PEREZ PINZON, es sumamente relevante mencionar que el Neumotórax fue evidenciado casi de manera inmediata por el Doctor GABRIEL FRANCISCO TORRES, ya que el Catéter Venoso Central fue colocado el día 7 de enero de 2014 a las 11:20 horas y el mismo día 7 de enero a las 13:00 horas el Doctor JUAN CARLOS LOPEZ VILLEGAS, le pasó un tubo a tórax para lograr eliminar el aire en el pulmón y solucionar el Neumotórax, lo cual fue registrado en la Historia Clínica así:

"1-7-14 13:00 Bajo a⁴- local

***Se pasa tubo a tórax
derecho sale aire a
presión se conecta a
sello
no complicaciones"***

⁴ Analgesia

1-7-14 13:00 Dijo a local
le puso fto a torax
derecho sale una
presión, se conectó a
señal
no complicaciones


Dr. Carlos López Villegas
Cirujía General - Vascular
C.C. 19248-833 765 9227

Ahora bien, respecto a la afirmación de la parte demandante de que el Neumotórax empeoró la función respiratoria del paciente es preciso señalar que en la Historia Clínica no se evidencia un cambio severo en el patrón respiratorio del paciente durante las horas en que presentó el Neumotórax, no debemos olvidar que el señor CARLOS ANDRES PEREZ PINZON era un paciente crítico y su función respiratoria siempre se mantuvo en los mismos rangos de severidad desde su ingreso a nuestra institución, basta con revisar la puntuación que se dio para el Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo el cual fue calificado mediante el Sistema de Puntuación de Murray, escala utilizada para el diagnóstico y clasificación de las lesiones pulmonares en las Unidades de Cuidados Intensivos.

Clasificaciones.
Criterios diagnósticos y pronósticos
y Estratificación de la gravedad
en pacientes críticos



Buscador interno

SISTEMA DE PUNTUACIÓN DE MURRAY DEL SDRA

Murray JF, Matthay MA, Luce LM, et al; An expanded definition of the adult respiratory distress syndrome. Am Rev Resp Dis 1988;139:720-723.

Rx	paO ₂ /Fi O ₂	Compliance	PEEP	Puntuación	Mortalidad
Normal	>300	>80	<5	0	0
Un cuadrante	225-299	60-79	6-8	1	25%
Dos cuadrantes	175-224	40-59	9-11	2	50%
Tres cuadrantes	100-174	20-39	12-14	3	75%
Cuatro cuadrantes	<100	<19	>14	4	90%

paO₂/FiO₂: presión arterial de O₂/fracción inspiratoria de O₂; PEEP: presión espiratoria positiva final.

Valoración: suma de puntos dividida entre 4

Diagnóstico	Puntuación
No lesión	0
Lesión ligera-moderada (ALI)	0.1-2.5
Lesión grave (SDRA)	>2.5

La escala de Murray muy utilizada para el diagnóstico y clasificación de las lesiones agudas pulmonares, con una cierta evaluación de la gravedad inherente a cada enfermo puntuado. Clasifica con "No lesión", Lesión Pulmonar Aguda (ALI), o Síndrome de Dificultad Respiratoria Aguda del Adulto (SDRA). La PaO₂ debe medirse en mm Hg (Los autores indican que debiera medirse tras al menos 20 minutos con FiO₂ 1.0), la Compliance en mL/cm H₂O, y la PEEP en cm H₂O

En el caso del señor CARLOS ANDRES PEREZ PINZON, desde las primeras horas de estancia en la UCI, esto es para el día 7 de enero de 2014 a las 9:00 horas, antes de presentar el Neumotórax tenía un PAFIO₂ de 59 lo que indicaba un nivel alto de severidad del SDRA, entendiéndose que una PAO₂/FiO₂ menor de 100 tiene una probabilidad de mortalidad del 90%, es decir un alto riesgo de fallecer, como se evidencia en lo registrado en la Historia Clínica:



FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA
Carrera 8 No. 17 - 52
PBX- 2360000 - 2375185
BUGA - VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA
UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO
CAMA 104

ENERO 7 DE 2014 9:00 AM.

NOMBRE: CARLOS ANDRÉS PINZON	HISTORIA CLINICA: 16551291
EDAD: 37 AÑOS	CC: 16551291
SEXO: MASCULINO.	EPS: COOMEVA
ORIGEN/PROCEDENCIA: ROLDANILLO	OCCUPACION: INDEPENDIENTE

DIAGNOSTICOS 1. SEPSIS ORIGEN PULMONAR A. NEUMONIA MULTILOBAR. B. INFECCION AHINI?	PROBLEMAS ♦ REQUERIMIENTO DE VMI ♦ ALTO RIESGO DE FALLECER
---	--

PACIENTE EN SU PRIMER DIA DE ESTANCIA EN UCI, CON INDICACION DE PERMANENCIA POR REQUERIMIENTO DE VMI, BUEN ACOPLA A VM, AFEBRIL, SIN REQUERIMIENTO DE SOPORTE INOTROPICO VASOACTIVO, SATURACIONES DE OXIGENO, BAJAS,
TAM: 102, FC: 111 LPM, PR: 23 RPM, T: 36.0°, SO2: 83%, GLUCOMETR: 209 MG/DL
DIURESIS: 440 CC/8 HORAS, BALANCE: -1164 CC, SV: 0.6 CC/KG/HORA
CABEZA: NORMOCEFALO, CUELLO NO ADENOPATIAS NO IV A 45°
ACF: HIPOVENTILACION, MV DISMINUIDO EN ABP, CON ESTERTORES CREPITANTES GENERALIZADOS, NO TIRAJES
NO RETRACCIONES, TORAX NORMOEXPANSTIBLE
RSCS NORMALES SIN SOPLOS NI GALOPE
ABDOMEN DOLOROSO, NO MASAS, NO MEGALIAS, PERISTALTISMO +
EDEMA SIN EDEMA, PULSOS PERIFERICOS +, LLENADO CAPILAR NORMAL
BAJO EFECTO DE SEDOANALGESIA RASS -3
LABORATORIO
BASES ARTERIALES: ACIDOSIS RESPIRATORIA NO COMPENSADA, PAFIO2 59, OXIGENACION BAJA
VIH NEGATIVO
LACTATO: 0.94 NORMAL
TIEMPOS DE COAGULACION PTY PROLONGADO
RX TORAX: SIN CARDIOMEGALIA, INFILTRADOS NEUMONICOS EN ACP, CON CONSOLIDACIONES BILATERALES,
TOT BIEN POSICIONADO

ANALISIS

PACIENTE QUIEN SE ENCUENTRA HEMODINAMICAMENTE INESTABLE, REQUIRIENDO SOPORTE INOTROPICO
ADEMAS DE SOPORTE DE VMI CON PARAMETROS VENTILATORIOS ALTOS, OXIGENACION BAJA A PESAR DE
FIO2 TOPE, COMPROMISO PULMONAR SEVERO, SIRS ACTIVO, CONDICION CLINICA CRITICA, ALTAS
PROBABILIDADES DE FALLECER, COMO ESTUDIO DE SU PATOLOGIA INFECCIOSA PULMONAR SE SOLICITA
BACILOSCOPIA, CONTINUA MANEJO MEDICO EN UCI CON IGUAL ANTIBIOTICOTERAPIA

MEDICO DE TURNO
GABRIEL TORRES GARCIA
RM 198097
M. INTERNA - UCI

Gabriel F. Torres García
Medicina Interna
Universidad Nacional
R.M. 198097

Por el contrario, el día 9 de enero de 2014 cuando ya se encontraba resuelto el Neumotórax, presentaba un **PAFIO2 de 64.8**, lo que indicaba que había mejorado un poco con respecto a la puntuación de su ingreso, sin embargo continuaba siendo sumamente critica su condición clínica, como se evidencia a continuación:



FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA
Carrera. 8 No. 17 - 52
PBX- 2360000 - 2375185
BUGA - VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA
UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO
CAMA 104

ENERO 9 DE 2014 9:00 AM.

NOMBRE: CARLOS ANDRES PINZON	HISTORIA CLINICA: 16551291
EDAD: 37 AÑOS	CC: 16551291
SEXO: MASCULINO.	EPS: COOMEVA
ORIGEN/PROCEDECENCIA: ROLBANILLO	Ocupacion: INDEPENDIENTE

DIAGNOSTICOS 1. SEPSIS ORIGEN PULMONAR A. NEUMONIA MULTILOBAR. B. INFECCIÓN AHINI ? C. SDRA SEVERO. 2. CHOQUE SEPTICO DE ORIGEN PULMONAR. 3. NEUMOTORAX DERECHO POS CVC RESUELTO TORACOSTOMIA DERECHA.	PROBLEMAS • REQUERIMIENTO DE VMI • ALTO RIESGO DE FALLECER. • REQUERIMIENTO DE INOTROPICO
--	---

PACIENTE EN SU DIA 3 DE ESTANCIA EN UCI, CON INDICACION POR REQUERIMIENTO DE VASOACTIVO Y VMI, EN REGULARES CONDICIONES GENERALES, AFEBRIL, TOLERA NET, BUEN ACOPLA A VM, CON ADECUADAS SO2
TAM: 81, FC: 74, FR: 14, T: 36,7°, PVC: 12, SO2: 92%, GLUCOMETRI: 134 MG%,
DIURESIS: 1550 CC/24 HORAS, BALANCE: + 3404 CC, ACUMULADO: + 9221 CC.
ACP HIPOVENTILADOS, CPI CON ESTERTORES CREPITANTES Y CPD HIPOVENTILACION, MV PRESENTE
RSCS DE BUENA INTENSIDAD, NO SOPLOS NO GALOPE
ABDOMEN NO DISTENDIDO, NO MASAS, NO MEGALIAS, PERISTALTISMO +.
EDEMA MIS GI POVEA +, PULSOS PERIFERICOS +, LLENADO CAPILAR NORMAL.
BAJO EFECTO DE SEDOANALGESIA, PUPILAS REACTIVAS

LABORATORIO
HEMOGRAMA: SIN LEUCOCITOSIS, SIN NEUTROFILIA, ANEMIA MODERADA DE VOLUMENES NORMALES,
TROMBOCITOPENIA LEVE
GASES ARTERIOVENOSOS: SIN TRASTONO ACIDO BASE, PAFIO2 64.8, TRASTORNO DE LA OXIGENACION, SVO2 71.9, BE +1.1
TIEMPOS DE COAGULACION: NORMALES
CR: 1.04 MG%, NUSI 22.39 MG%,
HIPOCALCEMIA
ACIDO LACTICO 2.05 EN ASCENSO
PCR 50.4 MG%,
UROCULTIVO 48 HRS: NEGATIVO PARA BACTERIAS
HEMOCULTIVO 60 HORAS: NEGATIVO PARA BACTERIAS
RX TORAX: SIN CARDIOMEGALIA, TUBO DE TORAX BIEN POSICIONADO, INFILTR + NO CONSOLIDATIVO EN AMBOS CAMPOS PULMONARES, NO DERRAMES PLEURALES, NEUMOTORAX RESUELTO

ANALISIS
PACIENTE QUIEN CONTINUA EN MALAS CONDICIONES GENERALES, CON REQUERIMIENTO DE SOPORTE VASOACTIVO Y VMI, DATOS DE HIPOPERFUSION, INDICES DE OXIGENACION BAJOS A PESAR DE OXENIAS ADECUADAS, PERFIL INFLAMATORIO INFECCIOSO CON ADECUADA RESPUESTA A TRATAMIENTO ANTIBIOTICO INDICADO, PENDIENTE ECOCARDIOGRAMA TT, SE INICIA SOPORTE INOTROPICO Y SE REALIZA AJUSTE DE LIQUIDOS ENDOVENOSOS.
MEDICO DE TURNO
GABRIEL TORRES GARCIA
RM 198097
M INTERNA - UCI

Gabriel F. Torres Garcia
Medicina Interna
Universidad Nacional
R.M. 198097

Es importante resaltar el análisis realizado por el Doctor GABRIEL FRANCISCO TORRES el día 9 de enero de 2014 a las 9:00 horas, donde manifiesta que el paciente se encuentra en malas condiciones generales, pues a pesar de que para dicha fecha ya se encontraba resuelto en Neumotórax y que presentaba un PAFIO2 de 69.8 de puntuación en la Escala de Murray, el pronóstico del paciente era de **ALTO RIESGO DE FALLECER.**

AL HECHO 49: Es cierto, el día 7 de enero de 2014 a las 22:00 el Doctor GABRIEL FRANCISCO TORRES GARCIA, valoró al señor CARLOS ANDRES PEREZ PINZON y registró en la Historia Clínica lo manifestado por la parte demandante en el presente hecho, tal y como se copia a continuación:



FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA
Carrera, 8 No. 17 - 52
PBX- 2360000 - 2375185
BUGA - VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA
UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO
CAMA 104

ENERO 7 DE 2014 22:00.

NOMBRE: CARLOS ANDRES PINZON	HISTORIA CLINICA: 16551291
EDAD: 37 AÑOS	CC: 16551291
SEXO: MASCULINO.	EPS: COOMEVA
ORIGEN/PROCEDENCIA: ROLDANILLO	Ocupacion: INDEPENDIENTE

DIAGNOSTICOS 1. SEPSIS ORIGEN PULMONAR A. NEUMONIA MULTILOBAR, B. INFECCION AHINI? C. SDRA 2. NEUMOTORAX DERECHO POS CVC TORACOSTOMIA DERECHA	PROBLEMAS ❖ REQUERIMIENTO DE VMI ❖ ALTO RIESGO DE FALLECER
--	---

PACIENTE CRITICO POR COMPROMISO RESPIRATORIO INFECCIOSO SEVERO QUE CONDICIONA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA Y SDRA CON TRANSTORNO DE OXIGENACION Y DESATURACIONES EXTREMAS POR LO QUE SE PRACTICO PRONACION CON BUENA RESPUESTA, MEJORANDO LA SAO2, DIURESIS Y PRESION ARTERIAL PERMITIENDO EL DESTETE DE LA NORADRENALINA, EN LA GASIMETRIA VENOSA SE ENCUENTRA SVO2: 64% POR LO QUE SE ADICIONA DOBUTAMINA Y SE PRACTICARA CONTROL, CONTINUA EN PRONACION.

TA: 145/70 FC: 74/MIN FR: 14/MIN SAO2: 98 % GU: 0.5 CC KG HR T: 36°C RASS: -5
DRENAJE POR TORACOSTOMIA ESCASO.

SIN SIGNOS CLINICOS DE HIPOPERFUSION

POR MEJORIA DE LOS SIGNOS VITALES CON ADECUADA TOLERANCIA A LA PRONACION SE DECIDE CONTINUAR HASTA LAS 6 AM Y VOLVER A SUPINO, SE REALIZARAN LABORATORIOS DE CONTROL, SE INFORMA A FAMILIARES LA SITUACION CRITICA DEL PACIENTE.

MEDICO DE TURNO
GABRIEL TORRES GARCIA
RM 198097
M INTERNA - UCI

Gabriel F. Torres García
Medicina Interna
Universidad Nacional
S.M. 1 de 37

AL HECHO 50: Es cierto, el día 8 de enero de 2014 a las 9:00 horas el Doctor ALVARO HERNAN ORREGO valoró al señor CARLOS ANDRES PEREZ PINZON y registró en la Historia Clínica lo manifestado por la parte demandante en el presente hecho, tal y como se copia a continuación.

Ahora bien, respecto a la observación realizada por el Doctor ALVARO HERNAN ORREGO, es preciso mencionar que la severidad del cuadro clínico del paciente desde su ingreso a nuestra institución no tuvo un cambio representativo en el patrón respiratorio durante las horas en que presentó el Neumotórax, no debemos olvidar que el señor CARLOS ANDRES PEREZ PINZON era un paciente crítico y su función respiratoria siempre se mantuvo en los mismos rangos de severidad desde su ingreso a nuestra institución, basta con revisar la puntuación que se dio para el Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo el cual fue calificado mediante el Sistema de Puntuación de Murray, escala utilizada para el diagnóstico y clasificación de las lesiones pulmonares en las Unidades de Cuidados Intensivos y que antes de presentar el Neumotórax era un PAFIO2 de 59 y posterior a su resolución tenía un PAFIO2 64.9 sin embargo seguía presentando un Ácido láctico de 2.05 en ascenso y una Hipoxemia severa, lo cual representaba en el paciente **ALTO RIESGO DE FALLECER.**

NO DEBEMOS OLVIDAR QUE LA RESOLUCION DE UN NEUMOTORAX PERSÉ NO IMPLICA LA RESOLUCIÓN DE LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA YA QUE EL PROCESO DE INTERCAMBIO GASEOSO SUCEDE EN LA MEMBRANA ALVEOLO-CAPILAR LA CUAL ESTA SEVERAMENTE AFECTADA O



COMPROMETIDA DURANTE UNA NEUMONIA MULTILOBAR CON COMPROMISO DE VARIOS LOBULOS Y PEOR AUN CUANDO SE ESTÁ ANTE LA SOSPECHA DE INFECCIÓN POR EL VIRUS AH1N1 CUYA FISIOPATOLOGIA IMPLICA MAYOR DETERIORO DE INTERCAMBIO GASEOSO.

Quiere esto decir que aún resuelto el Neumotórax, dicha resolución no necesariamente implica que el paciente vaya a mejorar su patrón respiratorio, porque finalmente la razón por la cual los pulmones no funcionan de manera adecuada es la infección en varios lóbulos de los pulmones (Neumonía Multilobar) con la que cursa el paciente, lo que genera el deterioro de la función pulmonar y finalmente el deterioro progresivo del paciente.



FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA
Carrera 8 No. 17 - 52
PBX- 2360000 - 2375185
BUGA - VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA
UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO
CAMA 104

ENERO 8 DE 2014 9:00 AM.

NOMBRE: CARLOS ANDRES PINZON	HISTORIA CLINICA: 16551291
EDAD: 37 AÑOS	CC: 16551291
SEXO: MASCULINO.	EPS: COOMEVA
ORIGEN/PROCEDENCIA: ROLDANILLO	OCCUPACION: INDEPENDIENTE

DIAGNOSTICOS 1. SEPSIS ORIGEN PULMONAR A. NEUMONIA MULTILOBAR. B. INFECCION AHINI? C. SDRA 2. NEUMOTORAX DERECHO POS CVC TORACOSTOMIA DERECHA	PROBLEMAS ♦ REQUERIMIENTO DE VMI ♦ ALTO RIESGO DE FALLECER
--	---

MALAS CONDICIONES GENERALES.
ESTABLE SIN INDICACION DE VASOACTIVOS PERO RECIBIENDO INOTROPICO.
VENTILACION MECANICA PARAMETROS ELEVADOS, BUENA MECANICA VENTILATORIA, SO2 INADECUADA.
AFEBRIL.
SIN SOPORTE NUTRICIONAL.
TAM: 89, FC: 88, FR: 24, T: 36,4°, PVC: 11, SO2: 51%, GLUCOMETR: 254 MG%.
DIURESIS: 2052 CC/24 HORAS. BALANCE: + 4653 CC. ACUMULADO: + 5817 CC.
ACP HIPOVENTILADOS, CPI CON ESTERTORES CREPITANTES Y CPD HIPOVENTILACION - AUSENCIA DE MURMULLO VESICULAR.
RSCS DE BUENA INTENSIDAD, NO SOPLOS NO GALOPE.
ABDOMEN NO DISTENDIDO, NO MASAS, NO MEGALIAS, PERISTALTISMO +.
SIN EDEMAS PERIFERICOS, PULSOS PERIFERICOS +, LLENADO CAPILAR NORMAL.
BAJO EFECTO DE SEDOANALGESIA.
LABORATORIO
LEUCOPENIA, NEUTROFILIA, ANEMIA LEVE DE VOLUMENES NORMALES, TROMBOCITOPENIA.
CR: 0,99 MG% NUS: 21 MG%.
HIPOCALCEMIA.
ACIDO LACTICO NORMAL ALTO.
PCR: 106 MG%.
GASES AV: SIN TRASTORNO ACIDOBASE. HIPOXEMIA SEVERA. IO2: 87. SVO2: 78%.
RX TORAX: SIN CARDIOMEGALIA, NEUMOTORAX NO RESUELTO A PESAR DE TUBO DE TORAX.
INFILTRADO CONSOLIDATIVO CPI.
ANALISIS
CONDICION CLINICA CRITICA.
NEUMOTORAX NO RESUELTO, LO CUAL EMPEORA LA SITUACION RESPIRATORIA DEL PACIENTE - SE COMENTA CON CIRUGIA LA NECESIDAD DE VOLVER A COLOCAR OTRO TUBO DE TORAX QUE REALMENTE HAGA LA FUNCION.
SOSPECHA FUERTE DE INFECCION POR H1N1 - EN TRATAMIENTO ANTIVIRAL Y TRATAMIENTO ANTIBIOTICO DE AMPLIO ESPECTRO HASTA REPORTE DE CULTIVOS.
ALTO RIESGO DE FALLECER SI NO SE LOGRA MEJORAR LA HIPOXEMIA EN LAS PROXIMAS 12 HORAS.
SIN INDICACION DE INOTROPICO - SE SOLICITA ECO TT.
CONDUCTA
OPTIMIZAR MANEJO MEDICO.
VALORACION URGENTE POR CIRUJANO.
MEDICO DE TURNO

Alvaro H. Orrego O.

AL HECHO 51: Es cierto, el día 8 de enero de 2014 a las 19:00 horas el Doctor ALVARO HERNAN ORREGO valoró nuevamente al señor CARLOS ANDRES PEREZ PINZON y registró en la Historia Clínica lo manifestado por la parte demandante en el presente hecho, tal y como se copia a continuación.



CAMA 104
ENERO 8 DE 2014 19:00 PM.

NOMBRE: CARLOS ANDRES PINZON	HISTORIA CLINICA: 16551291
EDAD: 37 AÑOS	CC: 16551291
SEXO: MASCULINO.	EPS: COOMEVA
ORIGEN/PROCEDENCIA: ROLDANILLO	Ocupacion: INDEPENDIENTE

DIAGNOSTICOS	PROBLEMAS
1. SEPSIS ORIGEN PULMONAR	✦ REQUERIMIENTO DE VMI
A. NEUMONIA MULTILOBAR	✦ ALTO RIESGO DE FALLECER
B. INFECCION AHINI?	✦ HIPERGLICEMIAS.
C. SDRA SEVERO.	✦ TUBO TORAX NO FUNCIONAL
2. CHOQUE SEPTICO DE ORIGEN PULMONAR.	
3. NEUMOTORAX DERECHO POS CVC	
TORACOSTOMIA DERECHA	

MALAS CONDICIONES GENERALES.
INESTABLE NECESITANDO NOREPINEFRINA PARA CONTROL ADECUADO DE TAM.
VENTILACION MECANICA CICLADA POR PRESION , ALTOS PARAMETROS VENTILATORIOS, BUENA MECANICA VENTILATORIA, SO2 ADECUADA.
AFEBRIL.
TOLERANDO NET.
RX TORAX: PERSISTE NEUMOTORAX DERECHO NO RESUELTO - SE INFORMO A CIRUJANO LA NECESIDAD DE COLOCAR NUEVO TUBO TORAX.
HEMOCULTIVOS NEGATIVOS A LAS 36 HORAS.
GASES AV: ACIDOSIS RESPIRATORIA COMPENSADA. HIPOXEMIA SEVERA. IO2: 62. SVO2: 76%.
TAM: 80, FC: 66, FR: 16, T: 36,5°, PVC: 15, SO2: 87%, GLUCOMETER: 179 MG%.
DIURESIS: 580 CC/12 HORAS. TUBO TORAX: 210 CC/12 HORAS. BALANCE: + 1690 CC.
SIN CAMBIO EN EXAMEN FISICO.
ANALISIS
CONDICION CLINICA CRITICA.
SORA NO RESUELTO - SE MODIFICO MODO VENTILATORIO PORQUE EN APRV NO SE LOGRO MEJORIA DE LA HIPOXEMIA.
POR NEUMOTORAX NO RESUELTO SE DECIDE NO PRONAR - HASTA TANTO NO SE RESUELVA LA CONDICION VENTILATORIA NO SE PROCEDERA A PRONAR.
SE INDICA NOREPINEFRINA LA CUAL SE DESTETARA DE ACUERDO CON LA EVOLUCION DE LA TAM.
CONDUCTA
IGUAL MANEJO MEDICO.
LABORATORIO CONTROL.
PENDIENTE CAMBIAR TUBO TORAX.

Alvaro H. Orrego
MEDICINA INTERNA - CUIDADO INTENSIVO
C. 16.927.532 R.M. 14046-05
S. JAVIER - J. VALLE

MEDICO DE TURNO.

FECHA Y HORA INICIO	09/01/2014	1:20
FECHA Y HORA FINALIZACION	09/01/2014	1:41

TORACOSTOMIA PARA DRENAJE CERRADO [TUBO DE TÓRAX]



DIAGNOSTICO
NEUMOTORAX, NO ESPECIFICADO
HALLAZGOS OPERATORIOS
NEUMOTORAX DERECHO

TECNICA QUIRURGICA
ASEPSIA Y ANTISEPSIA CON YODADOS, SE RETIRA TUBO DE TORAX DISFUNCIONAL, SE HACE INCISION EN 6 ESPACIO INTERCOSTAL DERECHO CON LINEA AXILAR ANTERIOR, DISECCION ROMA HASTA ESPACIO PLEURAL, SE INTRODUCE TUBO DE TORAX No. 32 QUE SE FIJA A PIEL CON SEDA 0 Y SE CONECTA A TRAMPA DE AGUA, TUBO DE TORAX QUEDA FUNCIONANDO Y OSCILANDO ADECUADAMENTE, SANGRADO MINIMO, COMPRESAS COMPLETAS, NO COMPLICACIONES.

Ucr ID Registro: 302 Ucr ID Ingreso: 302 Fecha Ingreso: 20/01/2014 01:43 ID: 2722

FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE - HOJA QUIRURGICA Fecha y hora de Inicio: 20/01/2014 01:20 Fecha y hora de Finalización: 20/01/2014 01:21

DATOS DEL PACIENTE			
Entidad	COOMEVA EPS		
Primer Apellido	PEREZ	Segundo Apellido	CARLOS
Primer Nombre	ANDRES	Segundo Nombre	
Tipo Documento	CC	Número Documento	16551291
Fecha Nacimiento	06/10/1976	Educación	37
Sexo	M	Edad	37
Dirección de Residencia	CR 6 5 44		
Departamento	VALLE DEL CAUCA	Municipio	ROLDANILLO
Telefono	3113318168		
Grupo Quirúrgico	622		
Cirujano	OSP NA TASCON AYMER FERNANDO		
Instrumentador	Circulante		
Ayudante			
Ayudante Dos			
Anestesiólogo			
Tipo Anestesia	Local		
PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN TARFARIO			
CC	SS	HR	MO
Procedimiento	TOSACOSTOMIA PARA DRENAJE CERRADO (TUBO DE TORAX) SOB		

DIAGNOSTICOS		
Código	Descripción	Tipo
I629	NEUMOTORAX, NO ESPECIFICADO	Presuntivo
I639	NEUMOTORAX, NO ESPECIFICADO	Presuntivo

HALLAZGOS OPERATORIOS	
NEUMOTORAX DERECHO	
TECNICA QUIRURGICA	
ASEPSIA Y ANTISEPSIA CON YODADOS, SE RETIRA TUBO DE TORAX DISFUNCIONAL, SE HACE INCISION EN 6 ESPACIO INTERCOSTAL DERECHO CON LINEA AXILAR ANTERIOR, DISECCION ROMA HASTA ESPACIO PLEURAL, SE INTRODUCE TUBO DE TORAX No. 32 QUE SE FIJA A PIEL CON SEDA 0 Y SE CONECTA A TRAMPA DE AGUA, TUBO DE TORAX QUEDA FUNCIONANDO Y OSCILANDO ADECUADAMENTE, SANGRADO MINIMO, COMPRESAS COMPLETAS, NO COMPLICACIONES	
COMPLICACIONES	
Materiales Enviados a Patología	
Compresas Completas	S/R
Tipos de Heridas	Impia
SALA	Ucl 1
Nombre Paciente	Nombre
Sexo	Edad
Peso	Altura
Apogeo 1	Apogeo 2
Diagnóstico	
CIRUJANO	OSP NA TASCON AYMER FERNANDO
Cargo o Actividad	MEDICO ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL
Registro Médico	780412-97

Aymer F. Ospina T
Especialista General
RM 780412-97

AL HECHO 52: No nos consta lo manifestado por la parte demandante en el presente hecho, dado que nada de ello se encuentra registrado en la Historia Clínica.

