

"SU MEJOR OPCIÓN EN ASESORÍA
CON SERIEDAD Y TRANSPARENCIA"

NIT. 900.988.187-3

LEX
CONSULTORES S.A.S.

Señores

JUZGADO ADMINISTRATIVO ORAL DE CARTAGO VALLE (REPARTO)
E.S.D

REF: PODER

ASUNTO: DEMANDA REPARACIÓN DIRECTA POR NEGLIGENCIA MÉDICA.

DEMANDANTES: JUAN SEBASTIAN JIMENEZ CARDONA, ADRIANA CARDONA...ACTUANDO EN NOMBRE PROPIO Y EN REPRESENTACIÓN DE MATIAS MURILLO CARDONA, ISABELLA CASTILLO MURILLO Y DANNA SOOFIA CAMPEON MURILLO.

DEMANDADOS: E.P.S COOSALUD - I.P.S. DEL MUNICIPIO DE CARTAGO E.S.E. VALLE DEL CAUCA - HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA RISARALDA - CLINICA MARIA ANGEL DE TULUA VALLE - HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA - HOSPITAL UNIVERSITARIO EVARISTO GARCIA DE CALI.

JUAN SEBASTIAN JIMENEZ CARDONA, mayor de edad, vecino y residente de este municipio, identificado con la cédula de ciudadanía N°1.112.765.998 de Cartago Valle, **ADRIANA CARDONA** mayor de edad, vecina y residente en España, identificada con pasaporte AM677807, **LUISA FERNANDA MURILLO CARDONA** mayor de edad, vecina y residente de este municipio, identificada con la cédula de ciudadanía N°1.112.770.811 de Cartago Valle actuando en nombre propio y en representación de sus hijos menores de edad **MATIAS MURILLO CARDONA, ISABELLA CASTILLO MURILLO Y DANNA SOFIA CAMPEON MURILLO**, identificados respectivamente con los NUIP 1.113.868.108, 1.113.866.671, 1.113.864.243 por medio del presente escrito manifiesto que confiero poder especial, amplio y suficiente a la Empresa **LEX CONSULTORES S.A.S.** sociedad comercial legalmente constituida e inscrita en el Registro Mercantil de la Cámara de comercio de Cartago (valle del cauca), identificada con NIT: 900988187-3, representada legalmente por la doctora **LUISA FERNANDA OSPINA LOZANO** identificada con la cédula de ciudadanía No 1.053.801.786 Manizales Caldas y portadora de la tarjeta profesional No. 226.087 del Consejo Superior de La Judicatura, para que en nuestro nombre y representación ante este Despacho inicie y lleve hasta su culminación proceso **ADMINISTRATIVO DE MEDIO DE CONTROL DE REPARACION DIRECTA**, de conformidad con lo contemplado en el artículo 90 de la Carta Política de 1991; en el artículo 140 de la ley 1437 de 2011 y en lo pertinente de la ley 1564 del 12 de Julio de 2012, en contra E.P.S COOSALUD identificada con Nit 900.226.715-3, representada legalmente por PAOLA GUTIERREZ DE PIÑEREZ o quien haga sus veces al momento de la notificación - **I.P.S. DEL MUNICIPIO DE CARTAGO E.S.E. VALLE DEL CAUCA** identificada con Nit 836.000.386-0, representadas legalmente por ALBERTO JOSE MORALES CHALJUB, o quien haga sus veces al momento de la notificación - **HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA RISARALDA** identificada con Nit 800231235-7 representadas legalmente por LUISA MARIA HINCAPIE ZAPATA o quien haga sus veces al momento de la notificación - **CLINICA MARIA ANGEL DE TULUA VALLE (DUMIAN MEDICAL S.A.S.)** identificada con Nit. 805027743 - 1, representada legalmente por CAROLINA GONZALEZ ANDRADE o quien haga sus veces al momento de la notificación, **HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA** identificada con Nit 891380054 -1, representada legalmente por LUZ YAMILETH GARZON SANCHEZ o quien haga sus veces al momento de la notificación, - **HOSPITAL UNIVERSITARIO EVARISTO GARCIA DE CALI** identificada con Nit 890303461-2, representada legalmente por IRNE TORRES

Calle 19 N° 9-50 Of. 1208 Complejo Urbano Diario del Otún PEREIRA RDA.
Carrera 8 Bis N° 10-83 Cel. 323 4077168 CARTAGO VALLE
lexconsultoressas@gmail.com

"SU MEJOR OPCIÓN EN ASESORÍA
CON SERIEDAD Y TRANSPARENCIA"

NIT. 900.988.187-3


LEX
CONSULTORES S.A.S.

CASTRO, o quien haga sus veces al momento de la notificación, entidades de derecho público, adscritas a la dirección local de salud, integrante del Sistema General de Seguridad Social en salud sometida al régimen jurídico previsto en la Ley 100 de 1993, sus decretos reglamentos y demás normas que la adicionen o modifiquen, por los perjuicios materiales e inmateriales causados en la humanidad de nuestra señora madre, abuela y bisabuela, la señora **AMPARO CARDONA (Q.E.P.D)**, en calidad de víctima directa y la afectación sufrida por el núcleo familiar de la citada, como consecuencia directa de la inadecuada prestación del servicio de salud a cargo de las demandadas por Negligencia médica en las atenciones médicas, diagnósticas y hospitalarias, traslados y atención tardía, negación a la prestación del servicio de salud necesario requerido como urgencia vital, pérdida de la oportunidad de sanar y vivir ocasionada a la señora **AMPARO CARDONA (Q.E.P.D)**, muerte que fue causada por la atención tardía, desatenciones y no garantía de la estructura sanitaria adecuada por parte de la E.P.S y de los demás demandados.

Mis Apoderadas quedan revestidas de las facultades que les otorga el artículo 77 y siguientes del C.G.P. y en general las de recibir, transigir, desistir y **EXPRESAMENTE FACULTADOS PARA CONCILIAR O NO CONCILIAR**, renunciar, pedir pruebas, interponer recursos, reasumir el presente poder, y en general para el cumplimiento de todas las actividades inherentes al mandato conferido. Así como otorgar poder en mi nombre a él o los abogados que esta determine, los cuales quedaran investidos de las mismas facultades contenidas en este poder.

Así mismo para efectuar el trámite pertinente al cobro del fallo en caso de decisión favorable. Sirvase reconocerle personería en los términos y para los fines solicitados.


Atentamente;


JUAN SEBASTIAN JIMENEZ CARDONA
C.C. N° 1.112.765.998 de Cartago Valle


ADRIANA CARDONA
PASAPORTE AM677807


LUISA FERNANDA MURILLO CARDONA
C.C. 1.112.770.811 de Cartago Valle

Acepto;


LUISA FERNANDA OSPINA LOZANO
C.C N° 1.053.801.786 de Manizales Caldas.
Representante Legal
LEX CONSULTORES S.A.S
NIT 900988187-3

Calle 19 N° 9-50 Of. 1208 Complejo Urbano Diario del Otún PEREIRA RDA.
Carrera 8 Bis N° 10-83 Cel. 323 4077168 CARTAGO VALLE
lexconsultoressas@gmail.com



DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO DE FIRMA Y CONTENIDO DE DOCUMENTO PRIVADO

Artículo 68 Decreto-Ley 960 de 1970 y Decreto 1069 de 2015



62585

En la ciudad de Cartago, Departamento de Valle, República de Colombia, el catorce (14) de junio de dos mil diecinueve (2019), en la Notaría Dos (2) del Círculo de Cartago, compareció:

ADRIANA CARDONA, identificado con Cédula de Ciudadanía/NUIP #0031419896 y declaró que la firma que aparece en el presente documento es suya y el contenido es cierto.

Adriana Cardona



2h3032272vm6

14/06/2019 - 15:53:21:918



----- Firma autógrafa -----

Conforme al Artículo 18 del Decreto-Ley 019 de 2012, el compareciente fue identificado mediante cotejo biométrico en línea de su huella dactilar con la información biográfica y biométrica de la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Acorde a la autorización del usuario, se dio tratamiento legal relacionado con la protección de sus datos personales y las políticas de seguridad de la información establecidas por la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Este folio se asocia al documento de PODER ESPECIAL y que contiene la siguiente información PODER ESPECIAL.



LUIS ENRIQUE BECERRA DELGADO
Notario dos (2) del Círculo de Cartago

Consulte este documento en www.notariasegura.com.co
Número Único de Transacción: 2h3032272vm6



DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO DE FIRMA Y CONTENIDO DE DOCUMENTO PRIVADO

Artículo 68 Decreto-Ley 960 de 1970 y Decreto 1069 de 2015



62586

En la ciudad de Cartago, Departamento de Valle, República de Colombia, el catorce (14) de junio de dos mil diecinueve (2019), en la Notaría Dos (2) del Círculo de Cartago, compareció:

LUISA FERNANDA MURILLO CARDONA, identificado con Cédula de Ciudadanía/NUIP #1112770811 y declaró que la firma que aparece en el presente documento es suya y el contenido es cierto.

Luisa Murillo

----- Firma autógrafa -----



1sc8v5mw4826
14/06/2019 - 15:57:51:460



Conforme al Artículo 18 del Decreto-Ley 019 de 2012, el compareciente fue identificado mediante cotejo biométrico en línea de su huella dactilar con la información biográfica y biométrica de la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Acorde a la autorización del usuario, se dio tratamiento legal relacionado con la protección de sus datos personales y las políticas de seguridad de la información establecidas por la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Este folio se asocia al documento de PODER y que contiene la siguiente información PODER.



LUIS ENRIQUE BECERRA DELGADO
Notario dos (2) del Círculo de Cartago

Consulte este documento en www.notariasegura.com.co
Número Único de Transacción: 1sc8v5mw4826



DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO DE FIRMA Y CONTENIDO DE DOCUMENTO PRIVADO

Artículo 68 Decreto-Ley 960 de 1970 y Decreto 1069 de 2015



63502

En la ciudad de Cartago, Departamento de Valle, República de Colombia, el doce (12) de julio de dos mil diecinueve (2019), en la Notaría Dos (2) del Círculo de Cartago, compareció:

JUAN SEBASTIAN JIMENEZ CARDONA, identificado con Cédula de Ciudadanía/NUIP #1112765998 y declaró que la firma que aparece en el presente documento es suya y el contenido es cierto.

----- Firma autógrafa -----



4lxscer3bes

12/07/2019 - 17:02:21:912



Conforme al Artículo 18 del Decreto-Ley 019 de 2012, el compareciente fue identificado mediante cotejo biométrico en línea de su huella dactilar con la información biográfica y biométrica de la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Acorde a la autorización del usuario, se dio tratamiento legal relacionado con la protección de sus datos personales y las políticas de seguridad de la información establecidas por la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Este folio se asocia al documento de PODER y que contiene la siguiente información PODER.



LUIS ENRIQUE BECERRA DELGADO
Notario dos (2) del Círculo de Cartago

Consulte este documento en www.notariasegura.com.co
Número Único de Transacción: 4lxscer3bes

Señor (a) Doctor(a)

JUEZ ADMINISTRATIVO DE CARTAGO VALLE (REPARTO)

E. S. D.

Medio de Control: *Reparación Directa*

DEMANDANTES: JUAN SEBASTIAN JIMENEZ CARDONA, ADRIANA CARDONA, LUISA FERNANDA MURILLO CARDONA MATIAS MURILLO CARDONA, ISABELLA CASTILLO MURILLO Y DANNA SOFIA CAMPEON MURILLO.

DEMANDADOS: E.P.S COOSALUD - I.PS. DEL MUNICIPIO DE CARTAGO E.S.E. VALLE DEL CAUCA – HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA RISARALDA - CLINICA MARIA ANGEL DE TULUA VALLE – HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA - HOSPITAL UNIVERSITARIO EVARISTO GARCIA DE CALI.

LUISA FERNANDA OSPINA LOZANO identificada con la cédula de ciudadanía N° 1.053.801.786 Manizales Caldas y portadora de la tarjeta profesional No. 226.087 del Consejo Superior de La Judicatura, en calidad de representante legal de la empresa **LEX CONSULTORES S.A.S.** sociedad comercial legalmente constituida e inscrita en el Registro Mercantil de la Cámara de comercio de Cartago (valle del cauca), identificada con NIT: 900988187-3, obrando en mi condición de apoderada conforme a poderes adjuntos, de los señores **JUAN SEBASTIAN JIMENEZ CARDONA**, mayor de edad, vecino y residente de este municipio, identificado con la cédula de ciudadanía N°1.112.765.998 de Cartago Valle, **ADRIANA CARDONA** mayor de edad, vecina y residente en España, identificada con pasaporte AM677807, **LUISA FERNANDA MURILLO CARDONA** mayor de edad, vecina y residente de este municipio, identificada con la cédula de ciudadanía N°1.112.770.811 de Cartago, Valle, actuando en nombre propio y en representación de sus hijos menores de edad **MATIAS MURILLO CARDONA**, **ISABELLA CASTILLO MURILLO** y **DANNA SOFIA CAMPEON MURILLO**, identificados respectivamente con los NUIP 1.113.868.108, 1.113.866.671, 1.113.864.243 con toda atención presentamos demanda a través del medio de control de **REPARACIÓN DIRECTA**, en contra de la **E.P.S COOSALUD** identificada con Nit 900.226.715-3, representada legalmente por **PAOLA GUTIERREZ DE PIÑEREZ** o quien haga sus veces al momento de la notificación, la **I.PS. DEL MUNICIPIO DE CARTAGO E.S.E. VALLE DEL CAUCA** identificada con Nit 836.000.386-0, representadas legalmente por ALBERTO JOSE MORALES CHALJUB, o quien haga sus veces al momento de la notificación, **HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA RISARALDA** identificada con Nit 800231235-7 representadas legalmente por **LUISA MARIA HINCAPIE ZAPATA** o quien haga sus veces al momento de la notificación, **CLINICA MARIA ANGEL DE TULUA VALLE**

(DUMIAN MEDICAL S.A.S.) identificada con Nit. 805027743 - 1, representada legalmente por **CAROLINA GONZALEZ ANDRADE** o quien haga sus veces al momento de la notificación, **HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA** identificada con Nit 891380054 -1, representada legalmente por **LUZ YAMILETH GARZON SANCHEZ** o quien haga sus veces al momento de la notificación, **HOSPITAL UNIVERSITARIO EVARISTO GARCIA DE CALI** identificada con Nit 890303461-2, representada legalmente por **IRNE TORRES CASTRO**, o quien haga sus veces al momento de la notificación, con el fin de que reparen los daños materiales e inmateriales, ocasionados a la señora AMPARO CARDONA PATIÑO quien en vida se identificaba con la cedula de ciudadanía N.º 24.317.979 y a todo su núcleo familiar, como consecuencia de la negligencia médica, falla en la prestación oportuna, adecuada y necesaria de los servicios de salud, pérdida de la oportunidad de vivir, presupuestos que generaron la muerte de la señora AMPARO CARDONA PATIÑO.

I. IDENTIFICACIÓN DE LAS PARTES

• DE LA PARTE DEMANDADA

- **E.P.S COOSALUD** identificada con Nit 900.226.715-3, representada legalmente por **PAOLA GUTIERREZ DE PIÑEREZ** o quien haga sus veces al momento de la notificación, domicilio AV San Martín calle 11 esquina p – 8 edificio grupo área Cartagena Bolívar – notificacioncoosaludeps@coosalud.com
- **I.P.S. DEL MUNICIPIO DE CARTAGO E.S.E. VALLE DEL CAUCA** entidad pública descentralizada del orden Municipal dotados personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio propio adscrita a la dirección local de salud, integrante del Sistema General de Seguridad Social en Salud sometido al régimen jurídico previsto en la ley 100 y sus decretos reglamentarios, identificada con Nit. 836.000.386-0, representada legalmente por **ALBERTO JOSE MORALES CHALJUB**, en su calidad de Representante legal o quien haga sus veces al momento de la notificación, con domicilio Cra. 3b #1a-2, en la ciudad de Cartago, Valle del Cauca correo electrónico. notificacionesjudiciales@ipscartago.gov.co
- **HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA RISARALDA** entidad pública descentralizada del orden Municipal dotados personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio propio adscrita a la dirección local de salud, integrante del Sistema General de Seguridad Social en Salud sometido al régimen jurídico previsto en la ley 100 y sus decretos reglamentarios, identificada con Nit 800231235-7, representada legalmente por la señora **LUISA MARIA HINCAPIE ZAPATA** en su calidad de Representante legal o quien haga sus veces al momento de la notificación con domicilio.