AL HECHO 53: Es cierto, durante los días 9, 10 y 11 de enero de 2014 el señor CARLOS ANDRES PEREZ PINZON, continuó recibiendo manejo médico en la Unidad de Cuidados Intensivos, en donde se registró el estado crítico del paciente tal y como lo informa la parte demandante en el presente hecho.

Siendo importante resaltar los registros de la Historia Clínica del día 9 de enero de 2014 a las 9:00 horas, los cuales la parte demandante muy hábilmente para sus intereses "olvida mencionar", pues **EL DÍA 9 DE ENERO DE 2014 SE REGISTRÓ EN LA HISTORIA CLÍNICA QUE EL NEUMOTORAX SE HABÍA RESUELTO**, sin embargo la criticidad del paciente continuaba en progreso, con índices de oxigenación bajos aún a pesar de presentar oxemias adecuadas, todo lo cual fue registrado por el Doctor GABRIEL FRANCISCO TORRES GARCIA en la Historia Clínica de dicho día así:



FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA
Carrera. 8 No. 17 - 52
PBX- 2360000 - 2375185
BUGA - VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA
UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO
CAMA 104
ENERO 9 DE 2014 9:00 AM.

←

NOMBRE: CARLOS ANDRES PINZON	HISTORIA CLINICA: 16551291
EDAD: 37 AÑOS	CC: 16551291
SEXO: MASCULINO.	EPS: COOMEVA
ORIGEN/PROCEDENCIA: ROLDANILLO	Ocupacion: INDEPENDIENTE

DIAGNOSTICOS

- SEPSIS ORIGEN PULMONAR
 - NEUMONIA MULTILOBAR.
 - INFECCION AHINI ?
 - SDRA SEVERO.
- CHOC SEPTICO DE ORIGEN PULMONAR.
- NEUMOTORAX DERECHO POS CVC RESUELTO TORACOSTOMIA DERECHA.

PROBLEMAS

- REQUERIMIENTO DE VMI
- ALTO RIESGO DE FALLECER.
- REQUERIMIENTO DE INOTROPICO

←

PACIENTE EN SU DIA 3 DE ESTANCIA EN UCI, CON INDICACION POR REQUERIMIENTO DE VASOACTIVO Y VMI, EN REGULARES CONDICIONES GENERALES, AFEBRIL, TOLERA NET. BUEN ACOPLE A VM, CON ADECUADAS SO2
 TAM: 81, FC: 74, FR: 14, T: 36.7°, PVC: 12, SO2: 92%, GLUCOMETRI: 134 MG%.
 DIURESIS: 1350 CC/24 HORAS. BALANCE: - 3404 CC. ACUMULADO: + 9221 CC.
 ACP HIPOVENTILADOS, CPI CON ESTERTORES CREPITANTES Y CPD HIPOVENTILACION, MV PRESENTE
 RSCS DE BUENA INTENSIDAD, NO SOPLOS NO GALOPE
 ABDOMEN NO DISTENDIDO, NO MASAS, NO MEGALIAS, PERISTALTISMO +.
 EDEMA MIS GI POVEA +, PULSOS PERIFERICOS +. LLENADO CAPILAR NORMAL.
 BAJO EFECTO DE SEDOANALGESIA, PUPILAS REACTIVAS
LABORATORIO
 . MEMOGRAMA: SIN LEUCOCITOSIS, SIN NEUTROFILIA, ANEMIA MODERADA DE VOLUMENES NORMALES, TROMBOCITOPENIA LEVE
 . GASES ARTERIOVENOSOS: SIN TRASTORNO ACIDO BASE, PAFIO2 64.8, TRASTORNO DE LA OXIGENACION, SVO2 71.9, BE: +1.1
 . TIEMPOS DE COAGULACION: NORMALES
 . CR: 1.04 MG%, NUS: 22.39 MG%.
 . HIPOCALCEMIA.
 . ACIDO LACTICO 2.05 EN ASCENSO
 . PCR: 50.4 MG%.
 . UROCULTIVO 48 HRS: NEGATIVO PARA BACTERIAS
 . HEMOCULTIVO 40 HORAS: NEGATIVO PARA BACTERIAS
 . RX TORAX: SIN CARDIOMEGALIA, TUBO DE TORAX BIEN POSICIONADO, INFILTRADO CONSOLIDATIVO EN AMBOS CAMPOS PULMONARES, NO DERRAMES PLEURALES, NEUMOTORAX RESUELTO
ANALISIS
 PACIENTE QUIEN CONTINUA EN MALAS CONDICIONES GENERALES, CON REQUERIMIENTO DE SOPORTE VASOACTIVO Y VMI. DATOS DE HIPOPERFUSION, INDICES DE OXIGENACION BAJOS A PESAR DE OXEMIAS ADECUADAS, PERFIL INFLAMATORIO INFECCIOSO CON ADECUADA RESPUESTA A TRATAMIENTO ANTIBIOTICO INDICADO, PENDIENTE ECOCARDIOGRAMA TT, SE INICIA SOPORTE INOTROPICO Y SE REALIZA AJUSTE DE LIQUIDOS ENDOVENOSOS.
 MEDICO DE TURNO
 GABRIEL TORRES GARCIA
 RM 198097
 M. INTERNA - UCI

→

Gabriel F. Torres García
Medicina Interna
Universidad Nacional
R.M. 198097



ES PRECISO REITERAR QUE LA RESOLUCION DE UN NEUMOTORAX PERSE NO IMPLICA LA RESOLUCIÓN DE LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA YA QUE EL PROCESO DE INTERCAMBIO GASEOSO SUCED EN LA MEMBRANA ALVEOLO-CAPILAR LA CUAL ESTA SEVERAMENTE AFECTADA O COMPROMETIDA DURANTE UNA NEUMONIA MULTILOBAR CON COMPROMISO DE VARIOS LOBULOS Y PEOR AUN CUANDO SE ESTÁ ANTE LA SOSPECHA DE INFECCIÓN POR EL VIRUS AH1N1 CUYA FISIOPATOLOGIA IMPLICA MAYOR DETERIORO DE INTERCAMBIO GASEOSO.

Quiere esto decir que aún resuelto el Neumotórax, **NO NECESARIAMENTE IMPLICA QUE EL PACIENTE VAYA A MEJORAR SU PATRÓN RESPIRATORIO**, porque finalmente la razón por la cual los pulmones no funcionan de manera adecuada es la infección en varios lóbulos de los pulmones (Neumonía Multilobar) con la que cursa el paciente, lo que genera el deterioro de la función pulmonar y finalmente el deterioro progresivo del paciente.

Se copia Historia Clínica del 9 de enero de 2014 a las 23:00 horas:

 FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA Carrera, 8 No. 17 - 52 PBX- 2360000 - 2375185 BUGA - VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO CAMA 104 ENERO 9 DE 2014 23:00			
NOMBRE: CARLOS ANDRÉS PINZON	HISTORIA CLINICA: 16551291		
EDAD: 37 AÑOS	CC: 16551291		
SEXO: MASCULINO	EPS: COOMEVA		
ORIGEN/PROCEDENCIA: ROLDANILLO	Ocupacion: INDEPENDIENTE		
<table border="1"> <tr> <td> DIAGNÓSTICOS 1. SEPSIS ORIGEN PULMONAR A. NEUMONIA MULTILOBAR. B. INFECCION AH1N1 ? C. SDRA SEVERO. 2. CHOQUE SEPTICO DE ORIGEN PULMONAR. 3. NEUMOTORAX DERECHO POS CVC RESUELTO TORACOSTOMIA DERECHA. </td> <td> PROBLEMAS • REQUERIMIENTO DE VMI • ALTO RIESGO DE FALLECER. • REQUERIMIENTO DE INOTROPICO </td> </tr> </table>		DIAGNÓSTICOS 1. SEPSIS ORIGEN PULMONAR A. NEUMONIA MULTILOBAR. B. INFECCION AH1N1 ? C. SDRA SEVERO. 2. CHOQUE SEPTICO DE ORIGEN PULMONAR. 3. NEUMOTORAX DERECHO POS CVC RESUELTO TORACOSTOMIA DERECHA.	PROBLEMAS • REQUERIMIENTO DE VMI • ALTO RIESGO DE FALLECER. • REQUERIMIENTO DE INOTROPICO
DIAGNÓSTICOS 1. SEPSIS ORIGEN PULMONAR A. NEUMONIA MULTILOBAR. B. INFECCION AH1N1 ? C. SDRA SEVERO. 2. CHOQUE SEPTICO DE ORIGEN PULMONAR. 3. NEUMOTORAX DERECHO POS CVC RESUELTO TORACOSTOMIA DERECHA.	PROBLEMAS • REQUERIMIENTO DE VMI • ALTO RIESGO DE FALLECER. • REQUERIMIENTO DE INOTROPICO		

TAM:109 , FC:70/MIN , FR:18/MIN SAO2: 86% , T:36.27° C , PVC:12 CM H2O., GLUCOMETER: 110 MG%.
GU:1.4 CC KG HR RASS: - 3

RGCS DE BUENA INTENSIDAD, NO SOPLOS NO GALOPE.
ABDOMEN NO DISTENDIDO, NO MASAS, NO MEGALIAS, PERISTALTISMO +.
EDEMA MIS 6Z FOVEA + , PULSOS PERIFERICOS + , LLENADO CAPILAR NORMAL.
BAJO EFECTO DE SEDOANALGESIA, PUPILAS REACTIVAS

LABORATORIO

GASES ARTERIALES: ACIDOSIS RESPIRATORIA , PAFI 69 , SAO2: 93%
ACIDO LACTICO 1.8 MMOL
ECOCARDIOGRAMA: FEVI: 70% INSUF TRICUSPIDEA LEVE. PASP: 32 mmHg

ANALISIS

PACIENTE CRITICO POR COMPROMISO RESPIRATORIO INFECCIOSO SEVERO CON POBRE RESPUESTA A TRATAMIENTOS INSTAURADOS. RECIBE SOPORTES VITALES AVANZADOS Y ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO, ANTIVITALES, CONTINUA CON IGUAL TTO. SE REALIZARAN CONTROLES AM.

MEDICO DE TURNO
GABRIEL TORRES GARCIA
RM 198097
M INTERNA - UCI

Gabriel F. Torres García
Medicina Interna
Universidad Nacional
R.M. 198027

10-01-14 01:00
TA: 190/100 FC: 80/m FR: 24/m SAO2: 80%
Pl. inicio NITROGLICERINA
Gabriel F. Torres García
Medicina Interna
Universidad Nacional
R.M. 198027

Se copia Historia Clínica del 10 de enero de 2014 a las 9:00 horas:



FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA
Carrera. 8 No. 17 - 52
PBX- 2360000 - 2375185
BUGA - VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA
UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO
CAMA 104
ENERO 10 DE 2014 9:00 AM.

NOMBRE: CARLOS ANDRÉS PINZON	HISTORIA CLÍNICA: 16551291
EDAD: 37 AÑOS	CC: 16551291
SEXO: MASCULINO.	EPS: COOMEVA
ORIGEN/PROCEDENCIA: ROLDANILLO	Ocupación: INDEPENDIENTE

DIAGNOSTICOS 1. SEPSIS ORIGEN PULMONAR A. NEUMONIA MULTILOBAR. B. INFECCION AHINI ? C. SDRA SEVERO. 2. CHOQUE SEPTICO DE ORIGEN PULMONAR. 3. NEUMOTORAX DERECHO POS CVC RESUELTO TORACOSTOMIA DERECHA.	PROBLEMAS • REQUERIMIENTO DE VMI • ALTO RIESGO DE FALLECER. • REQUERIMIENTO DE VASOACTIVOS. • ECOCARDIOGRAMA TT NORMAL.
--	--

MALAS CONDICIONES GENERALES.
INESTABLE APOYADO CON INOTROPICO.
VENTILACION MECANICA CICLADA POR PRESSION; ALTOS PARAMETROS VENTILATORIOS, BUENA MECANICA VENTILATORIA, SO2 BAJA.
AFEBRIL.
TOLERANDO SOPORTE NUTRICIONAL.
TAM:73, FC:89, FR:18, T:36, PVC:8, SO2:36%, GLUCOMETER: 122 MG%.
DIURESIS: 1840 CC/24 HORAS. BALANCE: + 5062 CC. ACUMULADO: + 14283 CC.
ACP HIPOVENTILADOS, ESTERTORES CREPITANTES BILATERALES.
RSCS BAJA INTENSIDAD, NO SOPLOS, NO GALOPE.
ABDOMEN NO DISTENDIDO, NO MASAS, NO MEGALIAS, PERISTALTISMO +.
EN ANASARCA, PULSOS PERIFERICOS +. LLENADO CAPILAR LENTO.
BAJO EFECTO DE SEDOANALGESIA. PUPILAS ISOCORICAS REACTIVAS A LA LUZ.
LABORATORIO.
• LEUCOCITOSIS LEVE, NEUTROFILIA. ANEMIA DE VOLUMENES NORMALES. TROMBOCITOPENIA.
• GASES ARTERIALES: ACIDOSIS RESPIRATORIA COMPENSADA. HIPOXEMIA SEVERA. IO2: 30.
• RX TORAX: SIN CARDIOMEGALIA. INFILTRADO SIMETRICO BILATERAL RESPETANDO SOLO LOS APEX.
ANALISIS.
• CONDICION CLINICA MUY CRITICA.
• HIPOXEMIA SEVERA CON ALTO RIESGO DE FALLECER.
• SE INTENTA MEDIANTE PRONACION MEJORAR LA CONDICION RESPIRATORIA, CONTINUANDO CON VENTILACION MECANICA, AJUSTAREMOS PARAMETROS VENTILATORIOS EN APRV.
• CONTROL GASIMETRICO EN 2 HORAS.
• SE INFORMARA A LA FAMILIA LA CONDICION ACTUAL DEL PACIENTE.
CONDUCTA.
• DESTETE DE DOBUTAMINA.
• CONTROL GASIMETRICO EN APRV Y PRONO.

MEDICO DE TURNO.

Alvaro A. Ortega
COORDINADOR CHAMBERA INTENSIVO
C.E. HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA
U. LAZAR 1 VALLE

Se copia Historia Clínica del 10 de enero de 2014 a las 9:00 horas:



FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA
Carrera. 8 No. 17 - 52
PBX- 2360000 - 2375185
BUGA - VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA
UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO

CAMA 104
ENERO 10 DE 2014 19:00 PM.

NOMBRE: CARLOS ANDRÉS PINZÓN	HISTORIA CLINICA: 16551291
EDAD: 37 AÑOS	CC: 16551291
SEXO: MASCULINO.	EPS: COOMEVA
ORIGEN/PROCEDENCIA: ROLDANILLO	Ocupacion: INDEPENDIENTE

DIAGNOSTICOS

- ♦ SDR MURRAY x2,5
- ♦ SEPSIS ORIGEN PULMONAR
- ♦ NEUMONIA MULTILOBAR.
- ♦ INFECCION AHINI ?
- ♦ SDR SEVERO.
- ♦ CHOQUE SEPTICO DE ORIGEN PULMONAR.
- ♦ NEUMOTORAX DERECHO POS CVC RESUELTO
- ♦ TORACOSTOMIA DERECHA.

PROBLEMAS

- SOPORTE VMI
- ALTO RIESGO DE FALLECER.
- REQUERIMIENTO DE VASOACTIVOS.
- HIPOXENIA SEVERA SOSTENIDA.
- DIFÍCIL ACOPLAMIENTO VENTILATORIO
- BAJOS INDICES DE OXIGENACION Y PERFUSION

PACIENTE DE 37 AÑOS EN SU DÍA 4 DE HOSPITALIZACIÓN, CON INDICACIÓN DE ESTANCIA EN UCI PARA MONITOREO HEMODINAMICO CONTINUO, POR PRESENTAR CUADRO SEPTICO DE ORIGEN RESPIRATORIO ACTUALMENTE CON SDR CON CRITERIOS DE MURRAY POSITIVOS PARA LESION GRAVE. ACTUALMENTE SIN SOPORTE VASOACTIVO PERO CON REQUERIMIENTO DE VENTILACION MECANICA DE DIFÍCIL ACOPLAMIENTO, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE LOGRANDOSE DESTETAR EN EL DIA DE AYER DE VASOACTIVO, NORMOGLICEMICO, TOLERANDO NET, SIN PICOS FEBRILES, DIURESIS ADECUADA, BALANCE HÍDRICO POSITIVO.

EXAMEN FÍSICO:

SIN CAMBIOS
PAM: 70 FC: 90 PR: 15 T: 38.9 PVC: 10 BALANCE: +640 DIURESIS: 1.5 CC/KG/HORA GLUCOMETRIA: 126 MG/DL

ANÁLISIS

PACIENTE QUIEN PRESENTA COMPORTAMIENTO HEMODINAMICO ESTABLE, PERO EN MUY MALA CONDICION GENERAL DEBIDO A HIPOXENIA SEVERA CON SDR (LESION SEVERA). MALOS INDICES DE OXIGENACION Y PERFUSION. ACOPLAMIENTO VENTILATORIO DIFÍCIL REQUIRIENDO SOPORTE VENTILATORIO CON ALTOS PARAMETROS PARA LOGRAR OXIGENACIONES LIMITROFES. SE CONSIDERA CONTINAR CON MANEJO MEDICO AJUSTE Y OPTIMIZACION DE VENTILACION MECANICA, SE RETIRA MNB, INHALADORES PARA OPTIMIZAR SUCCION CERRADA Y EVITAR COLAPSO Y PERDIDA DEL RECLUTAMIENTO ALVEOLAR MAS USO DE RELAJANTE MUSCULAR PARA LOGRAR ACOPLAMIENTO VENTILATORIO Y MEJORIA EN INDICES DE OXIGENACION.

CONDUCTA

OPTIMIZACION DE VENTILACION MECANICA
TERAPIA RESPIRATORIA INTENSIVA
RELAJACION MUSCULAR 10MG BOLD LUEGO 4MG HORA.

PARACLINICOS CONTROL

Andrés Julián Ceballos Lozada
Anestesiólogo y Reanimatón
C. Hospital San José - UCI
RM 75-0557101 - 14.08.2012

MEDICO DE TURNO.

Se copia Historia Clínica el día 11 de enero de 2014 a las 9:00 horas:



FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA
Carrera. 8 No. 17 - 52
PBX- 2340000 - 2375185
BUGA - VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA
UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO
CAMA 104

ENERO 11 DE 2014 9:00 AM.

NOMBRE: CARLOS ANDRÉS PINZON	HISTORIA CLÍNICA: 16551291
EDAD: 37 AÑOS	CC: 16551291
SEXO: MASCULINO.	EPS: COOMEVA
ORIGEN/PROCEDENCIA: ROLDANILLO	Ocupación: INDEPENDIENTE

DIAGNOSTICOS 1. SEPSIS ORIGEN PULMONAR A. NEUMONIA MULTILÓBULAR. B. INFECCIÓN AHINII? C. SDRA SEVERO. 2. CHOQUE SÉPTICO DE ORIGEN PULMONAR NO RESUELTO 3. NEUMOTORAX DERECHO POS CVC RESUELTO TORACOSTOMÍA DERECHA.	PROBLEMAS - SOPORTE VMI - ALTO RIESGO DE FALLECER. - REQUERIMIENTO DE VASOACTIVOS. - PARAMETROS VENTILATORIOS ALTOS
---	--

PACIENTE EN SU DÍA 5 DE ESTANCIA EN UCI, CON INDICACIÓN POR REQUERIMIENTO DE SOPORTE INOTRÓPICO Y VASOACTIVO, CON VMI CON PARÁMETROS ALTOS, ACOPLÉ DÉFICIENTE A VENTILACIÓN MECÁNICA, A FEBRIL, CON SO2 BAJAS, TOLERA SOPORTE NUTRICIONAL ENTERAL.

CONDICIONES CRÍTICAS DE SALUD
TAM: 43, FC: 90, PR: 22, T: 35.0, PVC: 15, SO2: 79 %, GLUCÓMETRO: 239 mg/dL.
DIURESIS: 2290 CC/24 HORAS. BALANCE: + 1810 CC. ACUMULADO: + 16093 CC.
ACP HIPOVENTILADOS, ESTERTORES CREPITANTES BILATERALES, MV ABOLIDOS EN AMBAS BASES PULMONARES, TUBO DE TORACOSTOMÍA FUNCIONAL CON ADECUADA OSCILACIÓN, RSCS BAJA INTENSIDAD, NO SOPLOS, NO GALOPE.
ABDOMEN NO DISTENDIDO, NO MASAS, NO MEGALIAS, PERISTALTISMO +.
EN ANASARCA, PULSOS PERIFÉRICOS +. LLENADO CAPILAR LENTO.
BAJO EFECTO DE SEDOANALGESIA, PUPILAS ISOCÓRICAS REACTIVAS A LA LUZ.

LABORATORIO.
GASES ARTERIALES: ACIDEMIA RESPIRATORIA, IO2 58, HIPOXEMIA, SVO2 66%, HIPOPERFUSIÓN
TIEMPOS DE COAGULACIÓN NORMALES
HEMOGRAMA: LEUCOCITOSIS + NEUTROFILIA, SIN ANEMIA, PLT NORMALES
CR: 1.16 NUS: 29.7
ELECTROLITOS: HIPERCALEMIA, HIPOCALCEMIA
PCR 155 EN ASCENSO
ACIDO LÁCTICO: 1.48
RX TORAX: SIN CARDIOMEGALIA, INFILTRADOS NEUMÓNICOS BILATERALES QUE COMPROMETEN AMBOS CAMPOS PULMONARES EN SU TOTALIDAD, CON ATELECTASIA LÓBULO MEDIO, ENFISEMA SUBCUTÁNEO INSERCIÓN TUBO DE TORACOSTOMÍA
BK ESPUTO # 3 NEGATIVO
HEMOCULTIVO: 84 HORAS NEGATIVO

ANÁLISIS.
PACIENTE QUIEN SE ENCUENTRA EN CONDICIONES CRÍTICAS DE SALUD, NO RESPUESTA A MANEJO ANTIBIÓTICO INDICADO CON RESPUESTA INFLAMATORIA EN ASCENSO, HIPOPERFUNDIDO CON ACIDEMIA RESPIRATORIA SEVERA, HIPOXEMIA PERSISTENTE, COMPROMISO PULMONAR EN SU TOTALIDAD, VENTILACIÓN MECÁNICA CON PARÁMETROS ALTOS, INESTABLE HEMODINÁMICAMENTE, PACIENTE CON PRONÓSTICO OMINOSO, ALTO RIESGO DE FALLECER, SE AJUSTAN PARÁMETROS VENTILATORIOS, Y CONTINUA CON RELAJACIÓN MUSCULAR PARA MEJORA DE ACOPLÉ A VM, SE EXPLICARÁ E INFORMARÁ SOBRE DETERIORO DEL PACIENTE A FAMILIARES SU ESTADO CLÍNICO Y PRONÓSTICO

MÉDICO DE TURNO.

Se copia Historia Clínica del día 11 de enero de 2014 a las 19:00 horas:



FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA
Carrera. 8 No. 17 - 52
PBX- 2360000 - 2375185
BUGA - VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA
UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO

CAMA 104
ENERO 11 DE 2014 19:00 PM.

NOMBRE: CARLOS ANDRÉS PINZON PEREZ	HISTORIA CLINICA: 16551291
EDAD: 37 AÑOS	CC: 16551291
SEXO: MASCULINO.	EPS: COOMEVA
ORIGEN/PROCEDENCIA: ROLDANILLO	Ocupacion: INDEPENDIENTE

DIAGNOSTICOS 1. SEPSIS ORIGEN PULMONAR A. NEUMONIA MULTILOBAR. B. INFECCION AHINI? C. SDRA SEVERO. 2. CHOQUE SEPTICO DE ORIGEN PULMONAR NO RESUELTO 3. NEUMOTORAX DERECHO POS CVC RESUELTO TORACOSTOMIA DERECHA.	PROBLEMAS • SOPORTE VMI • ALTO RIESGO DE FALLECER. • REQUERIMIENTO DE VASOACTIVOS/ DOSIS ALTAS. • REQUERIMIENTO DE INOTROPICOS • PARAMETROS VENTILATORIOS ALTOS
--	---

PACIENTE QUIEN SE ENCUENTRA EN UCI CON INDICACION POR REQUERIMIENTO DE VMI, CON SOPORTE INOTROPICO Y VASOACTIVO A DOSIS ALTAS, PARAMETROS VENTILATORIOS ALTOS, EN CRITICAS CONDICIONES GENERALES, APEBRIL, SO2 INADECUADA, HIPERGLICEMICO, TOLERA NET, DIURESIS PRESENTE

EXAMEN FISICO:

SIN CAMBIOS

PAM: 62 FC: 97 PR: 22 T: 35,3 PVC: 14 GLUCOMETRIA: 227 MG/DL

LABORATORIOS:

GASES ARTERIALES: ACIDEMIA RESPIRATORIA SEVERA, IO2 46 HIPOXEMIA SEVERA, LACTATO 1.5

ANALISIS

PACIENTE QUIEN SE ENCUENTRA EN CONDICIONES CRITICAS DE SALUD, GASOMETRIA CON ACIDEMIA RESPIRATORIA SEVERA, PACIENTE QUIEN CONTINUA HEMODINAMICAMENTE INESTABLE, SOPORTE VASOACTIVO CON NOREPINEFRINA Y SOPORTE INOTROPICO A DOSIS ELEVADAS, SE CONSIDERA INDICAR VASOPRESINA ADICIONAL A SU ESQUEMA DE TRATAMIENTO, CONTINUA VIGILANCIA EN UCI CON MONITORIA HEMODINAMICA CONTINUA INVASIVA, PACIENTE CON ALTO RIESGO DE FALLECER.

PARACLINICOS DE CONTROL

Carlos Hernán Mejía García, M.D.
Medicina Interna y Nefrología
C.P. 222 1189
C.C. 14.884.429

MEDICO DE TURNO.

Como se evidencia en los registros de la Historia Clínica el señor CARLOS ANDRES PEREZ PINZON siempre estuvo con alto riesgo de fallecer debido al deterioro progresivo de su cuadro clínico sin respuesta al manejo médico.

AL HECHO 54: Es cierto, el día 12 de enero de 2014 a la 1:30 horas, el Doctor CARLOS HERNAN MEJIA GARCIA, registra en la Historia Clínica el fallecimiento del paciente acaecido en la Unidad de Cuidados Intensivos a las 00:30 horas de ese mismo día, lo cual se registró en la Historia Clínica así:

"12/01/14 01:30

NOTA MÉDICA.

Paciente quien hacia las 23:00 Hrs del 11/01/14 presenta deterioro progresivo de sus cifras tensionales con progresión asociada de su desaturación de oxígeno se aumenta dosis de soporte vasoactivo inotrópico de manera gradual hasta alcanzar dosis tope (vasopresina, Norepinefrina y Dobutamina) además reanimación volumétrica, se administra dosis de bicarbonato por

gasimetria que muestra pte en el paciente quien a pesar de manejo con soporte vital avanzado presenta paro cardio-respiratorio se declara fallecido a las 00:30 horas del 12/01/14 se comunica caso a cirujano de turno para realización de vicerectomia para toma de muestras como requerimiento epidemiológico”

AL HECHO 55: Es cierto el día 12 de enero de 2014 el Doctor CARLOS HERNAN MEJIA GARCIA registra en la EPICRISIS (Resumen de Atención) de la Hospitalización del señor CARLOS ANDRES PEREZ PINZÓN, la cual me permito transcribir a continuación:

“Fecha de ingreso 06/01/14 Hora Ingreso 19:20 pm Fecha de Egreso 12/01/14 Hora de Egreso 01:00 am.