- **CLINICA MARIA ANGEL DE TULUA VALLE (DUMIAN MEDICAL S.A.S.)** entidad pública descentralizada del orden Municipal dotados personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio propio adscrita a la dirección local de salud, integrante del Sistema General de Seguridad Social en Salud sometido al régimen jurídico previsto en la ley 100 y sus decretos reglamentarios, identificada con Nit. 805027743 - 1, representada legalmente por **CAROLINA GONZALEZ ANDRADE** o quien haga sus veces al momento de la notificación.
- **HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA** entidad pública descentralizada del orden Municipal dotados personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio propio adscrita a la dirección local de salud, integrante del Sistema General de Seguridad Social en Salud sometido al régimen jurídico previsto en la ley 100 y sus decretos reglamentarios, identificada con Nit 891380054 -1, representada legalmente por **LUZ YAMILETH GARZON SANCHEZ** o quien haga sus veces al momento de la notificación.
- **HOSPITAL UNIVERSITARIO EVARISTO GARCIA DE CALI** entidad pública descentralizada del orden Municipal dotados personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio propio adscrita a la dirección local de salud, integrante del Sistema General de Seguridad Social en Salud sometido al régimen jurídico previsto en la ley 100 y sus decretos reglamentarios, identificada con Nit 890303461-2, representada legalmente por **IRNE TORRES CASTRO**, o quien haga sus veces al momento de la notificación.
- **DE LA PARTE DEMANDANTE**
 - **JUAN SEBASTIAN JIMENEZ CARDONA**, (HIJO) mayor de edad, vecino y residente de este municipio, identificado con la cédula de ciudadanía N°1.112.765.998 de Cartago Valle.
 - **ADRIANA CARDONA**, (HIJA) mayor de edad, vecina y residente en España, identificada con pasaporte AM677807.
 - **LUISA FERNANDA MURILLO CARDONA**, (NIETA) mayor de edad, vecina y residente de este municipio, identificada con la cédula de ciudadanía N°1.112.770.811 de Cartago Valle actuando en nombre propio y en representación de sus hijos menores de edad
 - **MATIAS MURILLO CARDONA**, (BISNIETO) menor de edad, identificado con el NUIP 1.113.868.108, representado legalmente por su madre LUISA FERNANDA MURILLO CARDONA.

- **ISABELLA CASTILLO MURILLO**, (BISNIETA) menor de edad, identificada con el NUIP 1.113.866.671, representada legalmente por su madre LUISA FERNANDA MURILLO CARDONA.
- **DANNA SOFIA CAMPEON MURILLO**, (BISNIETA) menor de edad, identificada con el NIUP 1.113.864.243, representada legalmente por su madre LUISA FERNANDA MURILLO CARDONA.

II. RAZONES DE HECHO Y DE DERECHO.

PRIMERO: La señora **AMPARO CARDONA PATIÑO (Q.E.P.D)** se encontraba afiliada a **COOSALUD E.P.S**, razón por la cual era atendida en la **I.P.S. DEL MUNICIPIO DE CARTAGO E.S.E. VALLE DEL CAUCA**.

SEGUNDO: La señora **AMPARO CARDONA PATIÑO** para la fecha de los hechos contaba con 63 años de edad.

TERCERO: El día 19 de marzo del año 2019 a la 1:34 a.m. ingresó a urgencias de la **I.P.S. DEL MUNICIPIO DE CARTAGO E.S.E. VALLE DEL CAUCA**, manifestando padecer un fuerte dolor de cabeza acompañado de vómito.

CUARTO: El mismo día, a las 3:45 a.m. según anotación de la historia clínica se describe: “se indica sospecha de evento cerebrovascular Vs lesión o masa cerebrales dejar en observación para vigilancia del estado neurológico, se indica continuar manejo con fenitoína y se indica tramite de remisión para valoración por medicina interna/ Neurocirugía.”

QUINTO: El mismo día, siendo las 6:02 a.m., según anotación de historia clínica la paciente fue desmejorando en su salud, así: “...paciente que se le dificulta mover extremidades superior e inferior izquierda, por lo que la inmovilizamos, eliminó no hizo deposición, queda en la unidad pendiente de remisión para medicina interna pendiente reporte de paraclínicos.”

SEXTO: Por las complicaciones y diagnóstico de la señora Amparo, siendo las 6:54 a.m. del 19 de marzo del año 2019 se ordena por el médico tratante realizar: “**TAC de cráneo simple**”.

SÉPTIMO: la señora a las 7:47 a.m. acepta y tolera medicamentos vía oral, elimina en pañal, no hace deposición, inmovilizada, pendiente remisión medicina interna, reporte de paraclínicos, autoriza **TAC cráneo simple**.

OCTAVO: el mismo día a las 8:37 a.m. la señora Amparo Cardona Patiño, está incoherente, desorientada tiene pendiente de reporte de paraclínico y autorización de **TAC de cráneo simple**.

NOVENO: siendo las 14:43 p.m del mismo 19 de marzo, se traslada paciente para toma de **TAC de cráneo simple** para radiólogos de Mariscal sale en compañía de auxiliar Adriana Acevedo y familiar el conductor Jhon. Paciente sale del servicio sin

complicación, es decir el examen de TAC SIMPLE DE CRANEO se realiza pasadas 7 horas de haberse ordenado por el médico tratando, plasmando lo siguiente: *“reporta hemorragias intraventricular falta reporte oficial del tac por esta razón es pasada a sala de reanimación y se inicia proceso de intubación endotraqueal, se les explica a los familiares que el pronóstico es reservado y se remite como urgencia vital para hospital san Jorge de Pereira”*.

DÉCIMO PRIMERO: A las 16:54 p.m. de ese mismo día, la señora Amparo presenta los siguientes síntomas conforme su historia clínica: *“inconsciente con sialorrea y con desviación de la comisura izquierda se le informa al doctor Oñoro quien ordena pasar a sala de reanimación y colocar oxígeno por cánula a 3 litros por minuto, se espera nuevas órdenes”*.

DÉCIMO SEGUNDO: El mismo 19 de marzo siendo las 16:55 p.m. TAC simple de cráneo reporta hemorragia intraventricular, falta reporte de oficio del TAC.

Paciente deterioro del estado neurológico con Glasgow 4/15 en el momento inconsciente sin respuesta con alteración del estado de conciencia SO₂ 97% FC 55X, sin respuesta se hace diagnóstico de hemorragia cerebral interventricular, se pasa a sala de reanimación y se inicia proceso de intubación endotraqueal, se le explica a los familiares que el diagnóstico es reservado y se remite como urgencia vital para hospital San Jorge de Pereira.

DÉCIMO TERCERO: siendo las 17:15 p.m. Leidy Johana García zapata llama a UCIMED dónde el jefe Jorge Vélez informa que no tiene cupo y tampoco UCI en Santa Mónica.

DÉCIMO CUARTO: El mismo 19 de marzo, a las 17:26 se traslada paciente como urgencia vital paciente en estado crítico con LEV en compañía de auxiliar Yenifer y el doctor Oñoro, se entrega papelería completa, el TAC lo tiene el familiar.

DÉCIMO QUINTO: siendo las 19:17 pm conforme lo establece la historia clínica, la señora Amparo es llevada como urgencia vital al hospital San Jorge donde NO ES ACEPTADA por qué no hay cupo en UCI, se comunican vía telefónica con Pilar la auditora de Coosalud e indica vía telefónica que debe ser llevada a la clínica María Ángel de Tuluá donde hay convenio con la UCI, se traslada como urgencia vital de la ciudad de Pereira a Tuluá, la paciente en el momento es intubada so₂ 98% fc 55x, T 130/80 FR 20x, T 36°C. (se sigue a la clínica María Ángel de Tuluá)

DÉCIMO SEXTO: El día 20 de marzo del año 2019 siendo las 5:58 a.m. la señora Amparo Cardona, sigue siendo trasladada como urgencia vital, intubada, con saturación 95% y FC= 52, se llega a la clínica María Ángel, donde médico la comenta con neurocirugía que indica toma de angiografía cerebral donde no tiene disponibilidad de este examen por lo que se debe continuar con paciente a otro nivel donde haya disponibilidad.

DÉCIMO SEPTIMO: Se continúa llegando a San Jorge de Buga donde se comenta, paciente con médico de cuidado crítico, donde realizan triage y NO RECIBEN PACIENTE por no haber disponibilidad de atención.

DÉCIMO OCTAVO: se llega al Hospital Universitario Evaristo García de Cali con sus signos de paciente de saturación 96%, FC= 50 y TA= 110/ 50. Donde es valorada por el médico de turno informando que no hay cama en UCI que NO SE PUEDE RECIBIR porque no hay disponibilidad de cama, que están trasladando a pacientes a otras IPS para UCI.

DÉCIMO NOVENO: Se solicita que la IPS de referencia que se tiene de mayor nivel, indique dónde más puede ingresar la señora Amparo Cardona Patiño. Para lo cual Indican que hay varias en Cali y que por el estado de la paciente se pueden ingresar.

VIGESIMO PRIMERO: el día 20 de marzo siendo más de la 1:15 a.m., se llega a la clínica Imbanaco donde atienden a la paciente, le realizan el correspondiente TRIGE, es recibida previa valoración del médico intensivista el cual explica a los familiares que, por el estado de GRAVEDAD de la paciente, se deja en sala de UCI, pues ingresa en estado de coma.

VIGESIMO SEGUNDO: el día 20 de marzo del año 2019 a las 2:24 a.m. el diagnostico para la señora Amparo Cardona Patiño **(Q.E.P.D.)**, es **hemorragia subaracnoidea, no especificada**. Se reporta que es una paciente con criterios de muerte encefálica.

VIGESIMO TERCERO: Siendo las 3:27 a.m. del día 20 de marzo, según historia clínica informa que se solicitan nuevos gases arteriales posterior a cambios de parámetros ventilatorios, para realizar TEST de apnea paciente critica alto riesgo de fallecer; se le informa su condición a la familia.

VIGESIMO CUARTO: Siendo las 4:57 a.m. se realiza el **TEST DE APNEA**, el cual arroja positivo para muerte encefálica, donde se informa a neurocirugía para dicho diagnóstico.

VIGÉSIMO QUINTO: como se evidencia en los hechos narrados anteriormente y la historia clínica que se aporta en la presente demanda, la atención medica oportuna, era necesaria y vital para salvar la vida de la señora **AMPARO CARDONA PATIÑO**, y al no ser brindada dicha atención de forma eficiente, oportuna, adecuada por parte de las entidades encargadas del mismo, la señora **AMPARO CARDONA PATIÑO**, fallece siendo las 05:05 a.m. del día 20 de marzo del año 2019.

VIGÉSIMO SEXTO: El núcleo familiar de la señora amparo cardona, esta conformado por Juan Sebastián Jiménez Cardona **(Hijo)**, Adriana Cardona **(Hija)**, Luisa Fernanda Murillo Cardona **(Nieta)**, Matías Murillo Cardona **(Bisnieta)**, Isabella Castillo Murillo **(Bisnieta)** Danna Sofia Campeón Murillo **(Bisnieta)**.

VIGÉSIMO SÉPTIMO. Lo previamente descrito, se erige como un **“DAÑO ANTIJURÍDICO”** que los demandantes no están en la obligación de soportar, pero

que en la actualidad están sufriendo y sufrirán hacia el futuro, y que debe ser indemnizado con apego a lo dispuesto en el artículo 90 de la Constitución Política de Colombia.

VIGÉSIMO OCTAVO. La parte demandante promovió convocatoria a conciliación por los hechos mencionados, ante la Procuraduría Judicial para Asuntos Administrativos, en la que se convocó a las demandadas como requisito de procedibilidad, de acuerdo a lo establecido en el artículo 13 de la Ley 1285 de 2009.

III. PRETENSIONES

Con fundamento en el artículo 16 de la Ley 446 de 1998¹, cuyo texto no sobra transcribir:

Art. 16. **Valoración de daños.** Dentro de cualquier proceso que se surta ante la administración de justicia, la valoración de daños irrogados a las personas y a las cosas atenderá los principios de reparación integral y equidad y observará los criterios técnicos actuariales. (Resaltados con negrillas y subrayas fuera del texto).²

Solicito que se hagan las siguientes declaraciones y condenas:

1. Que se declare a los demandados, administrativa y solidariamente³ responsables, de los perjuicios de diversa índole que están soportando los demandantes, en razón del lamentable deceso de la señora **AMPARO CARDONA PATIÑO**, ocurrido el día

¹ La Corte Constitucional por medio de la sentencia C – 487 del 4 de mayo de 2000, expediente D – 2614, con ponencia del Dr. Antonio Barrera Carbonell, declaró exequible el artículo 16 de la Ley 446 de 1998 y expresó que “En efecto, el fin que se persigue con la norma acusada, cuando se conmina al juzgador a considerar los principios de reparación integral y equidad, en el proceso de valoración del daño irrogado a una persona para tasar la indemnización, no es otro que el de buscar una justicia recta y eficiente y facilitar la solución del respectivo conflicto, así como la de evitar que para efectos de la indemnización de los daños en forma integral sea necesaria la tramitación de nuevos procesos, lo cual, indudablemente, contribuye a la descongestión de los despachos judiciales” Gaceta Jurisprudencial. Editorial LEYER, Santafé de Bogotá, número 88, junio de 2000, página 203.

² El Consejo de Estado, Sección Tercera, con ponencia del Dr. Ricardo Hoyos Duque, en sentencia del 2 de marzo de 2000, expediente 11.250, acogió el mandato de reparar el daño de manera integral y equitativa contenido en el artículo 16 de la Ley 446 de 1998. Jurisprudencia y Doctrina. LEGIS S.A. Bogotá D.C., número 342, junio de 2000, página 1001 y ss.

³ Según el artículo 2344 del Código Civil, cuando intervienen varias personas en la ocurrencia del hecho dañino, la ley las obliga solidariamente a indemnizar a la víctima, lo que significa que la indemnización se puede reclamar de todas ellas o de una, al arbitrio de la víctima, sin que resulte oponible el beneficio de la división contenido en el artículo 1571 de la misma obra; sin embargo, el que realiza el pago se subroga en la acción contra el otro u otros responsables según las voces del artículo 1579 ibídem. La aplicación de esta norma de derecho privado, en la esfera de la responsabilidad patrimonial del Estado, fue aceptada por la jurisprudencia de la Sección Tercera del Consejo de Estado en sentencia del 11 de noviembre de 1999, expediente 11.499, Consejero Ponente, Dr. Alirio Eduardo Hernández Enríquez, la cual se puede consultar en Jurisprudencia y Doctrina. LEGIS S.A. Santafé de Bogotá, número 338, febrero de 2000, página 247 y ss.

20 de marzo del año 2019 como consecuencia de las múltiples fallas en la prestación del servicio médico dispensado.

2. Que como consecuencia de la declaración anterior, se hagan **por lo menos**⁴, **o en la suma que se probaren**⁵, las siguientes condenas:

2.1. Que se condene a los demandados, a pagar a favor de los demandantes que a continuación se señalan, la suma de dinero equivalente a las siguientes cantidades de salarios mínimos legales mensuales vigentes, por concepto de los **PERJUICIOS MORALES** que aquellos padecen, teniendo como fundamento la sentencia de unificación del Consejo de Estado, de fecha 28 de agosto de 2014:

JUAN SEBASTIAN JIMENEZ CARDONA	100 SMMLV	HIJO
ADRIANA CARDONA	100SMMLV	HIJA
LUISA FERNANDA MURILLO CARDONA	50 SMMLV	NIETA
MATIAS MURILLO CARDONA	35 SMMLV	BISNIETO
ISABELLA CASTILLO MURILLO	35 SMMLV	BISNIETA
DANNA SOFIA CAMPEON MURILLO	35 SMMLV	BISNIETA

2.2. Que se condene a los demandados, a pagar a favor de los señores **JUAN SEBASTIAN JIMENEZ CARDONA** y **ADRIANA CARDONA**, en su condición de herederos de la fallecida, en virtud del **DERECHO DE TRANSMISIÓN** (Artículo 1014 del C.C.)⁶, las siguientes sumas de dinero **a que tenía derecho** aquella, como

⁴ **Congruencia de la sentencia.**- Cuando el demandante solicita una cantidad fija pero agrega que dicho monto es “por lo menos” a lo que aspira, está solicitando una suma mayor.- En este caso, el juez tiene libertad para reconocer la prestación por la suma acreditada procesalmente. Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 13 mayo de 2008, expediente 11001-31-03-016-2003-00091-01, Magistrada ponente: Dra. Ruth Marina Díaz Rueda. Jurisprudencia y Doctrina. LEGIS S.A. Bogotá D.C., número 440, agosto de 2008, página 1276 y ss.

⁵ **Congruencia de la sentencia.**- Si el demandante solicitó como indemnización de perjuicios una suma exacta y agregó “**o la suma que se probare**” u otra expresión similar, el juez debe condenar por la cantidad probada, aunque sea superior a la cifra exacta indicada. Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 15 de abril de 2009, expediente 08001-3103-005-1995-10351-01, Magistrado Ponente: Dr. César Julio Valencia Copete. Jurisprudencia y Doctrina. LEGIS S.A. Bogotá D.C., número 451, julio de 2009, página 1025 y ss.

⁶ La jurisprudencia de la Sección Tercera del Consejo de Estado, acepta la **transmisibilidad** del derecho al resarcimiento y de la acción correspondiente, cuando se trata de perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales, al considerar que los mismos forman parte del patrimonio herencial y por lo mismo, **se transmiten a quienes tengan vocación hereditaria**, bien por la ley, ora por el testamento. Jurisprudencia y Doctrina. LEGIS S.A. Bogotá, D.C., número 324, diciembre de 1998, página 1782 y ss, Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 10 de septiembre de 1998, expediente 12.009, Consejero Ponente, Dr. Daniel Suárez Hernández.

indemnización por los perjuicios de diversa índole que soportó en vida, los cuales le debían ser pagados, pero que no alcanzó a reclamar:

JUAN SEBASTIAN JIMENEZ CARDONA y ADRIANA CARDONA (<u>HEREDEROS</u>)	100 smmlv	PERJUICIOS MORALES
JUAN SEBASTIAN JIMENEZ CARDONA y ADRIANA CARDONA (<u>HEREDEROS</u>)	100 smmlv	DAÑO A LA SALUD
JUAN SEBASTIAN JIMENEZ CARDONA y ADRIANA CARDONA (<u>HEREDEROS</u>)	100 smmlv	ALTERACIÓN GRAVE A BIENES E INTERESES CONSTITUCIONAL Y CONVENCIONALMENTE PROTEGIDOS

2.3. Que se ordene a las entidades demandadas, realizar a título de INDEMNIZACIÓN NO PECUNIARIA, un acto público en el que ofrezcan a los demandantes disculpas por los lamentables hechos en los que falleció **AMPARO CARDONA PATIÑO** (Q.E.P.D.); igualmente la implementación de una política pública que lleve su nombre, que busque un mejoramiento institucional en la atención medico asistencial, con el fin de garantizar la no repetición de estos errores lamentables, por concepto de medidas no pecuniarias por la ALTERACIÓN GRAVE A BIENES E INTERESES CONSTITUCIONAL Y CONVENCIONALMENTE PROTEGIDOS.

2.4. Que se condene a los demandados, a pagar a favor de los señores JUAN SEBASTIAN JIMENEZ CARDONA y ADRIANA CARDONA Por concepto de LUCRO CESANTE, la suma de **\$125.927.641**, que son el resultado de realizar la siguiente liquidación bajo los parámetros establecidos por el Consejo de Estado:

Este perjuicio material, está representado por las sumas de dinero que **AMPARO CARDONA PATIÑO** devengaba y destinaba periódicamente para su propio sostenimiento y el de sus hijos, sumas de dinero que éstos no podrán seguir disfrutando.

Para la liquidación del lucro cesante se tendrán en cuenta las siguientes pautas:

Se tendrá en cuenta la expectativa de vida de la señora **AMPARO CARDONA PATIÑO** que es de 24.4 años ó 292.8 meses de acuerdo a la edad que tenía al momento de la ocurrencia de los hechos.

Se tomará como base para la liquidación la suma de ochocientos veintiocho mil ciento dieciséis pesos (**\$ 828.116**), que es el valor que para el año de la ocurrencia de los hechos, esto es, año 2019, figuraba como salario mínimo legal mensual vigente, a dicha suma se le aumentará un 25% que es el equivalente a las

prestaciones sociales⁷, para un total de **(\$1.035.145.00)** y se le restará posteriormente un 25% que se presume la causante utilizaba para su propia subsistencia, lo que arroja una renta equivalente a **(\$776.359.00)**.

Se liquidará un primer período, causado o consolidado, mediante la aplicación de la siguiente fórmula:

$$S = Ra. \frac{(1+i)^n - 1}{i} \quad S = 776.359. \frac{(1+0.004867)^{8,2} - 1}{0.004867} \quad S = \$ 6.478.828$$

Donde:

S= La suma o indemnización que se busca.

Ra.= La renta o ingreso mensual actualizado.

i = Interés puro o técnico, cuyo valor corresponde a 0.004867.

n = Número de meses indemnizables. Tiempo corrido desde el fallecimiento de **AMPARO CARDONA PATIÑO**, esto es, el día 20 de marzo de 2019, hasta la fecha de ejecutoria de la sentencia.

Se liquidará un segundo período, futuro o anticipado, con la aplicación de la siguiente fórmula:

$$S = Ra. \frac{(1+i)^n - 1}{i(1+i)} \quad S = 776.359. \frac{(1+0.004867)^{284,6} - 1}{0.004867 (1+0.004867)} \quad S = \$ 119.448.813$$

Donde:

S= La suma o indemnización que se busca.

Ra.= La renta o ingreso mensual actualizado.

i= Interés puro o técnico, cuyo valor corresponde a 0.004867.

n= Número de meses indemnizables. Tiempo corrido desde el día siguiente a la fecha de ejecutoria de la sentencia, hasta el momento de sobrevida de **AMPARO CARDONA PATIÑO**.

⁷ HENAO, Juan Carlos. El Daño. Universidad Externado de Colombia, 1998, página 292. Consejo de Estado, Sección Tercera, 13 de febrero de 1997, C.P. Dr. Daniel Suárez Hernández, actor Ma. Luz Acosta y otros, exp. 11586: “No se accede a las pretensión de la demanda en el sentido de modificarla para no incrementar la renta con el 25% de prestaciones, dado que en el proceso existe prueba documental y testimonial en el sentido de que el señor Salazar era un trabajador dependiente y, por ende, conforme a la ley laboral, tenía derecho al pago de prestaciones”.

3. Que se condene a los demandados, a pagar a favor de mis mandantes, los intereses remuneratorios⁸ y moratorios⁹ sobre todas las sumas de dinero reconocidas por concepto de perjuicios.

4. Que se condene en costas a los demandados incluyendo las agencias en derecho, de acuerdo a lo establecido en el artículo 361 y siguientes de la Ley 1564 de 2012.

5. Que se condene a los demandados al pago de los perjuicios en abstracto, es decir todos los pretendidos o cualquiera de ellos que no se hayan podido probar o cuantificar, tal como lo ordena el artículo 193 de la Ley 1437 de 2011.

PRETENSIÓN DECLARATORIA SUBSIDIARIA

Que se declare a los demandados administrativa y solidariamente responsables, de los perjuicios de diversa índole que están soportando los demandantes, en razón de la **PÉRDIDA OPORTUNIDAD O CHANCE** como daño autónomo, o cualquier otro que se logre probar (falta de consentimiento informado, indebido diligenciamiento de la historia clínica, entre otros) en la atención dispensada a la señora **AMPARO CARDONA PATIÑO**.

IV. FUNDAMENTO DE DERECHO DE LAS PRETENSIONES Y EXTENSIÓN DE LA JURISPRUDENCIA¹⁰

POSTULADO CONSTITUCIONAL ARTICULO 90 DE LA CONSTITUCION POLITICA.

⁸ Según la jurisprudencia de la Sección Tercera del Consejo de Estado, el reconocimiento de la indexación y de los intereses remuneratorios, no se excluyen. Al respecto sostiene dicha Corporación: “En consecuencia, se procederá a reconocer en su favor **la indexación y los intereses remuneratorios**, pues como lo ha señalado la sección en repetidas oportunidades, estos rubros “tienen causas diferentes: los intereses buscan compensar el perjuicio sufrido por la privación temporal del uso del capital, en tanto que la compensación por depreciación monetaria, según Zannoni, se dirige a mantener indemne el patrimonio del acreedor que sufrirá menoscabo si recibiese como reparación el monto del daño en signo monetario envilecido” ” (Resaltados y cursivas fuera del texto). Jurisprudencia y Doctrina. LEGIS S.A. Bogotá, D.C., número 355, julio de 2001, página 1255 y ss. Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 10 de mayo de 2001, expediente 12.719, Consejero Ponente, doctor Ricardo Hoyos Duque.

⁹ El reconocimiento de intereses moratorios sobre una suma que ha sido indexada no supone imponer al deudor dos veces una misma carga, ni satisfacer, para el acreedor, dos veces el mismo derecho. Jurisprudencia y Doctrina. LEGIS S.A. Bogotá, D.C., número 346, octubre de 2000, página 1945 y ss, Consejo de Estado, Sección Tercera, auto del 3 de agosto de 2000, expediente 14.368, Consejero Ponente, Dr. Alir Eduardo Hernández Enríquez.

¹⁰ Artículos: 162 num. 4 – 270 – y 10 del CÓDIGO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO.

El artículo 90 constitucional concreta los elementos estructurantes del daño antijurídico, donde la Jurisprudencia le ha dado la mayor importancia en la evolución que ha tenido el régimen de responsabilidad del Estado.¹¹ Así:

*“(…): De conformidad con lo dispuesto por el artículo 90 de la Constitución Política, el Estado tiene el deber de responder patrimonialmente por los daños antijurídicos que le sean imputables, causados por la acción o la omisión de las autoridades públicas, norma que le sirve de fundamento al artículo 86 del Código Contencioso Administrativo que consagra la acción de reparación directa, cuyo ejercicio dio origen al presente proceso y que establece la posibilidad que tiene el interesado de demandar la reparación del daño cuando su causa sea un hecho, una omisión, una operación administrativa o la ocupación temporal o permanente de un inmueble por causa de trabajos públicos o por cualquier otra causa. No obstante que la norma constitucional hace énfasis en la existencia del daño antijurídico como fuente del derecho a obtener la reparación de perjuicios siempre que el mismo le sea imputable a una entidad estatal, dejando de lado el análisis de la conducta productora del hecho dañoso y su calificación como culposa o no, ello no significa que la responsabilidad patrimonial del Estado se haya tornado objetiva en términos absolutos, puesto que subsisten los diferentes regímenes de imputación de responsabilidad al Estado que de tiempo atrás han elaborado tanto la doctrina como la jurisprudencia, entre ellos el de la tradicional falla del servicio, dentro del cual la responsabilidad surge a partir de la comprobación de la existencia de tres elementos fundamentales: **el daño antijurídico sufrido por el interesado, el deficiente funcionamiento del servicio, porque no funcionó cuando ha debido hacerlo, o lo hizo de manera tardía o equivocada, y finalmente, una relación de causalidad entre este último y el primero, es decir, la comprobación de que el daño se produjo como consecuencia de la falla del servicio...**”*

De esta forma se aplica los nuevos conceptos del daño antijurídico dentro de los distintos regímenes de responsabilidad del estado bien diferenciados por la Jurisprudencia, como lo dice el profesor Juan Carlos Henao al definir el daño antijurídico como “aquel que subsume en cualquiera de los regímenes tradicionales de responsabilidad del estado”¹². De igual manera, La Corte Constitucional en Sentencia C-333 del primero de agosto de 1996, señaló:

“no significa que los títulos y regímenes de responsabilidad patrimonial del estado sean idénticos en todos los campos y en

11 CONSEJO DE ESTADO, SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO, Sección Tercera, Febrero 24 de 2005, Exp. 85001-23-31-000-1993-00074-01 (14170), Consejero ponente Ramiro Saavedra Becerra.

12 HENAO PÉREZ, Juan Carlos. Obra citada. Pág. 801.

todas las situaciones, puesto que en la actual práctica jurisprudencial siguen existiendo regímenes diferenciados. Así, en determinados casos se exige la prueba de la culpa de la autoridad, en otras ésta se presume mientras que en algunos eventos de ruptura de igualdad de las cargas públicas la responsabilidad es objetiva. Con todo, esos regímenes quisieron ser englobados por el constituyente bajo la noción del daño antijurídico”.¹³

Desde esta perspectiva se tiene que el daño antijurídico fue desarrollado por los españoles, especialmente por el profesor Eduardo García de Enterría, quien lo describe como “perjuicio que el titular del patrimonio considerado no tiene el deber jurídico de soportarlo, aunque el agente que lo ocasione sobre él mismo con toda licitud”. Y explica: “la nota antijuridicidad se desplaza desde la conducta subjetiva del agente, donde lo situaba la doctrina tradicional, al daño objetivo del patrimonio dañado”.¹⁴

Acreditación / DAÑO ANTIJURIDICO - Existencia

EXISTENCIA DE UNA FALLA EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD A CARGO DE LAS ENTIDADES COMO DAÑO AUTÓNOMO: Ante la violación flagrante de los derechos de la señora AMPARO CARDONA PATIÑO (Q.E.P.D), por la no atención oportuna y eficaz de los servicios de salud, tratamiento médico y diagnóstico.

En jurisprudencia del Consejo de Estado reitera, la Sala, que ha considerado que son imputables al Estado los daños sufridos por los pacientes a causa de **la falta del servicio médico eficiente, adecuado y oportuno, por cuanto ésta constituye un daño autónomo**¹⁵.

*“... En síntesis, el Estado es patrimonialmente responsable de los daños que se deriven de la omisión en la prestación del servicio médico o de su prestación deficiente, cuando tales daños se producen como consecuencia de esa omisión deficiente, pero también es responsable del daño aun en eventos en los que no se demuestra esa relación causal, **pero queda acreditado que se vulneró el derecho que tenía el paciente a recibir un servicio médico oportuno y eficaz, utilizando todos los medios técnicos y científicos de los que deben disponer las entidades médicas estatales, de acuerdo a su nivel***

¹³ SENTENCIA C-333 DE LA CORTE CONSTITUCIONAL del 1 de agosto de 1996. Revista jurisprudencia y doctrina. Tomo XXV, número 298. Pág. 1260.

¹⁴ GARCIA DE ENTERRÍA, EDUARDO. Los principios de la nueva ley de expropiación forzosa. Madrid: Editorial Civitas S.A. Reedición, 1984. Página 176.