DIAGNOSTICO DE INGRESO: NEUMONIA MULTILOBAR

A) AH1N1

FALLA VENTILATORIA

DIAGNOSTICO DE EGRESO: PARO CARDIO RESPIRATORIO CON REANIMACION NO EXTENSA

SIRS A SEPSIS DE ORIGEN PULMONAR

a) NEUMONIA MULTILOBAR

b) AH1N1

HALLAZGOS LABORTORIO CLINICO Y PATOLOGIA (EXAMENES RELEVANTES): VER HISTORIA CLINICA

HALLAZGOS IMAGENOLOGIA (EXAMENES RELEVANTES): INFILTRADOS NEUMONICOS BILATERALES

PROCEDIMIENTOS: CVC, LINEA ARTERIAL, TORACOSTOMIA #2

TRATAMIENTO: LINEZOLID, MEROPENEN, CLARITROMICINA, AMANTADINA, OSELTAMIVIR, NOREPINEFRINA, VASOPRESINA, DOBUTAMINA, LEV, NUTRICIÓN.

PLAN DE MANEJO AMBULATORIO: NEGATIVO

CONDICIÓN AL EGRESO (INCLUYE LA INCAPACIDAD FUNCIONAL): PACIENTE FALLECIDO

a) PARADA CARDIO-RESPIRATORIA

CAUSA BASICA DE MUERTE: SEPSIS DE ORIGEN PULMONAR QUE CAUSA PARO CARDIO-RESPIRATORIO CON REANIMACIÓN NO EXTENSA.

RESUMEN DE ATENCIÓN: *Paciente que ingresa en la institución remitido de su IPS primaria por cuadro de sintomatología respiratoria de 8 días de evolución para lo que había consultado en su Nivel I de atención donde se había indicado manejo sintomático y toma Rx tórax*



con infiltrados multilobar, paciente en falla ventilatoria se realiza IOT, se pasa a UCI se indica tratamiento bajo pl RX de sepsis de origen pulmonar, Neumonía Multilobar, y caso probable de Influenza humana AH1N1, paciente quien durante su estancia en UCI estuvo bajo soporte inotrópico y vasoactivo con soporte vital avanzado, hacia las 23:00 hrs del 11/01/14, presenta descenso progresivo de su TAM para lo que se aumenta y se coloca a dosis tope el soporte vasoactivo, inotrópico, paciente quien no responde a reanimación avanzada, se declara fallecido a las 00:30 hr del 12/01/14" Documento que copio a continuación:

FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA - HOSPITALIZACIÓN EMERGENCIAS

2014-01-06 19:19 Fecha y Hora Imp: Jan 06 2014 21:49:03 - ma

107493

Entidad: USOS COMEVA EPS S.A. Plan: URG CIVIL Y HOSPED/GINECO 2013 Cuenta No: 00167772

Paciente: PINZON PEREZ CARLOS ANDRES Doc. Paciente: CC 16551291

F/Nacimiento: 06/06/1976 COLOMBIA Pieza: 37 AÑOS

Dirección: ROLDANILLO CR 3 S 44 Tels. 312318160 Ocupación: OTROS TRABAJADORES DE GER

Est/Civil: CASADO Sexo: MASCULINO

Historia Clínica: 16551291

VICIO: Autorización No.: 0000-19030214 Ciudad: 76322 ROLDANILLO Zona: U Estrato: 2

Tipo afiliado: B BENEFICIARIO Responsable: Telefono:

Responsible: Telefono:

Familiar: Telefono:

Medico: 0000 MEDICO GENERAL

El desplazamiento completo de los datos relacionados a continuación es responsabilidad exclusiva del médico general.

SERVICIO: Fecha Ingreso: 06/01/14 Hora Ingreso: 19:20 AM Fecha Egreso: 12/01/14 Hora Egreso: 01:00 AM

Via de Ingreso: Urgencias ☒ Consulta Ext-Prop. ☐ Retenido ☐ Nacido en la institución ☐

Condición Usual: Embarazada ☐ 1.º Trm. ☐ 2.º Trm. ☐ 3.º Trm. ☐ NO ☐ No Aplica ☐

Causa Externa: ☐ Accidente de trabajo ☐ Evento catastrófico ☐ Maltrato ☐ Ova ☐

☐ Accidente de tránsito ☐ Lesión por presión ☐ Enfermedad general ☐

☐ Otro tipo de accidente ☐ Lesión autoinfligida ☐ Enfermedad profesional ☐

DATOS DE LA CONDICIÓN DEL RECIEN NACIDO

Periodo de: Fecha de Nacimiento: Sexo: Hombre ☐ Peso (en gramos): ☐ Taller (cm): ☐ Apagar a los 5 minutos: ☐ Mayor de 4 ☐ De 4 a 6 ☐

(N.º Semanas) dd mm aaaa: ☐ Mujer ☐ Fecha de Muerte del Niño: ☐ De 7 a 10 ☐

Causa de Muerte del Niño (Debe ser igual al): ☐

DIAGNOSTICO DE CORRO: Neumonía Multilobar código 720

2.º a Sepsis de origen Pulmonar código 1469

3.º a Sepsis de origen Pulmonar código 1469

4.º a Sepsis de origen Pulmonar código 1469

HALLAZGOS LABORATORIO CLINICO Y PATOLÓGICO: Ver Anexos clínicos

HALLAZGOS IMAGENOLÓGICA (EXÁMENES RELEVANTES): Infiltrados pulmonares bilaterales

ACERCA DE: CVC, línea arterial, toracostomía #3

TRATAMIENTO: Vancomicina, Ureapenem, Clavulánico, Amoxicilina, Oxalotamida, Clorprometina, Dexametasona, Lactulosa



AL HECHO 56: Es cierto, el INSTITUTO NACIONAL DE SALUD-INS emitió el resultado de las pruebas de virología y patología practicadas a los cortes de tejido de los órganos: Pulmón, Hígado y Bazo del señor CARLOS ANDRES PEREZ PINZON, las cuales arrojaron el siguiente resultado:



 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO REDES EN SALUD PÚBLICA	REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO FOR-R01.0000-001	Versión No. 00
			2012-06-15
			Página 1 De 2

Orden #: 2014011600018 Código Interno: 51491
Solicitante: LABORATORIO DEPARTAMENTAL DE SALUD PÚBLICA DE VALLE DEL CAUCA
Dirección Solicitante: CARRERA 78 #4-30 - CALLE 5 CON CARR. Teléfono Solicitante: 072-6206821 / 072-6200000 EXT.1600
Email Solicitante: Entidad Remitente: FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JORGE-BUGA
Departamento: VALLE DEL CAUCA Municipio: CALI
Información del Paciente:
Paciente: PINZON PEREZ CARLOS ANDRES Historia: 16551291 Edad: 37 AÑOS
Sexo: Masculino

VIROLOGÍA

PCR para Virus Respiratorios en tejido
Método Utilizado: Amplificación de ácidos nucleicos.

RESULTADO:

NEGATIVO

PARA VIRUS INFLUENZA A

TECNICA: Diagnóstico, Tipificación y Subtipificación de Virus Influenza por RT-PCR en Tiempo Real-Protocolo CDC. (CDC REF I-007-05)

FECHA DE PROCESAMIENTO: 15/02/2014

Tipo de Muestra: CORTES DE TEJIDO

Temperatura Muestra: 8.3°C

Fecha Recepción de la Muestra: 04/02/2014 16:53:05

Fecha de Informe de Resultado: 26/02/2014 16:17:40

Código analista responsable: 8.357

PCR para virus respiratorios no FLU Cortes de Tejido

Método Utilizado: Reacción en Cadena de la Polimerasa

RESULTADO:

NEGATIVO

PARA METAPNEUMOVIRUS (MPV), VIRUS SINCITAL RESPIRATORIO (VSR), PARAINFLUENZA TIPO 1, 2, 3 Y 4 (PIV 1, 2, 3 Y 4), RHINOVIRUS (RV), ADENOVIRUS (AdV), BOCAVIRUS (BoV), INFLUENZA B Y LOS SUPRITOS DE CORONAVIRUS 229E, NL63, OC43 Y HUK1.

TECNICA: Diagnóstico de Virus diferentes a Influenza por RT-PCR en Tiempo Real-Protocolo CDC.

FECHA DE PROCESAMIENTO: 15/02/2014

Tipo de Muestra: CORTES DE TEJIDO

Temperatura Muestra: 8.3°C

Fecha Recepción de la Muestra: 04/02/2014 16:53:05

Fecha de Informe de Resultado: 26/02/2014 16:17:40

Código analista responsable: 8.357

El resultado emitido corresponde únicamente al obtenido por el análisis de la(s) muestra(s) allegada(s) para estudio, identificada(s) como se especifica en el contenedor de la(s) misma(s) y la solicitud de servicio respectiva. El laboratorio no puede responsabilizarse del cumplimiento de las condiciones pre-análisis de pertinencia en identificación, almacenamiento y transporte. No está permitido reproducir parcialmente o totalmente el informe de resultados sin la aprobación escrita de la Coordinación del Grupo.

Avenida calle 26 No. 51-20, Bogotá D.C., Colombia
Consultar (T) 2207700, Fax: 2207700 Ext-1200-1201
Apertados 80080 y 80334, www.ins.gov.co
e-mail: ins@insapertados 80080 y 80334

INFORMACIÓN	PROCESO	REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO	Version No. 00
			2012-06-15
Intervención: Nacionalidad: Sexo:	REDES EN SALUD PÚBLICA	FOR-R01 0054001	Página 1 De 2

Orden N°: 2014011800025
Solicitante: LABORATORIO DEPARTAMENTAL DE SALUD PÚBLICA DE VALLE DEL CAUCA
Dirección Solicitante: CARRETERA 75 # 436 CALLES CONCAVE
Entidad Solicitante: Entidad Receptor: FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JORGE BUGA
Departamento: VALLE DEL CAUCA Municipio: CALI

Información del Paciente:

Paciente: PINZÓN PEREZ CARLOS ANDRÉS Historia: 18551291 Edad: 37 AÑOS
Sexo: Masculino

VIROLOGÍA

Estudio histopatológico de influenza y virus respiratorios

Método Utilizado: Coloración básica H&E

RESULTADO:

ORIGEN DE LA PIEZA: Autopsia

HISTORIA CLÍNICA: Paciente con trauma no expectorativa, seletor, edema, malestar general, DXT (RAC).
DESCRIPCIÓN MACROSCÓPICA: Se reciben múltiples fragmentos de órganos que en conjunto pesan 22 gramos, el fragmento mayor mide 5x2x0,5 y el menor 1x1x0,5. Se procesan cortes representativos en 4 bloques.

DIAGNÓSTICO: ÓRGANOS VARIOS: AUTOPSIA

- PULMÓN: PNEUMONITIS AGUDA EVOLUTIVA FIBROIDE SEVERA CON EDEMA ALVEOLAR SUGERENTE DE ORIGEN VIRAL.
- HIGADO: ESTRUCTURA LOBULILAR PRESERVADA, TRÁDAS PORTALES Y VEBAS CENTRALES DE ASPECTO HISTOLÓGICO USUAL.
- SIN NECROSIS ZONAL COMO TAMPOCO PROCESO INFLAMATORIO.
- BAZO: EXTENSOS CAMBIOS POR ALTOGLISIS QUE IMPIDEN LA EVALUACIÓN MORFOLÓGICA.

Nota: Correlacionar con resultados de pruebas microbiológicas que se han realizado.

Copie: DVARSPIESHRAG - VIROLOGÍA

Proceso: 1030

Trascribió: Adrián Gloria

Edgar
EDGAR ALBERTO PARRA SAAD
MD PATÓLOGO 79.670.792

Tipo de Muestra: AUTOPSIA

Temperatura Muestra: 10°C

Fecha Recepción de la Muestra: 27/01/2014 8:45:55

Fecha de Informe de Resultado: 10/02/2014 13:54:01

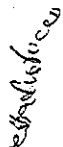
Código analista responsable:

1030

Edo. Alou H

El resultado emitido corresponde únicamente al obtenido por el análisis de la(s) muestra(s) etiquetada(s) para estudio, (constituye(s) como(s) específicos en el contenedor de la(s) muestra(s) y la solicitud de servicio respectiva. El laboratorio no puede responsabilizarse del cumplimiento de las condiciones pre-análisis de pertinencia, identificación, almacenamiento y transporte. No debe utilizarse para fines diagnósticos, o para emitir informes de resultados sin la aprobación escrita de la Coordinación de Grupo.

Avenida calle 26 No. 21-20 Bogotá D.C., Colombia
Contacto: (1) 2207700 Fax: 2207700 Cel: 12001220
Aparados: 80095-130534: www.fhsjb.org
e-mail: fhsjb@fhsjb.org y fhsjb@fhsjb.org
Línea gratuita: 018000113400



BUGA
San José

Amable y Segura

ORGANISMO SALUD DEL GUATEMALA	LABORATORIO DE SALUD PUBLICA DEPARTAMENTAL	CASA SAN JUAN TORON
SECRETARIA SALUD PUBLICA DEPARTAMENTAL		VIAJES HUA. 0 PJ 501 1 de 1

013

TECNICA: inmunofluorescencia de Virus Respiratorios - Influenza A, B, Adenovirus, virus Sincitial Respiratorio, Para Influenza 1, 2, 3

[illegible]

The Angus Cow Company
has been
in business since 1890

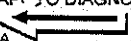
Ascribed 21 June 1961

11 October 2014 14:44:23

12

SEPSIS DE ORIGEN PULMONAR QUE PADECIA EL PACIENTE, ATACAN LA MÉDULA ÓSEA DONDE SE PRODUCEN LAS PLAQUETAS Y LOS LEUCOCITOS Y AL NO PODER GENERARSE NUEVOS, SE DISMINUYEN LOS CONTEOS EN LA SANGRE, PRESENTANDO TROMBOCITOPENIA Y LEUCOPENIA, POR LO TANTO, NUNCA EXISTIERON SIGNOS, SINTOMAS O RESULTADOS DE AYUDAS DIAGNOSTICAS QUE HICIERAN SOSPECHAR A LOS MEDICOS TRATANTES QUE EL SEÑOR CARLOS ANDRES PEREZ PINZON ESTUVIERA CURSANDO CON UN DENGUE HEMORRAGICO.

De igual forma no se debe pasar por alto que en la CLINICA MARIANGEL DUMIAN MEDICAL SAS le realizaron al paciente prueba IGM para descartar dengue la cual fue negativa, lo cual se evidencia en la Historia Clínica de dicha institución elaborada el 4 de enero de 2014:

PLAN: CONTINUAR HOSPITALIZACION *ANÁLISIS(JUSTIFICACIÓN): PACIENTE QUE EL DIA DE HOY ES REMITIDO DE LA CLINICA ORIENTE CON CUADRO CLINICO DE MAS MENOS 5 DIAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN PICOS FEBRILES A STENIA ADINAMIA, CEFALALIA, PICOS FEBRILES ASOCIADOS A TOS SECA, RECONSULTANTE EN VARIAS INSTITUCIONES DE SALUD, E DIA DE HOY PRESENTA COMPROMISO DE SU PARTIPE RESPIRATORIA CON SISTENTE EN DISNEA, LO QUE LLEVA A CONSULTAR A NIVEL I DE ATENCION, DONDE REMITEN A OTRA INSTITUCION DONDE REALIZABN PARACLINICOS Y ENCUENTRAN PLAQUETAS EN DISMINUCION, CON RADIOGRAFIA DE TORAX / QUE MUESTRA INFILTRADOS PARAHILARES BILATERALES, SIN IMAGENES DE DERRAMES PLEURALES, NO REFIERE NINGUNA OTRA SIGNOSINTOMATOLOGIA EN EL MOMENTO - PACIENTE QUEIN SE DECIDE HOSPITALIZAR CON CLINICA Y LOS IMAGENOLOGICOS EN ESTE CASO RADIOGRAFIA DE TORAX COMPATIBLE CON CUADRO NEUMONICO, LOS PARACLINICOS QUE TRAEN DE REMISION MUESTRA COMPATIBILIDAD CON CUADRO VIRAL A ESTO SE ASOCIA NIVELES DE PLAQUETAS DSE SOLICITA IGM DENGUE, O POR HEMOGRAMA CON LEUCOPENIA, SE PODIA TRATAR DE NEUMONIA POR ATIPICO POR LO QUE IGUALMENTE SE DECIDE HOSPITALIZAR PARA INICIO DE MANEJO ANTIBIOTICO INTRAHOSPITALARIO. SE SOLICITA COMO IMAGENOLOGICO ECO DE ABDOMEN TOTAL SE CONTINUA CON MANEJO INSTAURADO, A ESPERA DE CAMA EN HOSPITALIZACION. HALLAZGO OBJETIVO: PACIENTE ALERTA CONCIENTE, ORIENTADO. NORMOCEFALO SIN SIGNOS DE TRAUMA. PINIRAL, ESCLERA SANCITERICAS. MUCOSA ORAL HUMEDA. CUELLO: MOVIL, NO DOLOROSO, SIN MASAS NI ADENOPATIAS. TORAX: EXPANSIBLE, SIN RETRACCIONES, NI TIRAJES, RS CS RS SIN SOPLO AUDIBLES, MURMULLO VESICULAR PRESENTE SIN SOBREGREGADOS. ABDOMEN: PERISTALSIS POSITIVA, BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS NO MEGALIAS. GENITOURINARIO: SIN ALTERACIONES. EXTREMIDADES: SIEMPRE MOVILES, SIN EDEMA. SNC: SIN DEFICIT SENSITIVO NI MOTOR APRENET. EN EL MOMENTO DEL EXAMEN FISICO. HALLAZGO SUBJETIVO: ESTOY BIEN INTERPRETACION APOYO DIAGNOSTICO: IGM DENGUE - TROMBOCITOPENIA LEUCOPENIA	 
---	---

Además existe un diagnostico de NEUMONIA MULTILOBAR el cual es corroborado por pruebas de gases arteriales que muestran compromiso severo del pulmón, lo cual no es causado por un dengue hemorragico quedando con ello plenamente probado que el paciente nunca cursó con un dengue hemorragico.

Adicional a todo lo anterior basta con leer el informe emitido por el instituto nacional de salud del reporte de resultados de laboratorio de patologia practicado a los cortes de tejido de los organos: pulmón, hígado y bazo del señor CARLOS ANDRES PEREZ PINZON y en el análisis de dichos tejidos no se evidenció la presencia de dengue como se observa a continuación:



"PATOLOGIA"

Estudio histopatológico de Influenza y Virus respiratorios
Metodo utilizado: Coloracion basica H&E
RÉSULTADO:

ORIGEN DE LA PIEZA: Autopsia

HISTORIA CLINICA: Paciente con tos seca no expectorativa, astenia, adinamia, malestar general. IDX: IRAG?

DESCRIPCIÓN MACROSCOPICA: Se reciben multiples fragmentos de organos que en conjunto pesan 22 gramos, el fragmento mayor mide 5x4x3cm y el menor 1x1. Se procesan cortes representativos en 4 bloques.

DIAGNOSTICO: ORGANOS VARIOS -AUTOPSIA

- PULMON: PNEUMONITIS AGUDA EXUDATIVA FRIBINOIDE SEVERA CON EDEMA ALVEOLAR, SUGESTIVOS DE ORIGEN VIRAL

- HIGADO: ESTRUCTURA LOBULILLAR PRESERVADA TRIADAS PORTALES Y VENAS CENTRALES DE ASPECTO HISTOLOGICO USUAL SIN NECROSIS ZONAL COMO TAMPOCO PROCESO INFLAMATORIO.

- BAZO: EXTENSOS CAMBIOS POR AUTOLISIS QUE IMPIDEN LA EVALUACIÓN MORFOLOGICA"

	PROCESO	REPORTE DE RESULTADOS	Versión No.00
	REDES EN SALUD PÚBLICA	DEL LABORATORIO	2013-06-15
		FOR-R01 0735-001	Página 1 De 2

Ordenar: 2014011500028 Código Interno: 57543
Solicitante: LABORATORIO DEPARTAMENTAL DE SALUD PÚBLICA DE VALLE DEL CAUCA
Dirección Solicitante: CARRERA 75#430 - CALLES CON CARRERA Teléfono Solicitante: 072-2206821 / 072-2200000 EXT 1833
Email Solicitante: Edred/Remberto FUNDACION HOSPITAL SAN JORGE BUGA
Departamento: VALLE DEL CAUCA Municipio: CAU
Información del Paciente:
Paciente: PINZON PEREZ CARLOS ANDRES Historia: 18551201 Edad: 37 AÑOS
Sexo: Masculino

PATOLOGIA
Estudio histopatológico de Influenza y virus respiratorios
Método Utilizado: Coloración básica H&E
RÉSULTADO:

ORIGEN DE LA PIEZA: Autopsia.
HISTORIA CLINICA: Paciente con tos seca no expectorativa, astenia, adinamia, malestar general. IDX: IRAG?
DESCRIPCIÓN MACROSCOPICA: Se reciben multiples fragmentos de organos que en conjunto pesan 22 gramos, el fragmento mayor mide 5x4x3cm y el menor 1x1. Se procesan cortes representativos en 4 bloques.
DIAGNOSTICO: ORGANOS VARIOS -AUTOPSIA
- PULMON: PNEUMONITIS AGUDA EXUDATIVA FRIBINOIDE SEVERA CON EDEMA ALVEOLAR, SUGESTIVOS DE ORIGEN VIRAL.
- HIGADO: ESTRUCTURA LOBULILLAR PRESERVADA TRIADAS PORTALES Y VENAS CENTRALES DE ASPECTO HISTOLOGICO USUAL SIN NECROSIS ZONAL COMO TAMPOCO PROCESO INFLAMATORIO.
- BAZO: EXTENSOS CAMBIOS POR AUTOLISIS QUE IMPIDEN LA EVALUACIÓN MORFOLOGICA.
Nota: Correlacionar con resultados de pruebas microbiológicas que fueron realizadas.
Copia: DVARSP/IES/IRAG - VIROLOGIA
Proceso: 1030
Transcrito: Adrián Ojarín.

EDGAR ALBERTO PARRA SAAD
MD PATOLOGO 79570792

Fecha Recepción de la Muestra: 22/07/2014 8:45:55
Fecha de Informe de Resultado: 10/02/2014 13:54:01
Código analista responsable: 1030

Ahora bien, respecto a la manifestación de la parte demandante de porque *“los galenos tratantes no ordenaron la autopsia científica y/o patológica del cadáver”* es preciso aclarar que de acuerdo con lo establecido en el literal a) del Artículo 15 del Decreto 786 de 1.990, las autopsias clínicas se deben practicar para ***“Establecer las causas de la muerte, así como la existencia de patologías asociadas y otras particularidades del individuo y de su medio ambiente”***, en el presente caso la causa de la causa del señor CARLOS ANDRES PEREZ PINZON fue clara para los médicos tratantes de la Fundación Hospital San José de Buga y así se estableció en la Historia Clínica, en donde se consignó que la causa básica de muerte fue una **SEPSIS DE ORIGEN PULMONAR QUE LE CAUSÓ UN PARO CARDIORESPIRATORIO**, por lo que no era mandatorio la solicitud de autopsia clínica.

No obstante lo anterior, y con la finalidad de dar cumplimiento a los requerimientos establecidos por el Gobierno Nacional para la notificación de Enfermedades de Reporte Obligatorio en Colombia, se ordenó la vicerectomía para vigilancia y control epidemiológico, la cual es realizada por el Instituto Nacional de Salud -INS y que se encuentra planamente regulada en el Decreto 786 de 1990.

Por lo tanto, no será de nuestra carga probar que el paciente presentó Dengue Hemorrágico, así como tampoco probar porque no se descartó dicha enfermedad, no obstante lo anterior, no está por demás aclararle a la parte demandante que la carga de la prueba le corresponde a ellos como parte actora del presente proceso, de conformidad con lo establecido en el Artículo 167 del Código General del Proceso.

AL HECHO 58: No nos consta la fecha en que la parte demandante presentó la solicitud de Audiencia de Conciliación.

AL HECHO 59: Es cierto, nuestra institución participó de Audiencia de Conciliación en calidad de convocada, la cual se realizó el día 19 de noviembre de 2015.

AL HECHO 60: No nos consta, que se pruebe.

AL HECHO 61: No nos consta.

AL HECHO 62: Es cierto lo manifestado por el Doctor LUIS ERNESTO FLOREZ SIMANCA, Jefe de Oficina del INSTITUTO NACIONAL DE SALUD, en respuesta a la petición elevada por la parte demandante, y esto debido a que efectivamente dicha entidad no recibió muestras para análisis con notificación de evento Dengue a nombre del señor CARLOS ANDRES PEREZ PINZON, **DEBIDO A QUE EL PACIENTE NUNCA PRESENTÓ SINTOMATOLOGIA SUGESTIVA DE DENGUE HEMORRAGICO**, mientras estuvo hospitalizado en nuestra institución, que hiciera sospechar a los médicos tratantes que el señor CARLOS ANDRES PEREZ PINZON estuviera cursando con dicha enfermedad, ni siquiera como una sospecha, y mucho menos como un diagnóstico diferencial, por lo tanto, no existe ni una sola nota en la historia clínica de la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA, en donde se hubiese diagnosticado un Dengue Hemorrágico.



Siendo obligatorio el reporte y envío de muestras para análisis solo cuando se tienen pruebas positivas para Dengue o se sospecha que el paciente cursó con la enfermedad, de lo contrario, es totalmente impertinente el envío de dichas muestras al INSTITUTO NACIONAL DE SALUD; dichas muestras no se envían al INS por capricho o simple querer de los familiares o de la institución hospitalaria.

AL HECHO 63: No nos consta, que se pruebe.

AL HECHO 64: No nos consta, que se pruebe.

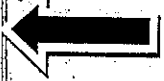
EN CUANTO A LAS MOTIVACIONES MEDICO-LEGALES QUE IMPELEN A INCOAR LA DEMANDA, DEMOSTRATIVAS DE LA RELACIÓN DE CAUSALIDAD ENTRE LOS HECHOS DAÑOSOS, INTENSIONALES O CULPOSOS Y EL DAÑO

1. AL HECHO DAÑOSO NOTORIO NUMERO UNO (1) – CUADRO HEMATICO (conforme lo expuesto en los numerales 10 y 11 del relato de los “Hechos y Consideraciones de la demanda): No nos consta, desconocemos lo manifestado por la parte demandante en el presente hecho, dado que se trata de situaciones fácticas presentadas en otro centro hospitalario, en las cuales nuestra institución no tuvo injerencia alguna.