¹⁵Sección Tercera, Sentencia de 7 de Octubre de 2009, exp.35656, CP Mauricio Fajardo Gómez, reiterada en Subsección B, sentencias de 15 de febrero de 2012 y de 30 de abril de 2012, Exps, 20710 y 22251 CP Ruth Stella Correa Palacio.

de complejidad, o no se remite oportunamente al paciente, a un centro de mayor nivel, en tanto esa desatención constituye un daño autónomo, que debe ser reparado.¹⁶

Las entidades convocadas debían garantizar una prestación de servicio de salud, eficiente y oportuna, a través del cumplimiento de sus obligaciones, tanto en su condición de garante en su custodia y cuidado personal, como en las de afiliación y prestación del servicio fundamental de salud. Máxime tratándose de un sujeto de especial protección por parte del Estado, al encontrarse privado de su libertad, su derecho a la salud se torna fundamental. Quien no podía por sus propios medios desplazarse a tramitar, gestionar y conseguir las citas médicas, toma de exámenes y tratamiento que requería para el restablecimiento de su salud.

PERDIDA DE LA OPORTUNIDAD

PERDIDA DE OPORTUNIDAD - Pérdida de chance / PERDIDA DE CHANCE - Pérdida de oportunidad / PERDIDA DE OPORTUNIDAD - Noción. Definición doctrinal La pérdida de oportunidad o pérdida de chance alude a todos aquellos eventos en los cuales una persona se encontraba en situación de poder conseguir un provecho, de obtener una ganancia o beneficio o de evitar una pérdida, pero ello fue definitivamente impedido por el hecho de otro sujeto, acontecer o conducta éste que genera, por consiguiente, la incertidumbre de saber si el efecto beneficioso se habría producido, o no, pero que al mismo tiempo da lugar a la certeza consistente en que se ha cercenado de modo irreversible una expectativa o una probabilidad de ventaja patrimonial; dicha oportunidad perdida constituía, en sí misma, un interés jurídico que si bien no cabría catalogar como un auténtico derecho subjetivo, sin duda facultaba a quien lo ha visto salir de su patrimonio —material o inmaterial— para actuar en procura de o para esperar el acaecimiento del resultado que deseaba, razón por la cual la antijurídica frustración de esa probabilidad debe generar para el afectado el derecho a alcanzar el correspondiente resarcimiento. La pérdida de oportunidad constituye, entonces, una particular modalidad de daño caracterizada porque en ella coexisten un elemento de certeza y otro de incertidumbre: la certeza de que en caso de no haber mediado el hecho dañino el damnificado habría conservado la esperanza de obtener en el futuro una ganancia o de evitar una pérdida para su patrimonio y la incertidumbre, definitiva ya, en torno de si habiéndose mantenido la situación fáctica y/o jurídica que constituía presupuesto de la oportunidad, realmente la ganancia se habría obtenido o la pérdida se hubiere evitado; expuesto de otro modo, a pesar de la situación de incertidumbre, hay en este tipo de daño algo actual, cierto e indiscutible consistente en la efectiva pérdida de la probabilidad de lograr un beneficio o de evitar un detrimento. (...) La pérdida de oportunidad como rubro autónomo del daño demuestra que éste no siempre comporta la transgresión de un derecho subjetivo, pues la sola esperanza probable de obtener un beneficio o de evitar una pérdida constituye un bien jurídicamente protegido cuya afectación confiere derecho a una

¹⁶SECCIÓN TERCERA, Subsección B, de 30 de abril de 2012, 22251 CP Ruth Stella Correa Palacio.

reparación que debe limitarse a la extensión del “chance” en sí mismo, con prescindencia del resultado final incierto¹⁷.

- **PERDIDA DE OPORTUNIDAD DOCTRINAL** - Daño indemnizable / **PERDIDA DE OPORTUNIDAD DOCTRINAL** - Requisitos De acuerdo con lo anterior, puede sostenerse que los requisitos cuya concurrencia se precisa con el propósito de que pueda considerarse existente la pérdida de oportunidad como daño indemnizable en un caso concreto, son los siguientes: (...) Frente a la descrita conceptualización de la pérdida de oportunidad como una modalidad del daño provista de las antedichas singularidades, también se ha caracterizado la figura en comento como una técnica de facilitación probatoria respecto de la causalidad en tanto que elemento de cuya concurrencia se precisa en el juicio de responsabilidad, por entender que la operatividad de la mencionada noción de pérdida de chance permite corregir el desequilibrio en el cual, en algunas ocasiones, se encuentra la víctima dadas las dificultades probatorias a las que debe hacer frente y que la ubican “en una situación de desigualdad respecto del agente porque carece de conocimientos y medios para apreciar si hubo o no causalidad, de suerte que la noción de pérdida de oportunidad “entra en juego, habilitando un resarcimiento, cuando se tiene, no la certeza jurídica de que un sujeto ha privado de un beneficio a un sujeto, pero sí una fuerte intuición, sospecha o certeza moral de que lo hizo”; desde esta perspectiva, la pérdida de oportunidad se constituye en una técnica a utilizar en eventos en los cuales existe incertidumbre causal¹⁸.
- **TEORIA DE LA PERDIDA DE OPORTUNIDAD** - Pérdida de chance / **TEORIA DE LA PERDIDA DE CHANCE** - Pérdida de oportunidad / **PERDIDA DE OPORTUNIDAD** - Distinción entre dos tipos de daño y dos cursos causales diferenciados / **PERDIDA DE VENTAJA ESPERADA** - Cuantificación de la indemnización El correcto entendimiento y la adecuada utilización de la teoría de la pérdida de chance u oportunidad presupone, consiguientemente, la necesidad de distinguir entre dos tipos de daño y dos cursos causales nítidamente diferenciados: (i) el daño consistente en la imposibilidad definitiva de acceder a una ganancia o de evitar un perjuicio y la relación causal entre la pérdida de ese provecho buscado o la ocurrencia de ese deterioro patrimonial no querido y el hecho que se cuestiona si fue, o no, el desencadenante del respectivo daño; y (ii) el daño consistente en la pérdida de la probabilidad de obtener el aludido provecho o de eludir el referido detrimento y el ligamen causal existente entre la desaparición de tales posibilidades y el mismo hecho o conducta enjuiciados. Para que opere la noción de pérdida de oportunidad el

¹⁷CONSEJO DE ESTADO SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO SECCION TERCERA, Consejero ponente MAURICIO FAJARDO GOMEZ Bogotá, D.C., agosto once (11) de dos mil diez (2010). Radicación: 05001-23-26-000-1995-00082-01(18593)

¹⁸Nota de Relatoría, Respecto a la determinación de la pérdida de oportunidad, consultar sentencia del 31 de agosto de 2006; expediente número 15772, Consejera Ponente doctora Ruth Stella Correa Palacio.

primero de los dos daños aludidos —la pérdida de la ventaja esperada— sólo resulta de interés al momento de cuantificar la indemnización que haya de ordenarse y el primer vínculo causal mencionado carece de toda relevancia jurídica en el caso concreto; por el contrario, los segundos daño y ligamen causal en mención, sí deben hallarse acreditados en el proceso, pues de no ser así resultará inviable la imposición de una condena a reparar el tipo de daño del cual ahora se ocupa la Sala —la pérdida de chance—. En otros términos, la noción de pérdida de oportunidad sí comporta un análisis en sede de causalidad, pero se trata de un examen circunscrito a la existencia de vínculo causal entre la conducta o el hecho dañino y la desaparición de las probabilidades de ganancia o de evitación del deterioro, sin que en manera alguna deba extenderse al estudio de la relación de causalidad entre tales acontecer o proceder enjuiciados y el beneficio que finalmente perseguía la víctima¹⁹.

- *La “pérdida de oportunidad” o “pérdida de chance” como modalidad del daño a reparar. Se ha señalado que las expresiones “chance” u “oportunidad” resultan próximas a otras como “ocasión”, “probabilidad” o “expectativa” y que todas comparten el común elemento consistente en remitir al cálculo de probabilidades, en la medida en que se refieren a un territorio ubicable entre lo actual y lo futuro, entre lo hipotético y lo seguro o entre lo cierto y lo incierto, a una zona limítrofe que se corresponde con “ ... una situación en que hay un comportamiento antijurídico que ha interferido en el curso normal de los acontecimientos, de manera que ya no puede saberse si el afectado por ese comportamiento ..., habría o no obtenido cierta ganancia o evitado cierta pérdida. Es decir que para un determinado sujeto había probabilidades a favor y probabilidades en contra de obtener o no cierta ventaja patrimonial, pero un hecho cometido por un tercero le ha impedido tener la oportunidad de participar en la definición de esas probabilidades²⁰.*

En ese orden ideas, la pérdida de oportunidad o pérdida de chance alude a todos aquellos eventos en los cuales una persona se encontraba en situación de poder conseguir un provecho, de obtener una ganancia o beneficio o de evitar una pérdida, pero ello fue definitivamente impedido por el hecho de otro sujeto, acontecer o conducta éste que genera, por consiguiente, la incertidumbre de saber si el efecto beneficioso se habría producido, o no, pero que al mismo tiempo da lugar a la certeza consistente en que se ha cercenado de modo irreversible una expectativa o

¹⁹CONSEJO DE ESTADO SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO SECCION TERCERA, Consejero ponente MAURICIO FAJARDO GOMEZ Bogotá, D.C., agosto once (11) de dos mil diez (2010). Radicación: 05001-23-26-000-1995-00082-01(18593)

²⁰CONSEJO DE ESTADO SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO SECCION TERCERA, Consejero ponente MAURICIO FAJARDO GOMEZ Bogotá, D.C., agosto once (11) de dos mil diez (2010). Radicación: 05001-23-26-000-1995-00082-01(18593)

una probabilidad de ventaja patrimonial²¹ ; dicha oportunidad perdida constituía, en sí misma, un interés jurídico que si bien no cabría catalogar como un auténtico derecho subjetivo, sin duda facultaba a quien lo ha visto salir de su patrimonio —material o inmaterial— para actuar en procura de o para esperar el acaecimiento del resultado que deseaba²² , razón por la cual la antijurídica frustración de esa probabilidad debe generar para el afectado el derecho a alcanzar el correspondiente resarcimiento.

La pérdida de oportunidad constituye, entonces, una particular modalidad de daño caracterizada porque en ella coexisten un elemento de certeza y otro de incertidumbre: la certeza de que en caso de no haber mediado el hecho dañino el damnificado habría conservado la esperanza de obtener en el futuro una ganancia o de evitar una pérdida para su patrimonio y la incertidumbre, definitiva ya, en torno de si habiéndose mantenido la situación fáctica y/o jurídica que constituía presupuesto de la oportunidad, realmente la ganancia se habría obtenido o la pérdida se hubiere evitado; expuesto de otro modo, a pesar de la situación de incertidumbre, hay en este tipo de daño algo actual, cierto e indiscutible consistente en la efectiva pérdida de la probabilidad de lograr un beneficio o de evitar un detrimento; no ofrece lugar a la menor hesitación que “esa oportunidad está definitivamente perdida, la situación es irreversible y la ‘carrera’ de concatenación causal y temporal hacia la ventaja se ha detenido de manera inmodificable. Hay un daño cierto sólo desde el punto de vista de la certeza de la probabilidad irremediablemente truncada. Esa probabilidad tenía un determinado valor, aunque difícil de justipreciar, que debe ser reparado²³.

La pérdida de oportunidad en el presente caso se ve de manera clara y palmaria en el transcurso del tiempo superior a un año, que debió padecer la víctima sin finalmente obtener la recuperación de su salud y sin que se prestara un servicio de salud oportuno, demora y negligencia administrativa que trajo como consecuencia su muerte.

V. ANÁLISIS JURÍDICO DETALLADO DE LOS HECHOS, LA ATENCIÓN BRINDADA A LA PACIENTE, LOS MÉTODOS A SEGUIR Y LAS CONCLUSIONES AL ANALISAR EL CASO EN CONCRETO.

1. REVISIÓN DE LOS HECHOS

²¹CONSEJO DE ESTADO SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO SECCION TERCERA, Consejero ponente MAURICIO FAJARDO GOMEZ Bogotá, D.C., agosto once (11) de dos mil diez (2010). Radicación: 05001-23-26-000-1995-00082-01(18593)

²²CONSEJO DE ESTADO SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO SECCION TERCERA, Consejero ponente MAURICIO FAJARDO GOMEZ Bogotá, D.C., agosto once (11) de dos mil diez (2010). Radicación: 05001-23-26-000-1995-00082-01(18593)

Paciente residente en el municipio de Cartago, afiliada a la EPS Coosalud con IPS de atención asignada la IPS del Municipio de Cartago, sitio al cual acude por el servicio de urgencias en dónde de acuerdo a la cronología descrita en la historia clínica por parte del personal médico y de enfermería, se presenta lo siguiente:

Fecha (dd/mm/aa)	Hora	Registro en la historia clínica	Observación
19/03/2019	1:34	<p>Triage: consulta por “dolor de cabeza y vómitos”. Hallazgos clínicos: “paciente con vómitos desde hace 6 horas asociado náuseas malestar y cefalea. Dice que está vomitando todo, muchas náuseas, dice que ahora en la noche ha vomitado varias veces” ingresa hablando por teléfono con una familiar, posterior presenta convulsión tónico clónica, sialorrea y pérdida de la conciencia y se pasa inmediatamente a sala de reanimación.</p> <p>Antecedentes: patológicos: Hipertiroidismo diagnosticado hace 14 años, niega tratamiento.</p> <p>FC: 87x´, FR:20x´, TA:120/80 mm Hg, SO2:97%</p> <p>Exámen físico no registra alteraciones.</p> <p>Diagnóstico:</p> <p>Principal: náuseas y vómito</p> <p>Relacionado 1: Otras convulsiones y las no especificadas.</p> <p>Conducta:</p> <p>Observación sala de reanimación, monitoreo no invasivo, oxígeno por cánula nasal, SSN 500 cc en bolo,</p>	Médico Gerardo Javier Oñoro Consuegra

		Metoclopramida y Ranitidina IV, glucometría y EKG.	
19/03/2019	1:38	<p>Hoja Neurológica</p> <p>Escala de Glasgow Apertura de ojos: ninguna, Respuesta verbal: ninguna, Respuesta motora: ninguna Total: 3.</p> <p>Pupilas mióticas, Fuerza muscular de extremidades: débil.</p> <p>Convulsiones generalizadas, control de esfínteres: presente.</p>	Auxiliar de Enfermería Yuli Catherine Felicidad Zapata
19/03/2019	2:02	<p>Glucometría 171 mg/dl</p> <p>Paciente que durante la observación en sala de reanimación se despierta espontáneamente y se observa pérdida de fuerza muscular en pierna izquierda, en el momento conciente, orientada, alerta, se inicia goteo de Fenitoina 3 ampollas en 250 cc SSN pasar en 30 minutos.</p>	Médico Gerardo Javier Oñoro Consuegra
19/03/2019	2:08	<p>EKG reporta sin alteración del ST ni signos de isquemia.</p>	Médico Gerardo Javier Oñoro Consuegra
19/03/2019	2:34	<p>Paciente que mejora su estado neurológico, conciente orientada en las 3 esferas, en ocasiones habla incoherencias, se observa disminución de la fuerza en miembro superior izquierdo, déficit motor de miembro inferior izquierdo, dice que no es capaz de moverlo, obedece ordenes, contesta a preguntas.</p>	Auxiliar de Enfermería Yuli Catherine Felicidad Zapata. Apartes de la nota de enfermería.
19/03/2019	2:52	<p>Hoja Neurológica</p> <p>Escala de Glasgow Apertura de ojos: espontánea, Respuesta verbal:</p>	Auxiliar de Enfermería Yuli Catherine Felicidad Zapata

		<p>delirante, Respuesta motora: obedece ordenes Total: 13.</p> <p>Pupilas normales,</p> <p>Fuerza muscular miembro superior: derecho: normal, izquierdo: débil.</p> <p>Fuerza muscular miembro inferior: derecho: normal, izquierdo: débil.</p> <p>Convulsiones no presenta, control de esfínteres: presente.</p>	
19/03/2019	2:53	<p>Signos vitales</p> <p>FC: 72x', FR:20x', TA:118/70 mm Hg, SO2:97%</p>	<p>Auxiliar de Enfermería Yuli Catherine Felicidad Zapata</p>
19/03/2019	2:54	<p>Paciente con déficit neurológico, conciente, delirante, hemiplejia en lado izquierdo, continua con oxígeno, estable.</p>	<p>Auxiliar de Enfermería Yuli Catherine Felicidad Zapata</p>
19/03/2019	3:45	<p>Paciente que ingresa en contexto de episodio de emesis en repetidas ocasiones, además de cefalea fronto ocular intensa que luego se generaliza, ingresa a urgencias alerta, conciente y orientada, se indicó observación médica y posterior a ello presenta episodio de convulsión tónico clónica que se generaliza, asociado a ello presenta sialorrea, presenta recuperación de estado neurológico de forma espontánea a los 5 minutos. Se inició manejo médico y se indicó observación neurológica, paciente que ingresa estable hemodinámicamente, con TA 145/60 FC 60x', FR 16x', SO2 97%.</p> <p>Positivo al examen físico: extremidades móviles simétricas sin edemas, hiperreflexia de miembro inferior izquierdo. Sistema nervioso central: alerta, despierta, reactiva a estímulos, con Glasgow 15/15, presenta desorientación temporo espacial, se</p>	<p>Médico David Alejandro Henao Jordán</p>

		<p>torna con alucinaciones visuales, pupilas isocóricas normo reactivas, hay limitación para la marcha por fuerza disminuida en miembros inferiores.</p> <p>Ap.: paciente femenina de 63 años de edad que ingresa en contexto de cefalea y emesis y quien presenta episodio convulsivo generalizado (sin antecedente de epilepsia) ingresa estable hemodinámicamente, sin disnea ni signos de bajo gasto, llama la atención al examen físico encontrar alteración neurológica dada por desorientación temporo espacial y que se torna con alucinaciones.</p> <p>Se indica ante sospecha de evento cerebro vascular vs lesión cerebral o masa cerebral, dejar en observación para vigilancia del estado neurológico, se indica continuar manejo con Fenitoina y <u>se inicia tramite de remisión para valoración por medicina interna / neurocirugía,</u> paciente que amerita toma de Neuro imagen por deterioro neurológico y episodio convulsivo sin antecedente de epilepsia.</p>	
19/03/2019	3:45	Observación, reposo en cama, oxígeno por cánula nasal a 3 litros por minuto, dieta blanda, asistida y a tolerancia, LEV SSN 0.9% pasas a 60 ml/hora, Fenitoina ampolla de 250 mg 1 ampolla IV cada 8 horas, Metoclopramida ampolla x 10 mg 1 ampolla IV cada 8 horas, Ranitidina ampolla x 50 mg 1 ampolla IV cada 8 horas, se solicitan paraclínicos: hemograma, creatinina, BUN, glicemia, uroanálisis, vigilancia neurológica cada hora con Escala de Glasgow, <u>remisión a nivel superior.</u>	Médico David Alejandro Henao Jordán

19/03/2019	3:54	Remisión a Medicina Interna: Paciente femenina de 63 años de edad, quien ingresa en contexto de cefalea y emesis y quien presentó episodio convulsivo generalizado (sin antecedente de epilepsia) ingresa estable hemodinámicamente, sin disnea ni signos de bajo gasto, llama la atención al exámen físico encontrar alteración neurológica dada por desorientación temporo-espacial y que se torna con alucinaciones y relajación de esfínter vesical. Se indica sospecha de evento cerebrovascular Vs lesión cerebral o masa cerebral dejar en observación para vigilancia del estado neurológico, se indica continuar manejo con Fenitoina y <u>se inicia tramite de remisión para valoración por medicina interna / neurocirugía,</u> paciente que amerita toma de Neuro imagen por deterioro neurológico y episodio convulsivo generalizado sin antecedentes de epilepsia.	Médico David Alejandro Henao Jordán
19/03/2019	4:03	Nota de enfermería: paciente revalorada por el doctor Henao ordena dejar en observación, paciente desorientada, habla incoherencias, hemiplejía de lado izquierdo, con soporte oxigeno por cánula nasal, medicación Fenitoina, Ranitidina, Metoclopramida. <u>Pendiente remisión para Medicina Interna / Neurocirugía.</u>	Auxiliar de Enfermería Yuli Catherine Felicidad Zapata
19/03/2019	4:24	Hoja Neurológica Escala de Glasgow Apertura de ojos: espontánea, Respuesta verbal: incomprensible, Respuesta motora: localiza estímulo Total: 11. Pupila derecha tamaño normal, reacción: normal	Auxiliar de Enfermería Karen Eliana Moreno Torres

		<p>Pupila izquierda tamaño normal, reacción: normal</p> <p>Fuerza muscular miembro superior: derecho: normal, izquierdo: débil.</p> <p>Fuerza muscular miembro inferior: derecho: normal, izquierdo: débil.</p> <p>Convulsiones: generalizada</p> <p>Control de esfínteres: ausente, incontinencia.</p>	
19/03/2019	5:17	<p>Paciente y familiar mal informante, quien ingresa en contexto de cefalea y emesis, que presenta episodio convulsivo generalizado sin antecedentes de epilepsia, en el momento estable hemodinámicamente, sin disnea ni signos de bajo gasto, en el momento desorientada agitada, con alteración neurológica y que se torna con alucinaciones y relajación de esfínter vesical. En el momento con signos vitales estables <u>a espera de remisión</u> se continua en observación.</p>	Médico José Manuel Millán Botero
19/03/2019	6:02	<p>Entrego paciente en el servicio de urgencias reanimación conciente desorientada, se queda la cánula de oxígeno, obedece ordenes motoras, con diagnóstico de náuseas vómito, con SSN a 60 cc / hora acepta y tolera medicamentos, durante la noche pasa inquieta desorientada en tiempo lugar y espacio, se retira oxígeno, paciente que se le dificulta mover extremidades superior e inferior izquierda por lo que la inmovilizamos, eliminó no hizo deposición, <u>queda en la unidad pendiente de remisión para medicina interna</u> pendiente reporte de paraclínicos.</p>	Auxiliar de Enfermería Karen Eliana Moreno Torres
19/03/2019	6:54	<p>Paciente de 63 años de edad en compañía de la hermana señora Luz</p>	Médico Harold Martínez Gómez

		Eugenia Cardona Patiño identificada con la cédula de ciudadanía N° 31541869 de Cartago valle. Cuadro clínico de 8 horas de dolor abdominal, cefalea y emesis incoercible con pérdida de la lucidez – 1° episodio – personal médico y paramédico informa que ingresó convulsionando – Niega todo antecedente – Paciente en reanimación acompañada – Está bajo sujeción mecánica de los miembros superiores – TA 105/56 mm Hg FC 55 x ´, SO2 a medio ambiente 97% FR 16 x ´. Afebril, responde al interrogatorio, refiere que ella elabora hipoclorito y vende ropa, no han llegado exámenes de laboratorio – Idx: 1. Convulsión de adulto de novo – Ordenes médicas: Acido Valproico 250 mg vía oral cada 8 horas – Se solicita TAC simple de cráneo.	
19/03/2019	7:47	Nota de enfermería: paciente en sala de reanimación estable afebril en aparentes buenas condiciones generales con barandas elevadas en compañía de familiar, con un dx de convulsión de novo, antecedentes personales hipotiroidismo, paciente con LEV SSN 0,9% mantenimiento vena permeable, acepta y tolera medicamentos vía oral, elimina en pañal, no hace deposición, inmovilizada, <u>pendiente remisión medicina interna, reporte de paraclínicos, autorización tac cráneo simple.</u>	Auxiliar de Enfermería Gilliana Victoria Valencia Sánchez
19/03/2019	08:01	Signos vitales FC 76 x ´, FR 18x´, TA 105/50, SO2 95%	Auxiliar de Enfermería Gilliana Victoria Valencia Sánchez
19/03/2019	8:37	Nota de enfermería: paciente que ubican en camilla número 4 con un diagnóstico convulsión de novo, está	Auxiliar de Enfermería

		incoherente, desorientada, con LEV 60 cc /hora, <u>tiene pendiente reporte de paraclínicos y autorización de TAC de cráneo simple</u> , signos vitales estables.	Jennifer Torres Ríos
19/03/2019	9:46	Usuaría de 63 años de edad en compañía de la hermana señora Luz Eugenia Cardona Patiño identificada con la cédula de ciudadanía N° 31541869 de Cartago Valle, en área de observación IPS Municipal Nivel 1 de complejidad, usuaria en camilla de observación número 4 con un diagnóstico: convulsión del adulto de novo, alerta, afebril, hidratada, no dificultad respiratoria, <u>pendiente TAC simple de cráneo.</u>	Profesional Jorge Enrique Rocha Salazar
19/03/2019	11:25	Registra resultados de laboratorio clínico	Médico Harold Martínez Gómez
19/03/2019	11:46	Signos vitales: FC 89 x ´, FR 19x´, PA 110/70, SO2 96%	Médico Harold Martínez Gómez
19/03/2019	11:47	Nota enfermería: paciente que durante la mañana pasa tranquila desorientada se observa camilla con barandas elevadas en compañía de su familiar acepta y tolera tratamiento está con LEV en miembro superior derecho elimina en pañal queda con signos vitales estables <u>tiene pendiente remisión a medicina interna y autorización de tac simple de cráneo.</u>	Auxiliar de Enfermería Marly Zulelly Hoyos Cano
19/03/2019	14:43	Se traslada paciente para toma de TAC de cráneo simple para radiólogos de Mariscal sale en compañía de la auxiliar Adriana Acevedo y familiar, el conductor Jhon, paciente sale del servicio sin complicación.	Auxiliar de Enfermería Marly Zulelly Hoyos Cano
19/03/2019	15:57	TAC simple de cráneo reporta sin hemorragias sin signos de isquemia, falta reporte oficial del TAC.	Médico Gerardo Javier Oñoro Consuegra

19/03/2019	16:54	Nota de enfermería: paciente que es traída de toma de TAC en compañía de familiar y auxiliar Adriana se nota desorientada incoherente intranquila en el transcurso de la tarde se observa paciente con roncurdos (ronquidos?) característicos de una persona inconsciente con sialorrea y con desviación de la comisura izquierda se le informa al doctor Oñoro quien ordena pasar a sala de reanimación y colocar oxígeno por cánula a 3 litros por minuto se espera nuevas órdenes.	Auxiliar de Enfermería Marly Zulelly Hoyos Cano
19/03/2019	16:55	TAC simple de cráneo reporta con hemorragias intraventricular, falta reporte oficial del TAC. Paciente deterioro del estado neurológico con Glasgow 4/15 en el momento inconsciente sin respuesta con alteración del estado de conciencia, SO2 97% FC 55x', sin respuesta, se hace diagnóstico de Hemorragia cerebral interventricular, se pasa a sala de reanimación y se inicia proceso de intubación endotraqueal, se le explica a los familiares que el pronóstico es reservado y se remite como urgencia vital para Hospital san Jorge de Pereira.	Médico Gerardo Javier Oñoro Consuegra
19/03/2019	17:15	Me comunico a UCIMED dónde jefe Jorge Vélez me informa que no tiene cupo y tampoco en UCI Santa Mónica	Leydi Johana García Zapata
19/03/2019	17:26	Se traslada paciente como urgencia vital paciente en estado crítico con LEV en compañía de auxiliar Yenifer y el doctor Oñoro se entrega papelería completa el TAC lo tiene el familiar.	Auxiliar de Enfermería Marly Zulelly Hoyos Cano

19/03/2019	19:17	<u>Paciente fue llevada como urgencia vital al hospital San Jorge donde NO ES ACEPTADA por que no hay cupo en UCI, SE COMUNICA VÍA TELEFÓNICA CON PILAR LA AUDITORA DE COOSALUD E INDICA VÍA TELEFÓNICA QUE DEBE SER LLEVADA A CLÍNICA MARÍA ÁNGEL TULUÁ DONDE HAY CONVENIO Y HAY UCI, se traslada como urgencia vital de la ciudad de Pereira a Tuluá la paciente en el momento intubada SO2 98% FC 55x´, T 130/80 FR 20x´, T 36°C.</u>	Médico Gerardo Javier Oñoro Consuegra
20/03/2019	5:56	Nota de enfermería: se traslada paciente como urgencia vital con el doctor Rendón en regulares condiciones generales, intubada, conectada a ambú, responde a estímulo doloroso, acceso venoso permeable, pasando goteo de SSN, <u>ENTRAMOS A LA CLÍNICA MARIA ANGEL DONDE LA VALORA EL INTENSIVISTA QUIEN HABLA CON EL HIJO DE LA PACIENTE Y EXPLICA LA GRAVEDAD DE LA MAMÁY VÍA TELEFÓNICA EL NEURÓLOGO REFIERE QUE LA PACIENTE PRESENTA UN ANEURISMA DEL COMUNICANTE ANTERIOR Y QUE DEBEMOS SEGUIR PARA UN CENTRO QUE OTORGUE PANANGIOGRAFÍA, POSTERIORMENTE ENTRAMOS AL HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA, DONDE NOS EXPRESAN QUE NO HAY DISPONIBILIDAD DE UCI, NOS DIRIGIMOS PARA CALI, HUV DONDE TAMPOCO LA RECIBEN PORQUE NO HAY CUPO EN UCI. SEGUIMOS PARA LA CLÍNICA IMBANACO CON PACIENTE EN MALAS CONDICIONES GENERALES, GLASGOW 3/15</u> la intensivista habla	Auxiliar de Enfermería Ellyana Granada Ramírez

		con el hijo y explica la situación, finalmente nos recibe la paciente para iniciar manejo, se entrega historia clínica, paraclínicos y resultado de TAC.	
20/03/2019	5:58	<p>Paciente que se recibe en ambulancia para continuar como traslado de urgencia vital, intubada, con saturación de 95% y FC = 52, <u>SE LLEGA A LA CLÍNICA MARIA ANGEL DE TULUA DONDE MÉDICO LA COMENTA CON NEUROCIRUGÍA QUE INDICA TOMA DE ANGIOGRAFÍA CEREBRAL DONDE NO TIENE DISPONIBILIDAD DE ESTE EXÁMEN POR LO QUE SE DEBE CONTINUAR CON PACIENTE A OTRO NIVEL DONDE HAYA DISPONIBILIDAD, SE CONTINUA LLEGANDO A SAN JOSE DE BUGA DONDE SE COMENTA PACIENTE CON MÉDICO DE CUIDADO CRÍTICO, DONDE REALIZA TRIAGE Y NO RECIBE PACIENTE POR NO HABER DISPONIBILIDAD DE CAMA EN UCI QUE SE CONTINÚE CON PACIENTE DONDE HAYA SU DISPONIBILIDAD DE ATENCIÓN, SE LLEGA AL HUV DE CALI CON SUS SIGNOS DE PACIENTE DE SATURACIÓN 96% FC=50 Y TA 110/50 DONDE ES VALORADA POR MÉDICO DE TURNO INFORMANDONOS QUE NO HAY CAMA EN UCI QUE NO SE PUEDE RECIBIR PORQUE NO HAY DISPONIBILIDAD DE CAMA QUE ANTES ESTÁN TRASLADANDO PACIENTES A OTRAS IPS PARA UCI. SE LE TRATA DE EXPLICAR QUE ES NUESTRA IPS DE REFERENCIA QUE TENEMOS DE MAYOR NIVEL QUE SINO NOS ORIENTE DONDE MÁS, EXPLICANDONOS QUE HAY VARIAS EN CALI QUE POR EL ESTADO DE PACIENTE SE PUEDE INGRESAR, SE CONTINÚA CAMINO CON PACIENTE</u></p>	Médico Jhon Jairo Rendón Ospina

		<u>SIENDO MÁS DE LA 1:30 AM DEL DÍA 20/03/2019 ARRIBANDO A LA CLÍNICA IMBANACO QUE NOS ATIENDEN EN TRIAGE Y ES RECIBIDA PREVIA VALORACIÓN DE MÉDICO INTENSIVISTA QUE EXPLICA A FAMILIAR SU ESTADO DE GRAVEDAD, SE DEJA EN SALA DE UCI.</u>	
--	--	---	--

En el Hospital Universitario San Jorge, no se registra nota de atención en la historia clínica, únicamente, lo descrito en la historia clínica de la IPS del Municipio de Cartago por parte de la auxiliar de enfermería y del médico, en donde manifiestan que no es aceptada y de acuerdo a la instrucción dada por la auditora de la EPS COOSALUD, acuden a la Clínica María Ángel, en donde es valorada por el médico general quien se comunica con el neurocirujano de turno, es decir, no fue valorada por el especialista que requería la paciente, aun teniendo la disponibilidad, sino que, según la nota del médico de la IPS del Municipio de Cartago, realiza una impresión diagnóstica de aneurisma de comunicante anterior e indicando continuar remisión como urgencia vital para centro que pueda otorgar panangiografía y manejo médico.