No obstante lo anterior, es preciso reiterar, respecto a la atención médica prestada al señor CARLOS ANDRES PEREZ PINZON en la FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA del 6 al 12 de enero de 2014, que el paciente **NUNCA PRESENTÓ SINTOMATOLOGIA SUGESTIVA DE DENGUE HEMORRAGICO**, que hiciera sospechar a los médicos tratantes que el señor CARLOS ANDRES PEREZ PINZON estuviera cursando con dicha enfermedad, **NUNCA SE CONSIDERÓ NI SIQUIERA COMO UNA SOSPECHA, Y MUCHO MENOS COMO UN DIAGNOSTICO DIFERENCIAL, QUE EL SEÑOR CARLOS ANDRES PEREZ PINZON HUBIERA CURSADO CON UN DENGUE HEMORRAGICO, NO EXISTE NI UNA SOLA NOTA EN LA HISTORIA CLINICA DE LA FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA, EN DONDE SE HUBIESE DIAGNOSTICADO UN DENGUE HEMORRAGICO, Y ESTO DEBIDO A QUE EL PACIENTE NUNCA PRESENTÓ SINTOMATOLOGIA SUGESTIVA DE ESTA ENFERMEDAD, SI BIEN ES CIERTO EL PACIENTE PRESENTÓ NIVELES BAJOS DE PLAQUETAS, ELLO NO IMPLICA QUE ESTUVIERA CURSANDO CON UN DENGUE, Y ESTO DEBIDO A QUE LAS INFECCIONES SEVERAS COMO LA NEUMONIA MULTILOBAL Y LA SEPSIS DE ORIGEN PULMONAR QUE PADECIA EL PACIENTE, ATACAN LA MÉDULA ÓSEA DONDE SE PRODUCEN LAS PLAQUETAS Y LOS LEUCOCITOS Y AL NO PODER GENERARSE NUEVOS, SE DISMINUYEN LOS CONTEOS EN LA SANGRE, PRESENTANDO TROMBOCITOPENIA Y LEUCOPENIA, POR LO TANTO, NUNCA EXISTIERON SIGNOS, SINTOMAS O RESULTADOS DE AYUDAS DIAGNOSTICAS QUE HICIERAN SOSPECHAR A LOS MEDICOS TRATANTES QUE EL SEÑOR CARLOS ANDRES PEREZ PINZON ESTUVIERA CURSANDO CON UN DENGUE HEMORRAGICO.**

De igual forma no se debe pasar por alto que en la CLINICA MARIANGEL DUMIAN MEDICAL SAS **le realizaron al paciente prueba IGM para descartar dengue la**

cual fue negativa, lo cual se evidencia en la Historia Clínica de dicha institución elaborada el 4 de enero de 2014:

PLAN: CONTINUAR HOSPITALIZACIÓN *ANÁLISIS(JUSTIFICACIÓN): PACIENTE QUE EL DIA DE HOY ES REMITIDO DE LA CLINICA ORIENTE CON CUADRO CLINICO DE MAS O MENOS 5 DIAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN PICOS FEBRILES A STENIA ADINAMIA, CEFALAEA, PICOS FEBRILES ASOCIADOS A TOS SECA, RECONSULTANTE EN VARIAS INSTITUCIONES DE SALUD, E DIA DE HOY PRESENTA COMPROMISO DE SU PARTIYE RESPIRATORIA CON SISTENTE EN DISNEA, LO QUE LLEVA A CONSULTAR A NIVEL DE ATENCION, DONDE REMITEN A OTRA INSTITUCION DONDE REALIZAN PARACLINICOS Y ENCUENTRAN PLAQUETAS EN DISMINUCION, CON RADIOGRAFIA DE TORAX QUE MUESTRA INFILTRADOS PARAHILARES BILATERALES, SIN IMAGENES DE DERRAMES PLEURALES, NO REFIRE NINGUNA OTRA SIGNOSISINTOMATOLOGIA EN EL MOMENTO - PACIENTE QUEIN SE DECIDE HOSPITALIZAR CON CLINICA Y LOS IMAGENOLOGICOS EN ESTE CASO RADIOGRAFIA DE TORAX COMPATIBLE CON CUADRO NEUMONICO, LOS PARACLINICOS QUE TRAEN DE REMISION MUESTRA COMPATIBILIDAD CON CUADRO VIRAL A ESTO SE ASOCIA NIVELES DE PLAQUETAS DESE SOLICITA IGM DENGUE, O POR HEMOGRAMA CON LEUCOPENIA, SE PODIA TRATAR DE NEUMONIA POR ATIPICO POR LO QUE IGUALMENTE SE DECIDE HOSPITALIZAR PARA INICIO DE MANEJO ANTIBIOTICO INTRAHOSPITALARIO. SE SOLICITA COMO IMAGENOLOGICO ECO DE ABDOMEN TOTAL SE CONTINUA CON MANEJO INSTAURADO, A ESPERA DE CAMA EN HOSPITALIZACIÓN. HALLAZGO OBJETIVO: PACIENTE ALERTA CONCIENTE, ORIENTADO. NORMOCEFALO SIN SIGNOS DE TRAUMA. PINIRAL, ESCLERA SANCITERICAS. MUCOSA ORAL HUMEDA. CUELLO: MOVIL, NO DOLOROSO, SIN MASAS NI ADENOPATIAS. TORAX: EXPANSIBLE, SIN RETRACCIONES, NI TIRAJES, RS CS RS SIN SOPLOS AUDIBLES, MURMULLO VESICULAR PRESENTE SIN SOBREAGREGADOS. ABDOMEN: PERISTALSIS POSITIVA, BLANDO, DEPRESIBLE; NO MASAS NO MEGALIAS. GENITOURINARIO: SIN ALTERACIONES. EXTREMIDADES: SIEMTRCIAS; MOVILES, SIN EDEMA. SNC: SIN DEFICIT SENSITIVO NI MOTOR APRENET EN EL MOMENTO DEL EXAMEN FISICO. HALLAZGO SUBJETIVO: ESTOY BIEN. INTERPRETACIÓN APOYO DIAGNÓSTICO: IGM DENGUE TROMBOCITOPENIA LEUCOPENIA	
---	---

Además existe un diagnostico de NEUMONIA MULTILOBAR el cual es corroborado por pruebas de gases arteriales que muestran compromiso severo del pulmón, lo cual no es causado por un dengue hemorragico, quedando con ello plenamente probado que el paciente nunca cursó con un dengue hemorragico.

Adicional a todo lo anterior basta con leer el informe emitido por el instituto nacional de salud del reporte de resultados de laboratorio de patologia practicado a los cortes de tejido de los organos: pulmón, hígado y bazo del señor CARLOS ANDRES PEREZ PINZON y en el análisis de dichos tejidos no se evidenció la presencia de dengue como se observa a continuación:

"PATOLOGIA

Estudio histopatologico de Influenza y Virus respiratorios

Metodo utilizado: Coloracion basica H&E

RESULTADO:

ORIGEN DE LA PIEZA: Autopsia

HISTORIA CLINICA: Paciente con tos seca no expectorativa, astenia, adinamia, malestar general. IDX: IRAG?

DESCRIPCIÓN MACROSCOPICA: Se reciben multiples fragmentos de organos que en conjunto pesan 22 gramos, el fragmento mayor mide 5x4x3cm y el menor 1x1. Se procesan cortes representativos en 4 bloques.

DIAGNOSTICO: ORGANOS VARIOS -AUTOPSIA

- **PULMON: PNEUMONITIS AGUDA EXUDATIVA FRIBINOIDE SEVERA CON EDEMA ALVEOLAR, SUGESTIVOS DE ORIGEN VIRAL**
- **HIGADO: ESTRUCTURA LOBULILLAR PRESERVADA TRIADAS PORTALES Y VENAS CENTRALES DE ASPECTO HISTOLOGICO USUAL SIN NECROSIS ZONAL COMO TAMPOCO PROCESO INFLAMATORIO.**
- **BAZO: EXTENSOS CAMBIOS POR AUTOLISIS QUE IMPIDEN LA EVALUACIÓN MORFOLOGICA**

2. AL HECHO DAÑOSO NOTORIO NUMERO DOS (2) – DESATENCIÓN DE LOS SIGNOS Y SINTOMAS PRESENTES EN EL SEÑOR CARLOS ANDRES PINZÓN PEREZ (conforme los expuesto en los numerales 9 y 54 del relato de los “Hechos y Consideraciones de la demanda): No nos consta, lo narrado por la parte demandante en el presente hecho dañoso, dado que se trata de situaciones fácticas presentadas en otro centro hospitalario, en las cuales nuestra institución no tuvo injerencia alguna.

No obstante lo anterior, es preciso reiterar, respecto a la atención medica prestada al señor CARLOS ANDRES PEREZ PINZON en la FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA del 6 al 12 de enero de 2014, que el paciente NUNCA PRESENTÓ SINTOMATOLOGIA SUGESTIVA DE DENGUE HEMORRAGICO, que hiciera sospechar a los médicos tratantes que el señor CARLOS ANDRES PEREZ PINZON estuviera cursando con dicha enfermedad, NUNCA SE CONSIDERÓ NI SIQUIERA COMO UNA SOSPECHA, Y MUCHO MENOS COMO UN DIAGNOSTICO DIFERENCIAL, QUE EL SEÑOR CARLOS ANDRES PEREZ PINZON HUBIERA CURSADO CON UN DENGUE HEMORRAGICO, NO EXISTE NI UNA SOLA NOTA EN LA HISTORIA CLINICA DE LA FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA, EN DONDE SE HUBIESE DIAGNOSTICADO UN DENGUE HEMORRAGICO, Y ESTO DEBIDO A QUE EL PACIENTE NUNCA PRESENTÓ SINTOMATOLOGIA SUGESTIVA DE ESTA ENFERMEDAD, SI BIEN ES CIERTO EL PACIENTE PRESENTÓ NIVELES BAJOS DE PLAQUETAS, ELLO NO IMPLICA QUE ESTUVIERA CURSANDO CON UN DENGUE, Y ESTO DEBIDO A QUE LAS INFECCIONES SEVERAS COMO LA NEUMONIA MULTILOBAL Y LA SEPSIS DE ORIGEN PULMONAR QUE PADECIA EL PACIENTE, ATACAN LA MÉDULA ÓSEA DONDE SE PRODUCEN LAS PLAQUETAS Y LOS LEUCOCITOS Y AL NO PODER GENERARSE NUEVOS, SE DISMINUYEN LOS CONTEOS EN LA SANGRE, PRESENTANDO TROMBOCITOPENIA Y LEUCOPENIA, POR LO TANTO, NUNCA EXISTIERON SIGNOS, SINTOMAS O RESULTADOS DE AYUDAS DIAGNOSTICAS QUE HICIERAN SOSPECHAR A LOS MEDICOS TRATANTES QUE EL SEÑOR CARLOS ANDRES PEREZ PINZON ESTUVIERA CURSANDO CON UN DENGUE HEMORRAGICO.

De igual forma no se debe pasar por alto que en la CLINICA MARIANGEL DUMIAN MEDICAL SAS le realizaron al paciente prueba IGM para descartar dengue la cual fue negativa, lo cual se evidencia en la Historia Clínica de dicha institución elaborada el 4 de enero de 2014:

PLAN:
CONTINUAR HOSPITALIZACIÓN

*ANÁLISIS(JUSTIFICACIÓN):
PACIENTE QUE EN EL DÍA DE HOY ES REMITIDO DE LA CLÍNICA ORIENTE CON CUADRO CLÍNICO DE MÁS O MENOS 5 DÍAS DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN PICOS FEBRILES A STENIA ADINAMIA, CEFALALGIA, PICOS FEBRILES ASOCIADOS A TOS SECA, RECONSULTANTE EN VARIAS INSTITUCIONES DE SALUD, E DÍA DE HOY PRESENTA COMPROMISO DE SU PARTIDO RESPIRATORIO CON SISTENTE EN DISNEA, LO QUE LLEVA A CONSULTAR A NIVEL I DE ATENCIÓN, DONDE REMITEN A OTRA INSTITUCIÓN DONDE REALIZABAN PARACLÍNICOS Y ENCUENTRAN PLAQUETAS EN DISMINUCIÓN, CON RADIOGRAFÍA DE TORAX QUE MUESTRA INFILTRADOS PARAHILIARES BILATERALES, SIN IMÁGENES DE DERRAMES PLEURALES, NO REFIERE NINGUNA OTRA SIGNOSISINTOMATOLOGÍA EN EL MOMENTO. PACIENTE QUE SE DECIDE HOSPITALIZAR CON CLÍNICA Y LOS IMAGENOLÓGICOS EN ESTE CASO RADIOGRAFÍA DE TORAX COMPATIBLE CON CUADRO NEUMÓNICO, LOS PARACLÍNICOS QUE TRAEN DE REMISIÓN MUESTRA COMPATIBILIDAD CON CUADRO VIRAL A ESTO SE ASOCIA NIVELES DE PLAQUETAS QUE SOLICITA IGM DENGUE, O POR HEMOGRAMA CON LEUCOPENIA, SE PODÍA TRATAR DE NEUMONIA POR ATÍPICO POR LO QUE IGUALMENTE SE DECIDE HOSPITALIZAR PARA INICIO DE MANEJO ANTIBIÓTICO INTRAHOSPITALARIO.

SE SOLICITA COMO IMAGENOLÓGICO ECO DE ABDOMEN TOTAL SE CONTINÚA CON MANEJO INSTAURADO, A ESPERA DE CAMA EN HOSPITALIZACIÓN.

HALLAZGO OBJETIVO:
PACIENTE ALERTA CONCIENTE, ORIENTADO, NORMOCEFALO, SIN SIGNOS DE TRAUMA, PUPILAS ESCLERAS SANCITERICAS.
MUCOSA ORAL HUMEDA.
CUELLO: MOVIL, NO DOLOROSO, SIN MASAS NI ADENOPATIAS.
TORAX: EXPANSIBLE, SIN RETRACCIONES, NI TIRAJES, RS CS RS SIN SOPLOS AUDIBLES, MURMULLO VESICULAR PRESENTE SIN SOBREGREGADOS.
ABDOMEN: PERISTALSIS POSITIVA, BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS NO MEGALIAS.
GENITOURINARIO: SIN ALTERACIONES.
EXTREMIDADES: SIEMPRE MOVILES, SIN EDEMA.
SNC: SIN DEFICIT SENSITIVO NI MOTOR APRENET EN EL MOMENTO DEL EXAMEN FISICO.

HALLAZGO SUBJETIVO:
ESTOY BIEN.

INTERPRETACIÓN APOYO DIAGNÓSTICO:
IGM DENGUE
TROMBOCITOPENIA
LEUCOPENIA

Además existe un diagnóstico de NEUMONIA MULTILOBAR el cual es corroborado por pruebas de gases arteriales que muestran compromiso severo del pulmón, lo cual no es causado por un dengue hemorrágico, quedando con ello plenamente probado que el paciente nunca cursó con un dengue hemorrágico.

Adicional a todo lo anterior basta con leer el informe emitido por el instituto nacional de salud del reporte de resultados de laboratorio de patología practicado a los cortes de tejido de los órganos: pulmón, hígado y bazo del señor CARLOS ANDRES PEREZ PINZON y en el análisis de dichos tejidos no se evidenció la presencia de dengue como se observa a continuación:

"PATOLOGIA

Estudio histopatológico de Influenza y Virus respiratorios

Método utilizado: Coloración básica H&E

RESULTADO:

ORIGEN DE LA PIEZA: Autopsia

HISTORIA CLINICA: Paciente con tos seca no expectorativa, astenia, adinamia, malestar general. IDX: IRAG?

DESCRIPCIÓN MACROSCOPICA: Se reciben múltiples fragmentos de órganos que en conjunto pesan 22 gramos, el fragmento mayor mide 5x4x3cm y el menor 1x1. Se procesan cortes representativos en 4 bloques.

DIAGNOSTICO: ORGANOS VARIOS -AUTOPSIA

- **PULMON: PNEUMONITIS AGUDA EXUDATIVA FRIBINOIDE SEVERA CON EDEMA ALVEOLAR, SUGESTIVOS DE ORIGEN VIRAL**

- **HIGADO: ESTRUCTURA LOBULILLAR PRESERVADA TRIADAS PORTALES Y VENAS CENTRALES DE ASPECTO HISTOLOGICO USUAL SIN NECROSIS ZONAL COMO TAMPOCO PROCESO INFLAMATORIO.**

- **BAZO: EXTENSOS CAMBIOS POR AUTOLISIS QUE IMPIDEN LA EVALUACIÓN MORFOLOGICA**

3. AL HECHO DAÑOSO NOTORIO NUMERO TRES (3) – USO CONTRAINDICADO DE DIPIRONA (PERSISTENCIA EN EL ERROR MEDICO) (conforme lo expuesto en los numerales 9, 14, 34 y 40 del relato de los “Hechos y Consideraciones de la demanda): No es cierto, el medicamento Dipirona no estaba contraindicado para ser administrado al paciente, dado que el paciente **NUNCA CURSÓ CON UN DENGUE HEMORRAGICO.** El señor CARLOS ANDRES PEREZ PINZON **NUNCA PRESENTÓ SINTOMATOLOGIA SUGESTIVA DE DENGUE HEMORRAGICO,** que hiciera sospechar a los médicos tratantes que el señor CARLOS ANDRES PEREZ PINZON estuviera cursando con dicha enfermedad, **NUNCA SE CONSIDERÓ NI SIQUIERA COMO UNA SOSPECHA, Y MUCHO MENOS COMO UN DIAGNOSTICO DIFERENCIAL, QUE EL SEÑOR CARLOS ANDRES PEREZ PINZON HUBIERA CURSADO CON UN DENGUE HEMORRAGICO, NO EXISTE NI UNA SOLA NOTA EN LA HISTORIA CLINICA DE LA FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA, EN DONDE SE HUBIESE DIAGNOSTICADO UN DENGUE HEMORRAGICO, Y ESTO DEBIDO A QUE EL PACIENTE NUNCA PRESENTÓ SINTOMATOLOGIA SUGESTIVA DE ESTA ENFERMEDAD, SI BIEN ES CIERTO EL PACIENTE PRESENTÓ NIVELES BAJOS DE PLAQUETAS, ELLO NO IMPLICA QUE ESTUVIERA CURSANDO CON UN DENGUE, Y ESTO DEBIDO A QUE LAS INFECCIONES SEVERAS COMO LA NEUMONIA MULTILOBAL Y LA SEPSIS DE ORIGEN PULMONAR QUE PADECIA EL PACIENTE, ATACAN LA MÉDULA ÓSEA DONDE SE PRODUCEN LAS PLAQUETAS Y LOS LEUCOCITOS Y AL NO PODER GENERARSE NUEVOS, SE DISMINUYEN LOS CONTEOS EN LA SANGRE, PRESENTANDO TROMBOCITOPENIA Y LEUCOPENIA, POR LO TANTO, NUNCA EXISTIERON SIGNOS, SINTOMAS O RESULTADOS DE AYUDAS DIAGNOSTICAS QUE HICIERAN SOSPECHAR A LOS MEDICOS TRATANTES QUE EL SEÑOR CARLOS ANDRES PEREZ PINZON ESTUVIERA CURSANDO CON UN DENGUE HEMORRAGICO.**

De igual forma no se debe pasar por alto que en la CLINICA MARIANGEL DUMIAN MEDICAL SAS **le realizaron al paciente prueba IGM para descartar dengue la cual fue negativa,** lo cual se evidencia en la Historia Clínica de dicha institución elaborada el 4 de enero de 2014:

PLAN:
CONTINUAR HOSPITALIZACIÓN

*ANÁLISIS (JUSTIFICACIÓN):
PACIENTE QUE EN EL DÍA DE HOY ES REMITIDO DE LA CLÍNICA ORIENTE CON CUADRO CLÍNICO DE MÁS O MENOS 5 DÍAS DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN PICOS FEBRILES A STENIA ADINAMIA, CEFALALGIA, PICOS FEBRILES ASOCIADOS A TOS SECA, RECONSULTANTE EN VARIAS INSTITUCIONES DE SALUD, E DÍA DE HOY PRESENTA COMPROMISO DE SU PARTIDO RESPIRATORIO CON SISTENTE EN DISNEA, LO QUE LLEVA A CONSULTAR A NIVEL DE ATENCIÓN, DONDE REMITEN A OTRA INSTITUCIÓN DONDE REALIZAN PARACLINICOS Y ENCUENTRAN PLAQUETAS EN DISMINUCIÓN, CON RADIOGRAFÍA DE TORAX QUE MUESTRA INFILTRADOS PARAHILIARES BILATERALES, SIN IMAGENES DE DERRAMES PLEURALES, NO REFIERE NINGUNA OTRA SIGNOSINTOMATOLOGÍA EN EL MOMENTO. PACIENTE QUE SE DECIDE HOSPITALIZAR CON CLÍNICA Y LOS IMAGENOLOGICOS EN ESTE CASO RADIOGRAFÍA DE TORAX COMPATIBLE CON CUADRO NEUMONICO, LOS PARACLINICOS QUE TRAEN DE REMISION MUESTRA COMPATIBILIDAD CON CUADRO VIRAL A ESTO SE ASOCIA NIVELES DE PLAQUETAS QUE SOLICITA IGM DENGUE, O POR HEMOGRAMA CON LEUCOPENIA, SE PODIA TRATAR DE NEUMONIA POR ATIPICO POR LO QUE IGUALMENTE SE DECIDE HOSPITALIZAR PARA INICIO DE MANEJO ANTIBIOTICO INTRAHOSPITALARIO.

SE SOLICITA COMO IMAGENOLOGICO ECO DE ABDOMEN TOTAL SE CONTINUA CON MANEJO INSTAURADO, A ESPERA DE CAMA EN HOSPITALIZACIÓN.

HALLAZGO OBJETIVO:
PACIENTE ALERTA CONCIENTE, ORIENTADO, NORMOCEFALO, SIN SIGNOS DE TRAUMA. PUPILAS ESCLERAS SANCITERICAS.
MUCOSA ORAL HUMEDA.
CUELLO: MOVIL, NO DOLOROSO, SIN MASAS NI ADENOPATIAS.
TORAX: EXPANSIBLE, SIN RETRACCIONES, NI TIRAJES, RS CS RS SIN SOPLOS AUDIBLES, MURMULLO VESICULAR PRESENTE SIN SOBREGREGADOS.
ABDOMEN: PERISTALSIS POSITIVA, BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS NI MEGALIAS.
GENITOURINARIO: SIN ALTERACIONES.
EXTREMIDADES: SIEMPRE MOVILES, SIN EDEMA.
SNC: SIN DEFICIT SENSORIAL NI MOTOR APRENET EN EL MOMENTO DEL EXAMEN FISICO.

HALLAZGO SUBJETIVO:
ESTOY BIEN

INTERPRETACIÓN APOYO DIAGNOSTICO:
IGM DENGUE
TROMBOCITOPENIA
LEUCOPENIA

Además existe un diagnostico de NEUMONIA MULTILOBAR el cual es corroborado por pruebas de gases arteriales que muestran compromiso severo del pulmón, lo cual no es causado por un dengue hemorragico, quedando con ello plenamente probado que el paciente nunca cursó con un dengue hemorragico.

Adicional a todo lo anterior basta con leer el informe emitido por el instituto nacional de salud del reporte de resultados de laboratorio de patologia practicado a los cortes de tejido de los organos: pulmón, hígado y bazo del señor CARLOS ANDRES PEREZ PINZON y en el análisis de dichos tejidos no se evidenció la presencia de dengue como se observa a continuación:

"PATOLOGIA

Estudio histopatologico de Influenza y Virus respiratorios

Metodo utilizado: Coloracion basica H&E

RESULTADO:

ORIGEN DE LA PIEZA: Autopsia

HISTORIA CLINICA: Paciente con tos seca no expectorativa, astenia, adinamia, malestar general. IDX: IRAG?

DESCRIPCIÓN MACROSCOPICA: Se reciben multiples fragmentos de organos que en conjunto pesan 22 gramos, el fragmento mayor mide 5x4x3cm y el menor 1x1. Se procesan cortes representativos en 4 bloques.

DIAGNOSTICO: ORGANOS VARIOS -AUTOPSIA

- **PULMON: PNEUMONITIS AGUDA EXUDATIVA FRIBINOIDE SEVERA CON EDEMA ALVEOLAR, SUGESTIVOS DE ORIGEN VIRAL**
- **HIGADO: ESTRUCTURA LOBULILLAR PRESERVADA TRIADAS PORTALES Y VENAS CENTRALES DE ASPECTO HISTOLOGICO USUAL SIN NECROSIS ZONAL COMO TAMPOCO PROCESO INFLAMATORIO.**
- **BAZO: EXTENSOS CAMBIOS POR AUTOLISIS QUE IMPIDEN LA EVALUACIÓN MORFOLOGICA**

4. AL HECHO DAÑOSO NOTORIO NUMERO CUATRO (4) – NO REALIZACION DE LA PRUEBA RAPIDA PARA LA DETECCIÓN O PRUEBA ANTIGENO NS1, DISPONIBLE A PARTIR DEL 2013 EN EL DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA: No es cierto lo manifestado en el presente hecho dañoso, el señor CARLOS ANDRES PEREZ PINZON, NUNCA CURSÓ CON UN DENGUE HERRAGICO durante su estancia en la FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA, el señor CARLOS ANDRES PEREZ PINZON NUNCA PRESENTÓ SINTOMATOLOGIA SUGESTIVA DE DENGUE HEMORRAGICO, que hiciera sospechar a los médicos tratantes que el señor CARLOS ANDRES PEREZ PINZON estuviera cursando con dicha enfermedad, NUNCA SE CONSIDERÓ NI SIQUIERA COMO UNA SOSPECHA, Y MUCHO MENOS COMO UN DIAGNOSTICO DIFERENCIAL, QUE EL SEÑOR CARLOS ANDRES PEREZ PINZON HUBIERA CURSADO CON UN DENGUE HEMORRAGICO, NO EXISTE NI UNA SOLA NOTA EN LA HISTORIA CLINICA DE LA FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA, EN DONDE SE HUBIESE DIAGNOSTICADO UN DENGUE HEMORRAGICO, Y ESTO DEBIDO A QUE EL PACIENTE NUNCA PRESENTÓ SINTOMATOLOGIA SUGESTIVA DE ESTA ENFERMEDAD, SI BIEN ES CIERTO EL PACIENTE PRESENTÓ NIVELES BAJOS DE PLAQUETAS, ELLO NO IMPLICA QUE ESTUVIERA CURSANDO CON UN DENGUE, Y ESTO DEBIDO A QUE LAS INFECCIONES SEVERAS COMO LA NEUMONIA MULTILOBAL Y LA SEPSIS DE ORIGEN PULMONAR QUE PADECIA EL PACIENTE, ATACAN LA MÉDULA ÓSEA DONDE SE PRODUCEN LAS PLAQUETAS Y LOS LEUCOCITOS Y AL NO PODER GENERARSE NUEVOS, SE DISMINUYEN LOS CONTEOS EN LA SANGRE, PRESENTANDO TROMBOCITOPENIA Y LEUCOPENIA, POR LO TANTO, NUNCA EXISTIERON SIGNOS, SINTOMAS O RESULTADOS DE AYUDAS DIAGNOSTICAS QUE HICIERAN SOSPECHAR A LOS MEDICOS TRATANTES QUE EL SEÑOR CARLOS ANDRES PEREZ PINZON ESTUVIERA CURSANDO CON UN DENGUE HEMORRAGICO.

De igual forma no se debe pasar por alto que en la CLINICA MARIANGEL DUMIAN MEDICAL SAS le realizaron al paciente prueba IGM para descartar dengue la cual fue negativa, lo cual se evidencia en la Historia Clínica de dicha institución elaborada el 4 de enero de 2014:

PLAN:
CONTINUAR HOSPITALIZACIÓN

***ANÁLISIS(JUSTIFICACIÓN):**

PACIENTE QUE EN EL DÍA DE HOY ES REMITIDO DE LA CLÍNICA ORIENTE CON CUADRO CLÍNICO DE MÁS O MENOS 5 DÍAS DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN PICOS FEBRILES A STENIA ADINAMIA, CEFALALGIA, PICOS FEBRILES ASOCIADOS A TOS SECA, RECONSULTANTE EN VARIAS INSTITUCIONES DE SALUD, E DÍA DE HOY PRESENTA COMPROMISO DE SU PARTIDO RESPIRATORIO CON SISTENTE EN DISNEA, LO QUE LLEVA A CONSULTAR A NIVEL I DE ATENCIÓN, DONDE REMITEN A OTRA INSTITUCIÓN DONDE REALIZAN PARACLÍNICOS Y ENCUENTRAN PLAQUETAS EN DISMINUCIÓN, CON RADIOGRAFÍA DE TORAX QUE MUESTRA INFILTRADOS PARAHILIALES BILATERALES, SIN IMÁGENES DE DERRAMES PLEURALES, NO REFIERE NINGUNA OTRA SIGNOSINTOMATOLOGÍA EN EL MOMENTO. PACIENTE QUE SE DECIDE HOSPITALIZAR CON CLÍNICA Y LOS IMAGENOLÓGICOS EN ESTE CASO RADIOGRAFÍA DE TORAX COMPATIBLE CON CUADRO NEUMÓNICO, LOS PARACLÍNICOS QUE TRAEN DE REMISIÓN MUESTRA COMPATIBILIDAD CON CUADRO VIRAL A ESTO SE ASOCIA NIVELES DE PLAQUETAS QUE SOLICITA IGM DENGUE, O POR HEMOGRAMA CON LEUCOPENIA, SE PODÍA TRATAR DE NEUMONÍA POR ATÍPICO POR LO QUE IGUALMENTE SE DECIDE HOSPITALIZAR PARA INICIO DE MANEJO ANTIBIÓTICO INTRAHOSPITALARIO.