El médico general que realiza la valoración en la Clínica María Ángel de la ciudad de Tuluá registra que la paciente se encuentra bajo sedación y que en ese momento se encontraba **“estable hemodinámicamente, signos vitales estables”**.

No se encuentra evidencia de las valoraciones realizadas en el Hospital san José de Buga ni en el Hospital Universitario del Valle, tal como de acuerdo en la normatividad respecto a la historia clínica, debió de realizarse. Al llegar al Centro Médico Imbanaco, se aprecia que ingresa el 20/03/2019 a las 0:10 llegando en estado de coma y con fecha y hora de atención del 20/03/2019 a la 1:15 horas.

En el análisis de la historia clínica de ingreso, se registra: ***“PACIENTE DE 63 AÑOS DE EDAD CON DX DE HSA FISHER IV DX HACE 24 HORAS, INGRESA CON GLASGOW DE 15/15, EPISODIO CONVULSIVO POR LO CUAL SE REALIZA TAC CEREBRAL EXTRAINSTITUCIONAL EVIDENCIA DE HSA FISHER IV, POSTERIOR DETERIORO NEUROLÓGICO A LAS 13 HORAS DEL INGRESO AL HOSPITAL DE CARTAGO, REQUERIMIENTO DE INTUBACIÓN OROTRAQUEAL, REMITIDA A LA INSTITUCIÓN COMO URGENCIA VITAL 24 HORAS POSTERIOR AL EVENTO Y CON DETERIORO NEUROLÓGICO EN GLASGOW 3/15, TAC CEREBRAL INTRAINSTITUCIONAL DE CONTROL CON EVIDENCIA RESANGRADO, EDEMA CEREBRAL SEVERO E HIDROCEFALIA, AUSENCIA DE REFLEJOS DE TALLO, MAL PRONÓSTICO VITAL ALTO RIESGO DE FALLECER SE INFORMA A FAMILIARES DE SU CONDICIÓN, REFIEREN ENTENDER, SE***

SOLICITA VALORACIÓN A NEUROCIRUGÍA. DIAGNÓSTICO DE INGRESO: I609 HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA NO ESPECIFICADA. Medicina de urgencias ANABOLENA POLANCO PEREIRA.

El 20/03/2019 a las 2:26 horas, la nota de interconsulta a Neurocirugía realizada por la especialista ADRIANA SERRANO RUSSI, registra: **“TAC DE CRANEO MUESTRA HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA CON FISHER IV DADO POR HEMATOMA INTRAPARENQUIMATOSO FRONTAL DERECHO, E HIDROCEFALIA AGUDA CON HEMORRAGIA INTRACEREBRAL”**, realizando un diagnóstico de Hemorragia subaracnoidea Fisher IV.

Continúa con la siguiente nota: **“PACIENTE SIN SEDACIÓN DESDE HACE 12 HORAS, SIN REFLEJOS DE TALLO, CON HALLAZGOS DE HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA FISHER 4, CON HIDROCEFALIA AGUDA, PACIENTE CON CRITERIOS DE MUERTE ENCEFÁLICA TEST DE APNEA POSITIVO PARA MUERTE ENCEFALICA, SE INFORMA A GRUPO DE TRANSPLANTE PARA INTERVENCIÓN A FAMILIARES. DIAGNÓSTICOS: 1. MUERTE ENCEFALICA 2. HSA FISHER IV”**.

Se evidencia que el mismo día en que la paciente remitida como urgencia vital de la IPS del Municipio de Cartago al Hospital Universitario San Jorge de Pereira, Clínica María Ángel de Tuluá, Hospital san José de Buga, Hospital Universitario del Valle y llega finalmente a la Clínica Imbanaco, se interpone una denuncia fechada 20/03/2019 ante la Superintendencia Nacional de Salud radicada con el número PQRD-19-0151214 **“relacionada con una situación que pone en riesgo la integridad física o la vida del usuario, ante la posible vulneración de derechos en salud por indebida atención por parte de COOSALUD”**, (negrilla y subrayado fuera de texto), situación que efectivamente termina en el fallecimiento de la paciente, materializándose el riesgo que se había colocado en conocimiento del ente de control. (favor adjuntar copia de la respuesta enviada al correo DUVI@hotmail.es).

Extrayendo los aspectos más relevantes de la historia clínica, se puede determinar:

Fecha (dd/mm/aa)	Hora	Registro en la historia clínica
19/03/2019	1:34	Triage: consulta por “dolor de cabeza y vómitos”. Hallazgos clínicos: “paciente con vómitos desde hace 6 horas asociado náuseas malestar y cefalea. Dice que está vomitando todo, muchas náuseas, dice que ahora en la noche ha vomitado varias veces” ingresa hablando por teléfono con una familiar, posterior presenta convulsión tónico clónica, sialorrea y pérdida de la conciencia

		Exámen físico no registra alteraciones. Diagnóstico: Principal: náuseas y vómito Relacionado 1: Otras convulsiones y las no especificadas.
19/03/2019	1:38	Hoja Neurológica Escala de Glasgow Apertura de ojos: ninguna, Respuesta verbal: ninguna, Respuesta motora: ninguna Total: 3. Pupilas mióticas, Fuerza muscular de extremidades: débil. Convulsiones generalizadas, control de esfínteres: presente.
19/03/2019	2:02	Glucometría 171 mg/dl Paciente que durante la observación en sala de reanimación se despierta espontáneamente y se observa pérdida de fuerza muscular en pierna izquierda, en el momento conciente, orientada, alerta, se inicia goteo de Fenitoina 3 ampollas en 250 cc SSN pasar en 30 minutos.
19/03/2019	2:08	EKG reporta sin alteración del ST ni signos de isquemia.
19/03/2019	2:34	Paciente que mejora su estado neurológico, conciente orientada en las 3 esferas, en ocasiones habla incoherencias, se observa disminución de la fuerza en miembro superior izquierdo, déficit motor de miembro inferior izquierdo, dice que no es capaz de moverlo, obedece ordenes, contesta a preguntas.
19/03/2019	2:52	Hoja Neurológica Escala de Glasgow Apertura de ojos: espontánea, Respuesta verbal: delirante, Respuesta motora: obedece ordenes Total: 13. Pupilas normales, Fuerza muscular miembro superior: derecho: normal, izquierdo: débil. Fuerza muscular miembro inferior: derecho: normal, izquierdo: débil. Convulsiones no presenta, control de esfínteres: presente.
19/03/2019	2:53	Signos vitales

		FC: 72x´, FR:20x´, TA:118/70 mm Hg, SO2:97%
19/03/2019	2:54	Paciente con déficit neurológico, conciente, delirante, hemiplejía en lado izquierdo, continua con oxígeno, estable.
19/03/2019	3:45	<p>Paciente que ingresa en contexto de episodio de emesis en repetidas ocasiones, además de cefalea fronto ocular intensa que luego se generaliza, ingresa a urgencias alerta, conciente y orientada, se indicó observación médica y posterior a ello presenta episodio de convulsión tónico clónica que se generaliza, asociado a ello presenta sialorrea, presenta recuperación de estado neurológico de forma espontánea a los 5 minutos. Se inició manejo médico y se indicó observación neurológica, paciente que ingresa estable hemodinámicamente, con TA 145/60 FC 60x´, FR 16x´, SO2 97%.</p> <p>Positivo al examen físico: extremidades móviles simétricas sin edemas, hiperreflexia de miembro inferior izquierdo. Sistema nervioso central: alerta, despierta, reactiva a estímulos, con Glasgow 15/15, presenta desorientación temporo espacial, se torna con alucinaciones visuales, pupilas isocóricas normo reactivas, hay limitación para la marcha por fuerza disminuida en miembros inferiores.</p> <p>Ap.: paciente femenina de 63 años de edad que ingresa en contexto de cefalea y emesis y quien presenta episodio convulsivo generalizado (sin antecedente de epilepsia) ingresa estable hemodinámicamente, sin disnea ni signos de bajo gasto, llama la atención al examen físico encontrar alteración neurológica dada por desorientación temporo espacial y que se torna con alucinaciones.</p> <p>Se indica ante sospecha de evento cerebro vascular vs lesión cerebral o masa cerebral, dejar en observación para vigilancia del estado neurológico, se indica continuar manejo con Fenitoina y <u>se inicia tramite de remisión para valoración por medicina interna / neurocirugía</u>, paciente que amerita toma de Neuro imagen por deterioro neurológico y episodio convulsivo sin antecedente de epilepsia.</p>
19/03/2019	3:45	Observación, reposo en cama, oxígeno por cánula nasal a 3 litros por minuto, dieta blanda, asistida y a tolerancia, LEV SSN 0.9% pasas a 60 ml/hora, Fenitoina ampolla de 250 mg 1 ampolla IV cada 8 horas, Metoclopramida ampolla x 10 mg 1 ampolla IV cada 8 horas, Ranitidina ampolla x 50 mg 1 ampolla IV cada 8 horas, se solicitan paraclínicos:

		hemograma, creatinina, BUN, glicemia, uroanálisis, vigilancia neurológica cada hora con Escala de Glasgow, <u>remisión a nivel superior.</u>
19/03/2019	3:54	Remisión a Medicina Interna: Paciente femenina de 63 años de edad, quien ingresa en contexto de cefalea y emesis y quien presentó episodio convulsivo generalizado (sin antecedente de epilepsia) ingresa estable hemodinámicamente, sin disnea ni signos de bajo gasto, llama la atención al examen físico encontrar alteración neurológica dada por desorientación temporo-espacial y que se torna con alucinaciones y relajación de esfínter vesical. Se indica sospecha de evento cerebrovascular Vs lesión cerebral o masa cerebral dejar en observación para vigilancia del estado neurológico, se indica continuar manejo con Fenitoina y <u>se inicia tramite de remisión para valoración por medicina interna / neurocirugía</u> , paciente que amerita toma de Neuro imagen por deterioro neurológico y episodio convulsivo generalizado sin antecedentes de epilepsia.
19/03/2019	4:03	Nota de enfermería: paciente revalorada por el doctor Henao ordena dejar en observación, paciente desorientada, habla incoherencias, hemiplejía de lado izquierdo, con soporte oxigeno por cánula nasal, medicación Fenitoina, Ranitidina, Metoclopramida. <u>Pendiente remisión para Medicina Interna / Neurocirugía.</u>
19/03/2019	4:24	Hoja Neurológica Escala de Glasgow Apertura de ojos: espontánea, Respuesta verbal: incomprensible, Respuesta motora: localiza estímulo Total: 11. Pupila derecha tamaño normal, reacción: normal Pupila izquierda tamaño normal, reacción: normal Fuerza muscular miembro superior: derecho: normal, izquierdo: débil. Fuerza muscular miembro inferior: derecho: normal, izquierdo: débil. Convulsiones: generalizada Control de esfínteres: ausente, incontinencia.
19/03/2019	5:17	Paciente y familiar mal informante, quien ingresa en contexto de cefalea y emesis, que presenta episodio convulsivo

		generalizado sin antecedentes de epilepsia, en el momento estable hemodinámicamente, sin disnea ni signos de bajo gasto, en el momento desorientada agitada, con alteración neurológica y que se torna con alucinaciones y relajación de esfínter vesical. En el momento con signos vitales estables <u>a espera de remisión</u> se continua en observación.
19/03/2019	6:02	Entrego paciente en el servicio de urgencias reanimación conciente desorientada, se queda la cánula de oxígeno, obedece ordenes motoras, con diagnóstico de náuseas vómito, con SSN a 60 cc / hora acepta y tolera medicamentos, durante la noche pasa inquieta desorientada en tiempo lugar y espacio, se retira oxígeno, paciente que se le dificulta mover extremidades superior e inferior izquierda por lo que la inmovilizamos, eliminó no hizo deposición, <u>queda en la unidad pendiente de remisión para medicina interna</u> pendiente reporte de paraclínicos.
19/03/2019	6:54	Paciente de 63 años de edad en compañía de la hermana señora Luz Eugenia Cardona Patiño identificada con la cédula de ciudadanía N° 31541869 de Cartago valle. Cuadro clínico de 8 horas de dolor abdominal, cefalea y emesis incoercible con pérdida de la lucidez – 1° episodio – personal médico y paramédico informa que ingresó convulsionando – Niega todo antecedente – Paciente en reanimación acompañada – Está bajo sujeción mecánica de los miembros superiores – TA 105/56 mm Hg FC 55 x ´, SO2 a medio ambiente 97% FR 16 x ´. Afebril, responde al interrogatorio, refiere que ella elabora hipoclorito y vende ropa, no han llegado exámenes de laboratorio – Idx: 1. Convulsión de adulto de novo – Ordenes médicas: Acido Valproico 250 mg vía oral cada 8 horas – Se solicita TAC simple de cráneo.
19/03/2019	7:47	Nota de enfermería: paciente en sala de reanimación estable afebril en aparentes buenas condiciones generales con barandas elevadas en compañía de familiar, con un dx de convulsión de novo, antecedentes personales hipotiroidismo, paciente con LEV SSN 0,9% mantenimiento vena permeable, acepta y tolera medicamentos vía oral, elimina en pañal, no hace deposición, inmovilizada, <u>pendiente remisión medicina interna, reporte de paraclínicos, autorización tac cráneo simple.</u>
19/03/2019	08:01	Signos vitales FC 76 x ´, FR 18x´, TA 105/50, SO2 95%
19/03/2019	8:37	Nota de enfermería: paciente que ubican en camilla número 4 con un diagnóstico convulsión de novo, está incoherente,