SE SOLICITA COMO IMAGENOLÓGICO ECO DE ABDOMEN TOTAL SE CONTINÚA CON MANEJO INSTAURADO, A ESPERA DE CAMA EN HOSPITALIZACIÓN.

HALLAZGO OBJETIVO:

PACIENTE ALERTA CONCIENTE, ORIENTADO, NORMOCEFALO SIN SIGNOS DE TRAUMA. PUPILAS, ESCLERA SANCITERICAS, MUCOSA ORAL HUMEDA. CUELLO: MOVIL, NO DOLOROSO, SIN MASAS NI ADENOPATIAS. TORAX: EXPANSIBLE, SIN RETRACCIONES, NI TIRAJES, RS CS RS SIN SOPLOS AUDIBLES, MURMULLO VESICULAR PRESENTE SIN SOBREGREGADOS. ABDOMEN: PERISTALSIS POSITIVA, BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS NO MEGALIAS. GENITOURINARIO: SIN ALTERACIONES. EXTREMIDADES: SIMÉTRICAS, MÓVILES, SIN EDEMA. SNC: SIN DÉFICIT SENSITIVO NI MOTOR APRENET. EN EL MOMENTO DEL EXAMEN FÍSICO.

HALLAZGO SUBJETIVO:
ESTOY BIEN

INTERPRETACIÓN APOYO DIAGNÓSTICO:

IGM DENGUE -
TROMBOCITOPENIA
LEUCOPENIA

Además existe un diagnóstico de NEUMONIA MULTILÓBULO el cual es corroborado por pruebas de gases arteriales que muestran compromiso severo del pulmón, lo cual no es causado por un dengue hemorrágico, quedando con ello plenamente probado que el paciente nunca cursó con un dengue hemorrágico.

Adicional a todo lo anterior basta con leer el informe emitido por el Instituto Nacional de Salud del reporte de resultados de laboratorio de patología practicado a los cortes de tejido de los órganos: pulmón, hígado y bazo del señor CARLOS ANDRÉS PÉREZ PINZÓN y en el análisis de dichos tejidos no se evidenció la presencia de dengue como se observa a continuación:

"PATOLOGÍA

Estudio histopatológico de Influenza y Virus respiratorios

Método utilizado: Coloración básica H&E

RESULTADO:

ORIGEN DE LA PIEZA: Autopsia

HISTORIA CLÍNICA: Paciente con tos seca no expectorativa, astenia, adinamia, malestar general. **IDX:** IRAG?

DESCRIPCIÓN MACROSCÓPICA: Se reciben múltiples fragmentos de órganos que en conjunto pesan 22 gramos, el fragmento mayor mide 5x4x3cm y el menor 1x1. Se procesan cortes representativos en 4 bloques.

DIAGNÓSTICO: ORGANOS VARIOS -AUTOPSIA



- **PULMON: PNEUMONITIS AGUDA EXUDATIVA FRIBINOIDE SEVERA CON EDEMA ALVEOLAR, SUGESTIVOS DE ORIGEN VIRAL**
- **HIGADO: ESTRUCTURA LOBULILLAR PRESERVADA TRIADAS PORTALES Y VENAS CENTRALES DE ASPECTO HISTOLOGICO USUAL SIN NECROSIS ZONAL COMO TAMPOCO PROCESO INFLAMATORIO.**
- **BAZO: EXTENSOS CAMBIOS POR AUTOLISIS QUE IMPIDEN LA EVALUACIÓN MORFOLOGICA**

5. AL HECHO DAÑOSO NOTORIO NUMERO CINCO (5) – EQUIVOCACIÓN EN EL DIAGNOSTICO DE LA FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA, AL CONFUNDIR LOS SIGNOS Y SINTOMAS DEL PACIENTE PINZÓN PÉREZ CON UNA INFLUENZA VIRUS A SUBTIPO H1N1, MAS CONOCIDA COMO “AH1N1 HUMANA O GRIPE AH1N, CUANDO SE TRATÓ DE UNA SEPSIS DE ORIGEN PULMONAR: (conforme los expuesto en los numerales 39, 41, 44 y 50 del relato de los “Hechos y Consideraciones de la demanda): No es cierto, lo manifestado por la parte demandante en el presente hecho dañoso, los médicos tratantes del paciente en la FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA **NUNCA INCURRIERON EN EQUIVOCACIÓN EN EL DIAGNOSTICO DEL PACIENTE DURANTE SU ESTANCIA HOSPITALARIA,** quien incurre en error es el apoderado de la parte demandante al no revisar la Historia Clínica en donde de manera clara se consignó desde el ingreso del paciente al servicio de urgencias de nuestra institución diagnósticos tales como NEUMONIA MULTILOBAR, **SEPSIS DE ORIGEN PULMONAR** y **SOSPECHA DE H1N1.**

La Sepsis de Origen Pulmonar fue diagnosticada y tratada desde el ingreso del señor CARLOS ANDRES PEREZ PINZON a nuestra institución el día 6 de enero de 2014 y siempre se mantuvo como un diagnóstico y el H1N1 siempre se consignó como sospecha e interrogado y se prescribieron medicamentos para su manejo, así fue registrado en la Historia Clínica que se observa a continuación:

Fecha	Sírvase firmar legiblemente todas las anotaciones que escriba
6/1	su edemas.
	Paciente joven, quien en
	paradignos externos se encuentra.
	leucopenico, hipotermico, con
	presencia de un cuadro
	multilobar, se considera
	neumonía, asociada en la
	comunidad. en la
	se sospecha H1N1.
	Dx Neumonia Multilobar
	sospecha H1N1
	Sepsis origen pulmonar
	Ver ordenes Medics.
	Tratados con



FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA
CARRERA, 8 NO. 17 - 52
PBX- 2360000 - 2375185
BUGA - VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA
UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO
HISTORIA CLÍNICA DE INGRESO

FECHA DE INGRESO: 06 ENERO 2014 22:00

CAMA 104

NOMBRE: CARLOS ANDRÉS PINZON	HISTORIA CLÍNICA: 16551291
EDAD: 37 AÑOS	CC: 16551291
SEXO: MASCULINO.	EPS: COOMEVA
ORIGEN/PROCEDENCIA: ROLDANILLO	Ocupación: INDEPENDIENTE

MOTIVO DE INGRESO A UCI

SEPSIS DE ORIGEN PULMONAR, NEUMONI MULTILOBAR SOSPECHA DE HINI



FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA
Carrera, 8 No. 17 - 52
PBX- 2360000 - 2375185
BUGA - VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA
UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO
CAMA 104

ENERO 7 DE 2014 9:00 AM.

NOMBRE: CARLOS ANDRÉS PINZON	HISTORIA CLÍNICA: 16551291
EDAD: 37 AÑOS	CC: 16551291
SEXO: MASCULINO.	EPS: COOMEVA
ORIGEN/PROCEDENCIA: ROLDANILLO	Ocupación: INDEPENDIENTE

DIAGNOSTICOS 1. SEPSIS ORIGEN PULMONAR A. NEUMONIA MULTILOBAR. B. INFECCIÓN AHINI ?	PROBLEMAS ♦ REQUERIMIENTO DE VMI ♦ ALTO RIESGO DE FALLECER
---	---

PACIENTE EN SU PRIMER DÍA DE ESTANCIA EN UCI, CON INDICACIÓN DE PERMANENCIA POR REQUERIMIENTO DE VMI, BUEN ACOPLE A VM, AFEBRIL, SIN REQUERIMIENTO DE SOPORTE INOTRÓPICO VASOACTIVO, SATURACIONES



FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA
Carrera, 8 No. 17 - 52
PBX- 2360000 - 2375185
BUGA - VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA
UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO
CAMA 104

ENERO 8 DE 2014 9:00 AM.

NOMBRE: CARLOS ANDRÉS PINZON	HISTORIA CLÍNICA: 16551291
EDAD: 37 AÑOS	CC: 16551291
SEXO: MASCULINO.	EPS: COOMEVA
ORIGEN/PROCEDENCIA: ROLDANILLO	Ocupación: INDEPENDIENTE

DIAGNOSTICOS 1. SEPSIS ORIGEN PULMONAR A. NEUMONIA MULTILOBAR. B. INFECCIÓN AHINI ? C. SDRA 2. NEUMOTORAX DERECHO POS CVC TORACOSTOMIA DERECHA	PROBLEMAS ♦ REQUERIMIENTO DE VMI ♦ ALTO RIESGO DE FALLECER
---	---

MALAS CONDICIONES GENERALES.
ESTABLE SIN INDICACIÓN DE VASOACTIVOS PERO RECIBIENDO INOTRÓPICO.
VENTILACIÓN MECÁNICA PARAMETROS ELEVADOS, BUENA MECÁNICA VENTILATORIA, SO2 INADECUADA.
AFEBRIL.



FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA
Carrera, 8 No. 17 - 52
PBX- 2360000 - 2375185
BUGA - VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA
UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO
CAMA 104

ENERO 9 DE 2014 9:00 AM.

NOMBRE: CARLOS ANDRES PINZON	HISTORIA CLINICA: 16551291
EDAD: 37 AÑOS	CC: 16551291
SEXO: MASCULINO.	EPS: COOMEVA
ORIGEN/PROCEDENCIA: ROLDANILLO	Ocupacion: INDEPENDIENTE

DIAGNOSTICOS 1. SEPSIS ORIGEN PULMONAR A. NEUMONIA MULTILOBAR. B. INFECCION AHINI ? C. SDRA SEVERO. 2. CHOQUE SEPTICO DE ORIGEN PULMONAR. 3. NEUMOTORAX DERECHO POS CVC RESUELTO TORACOSTOMIA DERECHA.	PROBLEMAS • REQUERIMIENTO DE VMI • ALTO RIESGO DE FALLECER. • REQUERIMIENTO DE INOTROPICO
--	---

PACIENTE EN SU DIA 3 DE ESTANCIA EN UCI, CON INDICACION POR REQUERIMIENTO DE VASOACTIVO Y VMI, EN REGULARES CONDICIONES GENERALES, AFEBRIL, TOLERA NET, BUEN ACOPLE A VM, CON ADECUADAS SO2
TAM: 21, FC: 74, FR: 14, T: 36,7°, PVC: 12, SO2: 92%, GLUCOMETR: 134 MG%



FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA
Carrera, 8 No. 17 - 52
PBX- 2360000 - 2375185
BUGA - VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA
UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO
CAMA 104

ENERO 10 DE 2014 9:00 AM.

NOMBRE: CARLOS ANDRES PINZON	HISTORIA CLINICA: 16551291
EDAD: 37 AÑOS	CC: 16551291
SEXO: MASCULINO.	EPS: COOMEVA
ORIGEN/PROCEDENCIA: ROLDANILLO	Ocupacion: INDEPENDIENTE

DIAGNOSTICOS 1. SEPSIS ORIGEN PULMONAR A. NEUMONIA MULTILOBAR. B. INFECCION AHINI ? C. SDRA SEVERO. 2. CHOQUE SEPTICO DE ORIGEN PULMONAR. 3. NEUMOTORAX DERECHO POS CVC RESUELTO TORACOSTOMIA DERECHA.	PROBLEMAS • REQUERIMIENTO DE VMI • ALTO RIESGO DE FALLECER. • REQUERIMIENTO DE VASOACTIVOS. • ECOCARDIOGRAMA TT NORMAL.
--	--

MALAS CONDICIONES GENERALES.



FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA
Carrera, 8 No. 17 - 52
PBX- 2360000 - 2375185
BUGA - VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA
UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO
CAMA 104

ENERO 11 DE 2014 9:00 AM.

NOMBRE: CARLOS ANDRES PINZON	HISTORIA CLINICA: 16551291
EDAD: 37 AÑOS	CC: 16551291
SEXO: MASCULINO.	EPS: COOMEVA
ORIGEN/PROCEDENCIA: ROLDANILLO	Ocupacion: INDEPENDIENTE

DIAGNOSTICOS 1. SEPSIS ORIGEN PULMONAR A. NEUMONIA MULTILOBAR. B. INFECCION AHINI ? C. SDRA SEVERO. 2. CHOQUE SEPTICO DE ORIGEN PULMONAR NO RESUELTO. 3. NEUMOTORAX DERECHO POS CVC RESUELTO TORACOSTOMIA DERECHA.	PROBLEMAS • SOPORTE VMI • ALTO RIESGO DE FALLECER. • REQUERIMIENTO DE VASOACTIVOS. • PARAMETROS VENTILATORIOS ALTOS
--	--

PACIENTE EN SU DIA 5 DE ESTANCIA EN UCI, CON INDICACION POR REQUERIMIENTO DE SOPORTE INOTROPICO Y VASOACTIVO, CON VMI CON PARAMETROS ALTOS, ACOPLE DEFICIENTE A VENTILACION MECANICA, AFEBRIL, CON

De acuerdo con los reiterados registros en la Historia Clínica en donde se consignaron todos los diagnósticos con los que cursó el paciente durante su

estancia en nuestra institución, los cuales fueron tratados efectivamente con la administración de múltiples medicamentos para su manejo, queda claro y sin lugar a ninguna duda que el personal médico que trató al paciente en nuestra institución, lo **DIAGNOSTICÓ DE MANERA CORRECTA Y ACERTADA, siendo una falacia total la manifestación de “Equivocación en el Diagnóstico” que enuncia el apoderado de la parte demandante sin sustento técnico alguno**, pues basta con tan solo leer la Historia Clínica, para evidenciar de manera clara, que tal equivocación no se presentó, y más cuando los dos diagnósticos que manifiesta la parte demandante “fueron confundidos entre sí” aparecen consignados y tratados cada uno con los medicamentos pertinentes a lo largo de la Historia Clínica, si tal “confusión” se hubiera presentado simplemente nunca se hubiera consignado en la Historia Clínica el diagnóstico de SEPSIS DE ORIGEN PULMONAR y mucho menos se hubiera tratado, como en efecto se hizo.

6. AL HECHO DAÑOSO NOTORIO NUMERO SEIS (6) – DETECCIÓN TARDIA DE LA NEUMONIA MULTILOBAR BACTERIANA (conforme lo expuesto en los numerales 08, a 54 del relato de los “Hechos y Consideraciones de la demanda): No nos consta, desconocemos lo manifestado por la parte demandante en el presente hecho, dado que se trata de situaciones fácticas presentadas en otro centro hospitalario, en las cuales nuestra institución no tuvo injerencia alguna.

No obstante lo anterior, es preciso reiterar, respecto a la atención médica prestada al señor CARLOS ANDRES PEREZ PINZON en la FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA del 6 al 12 de enero de 2014, que el paciente **NUNCA PRESENTÓ SINTOMATOLOGIA SUGESTIVA DE DENGUE HEMORRAGICO**, que hiciera sospechar a los médicos tratantes que el señor CARLOS ANDRES PEREZ PINZON estuviera cursando con dicha enfermedad, **NUNCA PRESENTÓ SINTOMATOLOGIA SUGESTIVA DE DENGUE HEMORRAGICO**, que hiciera sospechar a los médicos tratantes que estuviera cursando con dicha enfermedad, **NUNCA SE CONSIDERÓ NI SIQUIERA COMO UNA SOSPECHA, Y MUCHO MENOS COMO UN DIAGNOSTICO DIFERENCIAL, QUE EL SEÑOR CARLOS ANDRES PEREZ PINZON HUBIERA CURSADO CON UN DENGUE HEMORRAGICO, NO EXISTE NI UNA SOLA NOTA EN LA HISTORIA CLINICA DE LA FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA, EN DONDE SE HUBIESE DIAGNOSTICADO UN DENGUE HEMORRAGICO, Y ESTO DEBIDO A QUE EL PACIENTE NUNCA PRESENTÓ SINTOMATOLOGIA SUGESTIVA DE ESTA ENFERMEDAD, SI BIEN ES CIERTO EL PACIENTE PRESENTÓ NIVELES BAJOS DE PLAQUETAS, ELLO NO IMPLICA QUE ESTUVIERA CURSANDO CON UN DENGUE, Y ESTO DEBIDO A QUE LAS INFECCIONES SEVERAS COMO LA NEUMONIA MULTILOBAL Y LA SEPSIS DE ORIGEN PULMONAR QUE PADECIA EL PACIENTE, ATACAN LA MÉDULA ÓSEA DONDE SE PRODUCEN LAS PLAQUETAS Y LOS LEUCOCITOS Y AL NO PODER GENERARSE NUEVOS, SE DISMINUYEN LOS CONTEOS EN LA SANGRE, PRESENTANDO TROMBOCITOPENIA Y LEUCOPENIA, POR LO TANTO, NUNCA EXISTIERON SIGNOS, SINTOMAS O RESULTADOS DE AYUDAS DIAGNOSTICAS QUE HICIERAN SOSPECHAR A LOS MEDICOS TRATANTES QUE EL SEÑOR CARLOS ANDRES PEREZ PINZON ESTUVIERA CURSANDO CON UN DENGUE HEMORRAGICO.**

De igual forma no se debe pasar por alto que en la CLINICA MARIANGEL DUMIAN MEDICAL SAS le realizaron al paciente prueba IGM para descartar dengue la cual fue negativa, lo cual se evidencia en la Historia Clínica de dicha institución elaborada el 4 de enero de 2014:

PLAN: CONTINUAR HOSPITALIZACIÓN	
*ANÁLISIS(JUSTIFICACIÓN): PACIENTE QUE EN EL DÍA DE HOY ES REMITIDO DE LA CLINICA ORIENTE CON CUADRO CLÍNICO DE MÁS O MENOS 5 DÍAS DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN PICOS FEBRILES A STENIA ADINAMIA, CEFALALGIA, PICOS FEBRILES ASOCIADOS A TOS SECA, RECONSULTANTE EN VARIAS INSTITUCIONES DE SALUD, E DÍA DE HOY PRESENTA COMPROMISO DE SU PARTIDO RESPIRATORIO CON SÍNTOMA EN DISNEA, LO QUE LLEVA A CONSULTAR A NIVEL DE ATENCIÓN, DONDE REMITEN A OTRA INSTITUCIÓN DONDE REALIZAN PARACLINICOS Y ENCUENTRAN PLAQUETAS EN DISMINUCIÓN, CON RADIOGRAFÍA DE TÓRAX QUE MUESTRA INFILTRADOS PARAHILIALES BILATERALES, SIN IMÁGENES DE DERRAMA PLEURALES, NO REFIERE NINGUNA OTRA SIGNOSINTOMATOLOGÍA EN EL MOMENTO. PACIENTE QUE SE DECIDE HOSPITALIZAR CON CLÍNICA Y LOS IMAGENOLÓGICOS EN ESTE CASO RADIOGRAFÍA DE TÓRAX COMPATIBLE CON CUADRO NEUMÓNICO, LOS PARACLINICOS QUE TRAEN DE REMISIÓN MUESTRA COMPATIBILIDAD CON CUADRO VIRAL A ESTO SE ASOCIA NIVELES DE PLAQUETAS QUE SOLICITA IGM DENGUE, O POR HEMOGRAMA CON LEUCOPENIA SE PODÍA TRATAR DE NEUMONIA POR ATÍPICO POR LO QUE IGUALMENTE SE DECIDE HOSPITALIZAR PARA INICIO DE MANEJO ANTIBIÓTICO INTRAHOSPITALARIO.	
SE SOLICITA COMO IMAGENOLÓGICO ECO DE ABDOMEN TOTAL SE CONTINÚA CON MANEJO INSTAURADO, A ESPERA DE CAMA EN HOSPITALIZACIÓN.	
HALLAZGO OBJETIVO: PACIENTE ALERTA CONCIENTE, ORIENTADO. NORMOCEFALO SIN SIGNOS DE TRAUMA. PUPILAS ESCLERA SANCITERICAS. MUCOSA ORAL HUMEDA. CUELLO: MOVIL, NO DOLOROSO, SIN MASAS NI ADENOPATIAS. TÓRAX: EXPANSIBLE, SIN RETRACCIONES, NI TIRAJES, RS CS RS SIN SOPLOS AUDIBLES, MURMULLO VESICULAR PRESENTE SIN SOBREGREGADOS. ABDOMEN: PERISTALSIS POSITIVA, BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS NI MEGALIAS. GENITOURINARIO: SIN ALTERACIONES. EXTREMIDADES: SIEMPRE MOVILES, SIN EDEMA. SNC: SIN DEFICIT SENSORIAL NI MOTOR APRENET EN EL MOMENTO DEL EXAMEN FÍSICO.	
HALLAZGO SUBJETIVO: ESTOY BIEN	
INTERPRETACIÓN APOYO DIAGNÓSTICO: IGM DENGUE - TROMBOCITOPENIA LEUCOPENIA	

Además existe un diagnóstico de NEUMONIA MULTILÓBULA el cual es corroborado por pruebas de gases arteriales que muestran compromiso severo del pulmón, lo cual no es causado por un dengue hemorrágico, quedando con ello plenamente probado que el paciente nunca cursó con un dengue hemorrágico.

Adicional a todo lo anterior basta con leer el informe emitido por el Instituto Nacional de Salud del reporte de resultados de laboratorio de patología practicado a los cortes de tejido de los órganos: pulmón, hígado y bazo del señor CARLOS ANDRES PEREZ PINZON y en el análisis de dichos tejidos no se evidenció la presencia de dengue como se observa a continuación:

"PATOLOGIA

Estudio histopatológico de Influenza y Virus respiratorios

Método utilizado: Coloración básica H&E

RESULTADO:

ORIGEN DE LA PIEZA: Autopsia

HISTORIA CLÍNICA: Paciente con tos seca no expectorativa, astenia, adinamia, malestar general. IDI: IRAG?

DESCRIPCIÓN MACROSCÓPICA: Se reciben múltiples fragmentos de órganos que en conjunto pesan 22 gramos, el fragmento mayor mide

5x4x3cm y el menor 1x1. Se procesan cortes representativos en 4 bloques.

DIAGNOSTICO: ORGANOS VARIOS -AUTOPSIA

- **PULMON: PNEUMONITIS AGUDA EXUDATIVA FRIBINOIDE SEVERA CON EDEMA ALVEOLAR, SUGESTIVOS DE ORIGEN VIRAL**
- **HIGADO: ESTRUCTURA LOBULILLAR PRESERVADA TRIADAS PORTALES Y VENAS CENTRALES DE ASPECTO HISTOLOGICO USUAL SIN NECROSIS ZONAL COMO TAMPOCO PROCESO INFLAMATORIO.**
- **BAZO: EXTENSOS CAMBIOS POR AUTOLISIS QUE IMPIDEN LA EVALUACIÓN MORFOLOGICA”**

ni siquiera como una sospecha, y mucho menos como un diagnóstico diferencial, por lo tanto, no existe ni una sola nota en la historia clínica de la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA, en donde se hubiese diagnosticado un Dengue Hemorrágico.

7. AL HECHO DAÑOSO NOTORIO NUMERO SIETE (7) – UN DENGUE HEMORRAGICO NO DIAGNOSTICADO NI MUCHO MENOS TRATADO, AL IGUAL QUE SE LE SOBREGREGO LA NEUMONIA MULTILOBAR TARDIAMENTE DIAGNOSTICADA (conforme lo expuesto en los numerales 08, a 54 del relato de los “Hechos y Consideraciones de la demanda): No es cierto lo manifestado en el presente hecho dañoso, el señor CARLOS ANDRES PEREZ PINZON, NUNCA CURSÓ CON UN DENGUE HERRAGICO durante su estancia en la FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA, el señor CARLOS ANDRES PEREZ PINZON NUNCA PRESENTÓ SINTOMATOLOGIA SUGESTIVA DE DENGUE HEMORRAGICO, que hiciera sospechar a los médicos tratantes que estuviera cursando con dicha enfermedad, NUNCA SE CONSIDERÓ NI SIQUIERA COMO UNA SOSPECHA, Y MUCHO MENOS COMO UN DIAGNOSTICO DIFERENCIAL, QUE EL SEÑOR CARLOS ANDRES PEREZ PINZON HUBIERA CURSADO CON UN DENGUE HEMORRAGICO, NO EXISTE NI UNA SOLA NOTA EN LA HISTORIA CLINICA DE LA FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA, EN DONDE SE HUBIESE DIAGNOSTICADO UN DENGUE HEMORRAGICO, Y ESTO DEBIDO A QUE EL PACIENTE NUNCA PRESENTÓ SINTOMATOLOGIA SUGESTIVA DE ESTA ENFERMEDAD, SI BIEN ES CIERTO EL PACIENTE PRESENTÓ NIVELES BAJOS DE PLAQUETAS, ELLO NO IMPLICA QUE ESTUVIERA CURSANDO CON UN DENGUE, Y ESTO DEBIDO A QUE LAS INFECCIONES SEVERAS COMO LA NEUMONIA MULTILOBAL Y LA SEPSIS DE ORIGEN PULMONAR QUE PADECIA EL PACIENTE, ATACAN LA MÉDULA ÓSEA DONDE SE PRODUCEN LAS PLAQUETAS Y LOS LEUCOCITOS Y AL NO PODER GENERARSE NUEVOS, SE DISMINUYEN LOS CONTEOS EN LA SANGRE, PRESENTANDO TROMBOCITOPENIA Y LEUCOPENIA, POR LO TANTO, NUNCA EXISTIERON SIGNOS, SINTOMAS O RESULTADOS DE AYUDAS DIAGNOSTICAS QUE HICIERAN SOSPECHAR A LOS MEDICOS TRATANTES QUE EL SEÑOR CARLOS ANDRES PEREZ PINZON ESTUVIERA CURSANDO CON UN DENGUE HEMORRAGICO.

De igual forma no se debe pasar por alto que en la CLINICA MARIANGEL DUMIAN MEDICAL SAS le realizaron al paciente prueba IGM para descartar dengue la cual fue negativa, lo cual se evidencia en la Historia Clínica de dicha institución elaborada el 4 de enero de 2014:

PLAN:
CONTINUAR HOSPITALIZACIÓN

*ANÁLISIS(JUSTIFICACIÓN):
PACIENTE QUE EN EL DÍA DE HOY ES REMITIDO DE LA CLÍNICA ORIENTE CON CUADRO CLÍNICO DE MÁS O MENOS 5 DÍAS DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN PICOS FEBRILES A STENIA ADINAMIA, CEFALALGIA, PICOS FEBRILES ASOCIADOS A TOS SECA, RECONSULTANTE EN VARIAS INSTITUCIONES DE SALUD, E DÍA DE HOY PRESENTA COMPROMISO DE SU PARTIDO RESPIRATORIO CON SISTENTE EN DISNEA, LO QUE LLEVA A CONSULTAR A NIVEL DE ATENCIÓN, DONDE REMITEN A OTRA INSTITUCIÓN DONDE REALIZABAN PARACLÍNICOS Y ENCUENTRAN PLAQUETAS EN DISMINUCIÓN, CON RADIOGRAFÍA DE TORAX QUE MUESTRA INFILTRADOS PARAHILIARES BILATERALES, SIN IMÁGENES DE DERRAMES PLEURALES, NO REFIERE NINGÚN OTRO SIGNO SINTOMATOLÓGICO EN EL MOMENTO. PACIENTE QUE SE DECIDE HOSPITALIZAR CON CLÍNICA Y LOS IMAGENOLÓGICOS EN ESTE CASO RADIOGRAFÍA DE TORAX COMPATIBLE CON CUADRO NEUMÓNICO, LOS PARACLÍNICOS QUE TRAEN DE REMISION MUESTRA COMPATIBILIDAD CON CUADRO VIRAL A ESTO SE ASOCIA NIVELES DE PLAQUETAS QUE SE SOLICITA IGM DENGUE, O POR HEMOGRAMA CON LEUCOPENIA, SE PODÍA TRATAR DE NEUMONÍA POR ATÍPICO POR LO QUE IGUALMENTE SE DECIDE HOSPITALIZAR PARA INICIO DE MANEJO ANTIBIÓTICO INTRAHOSPITALARIO.

SE SOLICITA COMO IMAGENOLÓGICO ECO DE ABDOMEN TOTAL SE CONTINUA CON MANEJO INSTAURADO, A ESPERA DE CAMA EN HOSPITALIZACIÓN.

HALLAZGO OBJETIVO:
PACIENTE ALERTA CONCIENTE, ORIENTADO, NORMOCEFALO SIN SIGNOS DE TRAUMA, PINIRAL, ESCLERA SANCITERICAS.
MUCOSA ORAL HUMEDA.
CUELLO: MÓVIL, NO DOLOROSO, SIN MASAS NI ADENOPATIAS.
TORAX: EXPANSIBLE, SIN RETRACCIONES, NI TIRAJES, RS CS RS SIN SOPLOS AUDIBLES, MURMULLO VESICULAR PRESENTE SIN SOBREGREGADOS.
ABDOMEN: PERISTALSIS POSITIVA, BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS NI MEGALIAS.
GENITOURINARIO: SIN ALTERACIONES.
EXTREMIDADES: SIEMPRE CÁLIDAS, MÓVILES, SIN EDEMA.
SNC: SIN DÉFICIT SENSITIVO NI MOTOR APRENET. EN EL MOMENTO DEL EXAMEN FÍSICO.

HALLAZGO SUBJETIVO:
ESTOY BIEN.

INTERPRETACIÓN APOYO DIAGNÓSTICO:
IGM DENGUE -
TROMBOCITOPENIA
LEUCOPENIA

Además existe un diagnóstico de NEUMONIA MULTILÓBULA el cual es corroborado por pruebas de gases arteriales que muestran compromiso severo del pulmón, lo cual no es causado por un dengue hemorrágico, quedando con ello plenamente probado que el paciente nunca cursó con un dengue hemorrágico.

Adicional a todo lo anterior basta con leer el informe emitido por el Instituto Nacional de Salud del reporte de resultados de laboratorio de patología practicado a los cortes de tejido de los órganos: pulmón, hígado y bazo del señor CARLOS ANDRÉS PÉREZ PINZÓN y en el análisis de dichos tejidos no se evidenció la presencia de dengue como se observa a continuación:

"PATOLOGIA

Estudio histopatológico de Influenza y Virus respiratorios

Método utilizado: Coloración básica H&E

RESULTADO:

ORIGEN DE LA PIEZA: Autopsia

HISTORIA CLÍNICA: Paciente con tos seca no expectorativa, astenia, adinamia, malestar general. **IDX:** IRAG?

DESCRIPCIÓN MACROSCÓPICA: Se reciben múltiples fragmentos de órganos que en conjunto pesan 22 gramos, el fragmento mayor mide 5x4x3cm y el menor 1x1. Se procesan cortes representativos en 4 bloques.

DIAGNÓSTICO: ORGANOS VARIOS -AUTOPSIA

- **PULMON: PNEUMONITIS AGUDA EXUDATIVA FIBRINOIDE SEVERA CON EDEMA ALVEOLAR, SUGESTIVOS DE ORIGEN VIRAL**
- **HIGADO: ESTRUCTURA LOBULILLAR PRESERVADA TRIADAS PORTALES Y VENAS CENTRALES DE ASPECTO HISTOLOGICO USUAL SIN NECROSIS ZONAL COMO TAMPOCO PROCESO INFLAMATORIO.**
- **BAZO: EXTENSOS CAMBIOS POR AUTOLISIS QUE IMPIDEN LA EVALUACIÓN MORFOLOGICA**

Ahora bien, respecto a la manifestación del apoderado de la parte demandante en torno a que la NEUMONIA MULTILOBAR “no fue tratada a tiempo” es preciso volver a reiterar que desde el ingreso del señor CARLOS ANDRES PEREZ PINZON al servicio de urgencias de la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA, esto es el día 6 de enero de 2014, la Neumonía Multilobar con la que venía cursando el paciente desde varios días antes, fue diagnosticada y tratada de manera inmediata tal y como se manifestó en contestación al hecho 45 de la demanda.

De acuerdo con lo consignado en la Historia Clínica del día 6 de enero de 2014 a las 19:42 horas, es decir 17 minutos después del ingreso del señor CARLOS ANDRES PEREZ PINZÓN (El ingreso del paciente al servicio de urgencias según Historia Clínica fue a las 19:25 horas), la Doctora SEIRA JOHANNA HERRERA, Médica Internista, valora al paciente y le ordena la administración de los siguientes medicamentos de forma inmediata: **Metilprednisolona y Dipirona**, y los antibióticos **Linezolid, Meropenem, Amantadina, Oseltamivir y Claritromicina**, tal y como se observa en la hoja de órdenes médicas del día 6 de enero de 2024 a las 19/30 horas:



**FUNDACIÓN HOSPITAL
SAN JOSÉ DE BUGA**
E-mail: hsanjose@uniweb.net.co

ORDENES MÉDICAS

16551291		
No. DE HISTORIA		
Pinzon	Perez	Carlos Andres
Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre
Unidad		
Servicio	Cama	

Fecha	Hora	SIRVASE NUMERAR CADA ORDEN	FIRMA MÉDICO
06/01/2014	19:45	Unidad	
		Coloquios 450	
		O2 Venturi FIO2 40%	
		U-Doxiciclina 500mg c/8h con agua	
		U-Metilprednisolona 300mg 10cc y aplicar	
		cc EU C/8h	
		U-Dipirona 2g EU C/8h	
		U-Linezolid 600mg EU C/8h	
		U-Meropenem 4g EU C/8h	
		U-Amantadina 100mg VO C/8h	
		U-Clarithromicina 500mg VO C/8h	
		U-Clarithromicina 500mg VO C/8h	
		U-Isopropil alcohol con peróxido de hidrógeno	
		-PCR	
		-Nec-E-C	
		-Cual-BW	
		-PT-PT-FNR	
		-Gorra cuticular	
		-Humectante #3	
		U-Taxol 100mg VO Anestesia con oxígeno	
		U-Nitroglicerina 500mg VO	
		U-Lev. 500mg VO C/8h	
		Edo Dorberta	
		Vel. 500mg	
		latas	
		Romero Soto G.	
		Médico General	
		EC 11 13 089 888	
		RM 780310	

Así mismo, en las Notas de Enfermería de la Historia Clínica del día 6 de enero de 2014 a las 20:00 horas, es decir 35 minutos después del ingreso del señor CARLOS ANDRÉS PEREZ PINZON al servicio de urgencias de nuestra institución, se registró que se le administraron al paciente los siguientes medicamentos: **Metilprednisolona y Dipirona** y antibióticos como: **Meropenem, Claritromicina, Amantadina y Linezolid**, TODOS ESTOS PARA EL MANEJO DE LA NEUMONIA MULTILobar con la que cursaba el paciente, tal como se evidencia a continuación:



NOTAS DE ENFERMERÍA

SIGNOS VITALES

BALANCE DE LIQUIDOS

MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS

Guadalajara de Buga (V) Carrera 8 N°17-52 ☎ 2361000 Ext 183 Email auxjuridico@fhsjb.org
 Más información y Contactos: Website: www.fhsjb.org

➤ **Meropenen:** *Es un antibiótico de amplio espectro, utilizado para tratar una gran variedad de infecciones como meningitis y **neumonía**. Es un antibiótico betalactámico y pertenece al subgrupo de los carbapenems, al igual que imipenem y ertapenem.*

➤ **Claritromicina:** *Es un antibiótico del grupo de los macrólidos que se indica para el tratamiento de infecciones de la piel, las mamas y las **vías respiratorias**, entre ellas la faringitis, amigdalitis, sinusitis, bronquitis crónica y **neumonía bacteriana** en especial las causadas por la bacteria Chlamydia Pneumoniae—y en pacientes con VIH para prevenir y tratar infecciones por el complejo Mycobacterium avium.*

➤ **Amantadina:** *La amantadina (1-aminoadamantano en notación IUPAC) es un **fármaco originalmente utilizado como antiviral aprobado por la FDA en 1976 para el tratamiento de la influenza tipo A**. Coincidentemente se descubrió que aminoraba los síntomas de la enfermedad de Parkinson y se utiliza para el tratamiento de trastornos de la función ejecutiva, y los efectos adversos (variaciones en el efecto y discinesias) inducidas por levodopa.*

➤ **Linezolid:** *La linezolid es un antibiótico sintético de acción sistémica. Fue el primer antibiótico comercializado del grupo de las 2-oxazolidona y suele reservarse para el tratamiento de **infecciones bacterianas graves** donde otros antibióticos han fracasado por haber generado resistencia a los antibióticos. Está indicado en infecciones de la piel y tejidos blandos, **neumonía nosocomial o adquirida en la comunidad** e infecciones por Enterococcus faecium resistente a vancomicina, siempre que se evidencie o se sospeche resistencia a meticilina.*

Como se observa en lo consignado en la Historia Clínica, al señor CARLOS ANDRÉS PÉREZ PINZÓN durante la atención inicial de urgencias y pasados 30 minutos después de su ingreso a la FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA, le fueron prescritos y administrados efectivamente los antibióticos **Meropenen, Claritromicina, Amantadina y Linezolid**, con la finalidad de tratar la Neumonía Multilobar, la Sepsis de Origen Pulmonar y la sospecha de H1N1(razón por la cual se ordena la amantadina), patologías graves con las que ingresó a nuestra institución.

Por lo tanto, NO ES CIERTO que “no se haya tratado a tiempo la Neumonía Multilobar, dado que en la Historia Clínica existe plena prueba de su manejo de manera inmediata.

8. AL HECHO DAÑOSO NOTORIO NUMERO OCHO (8) –HEMOTORAX IATROGENICO (conforme lo expuesto en los numerales 48, 50 y 51 del relato de los “Hechos y Consideraciones de la demanda): No es cierto, en primer lugar es preciso aclarar que las notas de evolución del cirujano, a la que hace referencia la parte demandante en el presente hecho, son del **día 8 de enero de 2014 a las 10:30 am y 19:00 horas**, cuando el paciente ya llevaba 2 días de estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos, y no a la nota de evolución del día 6 de enero de 2014 como **de manera errada infiere la parte demandante**.

Por lo tanto, no es cierto es que el Catéter Venoso Central (CVC) haya sido colocado por el Doctor AYMER FERNANDO OSPINA, dado que dicho Catéter fue

colocado por el Doctor GABRIEL FRANCISCO TORRES GARCIA, Médico Internista, en la Unidad de Cuidados intensivos el día 7 de enero de 2014:

A continuación me permito transcribir las notas manuscritas del Doctor AYMER FERNANDO OSPINA del día 8 de enero de 2014 a las 10:30 horas y 19:00 horas:

"Enero/08 Cirugía General

10:30 Paciente que persiste con neumotórax derecho a pesar de tubo de tórax, se revisa tubo encontrando que se encuentra ocluido con coagulo que al movilizarse se observa salida de hemotorax con mejoría de saturación de oxígeno.

Se decide control, observación y revalorará con nuevo Rx tórax"

"Enero/08 Cirugía General

19/00. En Rx de tórax encuentra persistencia de neumotórax a pesar de destapar tubo de tórax, por lo que se decide cambio de tubo.

Asesor	Dr. Gabriel Torres
Revisión	Paciente con punto de punción en tórax derecho C tubo de tórax de 24 cm de longitud Anteriormente que se encontraba ocluido Por coagulo que al movilizarse se observó Salida de hemotorax con mejoría de saturación de oxígeno Se decide control, observación y revalorar con nuevo Rx tórax
Asesor	Dr. Gabriel Torres
Revisión	En Rx de tórax encuentra persistencia de neumotorax a pesar de destapar tubo de tórax por lo que se decide cambio de tubo

Aymor F. Ospina T.
Cirujano General
RM 760412-97

Aymor F. Ospina T.
Cirujano General
RM 760412-97

TRANSCRIPCIÓN NOTAS DEL DÍA 8 DE ENERO DE 2014 DE LAS 10:30 Y 19:00 HORAS, RELIZADAS POR EL DOCTOR AYMER FERNANDO OSPINA TASCON, MEDICO CIRUJANO GENERAL.

Enero/08 Cirugía General

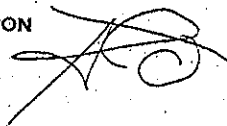
10:30 Paciente que persiste con neumotorax derecho a pesar de tubo de torax, se revisa tubo encontrando que se encuentra ocluido con coagulo que al movilizarse se observa salida de neumotorax con mejoría de saturación de oxígeno.

Se decide control, observación y revalorará con nuevo Rx torax

Enero/08 Cirugía General

19/00. En Rx de tórax encuentra persistencia de neumotorax a pesar de destapar tubo de torax, por lo que se decide cambio de tubo.

AYMER FERNANDO OSPINA TASCON
Médico Cirujano General
RM 760412-97





Ahora bien, respecto de la inserción del Catéter Venoso Central –CVC y la complicación inherente y propia de esta clase de procedimientos como lo es el Neumotórax, es importante aclarar que la necesidad de colocar un Catéter Venoso Central en un paciente tan crítico como lo era el señor CARLOS ANDRES PEREZ PINZON, quien requería la administración de múltiples antibióticos, vasopresores entre otros medicamentos para compensarlo, se hacía **IMPERIOSA**, pues la vía más idónea para la administración de esos medicamentos es a través de un Acceso Venoso Central, **LO QUE HACÍA TOTALMENTE INDICADO Y PERTINENTE SU COLOCACIÓN.**

Ahora bien, respecto a la generación del Neumotórax que presentó el paciente, es de aclarar que no se trató de un error en el procedimiento, **ES UNA COMPLICACIÓN INHERENTE QUE SE PUEDE PRESENTAR DURANTE EL PASO DE TODO CATETER VENOSO CENTRAL POR VIA SUBCLAVIA O POR VIA YUGULAR Y SU RESOLUCION NECESARIAMENTE ES A TRAVES DE UN TUBO DE TORAX.**

LA RESOLUCION DE NEUMOTORAX PERSÉ NO IMPLICA LA RESOLUCIÓN DE LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA YA QUE EL PROCESO DE INTERCAMBIO GASEOSO SUCEDE EN LA MEMBRANA ALVEOLO-CAPILAR LA CUAL ESTA SEVERAMENTE AFECTADA O COMPROMETIDA DURANTE UNA NEUMONIA MULTILOBAR CON COMPROMISO DE VARIOS LOBULOS Y PEOR AUN CUANDO SE ESTA ANTE LA SOSPECHA DE INFECCIÓN POR EL VIRUS H1N1 CUYA FISIOPATOLOGIA IMPLICA MAYOR DETERIORO DE INTERCAMBIO GASEOSO

La literatura médica ha sido clara en definir que un Neumotórax se produce cuando el aire se filtra dentro del espacio que se encuentra entre los pulmones y la pared torácica. El aire hace presión en la parte externa del pulmón y causa el colapso. Un neumotórax puede ser un colapso pulmonar completo o un colapso de solo una parte del pulmón. Un neumotórax puede ser provocado por una contusión o una lesión penetrante en el pecho, por determinados procedimientos médicos o daño por una enfermedad pulmonar subyacente. O bien, puede ocurrir sin un motivo evidente.

En general, el tratamiento del neumotórax implica introducir una aguja o una sonda pleural entre las costillas (toracostomía) para eliminar el exceso de aire. Sin embargo, un pequeño neumotórax puede curarse por sí solo.

El Neumotórax es una complicación muy frecuente en la inserción de Catéter Venoso Central **con una incidencia estimada de entre el 2% y el 15%** lo que indica que tiene **alta probabilidad de ocurrir**, sobre todo en pacientes con compromisos pulmonares tan severos como el que presentaba el señor CARLOS ANDRES PEREZ PINZON, además de incidir factores tan relevantes como la anatomía del paciente.

En el caso del señor CARLOS ANDRES PEREZ PINZON, es sumamente relevante mencionar que el Neumotórax fue evidenciado casi de manera inmediata por el Doctor GABRIEL FRANCISCO TORRES, ya que el Catéter Venoso Central fue colocado el día 7 de enero de 2014 a las 11:20 horas y el mismo día 7 de enero a

las 13:00 horas el Doctor JUAN CARLOS LOPEZ VILLEGAS, le pasó un tubo a tórax para lograr eliminar el aire en el pulmón y solucionar el Neumotórax, lo cual fue registrado en la Historia Clínica así:

"1-7-14 - 13:00 Bajo a⁵. local

**Se pasa tubo a tórax
derecho sale aire a
presión se conecta a
sello
no complicaciones"**

1-7-14 13:00 Bajo a-Local
se pasa tubo a tórax
derecho sale aire a
presión se conecta a
sello
no complicaciones

Dr. Juan Carlos López Villegas
Cirujía General - Vascular
C.C. 19248833 REG/ 9227

Ahora bien, respecto a la afirmación de la parte demandante de que el Neumotórax empeoró la función respiratoria del paciente es preciso señalar que en la Historia Clínica no se evidencia un cambio severo en el patrón respiratorio del paciente durante las horas en que presentó el Neumotórax, no debemos olvidar que el señor CARLOS ANDRES PEREZ PINZON era un paciente crítico y su función respiratoria siempre se mantuvo en los mismos rangos de severidad desde su ingreso a nuestra institución, basta con revisar la puntuación que se dio para el Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo el cual fue calificado mediante el Sistema de Puntuación de Murray, escala utilizada para el diagnóstico y clasificación de las lesiones pulmonares en las Unidades de Cuidados Intensivos.

⁵ Analgesia

**Clasificaciones,
Criterios diagnósticos y pronósticos
y Estratificación de la gravedad
en pacientes críticos**



Buscador interno

SISTEMA DE PUNTUACIÓN DE MURRAY DEL SDRA

Murray JF, Matthay MA, Luce LM, et al: An expanded definition of the adult respiratory distress syndrome. Am Rev Resp Dis 1988;139:720-723.

Rx	paO ₂ /Fi O ₂	Compliance	PEEP	Puntuación	Mortalidad
Normal	>300	>80	<5	0	0
Un cuadrante	225-299	60-79	6-8	1	25%
Dos cuadrantes	175-224	40-59	9-11	2	50%
Tres cuadrantes	100-174	20-39	12-14	3	75%
Cuatro cuadrantes	<100	<19	>14	4	90%

paO₂/FiO₂: presión arterial de O₂/fracción inspiratoria de O₂; PEEP: presión espiratoria positiva final.

Valoración: suma de puntos dividida entre 4

Diagnóstico	Puntuación
No lesión	0
Lesión ligera-moderada (ALI)	0,1-2,5
Lesión grave (SDRA)	>2,5

La escala de Murray muy utilizada para el diagnóstico y clasificación de las lesiones agudas pulmonares, con una cierta evaluación de la gravedad inherente a cada enfermo puntuado. Clasifica con "No lesión", Lesión Pulmonar Aguda (ALI), o Síndrome de Dificultad Respiratoria Aguda del Adulto (SDRA). La PaO₂ debe medirse en mm Hg (Los autores indican que debiera medirse tras al menos 20 minutos con FiO₂ 1.0), la Compliance en mL/cm H₂O, y la PEEP en cm H₂O

En el caso del señor CARLOS ANDRES PEREZ PINZON, desde las primeras horas de estancia en la UCI esto es para el día 7 de enero de 2014 a las 9:00 horas, antes de presentar el Neumotórax tenía un PAFIO₂ de 59 lo que indicaba un nivel alto de severidad del SDRA, entendiéndose que una PAO₂FiO₂ menor de 100 tiene una probabilidad de mortalidad del 90%, es decir un alto riesgo de fallecer, como se evidencia en lo registrado en la Historia Clínica:



FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA

Carrera 8 No. 17 - 52

PBX- 2360000 - 2375185

BUGA - VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA

UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO

CAMA 104

ENERO 7 DE 2014 9:00 AM.

NOMBRE: CARLOS ANDRÉS PINZON	HISTORIA CLÍNICA: 16551291
EDAD: 37 AÑOS	CC: 16551291
SEXO: MASCULINO.	EPS: COOMEVA
ORIGEN/PROCEDENCIA: ROLDANILLO	OCCUPACION: INDEPENDIENTE

DIAGNOSTICOS 1. SEPSIS ORIGEN PULMONAR A. NEUMONIA MULTILÓBAR. B. INFECCION AHINI?	PROBLEMAS ♦ REQUERIMIENTO DE VMI ♦ ALTO RIESGO DE FALLECER
--	---

PACIENTE EN SU PRIMER DÍA DE ESTANCIA EN UCI, CON INDICACION DE PERMANENCIA POR REQUERIMIENTO DE VMI, BUEN ACOPLA A VM, AFEBRIL, SIN REQUERIMIENTO DE SOPORTE INOTRÓPICO VASOACTIVO, SATURACIONES DE OXÍGENO, BAJAS,
 TAMI: 102, FC: 111 LPM, FR: 23 RPM, T136.0°, SO2: 83 %, GLUCOMETR: 209 MG/DL
 DIURESIS: 440 CC/8 HORAS, BALANCE: +1164 CC. GU: 0.6 CC/KG/HORA
 CABEZA: NORMOCEFALO, CUELLO NO ADENOPATIAS NO IY A 45°
 ACP: HIPOVENTILACION, MV DISMINUIDO EN ACP, CON ESTERTORES CREPITANTES GENERALIZADOS, NO TIRAJES
 NO RETRACCIONES, TORAX NORMOEXPANSIBLE
 RSCS NORMALES SIN SOPLOS NI GALOPE
 ABDOMEN DOLOROSO, NO MASAS, NO MEGALIAS, PERISTALTISMO +
 EDEMA SIN EDEMA, PULSOS PERIFÉRICOS +, LLENADO CAPILAR NORMAL
 BATO EFECTO DE SEDOANALGESIA RASS -3
 LABORATORIO
 GASES ARTERIALES: ACIDOSIS RESPIRATORIA NO COMPENSADA, PAFIO2 59, OXIGENACION BAJA
 VIH NEGATIVO
 LACTATO: 0.94 NORMAL
 TIEMPOS DE COAGULACION PTT PROLONGADO
 RX TORAX: SIN CARDIOMEGALIA, INFILTRADOS NEUMONICOS EN ACP, CON CONSOLIDACIONES BILATERALES, TOT BIEN-POSICIONADO

ANÁLISIS

PACIENTE QUIEN SE ENCUENTRA HEMODINÁMICAMENTE INESTABLE, REQUIRIENDO SOPORTE INOTRÓPICO
 ADemás DE SOPORTE DE VMI CON PARÁMETROS VENTILATORIOS ALTOS, OXIGENACION BAJA A PESAR DE FIO2 TOPE, COMPROMISO PULMONAR SEVERO, SIRS ACTIVO, CONDICION CLÍNICA CRÍTICA, ALTAS PROBABILIDADES DE FALLECER, COMO ESTUDIO DE SU PATOLOGÍA INFECCIOSA PULMONAR SE SOLICITA BACILOSCOPIA, CONTINUA MANEJO MÉDICO EN UCI CON IGUAL ANTIBIOTICOTERAPIA

MEDICO DE TURNO
 GABRIEL TORRES GARCIA
 RM 198097
 M. INTERNA - UCI

Gabriel F. Torres García
 Médico Interno
 Universidad Nacional
 R.M. 198097

Por el contrario, el día 9 de enero de 2014 cuando ya se encontraba resuelto el Neumotórax, presentaba un **PAFIO2 de 64.8**, lo que indicaba que había mejorado un poco con respecto a la puntuación de su ingreso, sin embargo continuaba siendo sumamente crítica su condición clínica, como se evidencia a continuación:



FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA
Carrera. 8 No. 17 - 52
PBX- 2360000 - 2375185
BUGA - VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA
UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO
CAMA 104
ENERO 9 DE 2014 9:00 AM.

NOMBRE: CARLOS ANDRES PINZON	HISTORIA CLINICA: 16551291
EDAD: 37 AÑOS	CC: 16551291
SEXO: MASCULINO.	EPS: COOMEVA
ORIGEN/PROCEDENCIA: ROLDANILLO	OCCUPACION: INDEPENDIENTE

DIAGNOSTICOS 1. SEPSIS ORIGEN PULMONAR A. NEUMONIA MULTILOBAR. B. INFECCION AHINI? C. SDRA SEVERO. 2. CHOQUE SEPTICO DE ORIGEN PULMONAR. 3. NEUMOTORAX DERECHO POS CVC RESUELTO TORACOSTOMIA DERECHA.	PROBLEMAS • REQUERIMIENTO DE VMI • ALTO RIESGO DE FALLECER. • REQUERIMIENTO DE INOTROPICO
---	---

PACIENTE EN SU DIA 3 DE ESTANCIA EN UCI, CON INDICACION POR REQUERIMIENTO DE VASOACTIVO Y VMI, EN REGULARES CONDICIONES GENERALES, AFEBRIL, TOLERA NET, RUBI ACOPLE A VM, CON ADECUADAS SO2 TANH81, FC74, FR14, T36.7°, PVC12, SO2: 92%, GLUCOMETERO: 134 MG%. DIURESIS: 1550 CC/24 HORAS, BALANCE: + 3404 CC, ACUMULADO: + 9221 CC, ACP HIPOVENTILADOS, CPT CON ESTERTORES CREPITANTES Y CPD HIPOVENTILACION, MV PRESENTE RSCS DE BUENA INTENSIDAD, NO SOPLOS NO GALOPE. ABDOMEN NO DISTENDIDO, NO MASAS, NO MEGALIAS, PERISTALTISMO +. EDEMA MIS GI FOVEA +, PULSOS PERIFERICOS +, LLENADO CAPILAR NORMAL. BAJO EFECTO DE SEDOANALGESIA, PUPILAS REACTIVAS

LABORATORIO
HEMOGRAMA: SIN LEUCOCITOSIS, SIN NEUTROFILIA, ANEMIA MODERADA DE VOLUMENES NORMALES, TROMBOCITOPENIA LEVE
GASES ARTERIOVENOSOS: SIN TRASTONO ACIDO BASE, PAFIO2 64.8, TRASTORNO DE LA OXIGENACION, SVO2 71.9, BE: +1.1
TIEMPOS DE COAGULACION: NORMALES
CR: 1.04 MG%, NUS: 22.39 MG%, HIPOCALCEMIA
ACIDO LACTICO 2.05 EN ASCENSO
PCR: 50.4 MG%
UROCULTIVO 48 HRS: NEGATIVO PARA BACTERIAS
HEMOGULTIVO 60 HORAS: NEGATIVO PARA BACTERIAS
RX TORAX: SIN CARDIOMEGALIA, TUBO DE TORAX BIEN POSICIONADO, INFILTRADO CONSOLIDATIVO EN AMBOS CAMPOS PULMONARES, NO DERRAMES PLEURALES, NEUMOTORAX RESUELTO

ANALISIS
PACIENTE QUIEN CONTINUA EN MALAS CONDICIONES GENERALES, CON REQUERIMIENTO DE SOPORTE VASOACTIVO Y VMI, DATOS DE HIPOPERFUSION, INDICES DE OXIGENACION BAJOS A PESAR DE OXEMIAS ADECUADAS, PERFIL INFLAMATORIO INFECCIOSO CON ADECUADA RESPUESTA A TRATAMIENTO ANTIBIOTICO INDICADO, PENDIENTE ECOCARDIOGRAMA TT, SE INICIA SOPORTE INOTROPICO Y SE REALIZA AJUSTE DE LIQUIDOS ENDOVENOSOS.