		desorientada, con LEV 60 cc /hora, <u>tiene pendiente reporte de paraclínicos y autorización de TAC de cráneo simple</u> , signos vitales estables.
19/03/2019	9:46	Usuaría de 63 años de edad en compañía de la hermana señora Luz Eugenia Cardona Patiño identificada con la cédula de ciudadanía N° 31541869 de Cartago Valle, en área de observación IPS Municipal Nivel 1 de complejidad, usuaria en camilla de observación número 4 con un diagnóstico: convulsión del adulto de novo, alerta, afebril, hidratada, no dificultad respiratoria, <u>pendiente TAC simple de cráneo.</u>
19/03/2019	11:25	Registra resultados de laboratorio clínico
19/03/2019	11:46	Signos vitales: FC 89 x ´, FR 19x´, PA 110/70, SO2 96%
19/03/2019	11:47	Nota enfermería: paciente que durante la mañana pasa tranquila desorientada se observa camilla con barandas elevadas en compañía de su familiar acepta y tolera tratamiento está con LEV en miembro superior derecho elimina en pañal queda con signos vitales estables <u>tiene pendiente remisión a medicina interna y autorización de tac simple de cráneo.</u>
19/03/2019	14:43	Se traslada paciente para toma de TAC de cráneo simple para radiólogos de Mariscal sale en compañía de la auxiliar Adriana Acevedo y familiar, el conductor Jhon, paciente sale del servicio sin complicación.
19/03/2019	15:57	TAC simple de cráneo reporta sin hemorragias sin signos de isquemia, falta reporte oficial del TAC.
19/03/2019	16:54	Nota de enfermería: paciente que es traída de toma de TAC en compañía de familiar y auxiliar Adriana se nota desorientada incoherente intranquila en el transcurso de la tarde se observa paciente con roncurdos (ronquidos?) característicos de una persona inconsciente con sialorrea y con desviación de la comisura izquierda se le informa al doctor Oñoro quien ordena pasar a sala de reanimación y colocar oxígeno por cánula a 3 litros por minuto se espera nuevas órdenes.
19/03/2019	16:55	TAC simple de cráneo reporta con hemorragias intraventricular, falta reporte oficial del TAC. Paciente deterioro del estado neurológico con Glasgow 4/15 en el momento inconsciente sin respuesta con alteración del estado de conciencia, SO2 97% FC 55x´, sin respuesta, se

		hace diagnóstico de Hemorragia cerebral interventricular, se pasa a sala de reanimación y se inicia proceso de intubación endotraqueal, se le explica a los familiares que el pronóstico es reservado y se remite como urgencia vital para Hospital san Jorge de Pereira.
19/03/2019	17:15	Me comunico a UCIMED dónde jefe Jorge Vélez me informa que no tiene cupo y tampoco en UCI Santa Mónica
19/03/2019	17:26	Se traslada paciente como urgencia vital paciente en estado crítico con LEV en compañía de auxiliar Yenifer y el doctor Oñoro se entrega papelería completa el TAC lo tiene el familiar.
19/03/2019	19:17	<u>Paciente fue llevada como urgencia vital al hospital San Jorge donde NO ES ACEPTADA por que no hay cupo en UCI, SE COMUNICA VÍA TELEFÓNICA CON PILAR LA AUDITORA DE COOSALUD E INDICA VÍA TELEFÓNICA QUE DEBE SER LLEVADA A CLÍNICA MARÍA ÁNGEL TULUÁ DONDE HAY CONVENIO Y HAY UCI, se traslada como urgencia vital de la ciudad de Pereira a Tuluá la paciente en el momento intubada SO2 98% FC 55x', T 130/80 FR 20x', T 36°C.</u>
20/03/2019	5:56	Nota de enfermería: se traslada paciente como urgencia vital con el doctor Rendón en regulares condiciones generales, intubada, conectada a ambú, responde a estímulo doloroso, acceso venoso permeable, pasando goteo de SSN, <u>ENTRAMOS A LA CLÍNICA MARIA ANGEL DONDE LA VALORA EL INTENSIVISTA QUIEN HABLA CON EL HIJO DE LA PACIENTE Y EXPLICA LA GRAVEDAD DE LA MAMÁY VÍA TELEFÓNICA EL NEURÓLOGO REFIERE QUE LA PACIENTE PRESENTA UN ANEURISMA DEL COMUNICANTE ANTERIOR Y QUE DEBEMOS SEGUIR PARA UN CENTRO QUE OTORGUE PANANGIOGRAFÍA, POSTERIORMENTE ENTRAMOS AL HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA, DONDE NOS EXPRESAN QUE NO HAY DISPONIBILIDAD DE UCI, NOS DIRIGIMOS PARA CALI, HUV DONDE TAMPOCO LA RECIBEN PORQUE NO HAY CUPO EN UCI. SEGUIMOS PARA LA CLÍNICA IMBANACO CON PACIENTE EN MALAS CONDICIONES GENERALES, GLASGOW 3/15</u> la intensivista habla con el hijo y explica la situación, finalmente nos recibe la paciente para iniciar manejo, se entrega historia clínica, paraclínicos y resultado de TAC.

20/03/2019	5:58	<p>Paciente que se recibe en ambulancia para continuar como traslado de urgencia vital, intubada, con saturación de 95% y FC = 52, <u>SE LLEGA A LA CLÍNICA MARIA ANGEL DE TULUA DONDE MÉDICO LA COMENTA CON NEUROCIRUGÍA QUE INDICA TOMA DE ANGIOGRAFÍA CEREBRAL DONDE NO TIENE DISPONIBILIDAD DE ESTE EXÁMEN POR LO QUE SE DEBE CONTINUAR CON PACIENTE A OTRO NIVEL DONDE HAYA DISPONIBILIDAD, SE CONTINUA LLEGANDO A SAN JOSE DE BUGA DONDE SE COMENTA PACIENTE CON MÉDICO DE CUIDADO CRÍTICO, DONDE REALIZA TRIAGE Y NO RECIBE PACIENTE POR NO HABER DISPONIBILIDAD DE CAMA EN UCI QUE SE CONTINÚE CON PACIENTE DONDE HAYA SU DISPONIBILIDAD DE ATENCIÓN, SE LLEGA AL HUV DE CALI CON SUS SIGNOS DE PACIENTE DE SATURACIÓN 96% FC=50 Y TA 110/50 DONDE ES VALORADA POR MÉDICO DE TURNO INFORMANDONOS QUE NO HAY CAMA EN UCI QUE NO SE PUEDE RECIBIR PORQUE NO HAY DISPONIBILIDAD DE CAMA QUE ANTES ESTÁN TRASLADANDO PACIENTES A OTRAS IPS PARA UCI. SE LE TRATA DE EXPLICAR QUE ES NUESTRA IPS DE REFERENCIA QUE TENEMOS DE MAYOR NIVEL QUE SINO NOS ORIENTE DONDE MÁS, EXPLICANDONOS QUE HAY VARIAS EN CALI QUE POR EL ESTADO DE PACIENTE SE PUEDE INGRESAR, SE CONTINÚA CAMINO CON PACIENTE SIENDO MÁS DE LA 1:30 AM DEL DÍA 20/03/2019 ARRIBANDO A LA CLÍNICA IMBANACO QUE NOS ATIENDEN EN TRIAGE Y ES RECIBIDA PREVIA VALORACIÓN DE MÉDICO INTENSIVISTA QUE EXPLICA A FAMILIAR SU ESTADO DE GRAVEDAD, SE DEJA EN SALA DE UCI.</u></p>
------------	------	--

Desde el ingreso de la paciente a la 1:34 am del día 19/03/2019, es evidente que presenta una sintomatología relacionada con cambios neurológicos, en este caso presenta convulsión tónico clónica, sialorrea y pérdida de la conciencia, sintomatología que por la edad de la paciente y su ausencia de antecedentes de epilepsia, debieron hacer sospechar un origen cerebrovascular tipo accidente cerebrovascular isquémico, hemorrágico, hemorragia subaracnoidea o una masa que fuera la causante de dichas manifestaciones clínicas en una paciente previamente sana; más aún cuando la escala neurológica registrada en la historia clínica evidencia que no había apertura ocular, ni respuesta verbal ni respuesta motora, las pupilas se encontraban mióticas y la fuerza muscular en extremidades

era débil, calificándola en un Glasgow de 3, calificación que evidencia un compromiso neurológico importante.

A las 2:34 am, se lee en la historia clínica que la paciente en ocasiones habla incoherencias, y se observa disminución de la fuerza en miembro superior izquierdo, y en el miembro inferior izquierdo. A las 3:45 am, la paciente presentaba desorientación temporo espacial, alucinaciones visuales, y limitación para la marcha por fuerza disminuida en miembros inferiores, llamándole la atención al galeno, encontrar alteración neurológica dada por desorientación temporo espacial y que se torna con alucinaciones; considerando el profesional que ante sospecha de evento cerebro vascular vs lesión cerebral o masa cerebral, se debía dejar en observación para vigilancia del estado neurológico, continuar manejo con Fenitoina e iniciar trámite de remisión para valoración por medicina interna / neurocirugía, ya que la paciente ameritaba la toma de una Neuro imagen por deterioro neurológico y episodio convulsivo sin antecedente de epilepsia.

Es decir, sólo hasta después de un poco más de dos horas de haber presentado la paciente el episodio convulsivo y las alteraciones neurológicas dadas por trastornos del lenguaje y pérdida de la fuerza, se considera remitir a una especialidad con la competencia para estudiar y manejar dicho cuadro clínico y solicitar un examen especializado para establecer la causa de su cuadro clínico, sin detenerse a analizar que el tiempo constituía un elemento valioso para preservar la vida de la paciente y una demora en garantizar la atención en un nivel de complejidad adecuado podría acarrear la muerte de la paciente, cosa que efectivamente sucedió.

Un poco más de catorce horas después de haber consultado la paciente, quien había ingresado por sus propios medios y hablando por celular con un familiar, presenta tanto deterioro neurológico que la auxiliar de enfermería en su nota de las 16:54 horas realiza la siguiente anotación *“se nota desorientada incoherente intranquila en el transcurso de la tarde se observa paciente con roncurdos característicos de una persona inconsciente con sialorrea y con desviación de la comisura izquierda”*, y el médico tratante posteriormente también escribe *“...deterioro del estado neurológico con Glasgow 4/15 en el momento inconsciente sin respuesta con alteración del estado de conciencia”*, sumado a esto, el reporte de la Tomografía Axial Computarizada evidencia lo que debió sospecharse como una de las potenciales enfermedades que podía tener la señora AMPARO CARDONA PATIÑO y que ameritaba que hubiera recibido atención en un centro especializado a las pocas horas de haber llegado al centro asistencial.

Al ser remitida como urgencia vital al Hospital Universitario San Jorge ESE de la ciudad de Pereira, y habérsele negado el servicio a pesar de tratarse de una urgencia vital dadas las condiciones clínicas de la paciente, manifestando según se lee en la historia clínica de la institución remitente que “no hay cupo en UCI”, institución que según consta en la página del Ministerio de Salud y de la Protección Social – REPS, cuentan con los servicios habilitados de Cuidados Intensivos de

Adultos distintivo DHS213391 y Cirugía Neurológica distintivo 213397, sin que se encontrara nota o registro de la valoración en el servicio de urgencias en el triage como corresponde según la normatividad vigente, Resolución 5596 de 2015 y así en su artículo 2 señala *“Ámbito de aplicación. Las disposiciones establecidas en la presente resolución son de obligatorio cumplimiento por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, así como de las entidades responsables del pago de los servicios de salud”*. El artículo 4 de la misma Resolución reza así *“ARTÍCULO 4. Objetivos del "Triage". Los objetivos del Triage, son: 4.1. Asegurar una valoración rápida y ordenada de todos los pacientes que llegan a los servicios de urgencias, identificando a aquellos que requieren atención inmediata. 4.2. Seleccionar y clasificar los pacientes para su atención según su prioridad clínica y los recursos disponibles en la institución, 4.3. Disminuir el riesgo de muerte, complicaciones o discapacidad de los pacientes que acuden a los servicios de urgencia”*, en este mismo artículo, contiene un párrafo el cual es claro en dejar de presente que *“En ninguna circunstancia el "Triage" podrá ser empleado como un mecanismo para la negación de la atención de urgencias”*.

Probablemente, de haber sido valorada la paciente AMPARO CARDONA PATIÑO en el triage del servicio de urgencias, o haber tenido la posibilidad de haber sido atendida por el neurocirujano, se habrían dado cuenta de la magnitud y severidad del cuadro clínico, y no le habrían negado la opción de realizarse el manejo correspondiente, que muy probablemente le hubiera salvado la vida a la paciente, ya que era el sitio más cercano a la institución que realizó la atención inicial y que contaba con los recursos humanos, técnicos y tecnológicos apropiados para atender este tipo de patologías.

A las 19:17 horas, es decir un poco más de 18 horas de la llegada de la paciente al servicio de urgencias de la IPS del Municipio de Cartago, se lee en la historia clínica que se comunican vía telefónica con la auditora de la EPS COOSALUD a la cual se encontraba afiliada la paciente, indicando que la paciente debía ser llevada a la Clínica María Ángel de la ciudad de Tuluá en donde tienen convenio y cuentan con UCI. En dicha Clínica no es recibida la paciente y el especialista en neurología vía telefónica, recomienda llevar a la paciente a un nivel de mayor complejidad, situación que contribuyó al deterioro de la condición clínica de la señora AMPARO CARDONA PATIÑO, quien, en esta institución de salud, tampoco contó con la valoración y atención del especialista en Neurología, que por lo menos hubiera examinado y conceptuado sobre el cuadro clínico de la paciente y viendo su estado de gravedad, hubiera determinado si podía realizar algún tipo de actuación para preservar la vida de la misma, por el contrario, se limita a emitir un concepto médico vía telefónica sin que quedara constancia en la historia clínica de la paciente.

Por lo demás, la EPS COOSALUD que había manifestado al personal de la IPS del Municipio de Cartago que acudieran con la paciente a la Clínica María Ángel en donde tenían convenio y disponibilidad de Unidad de Cuidados Intensivos UCI para

la paciente AMPARO CARDONA PATIÑO, falló en garantizar los servicios requeridos para preservar la vida de la misma, debiendo la ambulancia continuar su recorrido a la ciudad de Buga al Hospital San José de Buga y posteriormente a la ciudad de Cali al Hospital Universitario del Valle, Hospital de referencia de la red pública, que tampoco reciben la paciente porque no tienen disponibilidad de cama en la UCI, situación que se torna repetitiva en todas las instituciones a las cuales se acude y siendo la ciudad de Tuluá a donde por ordenamiento de la EPS COOSALUD se llega inicialmente porque según consta en la historia clínica, había convenio y Unidad de Cuidados Intensivos, siendo esta pérdida de oportunidad un factor decisivo para el desenlace del cuadro clínico de la paciente, quien finalmente al llegar al Centro Médico Imbanaco, casi 24 horas después de haber consultado a su IPS primaria, presenta muerte cerebral, situación empeorada por un resangrado cerebral descrito en la Tomografía Axial Computarizada realizada en dicho centro asistencial, situaciones probablemente que hubieran podido ser atendidas y manejadas si la paciente hubiera sido aceptada en la Clínica María Ángel y hubiera sido ingresada a la Unidad de Cuidados Intensivos que su condición clínica ameritaba.

2. REVISIÓN DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA Y DETERMINAR SI FUERON APLICADAS LAS RECOMENDACIONES CIENTÍFICAS.

Se realiza revisión de las Guías de Práctica Clínica y literatura científica referenciada, encontrando que el Ministerio de la Protección Social, en las Guías para el Manejo de Urgencias 3° edición, en el Tomo III, desde la página 169 hasta la página 182, se abarca lo relacionado con Enfermedad Cerebrovascular y Hemorragia Subaracnoidea, presentando las características clínicas, los métodos diagnósticos y el manejo que se debe realizar en estos casos, para preservar la vida y reducir las complicaciones en los pacientes.

Definen la enfermedad cerebrovascular (ECV) como el *“conjunto de alteraciones focales o difusas de la función neurológica de origen principalmente vascular (hemorrágico o isquémico), sin consideración específica de tiempo, etiología o localización. La ECV es la tercera causa de mortalidad, después de las enfermedades del corazón y el cáncer, y es la principal causa de incapacidad o de pérdida funcional de origen neurológico”*.

Además, en la Guía para el Manejo de Urgencias, consideran que *“El análisis de los síntomas junto con el examen neurológico básico debe dar al médico idea sobre el territorio vascular posiblemente comprometido (carotídeo o vertebro basilar)”*, así, por ejemplo, mencionan que cuando el compromiso cerebral comprometido es el irrigado por la Arteria Cerebral Anterior, se presentan las siguientes manifestaciones: debilidad que predomina en el miembro inferior, afasia motora e incontinencia urinaria.