MEDICO DE TURNO
GABRIEL TORRES GARCIA
RM 198097
M INTERNA - UCI

Gabriel F. Torres García
Medicina Interna
Universidad Nacional
R.M. 198097

Es importante resaltar el análisis realizado por el Doctor GABRIEL FRANCISCO TORRES el día 9 de enero de 2014 a las 9:00 horas, donde manifiesta que el paciente se encuentra en malas condiciones generales, pues a pesar de que para dicha fecha ya se encontraba resuelto en Neumotórax y que presentaba un PAFIO2 de 69.8 de puntuación en la Escala de Murray, el pronóstico del paciente era de **ALTO RIESGO DE FALLECER.**

8. AL HECHO DAÑOSO NOTORIO NUMERO NUEVE (9) – HISTORIAS CLINICAS ELABORADAS CON FALACIAS DE AUTOMEDICACIÓN INSERTAS EN ESTAS (conforme lo expuesto en los numerales 27 y 28 del relato de los “Hechos y Consideraciones de la demanda): No nos consta, desconocemos lo manifestado por la parte demandante en el presente hecho, dado que se trata de situaciones fácticas presentadas en otro centro hospitalario, en las cuales nuestra institución no tuvo injerencia alguna.

Sin embargo, es importante resaltar que en la Historia Clínica de la Clínica Mariángel Dumian Medical S.A.S aportada con la demanda como prueba, se evidencia claramente que se consignó en la Historia Clínica del día 6 de enero de

2014 a las 12:22 que el señor CARLOS ANDRÉS PINZÓN PÉREZ se automedicó con AZITROMICINA Y DICLOFENAC IM, como se evidencia a continuación:

12:22 SERVICIO: HOSPITALIZACIÓN
Elaborada por: guillermo.ortega - GUILLERMO ANDRÉS ORTEGA NARVAEZ
ESPECIALIDAD: MEDICO GENERAL
Avalada por:
ESPECIALIDAD:
Observación de aval:
NAC II B MULTILOBAR
DENGUE CON SIGNOS DE ALARM ??

PLAN:
SS IGM DENGUE, GASES ARTERIALES, GLICEMIA CENTRAL, TGO, TGP

*ANÁLISIS(JUSTIFICACIÓN):
INGRESO A PISO MEDICINA INTERNA: PACIENTE REGULAR ESTADO TAQUIPNEICO, HIPOXEMICO, SE REVISÓ RX DE TORAX INFILTRADOS ALVEOLARES EN PROCESO CONSOLIDACIÓN BIBASALES, IGM DENGUE NEGATIVA A LOS 5 DÍAS, REFIERE CUADRO CLINICO DE 7 DÍAS INICIO SINTOMAS RESPIRATORIOS LOS CUALES SE INCREMENTARON, ASOCIADO A DIFICULTAD RESPIRATORIA Y HEMOPTISIS, SE AUTOMEDICO.

HALLAZGO OBJETIVO:
SV TA 120/70 FC 88 FR 34 SAO VENTURY 50% 85%, T 36.5 HEMOPTISIS, CORAZON RITMICO NO SOPLOS, MV DISMINUIDO BIBASAL ESTERTORES, RESPIRACION TORACOABDOMINAL, ABDOMEN BLANDO NO DOLOR NO PALPO MEGALIAS, EXTREMIDADES NO EDEMA.

HALLAZGO SUBJETIVO:
HEMOPTISIS, DISNEA DE MODERADOS ESFUERZOS
NIEGA ANTECEDENTES PATOLOGICOS NIEGA ANTECEDENTES ALERGICOS
REFIERE SE ESTUBO AUTOMEDICANDO AZITROMICINA Y DICLOFENAC IM.

La automedicación sin prescripción médica y sin control de ingesta, de antibióticos como la AZITROMICINA, influye de manera negativa en la respuesta del paciente al tratamiento médico instaurado, pues el mal uso y el abuso de antibióticos hacen que las bacterias cambien y "aprendan" a disminuir el efecto de esos medicamentos, y que éstos ya no sean eficaces para tratar infecciones (RESISTENCIA ANTIMICROBIANA), el mal uso de los antibióticos puede generar resistencia de las bacterias a los antibióticos, (la resistencia a los mismos se produce cuando las bacterias mutan en respuesta al uso de estos fármacos), lo cual trae como consecuencia que los demás medicamentos utilizados para tratar infecciones, dejen de ser eficaces.

Por lo tanto, el consumo del antibiótico AZITROMICINA sin ningún tipo de prescripción ni control médico, aunado a la consulta tardía del paciente (de más de 6 días de evolución antes de consultar por primera vez a un centro hospitalario y de 11 días de evolución cuando consulta en la Fundación Hospital San José de Buga), fueron factores que incidieron de manera directa y negativa en el paciente, ocasionando que presentara un cuadro tan crítico y con tan pobre respuesta al tratamiento médico instaurado.

10. AL HECHO DAÑOSO NOTORIO NUMERO DIEZ (10) – HISTORIAS CLINICAS MAL ELABORADAS (conforme lo expuesto en los numerales 27 y 28 del relato de los "Hechos y Consideraciones de la demanda): No es cierto, los registros clínicos de la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA, cumplen con los requisitos establecidos en la Resolución 1995 de 1999, en donde se consignaron todas la atenciones médicas prestadas al paciente de manera cronológica, sin tachones ni enmendaduras, si bien es cierto algunas notas se encuentran realizadas a mano alzada, lo cual era totalmente valido dado que hace casi 10 años atrás no se contaba con Historia Clínica sistematizada como ocurre hoy en día, sin embargo todas los registros de la Unidad de Cuidado Intensivos se encuentran realizados de manera digital, con el lleno de los requisitos exigidos en las normas que regulan el



correcto diligenciamiento de la Historia Clínica, tal y como se evidencia en la Historia Clínica que se aporta como prueba con la presente contestación.

11. AL HECHO DAÑOSO NOTORIO NUMERO ONCE (11) – VENTANA TERAPEUTICA (conforme lo expuesto en los numerales 8 al 54 del relato de los “Hechos y Consideraciones de la demanda): No es cierto, la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA NO INCUMPLIÓ CON “VENTANA TERAPEUTICA” ALGUNA EN EL PACIENTE, la atención medica prestada al señor CARLOS ANDRES PINZON PEREZ fue OPORTUNA DILIGENTE, PERTINENTE Y AJUSTADA A LOS CÁNONES Y PROTOCOLOS DICTADOS POR LA LEX ARTIS, PARA EL MANEJO MEDICO DE UN PACIENTE CON LAS MULTIPLES PATOLOGIAS CON LAS QUE CURSABA, PERO NO OBSTANTE ELLO, AL GRAVE Y AVANZADO ESTADO DE LAS MISMAS, YA QUE DURANTE LA ATENCIÓN MEDICA PRESTADA EN NUESTRA INSTITUCIÓN NO SE PRESENTÓ RETARDO ALGUNO QUE GENERARA EL RESULTADO ADVERSO Y QUE EL MISMO SEA ATRIBUIBLE AL MANEJO MÉDICO.

EXCEPCIONES

De manera respetuosa manifiesto al Despacho que formulo las siguientes excepciones:

EXCEPCIONES DE MERITO

Comendidamente manifiesto al despacho que formulo las siguientes excepciones de mérito o de fondo:

1. INDEBIDA TASACIÓN DE PERJUICIOS

Encuentra fundamento la presente excepción, por cuanto que los perjuicios que pretende la parte actora le sean reconocidos carecen de fundamentos facticos y jurídicos y no cuentan con ningún sustento real ni legal y contrarian ampliamente los lineamientos jurisprudenciales dictados para la tasación de los mismos.

Por lo tanto, nos oponemos y objetamos dicha tasación por falta de precisión dado que es inexacta y vaga.

Respecto a los perjuicios materiales y morales liquidados por la parte actora es preciso solicitar al despacho que en el hipotético evento en que los mismos sean procedentes y encuentren respaldo probatorio, se debe de tener en cuenta el **“Test de proporcionalidad”** al momento de tasar los daños morales, toda vez que los perjuicios estimados en nada tienen en cuenta esta pauta jurisprudencial.

Con relación al Test de proporcionalidad me permito citar la sentencia del Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección C, Consejero Ponente: Jaime Orlando Santofimio Gamboa, Radicación Numero 19976, aplicable al presente proceso por analogía, en los siguientes términos:

“Si bien a partir del 2001 la jurisprudencia viene aplicando como criterio de estimación de los perjuicios morales el salario mínimo mensual legal

vigente (en una suerte de equivalencia) con los gramos oro reconocidos en la primera instancia), no deja de seguir siendo un ejercicio discrecional (arbitrio iudicis) del juez de tasar tales perjuicios, sin lograr, aun, la consolidación de elementos objetivos en los que pueda apuntalarse la valoración, estimación y tasación de los mismos, con lo que se responda a los principios de proporcionalidad y razonabilidad con lo que debe operar el juez y no simplemente sustentase en la denominada discrecionalidad (...)

(...) De acuerdo con lo anterior, la Sala empleará un test de proporcionalidad para liquidación de los perjuicios morales. El fundamento de este test no es otro que el principio de proporcionalidad, según el precedente jurisprudencial constitucional, dicho principio comprende tres subprincipios que son aplicables al mencionado test, idoneidad, necesidad y la proporcionalidad en el sentido estricto.

En cuanto al primero, esto es, la idoneidad, debe decirse que la indemnización del perjuicio deber estar orientada a contribuir a la obtención de una indemnización que corresponda con criterios como intensidad del dolor, alcance y dosificación de la incapacidad.

En cuanto al segundo, esto es la necesidad, la indemnización del perjuicio debe ser lo más benigna posible con el grado de afectación que se logre revelar en el o los individuos y que contribuyan a alcanzar el objetivo de dejarlos indemnes.

Finalmente, en cuanto al tercero, esto la proporcionalidad en estricto sentido, con el test de proporcionalidad se busca que se compensen razonable y ponderadamente los sufrimientos y sacrificios que implica para la víctima o víctimas la ocurrencia del daño y su desdoblamiento.

De conformidad con lo citado, se deberá para efectos de tasar unos hipotéticos daños morales dar aplicación estricta al test de proporcionalidad a partir de lo que resulte probado en el proceso de los elementos que constituyen o conforman los tres (3) subprincipios del mismo.

2. CULPA EXCLUSIVA DE LA VICTIMA

Encuentra sustento la presente excepción cuando la participación de la víctima en la realización del daño es condición adecuada y suficiente del mismo y por lo tanto excluyente de la responsabilidad del demandado, cuando en la consecuencia nociva no interviene para nada la acción u omisión de éste ultimo, o cuando a pesar de haber intervenido, su concurrencia fue completamente irrelevante, es decir que la conducta del lesionado bastó para que se produjera el efecto dañoso o, lo que es lo mismo, fue suficiente para generar su propia desgracia.

Así lo consideró la Corte Suprema de Justicia en Sentencia de Casación Civil SC7534-2015 del 16 de junio de 2015, MP. Ariel Salazar Ramírez en donde se pronunció respecto a la culpa exclusiva de la víctima así:

Exoneración de responsabilidad de los demandados al determinarse que la víctima actuó de manera imprudente al transitar al interior de la zona de seguridad de la pista de aterrizaje, erigiéndose su

conducta en la causa exclusiva del accidente. (SC7534-2015; 16/06/2015)

Expresa la Corte “La culpa exclusiva de la víctima, como factor eximente de responsabilidad civil, ha sido entendida como la conducta imprudente o negligente del sujeto damnificado, que por sí sola resultó suficiente para causar el daño. Tal proceder u omisión exime de responsabilidad si se constituye en la única causa generadora del perjuicio sufrido, pues de lo contrario solo autoriza una reducción de la indemnización, en la forma y términos previstos en el artículo 2357 del Código Civil.

En el presente caso la responsabilidad reposa en cabeza del paciente mismo, incluso de los familiares que convivían con el paciente, quienes permitieron que la enfermedad del señor CARLOS ANDRES PINZÓN PÉREZ avanzara y se complicara sin consultar a un servicio médico durante más de 6 días previos a la primera consulta médica, pero peor aún, haberse automedicado con AZITROMICINA Y DICLOFENACO, medicamentos que generaron en el paciente resistencia de las bacterias a los antibióticos administrados (RESISTENCIA ANTIMICROBIANA), lo cual contribuyó en la pobre respuesta del paciente al tratamiento médico instaurado, además de la respuesta inflamatoria propia e idiosincrática del paciente, factores todos estos que llevaron a un franco y progresivo deterioro que llevó a que señor CARLOS ANDRES PINZÓN PÉREZ se complicara y finalmente falleciera.

Es importante resaltar que existe un principio de autocuidado de la salud en cabeza de cada persona o de sus cuidadores primarios, en quienes radica la responsabilidad del cuidado de la salud, y es que en el presente caso el actuar irresponsable del paciente al no consultar a un servicio médico a tiempo y dejar avanzar un cuadro clínico de Neumonía y Sepsis de Origen Pulmonar durante más de 6 días, no refleja sino una conducta negligente para con su salud, pero peor aún, el hecho de automedicarse y consumir sin restricción alguna los medicamentos AZITROMICINA Y DICLOFENACO, constituye un claro actuar imprudente respecto de su propia salud, y es que por todos es sabido, que un cuadro clínico de mas de tres (3) días de evolución amerita ser objeto de consulta médica, no hacerlo conlleva a graves consecuencias, además del hecho de automedicarse, que persé constituye un actuar imprudente.

Todos estos factores incidieron de manera directa y fueron la causa adecuada para que se configurara el daño sufrido por el paciente, porque lo que podría haber sido un síntoma de alguna enfermedad viral o tal vez crónica en el paciente, **por la conducta imprudente e irresponsable del mismo paciente y de su familia,** terminó siendo la causa directa de una NEUMONÍA MULTILOBAR y de una SEPSIS DE ORIGEN PULMONAR que finalmente lo llevó a la muerte.

Por lo tanto, el actuar de la FUNDACIÓN SAN JOSE DE BUGA lejos está de encuadrarse en una acción que hubiera podido generar un daño al paciente, pues aún habiéndole prestado todos los servicios médicos necesarios y que dan cuenta la Historia Clínica, servicio medicos los cuales valga resaltar solo buscaban la mejoría del paciente, sin asomo alguno de generar un daño, dicho actuar no contribuyó en la

consecuencia nefasta del paciente, por lo que la atención médica dispensada no tuvo incidencia en el resultado, dado que el daño ya se encontraba establecido por las acciones irresponsables del mismo paciente mismo y su familia antes de consultar a nuestra institución.

3. EXCEPCIÓN DE FONDO DE INEXISTENCIA DE NEXO CAUSAL Y CUMPLIMIENTO DE LA OBLIGACIÓN DE MEDIO.

Para que se configure la responsabilidad entre el hecho y el daño debe existir una relación de causa y efecto, debe existir un vínculo causal, es decir que el perjuicio debe ser producto de la acción o la omisión de una de las partes, situación que NO se presentó en la atención médica dispensada por la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA al señor CARLOS ANDRES PINZÓN PÉREZ, pues se cumplió a cabalidad con los protocolos y guías médicas para la atención de un paciente que consultó al servicio de urgencias de nuestra institución por remisión realizada de otro centro asistencial por presentar un cuadro clínico de más de once (11) días de evolución, consistente en astenia, adinamia, fiebre, malestar general, tos con espectoración y un marcado deterioro de su estado general, siendo valorado en el servicio de urgencias de nuestra institución de manera inmediata y diagnosticado con una NEUMONIA MULTILOBAR, SEPSIS DE ORIGEN PULMONAR Y SOSPECHA DE AH1N1, siendo importante resaltar que durante la estancia del señor CARLOS ANDRES PINZÓN PÉREZ en nuestra institución siempre estuvo bajo vigilancia y monitorización médica estricta, brindándosele todo el manejo médico requerido y necesario de acuerdo a su estado clínico, por lo que lo que evolución rápida de su enfermedad y su posterior muerte, no tuvieron origen en la atención medica prestada en nuestra institución, sino que la misma es atribuible a complicaciones propias de las graves patologías con la que cursaba el paciente, además de estar instauradas y que ya había generado daño en el paciente, antes de consultar al servicio de urgencias de nuestra institución, además es de reiterar que desde el ingreso del paciente a nuestra institución fue tratado de manera pronta, adecuada, diligente y perita, por lo que no se puede desconocer que la Fundación Hospital San José de Buga le brindó toda la infraestructura necesaria que estaba al alcance, además del personal médico especialista y asistencial que colocó a disposición del paciente todos sus conocimientos y experiencia durante la atención medica brindada, TODO LO CUAL EVIDENCIA DE PARTE DE LA FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA UNA CONDUCTA DILIGENTE, ADECUADA, OPORTUNA Y PERITA EN EL MANEJO MÉDICO, EL CUAL SE REALIZÓ CON ECTRICTO APEGO A LA LEX ARTIS.

No podemos olvidar que la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA contrae frente al paciente una OBLIGACIÓN DE MEDIO Y NO DE RESULTADO, que no es otra cosa que la obligación de poner los medios adecuados y necesarios para la consecución de un fin, sin que de modo alguno quede obligado a obtener ese fin, pues cuando no se llega al resultado apetecido por el paciente, no obstante, haber puesto la parte obligada todo el esfuerzo, diligencia y cuidado a que estaba comprometido, ninguna culpa le es imputable y ninguna responsabilidad puede exigírsele.

Las obligaciones de medio son de prudencia y diligencia, el objeto de la obligación consiste tan solo en conducirse con prudencia y diligencia para lograr el fin

perseguido, quiere esto decir que nuestra institución como tal está obligada a actuar con una conducta diligente que normal y ordinariamente pueda alcanzar la curación, sin que ello llegare a significar que deba asumir la responsabilidad por la ausencia en el éxito del tratamiento dispensado, la aparición de otras dolencias o el desenlace de la muerte.

Y es que en el caso del señor CARLOS ANDRES PINZÓN PÉREZ consultó al servicio de urgencias de la FUNDACIÓN SAN JOSÉ DE BUGA, con unas patología ya instauradas, NEUMONIA MULTILOBAR Y SEPSIS DE ORIGEN PULMONAR de varios días de evolución (11 días antes de ingresar a nuestra institución) que ya habían generado un daño en el paciente, pues requirió ser ingresado de manera inmediata a la Unidad de Cuidados Intensivos para manejo con antibióticos de amplio espectro y la administración de vasoactivos para optimizar la perfusión a los órganos vitales asegurando un suministro adecuado de oxígeno a las células en el tratamiento de la sepsis de origen pulmonar con la que cursaba el paciente, por lo tanto, el manejo médico brindado en la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA siempre estuvo ajustado a las manifestaciones clínicas del paciente, y es conforme a ello que el médico tratante va ajustando su tratamiento, no se puede exigir al médico que prevea más allá de lo que los exámenes diagnósticos, clínicos y lo que el mismo paciente va mostrando durante su evolución, pues pretenderlo sería encuadrar el acto médico en una obligación de resultado, al exigirse al médico agotar todos los posibles diagnósticos con los que pueda cursar el paciente, aún obviando los resultados de las exámenes de laboratorio, ayudas diagnósticas e incluso las manifestaciones clínicas del paciente para llegar a darle al paciente un diagnóstico tan acertado y lograr dar un resultado que no admita duda alguna, pretender esto, sería ilógico e imposible, claramente el actuar médico es de medio, estando obligado el médico a prestar sus servicios de manera diligente y cuidadosa, como en efecto ocurrió en el presente caso, y esto por cuanto debido a la severidad de las patologías con las que cursaba el paciente y al franco y progresivo deterioro de su estado clínico fue necesario e imprescindible la colocación de un Catéter Venoso Central, sopesandose el riesgo-beneficio que lleva implícito todos los procedimientos invasivos en un paciente. Por lo tanto, no se podía exigir al médico tratante prever cual iba a ser el desenlace y mucho menos que garantizara un éxito en el tratamiento y una mejoría en el paciente.

Respecto a las obligaciones de medio la jurisprudencia en reiterados pronunciamientos ha considerado lo siguiente:

“...Considerar que la obligación médica es una obligación de resultado desconociendo su naturaleza, sería tanto como aplicar la responsabilidad objetiva en este campo, lo cual no es de recibo, pues resulta claro que en esta materia el riesgo que representa el tratamiento lo asume el paciente y es él quien debe soportar las consecuencias cuando ellas no pueden imputarse a un comportamiento irregular de la institución prestadora del servicio, ni a un comportamiento culposo del equipo médico que haya practicado la intervención quirúrgica y su posterior tratamiento médico” (Sentencia de agosto 24 de 1998. Expediente 11.833 Consejero Ponente Dr. Jesús María Carrillo Ballesteros).

“La obligación profesional del médico no es por regla general de resultado sino de medio, o sea que el facultativo está obligado a desplegar en pro de su cliente los conocimientos de su ciencia y pericia y los dictados de su prudencia, sin que pueda ser responsable del funesto desenlace de la enfermedad que padece su cliente o de la curación de este”. (Sentencia de la Corte Suprema de Justicia).

“La jurisprudencia considera que la obligación que el médico contrae por acuerdo es de medio y no de resultado, de tal manera que si no logra alcanzar el objetivo propuesto con el tratamiento o la intervención realizada, solamente podrá ser declarado civilmente responsable y condenado a pagar perjuicios si se demuestra que incurrió en culpa por haber abandonado o descuidado al enfermo o por no haber utilizado diligentemente en su atención sus conocimientos científicos o por no haberle aplicado el tratamiento adecuado a su dolencia a pesar que sabía que era el indicado” (Corte Suprema de Justicia Noviembre 26 de 1986 Magistrado Ponente Héctor Gómez Uribe)

“...el ad quem desea dejar en claro que la responsabilidad médica sigue siendo tratada en la Jurisprudencia de la Corporación como de MEDIOS ósea de PRUDENCIA Y DILIGENCIA, lo que obliga al profesional de la medicina y a los centros de atención a proporcionar al enfermo todos aquellos cuidados que conforme a los conocimientos científicos y a la práctica del arte de curar son conducentes para tratar de lograr el FIN deseado, siendo igualmente cierto que no se puede ni se debe asegurar la obtención del mismo. Esta verdad jurídica impone que, de acuerdo a los principios generales que rigen la carga de la prueba, le incumbe al actor la demostración de los hechos en que funda su pretensión y al demandado la prueba de los hechos que excusan su conducta”. (Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Sentencia del 18 de Abril de 1994, expediente 7973, Magistrado ponente Dr. Julio Cesar Uribe Acosta”.

La Corte Suprema de Justicia ha establecido en reiterada jurisprudencia que:

“La obligación del médico es de medios y no de resultado y en esa medida el régimen de su responsabilidad es el de la culpa probada es así que en la Sentencia del 5 de marzo de 1940 (G.J.t. XLIX. Págs. 116 y s.s.), donde la Corte empieza a esculpir la doctrina de la culpa probada pues en ella, además de indicar que en este tipo de casos no solo debe exigirse la demostración de la “culpa del médico sino también la gravedad” expresamente descalificó el señalamiento de la actividad médica como “una empresa de riesgo” porque una tesis así sería “inadmisible” desde el punto de vista legal y científico” y haría imposible el ejercicio de la profesión.

Este que pudiera calificarse como el criterio que por vía de principio general actualmente sostiene la Corte, se reitera en Sentencia de 12

de septiembre de 1985 (G.J. No. 2419, págs. 407 y s.s.), afirmándose que “...el médico tan solo se obliga a poner en actividad todos los medios que tenga a su alcance para curar al enfermo, de suerte que en caso de reclamación, este deberá probar la culpa del médico, sin que sea suficiente demostrar ausencia de curación”. Luego en sentencia del 26 de noviembre de 1986 (G.J. No. 2423, págs. 359 y s.s.), se ratificó la doctrina, inclusive invocando la sentencia del 5 de marzo de 1940, pero dejando a salvo, como antes se anotó, en el campo de la responsabilidad contractual, el caso en que el “contrato se hubiere asegurado un determinado resultado” pues “si no se obtiene”, según la Corte, “el médico será culpable y tendrá que indemnizar a la víctima”, a no ser que logre demostrar alguna causa de “exoneración” agrega la providencia como “la fuerza mayor”, caso fortuito o culpa de la perjudicada”. La tesis de la culpa probada la consolidan las sentencias del 8 de mayo de 1990, 12 de julio de 1994 y 8 de septiembre de 1998.

Así mismo, en pronunciamiento del 30 de agosto de 2013 dijo la Corte “Luego, para que esta culpa sea idónea en su responsabilidad es necesario que sea imputable al profesional o institución médica correspondiente y que además sea la causa eficiente de los perjuicios que se ocasionen al paciente, esto es, igualmente indispensable que exista relación de causalidad entre la primera y los últimos (G.J. CCXXXI No. 2470 pág. 306).

Lo anterior tiene pleno sustento, dado que los profesionales médicos que atendieron al señor CARLOS ANDRES PINZÓN PÉREZ lo hicieron dentro de los parámetros científicos indicados, por lo que la atención médica prestada y todos y cada uno de los exámenes, valoraciones y procedimientos realizados correspondieron a lo que indica la ciencia médica para la atención de un paciente que consulta con una NEUMONIA MULTILÓBULO Y SEPSIS DE ORIGEN PULMONAR de varios días de evolución, el cual siempre estuvo bajo vigilancia médica estricta, brindándosele todo el manejo médico requerido y necesario de acuerdo a su estado, por lo que la rápida y torpida evolución y su posterior muerte no tuvieron origen en la atención médica prestada en nuestra institución, sino a un riesgo propio de las enfermedades que estaba padeciendo, lo cual no puede ser atribuida desde ningún punto de vista a la atención médica prestada en nuestra institución, pero si atribuible al mismo paciente y sus familiares quienes permitieron que la enfermedad del señor CARLOS ANDRES PINZÓN PÉREZ avanzara y se complicara sin consultar a un servicio médico durante más de 6 días, antes de su primera consulta, pero peor aún, haberse automedicado con AZITROMICINA Y DICLOFENACO, medicamentos que pueden alterar la respuesta inflamatoria del paciente y enmascarar síntomas, generando con este actuar un daño adicional, todo lo cual llevó a que el paciente se complicara y finalmente falleciera.

Por lo tanto y conforme a lo anterior no hay evidencia que permita considerar que el personal médico profesional y asistencial obrara de forma imperita, negligente o imprudente, o que haya violado las reglas de cuidado, por el contrario, en la Historia Clínica existen suficientes elementos para concluir que la conducta empleada por la

FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA, fue adecuada, diligente, perita y que la atención médica se prestó conforme a los parámetros médicos previstos.

Conforme a lo descrito anteriormente no hay nada más cercano al cumplimiento de la obligación de medio que la conducta desplegada por la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA en la atención que se le dispensó al señor CARLOS ANDRES PINZÓN PÉREZ pues se trató de una atención DILIGENTE, OPORTUNA, PERTINENTE Y AJUSTADA A LOS CÁNONES Y PROTOCOLOS DICTADOS POR LA LEX ARTIS, YA QUE DURANTE LA ATENCIÓN MEDICA PRESTADA EN NUESTRA INSTITUCIÓN NO SE PRESENTÓ RETARDO ALGUNO QUE GENERARA EL RESULTADO ADVERSO Y QUE EL MISMO SEA ATRIBUIBLE AL MANEJO MÉDICO.

Así se expresó la Corte en su sentencia de 5 de marzo de 1990 respecto de la Obligación de Medio, en donde expresó:

“La obligación profesional del médico no es por regla general, de resultado, sino de medio o sea que el facultativo está obligado a desplegar en pro de su cliente los conocimientos de su ciencia y pericia, y los dictados de su prudencia, sin que pueda ser responsable del funesto desenlace de la enfermedad que padece su cliente o de la no curación de éste...” (G. J. 1935, pág. 118)”.

Al señor CARLOS ANDRES PINZÓN PÉREZ se le brindó toda la atención medica que requería de acuerdo con su grave y deteriorado estado de salud, por lo que no existe evidencia científica cierta o probatoria que permita siquiera inferir desde ningún punto de vista que la causa de sus patologías y complicaciones finales que lo llevaron a la muerte, hayan sido producto de la atención médica dispensada en nuestra institución, pues como se explicó en contestación a los hechos de la demanda, se trataba de una patología ya instaurada y de larga evolución pues llevaba mas de 6 días de evolución, antes de consultar a un servicio médico y 11 días de evolución cuando consulta en nuestra institución, sin respuesta al manejo médico, por lo que la rapida evolución de su enfermedad y su posterior muerte, no tuvieron origen en la atención medica prestada en nuestra institución.

Ahora bien, con relación al nexo causal, es preciso tener claro que este se entiende como la relación necesaria y eficiente entre el hecho generador del daño y el daño probado, si no es posible encontrar la relación mencionada no tendría sentido continuar con un juicio de responsabilidad. En materia de causalidad, no debe perderse de vista que siempre, sin excepción debe buscarse la causa eficiente en la materialización del daño. La causa del hecho generador debe ser sin excepción EFICIENTE, SUFICIENTE, CIENTIFICA Y RACIONAL. Bajo los anteriores parámetros es resaltable la tendencia doctrinal moderna a regularse en materia de causalidad por la Teoría de la Causalidad Adecuada.

Recientemente el tratadista LUIS GUILLERMO SERRANO ESCOBAR, expuso sobre la Teoría de la Causalidad Adecuada lo siguiente:

“Lo anterior significa que esta teoría parte del concepto empírico de causa, reconociendo que un fenómeno es siempre producto de la confluencia de

diversas condiciones, pero en la pretensión de limitar los excesos que implicaba la teoría de la condición, considera que estas no son equivalentes y por tanto distingue de entre dichas condiciones aquellas que de acuerdo con la experiencia general de la vida, son generalmente apropiadas para producir el resultado – las que por consiguiente, adquirirán la categoría de causa- desdenando el papel de las restantes que solamente por azar contribuían al logro del mismo y que por tanto, se consideran jurídicamente irrelevantes. (LUIS GUILLERMO SERRANO ESCOBAR, IMPUTACIÓN Y CAUSALIDAD EN MATERIA DE RESPONSABILIDAD POR DAÑOS. EDITORIAL DOCTRINA Y LEY 2011 PAG. 29.)

La Teoría de la Causalidad también es definida por el reconocido autor PHILLIPE LE TOURNEAU en su obra la Responsabilidad Civil, cuando explica:

“En cada especie, hay que buscar si la causalidad ha sido adecuada. El examen se opera a posteriori. He ahí tal efecto indiscutido. Se trata de remontarse en el tiempo para preguntarse retrospectivamente si era objetivamente posible pensar en que tal hecho provocaría normalmente este efecto dañino. Si la respuesta a ese cálculo de probabilidades a posteriori es afirmativa, hay causalidad adecuada. Lo que importa no es que las consecuencias fueron previsibles, sino que la causa aparezca retrospectivamente como objetivamente apta para provocarla. El admitir esta teoría si no es con prudencia y circunspección. Sin embargo, hoy la doctrina es muy favorable al respecto, seducida por su apariencia científica y reforzada por la simplicidad de la equivalencia de condiciones.” (PHILLIPE LE TOURNEAU, LA RESPONSABILIDAD CIVIL. EDITORIAL LEGIS 2004 PAG. 63).

El auge de la citada teoría de la causalidad adecuada no solo ha sido resaltada por la doctrina especializada, sino que ha sido acogida sin reservas por la Honorable Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia, Corporación que en su Jurisprudencia ha expresado:

“De las anteriores observaciones surgió la necesidad de adoptar otros criterios más individualizadores de modo que se pudiera predicar cuál de todos los antecedentes era el que debía tomar en cuenta el derecho para asignarle la categoría de causa. Teorías como la de la causa próxima, la de la causa preponderante o de la causa eficiente- que de cuando en cuando la Corte acogió- intentaron sin éxito proponer la manera de esclarecer la anterior duda, sobre la base de pautas específicas (la última condición puesta antes del resultado dañoso, o la más activa, o el antecedente que el principio de cambio, etc.). Y hoy, con la adopción de un criterio de razonabilidad que deja al investigador un gran espacio, con la precisión que más adelante se hará cuando de asuntos técnicos se trata, se asume que de todos los antecedentes y condiciones que confluyen a la producción de un resultado, tiene la categoría de causa aquel de que de acuerdo con la experiencia (las reglas de la vida, el sentido común, la lógica de lo razonable) sea el más “adecuado” el más idóneo para producir el resultado, atendidos por los demás, las específicas circunstancias que rodearon la producción del daño y sin que se puedan menospreciar de un tajo aquellas circunstancias azarosas que pudieron decidir la producción del resultado, a pesar de que normalmente no hubieran sido adecuados para generarlo”.

De los planteamientos doctrinales y jurisprudenciales citados se puede concluir en el caso bajo análisis que no existe la cadena causal necesaria en los términos de la Teoría de la Causalidad Adecuada, ya que la parte demandante no prueba de ninguna manera que las acciones y servicios prestados en nuestra institución fueron la causa directa de los daños que en su sentir le fueron causados al señor CARLOS ANDRES PINZÓN PÉREZ, es decir que por alguna acción u omisión de nuestra institución al paciente se le hubieren ocasionado tanto la NEUMONIA MULTILOBAR Y LA SEPSIS DE ORIGEN PULMONAR que presentó y que finalmente lo llevó a la muerte. No existe una sola prueba aportada al proceso que permita inferir que las acciones emprendidas por nuestra institución estaban encaminadas a generar un daño, antes que salvaguardar la salud y vida del paciente. Por el contrario, quedó en evidencia que la responsabilidad recae en el paciente mismo, incluso en los familiares que convivían con el paciente, pues permitieron que la enfermedad del señor CARLOS ANDRES PINZÓN PÉREZ avanzara y se complicara sin consultar a un servicio médico durante más de 6 días, pero peor aún, haberse automedicado con AZITROMICINA Y DICLOFENACO, medicamentos que pueden alterar la respuesta inflamatoria del paciente y enmascarar síntomas, generando con este actuar un daño adicional, todo lo cual llevó a que el paciente se complicara y finalmente falleciera, acciones todas estas que si incidieron de manera directa y **fueron la causa adecuada para que se configurara el daño sufrido por el paciente** y que finalmente terminó siendo la causa directa del paro cardio-respiratorio que finalmente lo llevó a la muerte.

Quiere decir todo lo anterior, que no existe un hilo conductor que permita probar que la atención médica prestada al señor CARLOS ANDRES PINZÓN PÉREZ en nuestra institución haya sido la causa que generó la NEUMONIA MULTILOBAR Y LA SEPSIS DE ORIGEN PULMONAR padecidas por el paciente, lo cual demuestra que la atención medica dispensada no tuvo incidencia en el resultado de la muerte del paciente, **ROMPIÉNDOSE EL NEXO DE CAUSALIDAD Y ESTANDO PLENAMENTE FUNDAMENTADA LA PRESENTE EXCEPCIÓN.**

Finalmente es importante recordar que la carga de la prueba recae en la parte demandante, de acuerdo con lo establecido en el artículo 167 del Código General de Proceso.

La prueba de la culpa médica es uno de los aspectos que pueden generar más polémica en materia de la responsabilidad médica, sobre todo, por cuanto, su determinación encierra aspectos relacionados con el carácter científico de la profesión. En este sentido el examen de la culpa reviste particular importancia, por cuanto en el ejercicio médico existen numerosos imponderables que a veces involucran el deceso del paciente como una reacción adversa al tratamiento o un desenlace inesperado que no pudo evitar el médico, a pesar de la diligencia y prudencia en su actuar. Pues bien, lo señaló la Corte que *"el médico no será responsable de la culpa o falta que se le imputan, sino cuando estas hayan sido determinantes del perjuicio causado"*.

El *onus probandi* permanece inmodificable, es decir **LA CARGA, RECAE FUNDAMENTALMENTE EN EL DEMANDANTE**, por cuanto su pretensión se apoya en una norma de derecho sustancial objeto de protección. Es la tendencia normal de los procesos y los de responsabilidad médica no son la excepción, por lo

que LE CORRESPONDE ENTONCES AL DEMANDANTE PROBAR LA CULPA DEL GALENO; y como elemento relevante de gran complejidad, el nexo de causalidad con el daño sobreviniente. Luego presunciones judiciales que antaño llegaron a catalogar el ejercicio de la medicina como actividad peligrosa, como se llegó a afirmar a mediados del siglo pasado, se caen de su peso. Los nuevos lineamientos jurisprudenciales permiten reconocer los cánones señalados por la *lex artis*, máxime que la pretensión del médico es atender el padecimiento del enfermo, es decir, configura un motivo noble, muy distinto a ejercer la actividad de la conducción de un vehículo o la de disparar un arma de fuego, ello si se pretende enmarcar dentro del marco de la responsabilidad extracontractual, pues dentro del marco contractual, la Corte mantiene la distinción entre obligaciones de medio y obligaciones de resultado, indicando que en general son de medio, y excepcionalmente como en el caso de la cirugía estética, se identifican como de resultado. Y es en este último evento que se traslada la carga de la prueba para explicar y justificar la no obtención del resultado acordado previamente.

En ese sentido, el tratadista y exmagistrado de la Corte, Javier Tamayo Jaramillo expresó: *"Tradicionalmente la doctrina y la jurisprudencia aceptan que tanto en la responsabilidad civil como en la del Estado, la culpa deber ser probada en caso de demandas por los daños derivados de la prestación de un servicio de salud. Se dice, generalmente que la obligación del médico es de medios, poco importa que el acto médico sea en sí mismo peligroso o riesgoso. Se dice que alea de la intervención médica impide imponerle al médico una obligación de resultado"*. En esta materia bástenos señalar que en materia judicial los procesos de responsabilidad civil en general propugnan la protección de la víctima, pero esta protección no puede ir más allá de los límites legales, para no forzar la aplicación de la normatividad del detrimento del demandado o del deudor en su orden.

Las ciencias sean naturales o sociales, no son de dominio de seres perfectos; la imperfección es un dato distintivo y necesario en el ser humano, y esto no lo pueden olvidar los tribunales en sus fallos. El juzgador so pretexto de aligerar la prueba de nexo de causalidad no puede cargar la ignorancia de la causa del médico o, por el contrario, no razonar en relación con las varias posibles causas que pudieron concurrir, debe ser razonable en grado sumo para no convertir al médico en receptor inadecuado de la causalidad, y aplicar las consecuencias presuntivas de ella en su contra. Podemos afirmar que las presunciones de culpa o las facilitaciones de prueba de nexo de causalidad, a la postre, como lo pudo evidenciar el propio Consejo de Estado, y de ahí los cambios jurisprudenciales, son aplicación de responsabilidad objetiva. Decir que la carga de la prueba se debe ajustar a la realidad del caso, es romper moldes prefijados de prueba, para permitir la ágil y consciente hermenéutica del fallador; porque el juez no es aplicador silente de la norma, es creador de valores sociales, de reglas de convivencia y garante de derechos.

EN EL PRESENTE CASO ES DEBER DE LA PARTE DEMANDANTE PROBAR SI LA ATENCIÓN MÉDICA PRESTADA AL SEÑOR CARLOS ANDRES PINZÓN PÉREZ EN LA FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA FUE LA CAUSA QUE GENERÓ SU MUERTE, ES DECIR QUE LA PARTE DEMANDANTE DEBE PRESENTAR UNA PRUEBA INEQUÍVOCA QUE PERMITA DE MANERA CLARA

ESTABLECER SI LA ATENCIÓN PRESTADA EN NUESTRA INSTITUCIÓN FUE LO QUE GENERÓ INELUDIBLEMENTE EL SURGIMIENTO DE SUS PATOLOGÍAS (NEUMONIA MULTILÓBULO Y SEPSIS DE ORIGEN PULMONAR QUE SE COMPLICARON Y QUE FINALMENTE LO LLEVARON A LA MUERTE Y QUE CON ELLO SE CONFIGURARON LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES Y EXTRAPATRIMONIALES QUE RECLAMAN.

4. EXCEPCIÓN DE FONDO DE INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD POR AUSENCIA DE LOS ELEMENTOS ESTRUCTURALES DE LA CULPA.

Excepción que se fundamenta en la forma en que actuó el personal médico de la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA, quienes con total diligencia le brindaron al señor CARLOS ANDRES PINZÓN PÉREZ toda la atención y el cuidado requerido, ajustándose a los protocolos y guías médicas sin asomo alguno de conducta negligente, imprudente e imperita.

Es así como la presente excepción encuentra pleno fundamento en lo establecido en el artículo 13 del Decreto 3380 de 1981, el cual consagra lo siguiente:

“Teniendo en cuenta que el tratamiento o procedimiento médico puede comportar efectos adversos o de carácter imprevisible, el médico no será responsable por riesgos, reacciones o resultados desfavorables, inmediatos o tardíos de imposible o difícil previsión dentro del campo de la práctica médica al prescribir o efectuar un tratamiento o procedimiento médico.”

En ese sentido el Consejero de Estado Alier Hernández, se pronunció en la Sentencia del 30 de enero de 2001, Magistrado Ponente José Fernando Ramírez:

“Los médicos actúan sobre personas que presentan alteraciones de la salud, lo que implica el desarrollo de diversos procesos en sus organismos, que tienen una evolución propia y sin duda en mayor o menor grado, inciden por sí mismos en la modificación o agravación de su estado, al margen de la intervención de aquellos.”

Y la Sala toma para sí los razonamientos que en igual sentido formula el autor Alberto Bueres:

“Creemos que el mero contacto físico o material entre el actuar profesional y el resultado, no siempre ha de ser decisivo para tener por configurada la relación causal, pues en la actividad médica el daño no es de suyo, en todos los casos, revelador de culpa o de causalidad jurídica (adecuada). En rigor, a partir de la evidencia de que el enfermo acude al médico por lo común con su salud desmejorada, a veces resulta difícil afirmar que existe un daño, y en otras oportunidades, los tropiezos se localizan en el establecer si ciertamente el daño (existente) obedece al actuar médico o si deriva de la evolución natural propia del enfermo”



“Todo acontecimiento dañoso ocurrido al paciente sin que una torpeza y más generalmente una culpa pueda ser imputada al médico y sin que ese daño tenga relación con el estado inicial del paciente o con su evolución previsible”.

Es sumamente importante resaltar que no toda mala praxis genera responsabilidad profesional. Para que esta se configure deben cumplirse una serie de presupuestos:

En primer término, el acto médico cuestionado debe causar un DAÑO. Si no hay daño, no hay obligación de responder. Sin embargo, la sola presencia del mismo no es suficiente para determinar la existencia de responsabilidad profesional, sino que es necesario establecer el NEXO DE CAUSALIDAD entre ese efecto dañoso y el hecho que suscita la responsabilidad invocada. Por último, debe existir un FACTOR DE ATRIBUCIÓN, el cual puede definirse como la razón suficiente por la cual una persona física o jurídica que ha producido un daño debe repararlo. En el caso del profesional de la salud este factor de atribución es en general la culpa del mismo (fue NEGLIGENTE, IMPERITA O IMPRUDENTE). Si no hay culpa, no habrá responsabilidad. En el caso de las instituciones médicas en general, el factor de atribución es el deber de seguridad que tienen por lo que ocurre en sus instalaciones.

Conforme a lo anterior no se puede predicar otra cosa sino la **INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD** de la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA, por cuanto que no se configuran los elementos estructurales de la culpa, dado que **NO HUBO IMPERICIA**, pues nuestra institución es una entidad centenaria que presta servicios de salud en las diferentes especialidades desde la fecha de su creación, cumpliendo a cabalidad con todos los requisitos exigidos para la habilitación del II nivel de complejidad, según las directrices dictadas por el Ministerio de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud, al igual que el personal médico y el personal asistencial que participó de la atención dispensada al señor CARLOS ANDRES PINZÓN PÉREZ pues se trata de personal médico idóneo, profesional, quienes de acuerdo con sus conocimientos científicos y la vasta experiencia en el manejo de pacientes con los signos clínicos con los que consultó el paciente, indicaron el mejor manejo, actuando de manera perita y diligente en los servicios dispensados al mismo, todo ello se evidenció en el manejo médico suministrado en donde siempre primó por encima de todo la salud y la vida del paciente, sin asomo alguno de querer generarle daño.

De igual forma, **tampoco se puede predicar que hubo NEGLIGENCIA**, pues la atención dispensada al señor CARLOS ANDRES PINZÓN PÉREZ, fue oportuna y adecuada ya que durante los días de estancia hospitalaria en nuestras instalaciones no hubo en ningún momento descuido u omisión en la atención brindada, por el contrario siempre hubo cuidado, observación y monitorización estricta tanto por el personal médico general y especialista, como por el personal enfermería y asistencial en general, quienes volcaron todos sus conocimientos y atención en pro de la salud del paciente.

Y mucho menos se puede predicar IMPRUDENCIA en la atención prestada al señor CARLOS ANDRES PINZÓN PÉREZ, dado que la FUNDACIÓN HOSPITAL

SAN JOSÉ DE BUGA puso todos los medios tecnológicos y humanos con los que contaba con el fin de prodigarle una atención en debida forma de acuerdo a su grave estado patológico, todo en el marco de lo establecido en la *lex artis* para la atención de un paciente que consulta con una **NEUMONIA MULTILOBAR Y UNA SEPSIS DE ORIGEN PULMONAR** de más de 6 días de evolución, por lo que el manejo instaurado estuvo orientado, a la mejoría de la salud del paciente, sin asomo alguno de algún actuar imprudente.

5. EXCEPCIÓN DE FONDO DE PERICIA, DILIGENCIA Y CUIDADO EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO MEDICO.

El personal médico de la Fundación Hospital San José de Buga actuó como quedará probado en el proceso con adecuada diligencia, al brindarle al señor **CARLOS ANDRES PINZÓN PÉREZ**, toda la atención y cuidados requeridos, conducta que no denota sino el actuar diligente y perito en el manejo médico brindado.

Es sumamente importante resaltar que el señor **LUIS ALBEIRO AGUDELO RESTREPO**, fue atendido por profesionales médicos **IDÓNEOS, CALIFICADOS** y de forma diligente y oportuna, quienes de acuerdo con sus conocimientos científicos y la amplia y vasta experiencia prestaron los servicios médicos que requirió el paciente, actuando de manera perita, diligente, pertinente y oportuna durante los días de estancia hospitalaria en nuestras instalaciones.

Conforme a lo descrito anteriormente la atención médica prestada al señor **LUIS CARLOS ANDRES PINZÓN PÉREZ** en la **FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA** fue una atención adecuada, diligente, oportuna, pertinente y ajustada a los cánones y protocolos dictados por la *lex artis*, ya que durante la atención medica prestada en nuestra institución no se presentó retardo alguno que generara el resultado adverso y que el mismo sea atribuible al manejo médico.

MEDIOS DE PRUEBA A SOLICITAR

1. INTERROGATORIO DE PARTE:

1. Sirvase señor Juez, hacer comparecer a su Despacho a los demandantes señores **MARTHA LILIANA RUIZ PINEDA, EVELIO RUIZ MENDOZA, MARTHA SOFIA PINEDA RAMOS, LAURA VANESSA RUIZ PINEDA, JULIAN ALBERTO RUIZ PINEDA** para que en Audiencia Pública (presencial o virtual), absuelvan bajo la gravedad del juramento, el interrogatorio de parte que en forma escrita o verbal he de formularle, sobre los hechos de la demanda y razones y fundamentos de la contestación de la demanda, con la advertencia que su inasistencia convalide y de por ciertos los hechos materia del cuestionario, para lo cual solito a su Señoría fijar fecha y hora para tal fin. Los demandantes podrán ser ubicados en las siguientes direcciones:

1. **MARTHA LILIANA RUIZ PINEDA:** Calle 13 No. 11-84 Barrio Los Alpes en Roldanillo. Correo electrónico: malirupi923@hotmail.com



2. EVELIO RUIZ MENDOZA: Carrera 10 No. 13-187 Barrio La Asunción en Roldanillo. Correo electrónico: malirupi923@hotmail.com

3. MARTHA SOFIA PINEDA RAMOS: Carrera 10 No. 13-187 Barrio La Asunción en Roldanillo. Correo electrónico: malirupi923@hotmail.com

4. LAURA VANESSA RUIZ PINEDA: Carrera 83B2 No. 28-135 de Cali. Correo electrónico: malirupi923@hotmail.com

5. JULIAN ALBERTO RUIZ PINEDA, Carrera 10 No. 13-187 Barrio La Asunción en Roldanillo. Correo electrónico: malirupi923@hotmail.com

2. INTERROGATORIO DE DECLARACIÓN DE LA PARTE REPRESENTADA

Solicito al Despacho que se cite al Representante Legal de la Fundación Hospital San José de Buga, Doctor CARLOS GUILLERMO SANCHEZ, o quien haga sus veces para que absuelva interrogatorio de declaración de parte, sobre los hechos de la demanda y razones y fundamentos de la contestación de la demanda de conformidad con lo establecido en el Artículo 198 del Código General del Proceso. Quien puede ser citado en la Carrera 8 No. 17-52 de la ciudad de Buga. Correo Electrónico: gerente@fhsjb.org

3. PRUEBA DOCUMENTAL:

Solicito al Despacho se tengan como pruebas los siguientes documentos, los cuales se aportan así:

1. Poder a mi favor otorgado por el Doctor CARLOS GUILLERMO SÁNCHEZ RENGIFO, en calidad de Representante Legal de la Fundación Hospital San José de Buga.
2. Certificado de Existencia y Representación Legal de la Fundación Hospital San José de Buga emitido por la Gobernación del Departamento del Valle del Cauca.
3. Copia completa de la Historia Clínica de la Fundación Hospital San José de Buga del señor CARLOS ANDRES PEREZ PINZÓN.
4. Documento científico, "Complicaciones por accesos venosos centrales en pacientes adultos" Barreto Conner, Luis Alberto; Valdez Offerer, Elvin
5. Documento científico, "Complicaciones mecánicas de los accesos venosos centrales. Dr. Rodrigo Rivas T. Departamento De Anestesiología. Clínica Las Condes.
6. Documento científico, "Catéter Venoso Central y sus complicaciones" Alejandra Garcia Carranza, Valeria Caro Pizarro, Guiliana Quiros Cardenas, Maria Jose Monge Badilla, y Alejandra Arroyo Quiros.

7. Documento científico, "Neumonía" Medlineplus.
8. Documento científico, "Evaluación y manejo de la neumonía del adulto adquirida en la comunidad" P. Fernando Saldías, P. Orlando Díaz.
9. Documento científico, SEPSIS Alejandro Sánchez-Conrado, Arantxa Mata

4. PRUEBA TESTIMONIAL

Solicito respetuosamente al despacho se sirva citar a las personas que más adelante indico, quienes son todos mayores de edad y vecinos de la ciudad de Buga, para que comparezcan a diligencia de audiencia, previa exhibición de la Historia Clínica del señor CARLOS ANDRES PINZON PEREZ para que declaren bajo la gravedad del juramento desde el punto de vista técnico-científico sobre las patologías por la cual consultó el paciente a nuestra institución, sobre el estado de salud del paciente al momento de su ingreso a nuestra institución, sobre los signos y síntomas que presentó durante la atención prestada en la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA del 6 al 12 de enero de 2014 y si el manejo médico instaurado se encontraba acorde con los cánones, guías y protocolos médicos reconocidos para la atención de un paciente con consultó al servicio de urgencias de nuestra institución por remisión realizada de otro centro asistencial por presentar un cuadro clínico de más de once (11) días de evolución, consistente en astenia, adinamia, fiebre, malestar general, tos con espectoración y un marcado deterioro de su estado general; siendo valorado en el servicio de urgencias de nuestra institución y diagnosticado con una NEUMONIA MULTILOBAR, SEPSIS DE ORIGEN PULMONAR Y SOSPECHA DE AH1N1, de igual manera para que informen de acuerdo con lo consignado en la Historia Clínica si la atención prestada durante la estancia del paciente en la FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA fue perita, pertinente, oportuna y eficaz; ellos son:

1. Dr. RONNY SOTO, Médico General. Correo Electrónico: ronny201@hotmail.com
2. Dra. SEIRA JOHANNA HERRERA ROJAS. Médico Internista. Correo Electrónico: sjherrerarojas@yahoo.com
3. Dr. AYMER FERNANDO OSPINA TASCON, Médico Cirujano General, Correo Electrónico: aymerospina@hotmail.com
4. Dr. CARLOS HERNAN MEJIA GARCIA, Médico Internista y Nefrólogo. Correo Electrónico: ch.mejia@hotmail.com
5. Dr. GABRIEL FRANCISCO TORRES GARCIA. Médico Internista. Correo Electrónico. gafratoga1@gmail.com
6. Dr. ALVARO HERNAN ORREGO. Médico Internista. Correo Electrónico. alvaro_orrego@hotmail.com
7. DIANA VANESSA TORRES LIZARAZO, Auxiliar de Enfermería. Correo Electrónico: torrezdiana626@gmail.com



Todos mayores de edad, quienes pueden ser citados a los correos electrónicos señalados o en la Carrera 8 No. 17-52 de esta ciudad de Buga, Correo electrónico: juridico@fhsjb.org

5. RESERVA DEL DERECHO A INTERROGAR

Señor Juez me reservo el derecho a interrogar a todas las partes del proceso inclusive a los llamados en Garantía y a los testigos que vayan a rendir testimonio en el presente proceso; esto con fin de indagar sobre los hechos de la presente demanda y sus contestaciones que sirvan de sustento a la defensa de mi representada.

LLAMAMIENTOS EN GARANTIA

1. Me permito informar al Despacho que mediante escrito separado al texto de la presente contestación de la demanda, estoy presentando Llamamiento en Garantía a la **ASEGURADORA SEGUROS COLPATRIA S.A, hoy AXA COLPATRIA SEGUROS S.A** identificada con NIT No. 860.002.184-6 a fin de que se sirva disponer el trámite correspondiente, conforme lo establece el artículo 64 del Código General del Proceso.

Lo anterior, teniendo en cuenta que la **ASEGURADORA SEGUROS COLPATRIA S.A, hoy AXA COLPATRIA SEGUROS S.A** era la entidad aseguradora de la Responsabilidad Civil Para Clínicas y Hospitales y/o Centros Médicos de la Fundación Hospital San José de Buga, mediante la **Póliza No. 8001066334** con vigencia del **30 de mayo de 2013 al 30 de mayo de 2014** y que se encontraba vigente para la ocurrencia de los hechos materia de la presente demanda (Enero 6 al 12 de 2014).

2. Me permito informar al Despacho que mediante escrito separado al texto de la presente contestación de la demanda, estoy presentando Llamamiento en Garantía a la **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA** identificada con NIT No. 860.524.654-6 a fin de que se sirva disponer el trámite correspondiente, conforme lo establece el artículo 64 del Código General del Proceso.

Lo anterior teniendo en cuenta que la **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA** es la entidad aseguradora de la Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos de la Fundación Hospital San José de Buga, mediante la **Póliza No. 660-88-994000000027 Anexo 10** con vigencia del **30 de agosto de 2022 al 30 de agosto de 2023** y que se encontraba vigente para la fecha en que la parte demandante realizó la notificación de la presente demanda la cual se realizó el **día 31 de julio de 2023**.

ANEXOS

Me permito anexar los siguientes documentos:

1. Los documentos enunciados en el acápite de pruebas.

2. Copia de la presente contestación y sus anexos en formato pdf.

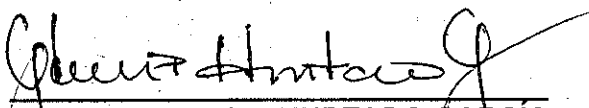
NOTIFICACIONES

La FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA a través de la suscrita y de su Representante Legal recibirá notificaciones en la Carrera 8 No. 17-52 de la Ciudad de Guadalajara de Buga (V), correo electrónico: gerente@fhsjb.org y juridico@fhsjb.org.

Los demandantes y su apoderado en las direcciones indicadas en la demanda.

Las personales serán recibidas en la Carrera 8 No. 17-52 de la ciudad de Guadalajara de Buga (V) o en la secretaria de su Despacho, correo electrónico juridico@fhsjb.org, teléfono: 2361000 Ext. 183, celular: 300-6768611.

Atentamente,



GLORIA PATRICIA HURTADO GARCÍA
C.C. No. 66.972.412 de Cali
T.P. No. 110.530 del C.S.J.