La misma Guía para Manejo de Urgencias, es precisa en referir que *“Cuando ingresa el paciente a la unidad de urgencias se debe proceder con rapidez y eficacia*

en la toma de estudios radiológicos, electrocardiograma y pruebas de laboratorio. Si hay sospecha de ACV isquémico en tiempo oportuno para trombolisis intravenosa (menos de tres horas de evolución), se debe evitar cualquier retraso en la toma de las imágenes o de laboratorio básico (hemograma, glucemia, electrolitos, creatinina y tiempos de coagulación). El objetivo es que el análisis clínico, de laboratorio e imágenes se haga en menos de una hora”.

Así mismo, se lee en la Guía “La tomografía axial computarizada (TAC) es el método más eficaz, rápido y de bajo costo para el estudio de un déficit neurológico agudo de posible origen vascular en el servicio de urgencias. Busca descartar la presencia de hemorragia cerebral (sensibilidad de 100% para hemorragia intracerebral y de 96% para hemorragia subaracnoidea) ...”

La Hemorragia Subaracnoidea usualmente se presenta con estos síntomas de acuerdo a la Guía para Manejo de Urgencias *“El diagnóstico acertado depende inicialmente de la detección de los síntomas más frecuentes: los pacientes suelen referir cefalea súbita, intensa y holocraneana, acompañada frecuentemente de pérdida del conocimiento, vómito y a veces convulsiones”*, sintomatología que de acuerdo a la historia clínica presentó la paciente y que debió alertar al médico sobre la posible patología con la que cursaba la señora AMPARO CARDONA PATIÑO.

En otro de los apartes, se menciona en la guía lo siguiente: *“... un buen médico de urgencias debe sospechar que la cefalea es secundaria a ruptura aneurismática cuando se presenta con las siguientes características y la presencia de estos síntomas conforman una de las llamadas banderas rojas en cefalea y requieren estudio escanográfico de urgencia”.*

- a. Es una cefalea súbita, holocraneana y de gran intensidad.
- b. En los pacientes con cefalea crónica, la HSA cursa con un cuadro de mayor intensidad que lo usual.
- c. Asociada a alteraciones neurológicas o signos meníngeos.
- d. Asociada con el ejercicio o el estrés físico o emocional.
- e. Con cambios evidentes en las características de las cefaleas usuales, en pacientes con migraña o cefalea crónica tensional o diaria.

Tal como se puede apreciar en la historia clínica, la paciente presenta cefalea (dolor de cabeza) de gran intensidad (numeral a), asociado a alteraciones neurológicas (numeral c), presentando banderas rojas que requerían de un estudio con TAC lo más pronto posible, situación que no se presenta durante la atención, siendo realizado el TAC después de más de doce horas de haber consultado la paciente.

La literatura científica, incluida la Guía del Ministerio, consideran diferentes escalas para evaluar la severidad de la Hemorragia Subaracnoidea, de acuerdo a las

manifestaciones clínicas de la paciente, en la Escala de Hunt-Hess, la paciente tenía cefalea (dolor de cabeza), déficit neurológico y hemiparesia, es decir presentaba sintomatología del Grado IV, a punto de llegar al grado V del paciente que se encuentra moribundo. Las escalas de Hunt-Hess y de la WFNS permiten cuantificar la gravedad del estado clínico, y adicionalmente, según la Escala de Glasgow, el paciente fue deteriorándose de 13 a 11 y finalmente a 4, es decir que progresivamente en la Escala de WFNS fue pasando de Grado III, a IV y finalmente al Grado V, con el desenlace que conlleva a la muerte de la señora AMPARO CARDONA PATIÑO.

Hunt - Hess	
Grado	Estado Neurológico
I	Asintomático o con cefalea leve.
II	Cefalea moderada, rigidez nuchal o parálisis de oculomotores.
III	Confusión, somnolencia o déficit neurológico leve.
IV	Estupor o hemiparesia.
V	Coma con rigidez de decerebración. Paciente moribundo.
WFNS	
I	No cefalea ni signos de focalización. Glasgow 15.
II	Cefalea, rigidez nuchal sin signos de focalización Glasgow 15.
III	Cefalea, rigidez nuchal sin signos de focalización Glasgow 13-14.
IV	Cefalea, rigidez nuchal con signos de focalización Glasgow 9-13.
V	Cefalea, rigidez nuchal con signos de focalización Glasgow <8.

En el caso de las HSA aneurismáticas, la localización más frecuente del aneurisma es la arteria comunicante anterior (36%), seguida de cerebral media (26%), comunicante posterior (18%) y carótida interna (10%). Un 9% de los casos son aneurismas de circulación posterior y aneurismas múltiples en un 20%.

La tasa de mortalidad global, medida al alta, es del 22%, que se incrementa hasta el 26% si se consideran solo las aneurismáticas. Estos resultados son equiparables a los encontrados en los meta-análisis publicados, que muestran una mortalidad del 25-30% calculada a los 30 días de evolución en países de alta renta per cápita.

la escala de Fisher, basada en la cantidad y distribución de la hemorragia, ayuda a predecir el riesgo de vasoespasmo. Existe una versión más reciente de esta escala, la escala de Fisher modificada, que otorga un valor cualitativo a la presencia de sangre a nivel intraventricular bilateral y a nivel cisternal como indicadores de mayor riesgo de vasoespasmo

Tabla 6 Escala de Fischer de hemorragia subaracnoidea

Grado I	No sangre cisternal.
Grado II	Sangre difusa fina, < 1 mm en cisternas verticales.
Grado III	Coágulo grueso cisternal, >1 mm en cisternas verticales.
Grado IV	Hematoma intraparenquimatoso, hemorragia intraventricular, ± sangrado difuso.

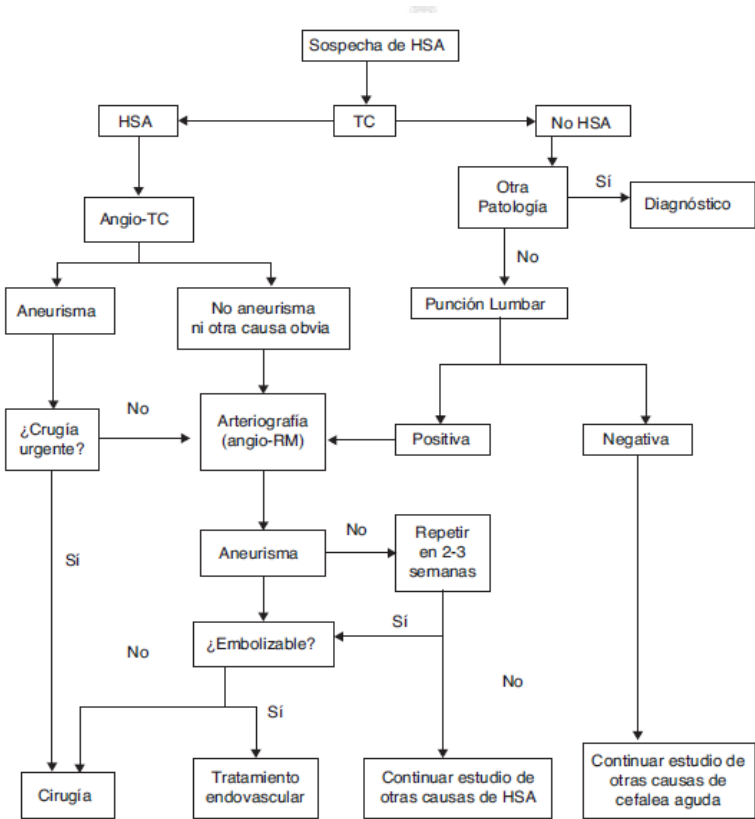


Figura 1 Algoritmo del manejo diagnóstico de la sospecha de HSA aneurismática.
(Modificada de Guerrero et al.⁶⁵)

Tabla 7 Recomendaciones para el tratamiento de la hemorragia subaracnoidea aneurismática. Niveles de evidencia y recomendaciones

Recomendaciones	Nivel de evidencia y clase de recomendación
Resangrado <ul style="list-style-type: none">– Se recomienda realizar el tratamiento de exclusión del aneurisma de la circulación en la fase precoz tras su rotura– El reposo en cama, el tratamiento analgésico o el tratamiento antihipertensivo son útiles como medidas coadyuvantes– Se debe considerar el ingreso en las unidades de ictus de aquellos pacientes con una buena situación clínica inicial (HSA con puntuaciones I-II en la escala de Hunt y Hess, caracterizados por la preservación de un buen nivel de conciencia), reservando la unidad de cuidados intensivos para puntuaciones 3-4– Los antifibrinolíticos, utilizados precozmente y por un período corto de tratamiento, pueden ser una opción terapéutica a tener en cuenta para prevenir el resangrado, en aquellos pacientes en los que se va a demorar el tratamiento del aneurisma y que no presenten mayor riesgo de vasoespasmo	<p>Nivel de evidencia 2b. Grado de recomendación B</p> <p>Nivel de evidencia 3-5. Grado de recomendación C</p> <p>Nivel de evidencia 4. Grado de recomendación C</p> <p>Nivel de evidencia 1b. Grado de recomendación D</p>
Prevención del vasoespasmo <ul style="list-style-type: none">– Se recomienda el tratamiento con nimodipino, iniciado precozmente, indistintamente por vía oral o intravenosa, para mejorar la evolución clínica y el pronóstico de los pacientes con HSA aneurismática	<p>Nivel de evidencia 1a. Grado de recomendación A</p>
Tratamiento del vasoespasmo <ul style="list-style-type: none">– En los pacientes con vasoespasmo establecido se recomienda el tratamiento precoz del aneurisma, y mantener una situación de normovolemia con el empleo de soluciones cristaloides– El empleo de la terapia basada en HTA, con o sin hipervolemia, puede ser considerada una opción terapéutica alternativa en el vasoespasmo establecido, siendo potencialmente perjudicial en los pacientes con signos de sobrecarga hídrica– En casos de vasoespasmo resistente, o en aquellos pacientes en los que el aumento de la volemia y de la presión arterial cause efectos secundarios sistémicos, se puede recurrir la intervención neurovascular– En los pacientes con síndrome perdedor de sal el empleo de hidrocortisona y fludrocortisona se considera una alternativa para prevenir y corregir la hiponatremia	<p>Nivel de evidencia 3-5. Grado de recomendación C</p> <p>Nivel de evidencia 3-5. Grado de recomendación C</p> <p>Nivel de evidencia 2b. Grado de recomendación B</p> <p>Nivel de evidencia 1b. Grado de recomendación B</p>
Complicaciones neurológicas <ul style="list-style-type: none">– En los pacientes con hidrocefalia aguda sintomática, el drenaje ventricular mediante ventriculostomía puede resultar beneficioso– La administración profiláctica de anticomieles no está indicada como tratamiento generalizable a todos los pacientes con HSA. No obstante, puede ser considerada, en casos seleccionados, en el período posthemorrágico precoz	<p>Nivel de evidencia 2b. Grado de recomendación B</p> <p>Nivel de evidencia 2b. Grado de recomendación B</p>

Complicaciones de la Hemorragia Subaracnoidea

Resangrado

Es una complicación muy grave que conlleva entre un 50- 70% de mortalidad, por lo que lo primordial en un paciente que se presenta con una HSA, una vez esté estabilizado, es evitar la posibilidad del resangrado del aneurisma roto. El período de mayor riesgo para el resangrado es el de las primeras 24 h tras el episodio y se produce en el 4% de los pacientes. En los 14 días siguientes el riesgo acumulado

de resangrado se mantiene en torno al 15-25%, para posteriormente disminuir al 0,5%/día durante los días 15 a 30. Cuanto antes se realice el tratamiento del aneurisma, menor riesgo correrá el paciente, y el manejo del resto de las complicaciones se podrá realizar con mayor margen de confianza (como el caso del tratamiento del vasoespasmo o de la hipotensión arterial). Los factores de riesgo de resangrado son: la demora en el ingreso y en el inicio de tratamiento; la PAS > 160mm Hg (aunque está más relacionado con cambios en la presión sanguínea, que con una cifra determinada), y la mala situación neurológica al ingreso. Se recomienda una monitorización del paciente, y emplear antihipertensivos de vida media corta como el labetalol en casos de elevaciones tensionales. Se debe evitar a su vez una situación de hipotensión arterial que favorezca complicaciones de tipo isquémico, que puedan ser promovidas por la presencia de vasoespasmo.

Exclusión del aneurisma de la circulación cerebral

La exclusión del aneurisma de la circulación cerebral se puede hacer, bien mediante tratamiento endovascular, bien mediante tratamiento quirúrgico. En el International Subarachnoid Aneurysm Trial (ISAT) se compararon los tratamientos quirúrgico y endovascular para el tratamiento del aneurisma roto. Se observaron los siguientes datos acerca del tratamiento endovascular frente al quirúrgico: mortalidad

de 8,1 frente a 10,1%, discapacidad del 15,6 frente al 21,6%, morbimortalidad del 23,5 frente al 30,9%, mayores tasas de resangrado y menores de oclusión completa en el grupo endovascular, y mayor tasa de epilepsia en el grupo quirúrgico. Actualmente se considera de primera elección la terapia endovascular siempre que el aneurisma sea abordable por esta técnica. En caso contrario, se puede optar por el clipaje del aneurisma, o el empleo de terapias combinadas.

En los pacientes que han sido embolizados se realizan controles angiográficos periódicos (a los 6 meses, un año y 2 años) para volver a embolizar en aquellos casos en los que ha habido una reapertura del cuello del aneurisma. En otra guía se abordará de forma pormenorizada las técnicas de tratamiento de los aneurismas cerebrales.

Reposo en cama

Para el Cooperative Aneurysm Study Group el reposo en cama por sí solo fue inferior que la cirugía para prevenir el resangrado en el análisis global y también fue inferior al tratamiento antihipertensivo, cirugía y ligadura carotidea en los grupos que completaron el tratamiento. Aunque el reposo en cama, hoy en día, se contempla en todos los protocolos de HSA, debe ser combinado con otras medidas terapéuticas más eficaces en la prevención del resangrado.

Tratamiento antihipertensivo

El tratamiento de la HTA para prevenir el resangrado constituye un tema controvertido. La hipotensión producida puede resultar perjudicial, especialmente si existe vasoespasmo o hipertensión endocraneal, pues disminuye la perfusión

cerebral. En un ensayo aleatorizado con agentes antihipertensivos y antifibrinolíticos, Nibbelink describió un mayor porcentaje de resangrado en los grupos tratados con antihipertensivos, aunque hay que tener en cuenta que el resangrado en estos pacientes estaba más en relación con la presencia de la HTA que con su tratamiento; además, este estudio fue realizado hace 20 años por lo que si se realizase hoy día con los nuevos antihipertensivos existentes, más seguros y eficaces, probablemente los resultados serían diferentes⁶⁹. En un estudio observacional realizado por Wijdicks se vio que existía un mayor porcentaje de resangrado en los pacientes que no recibían tratamiento antihipertensivo, a pesar de presentar tensiones más bajas, comparados con los pacientes que sí recibieron tratamiento antihipertensivo, lo que señala que el resangrado puede estar más en relación con cambios bruscos de presión que con un valor específico de presión arterial. Se recomienda utilizar la analgesia precisa para el control adecuado de la cefalea y la agitación que pueda presentar el paciente para evitar elevaciones bruscas de la presión arterial.

En principio, y si no hay contraindicación, se puede administrar metamizol o paracetamol, oral o intravenoso, y si este no es suficiente se pueden emplear derivados opiáceos vigilando la posible aparición de hipotensión.

Antifibrinolíticos

En estudios publicados en años anteriores, los antifibrinolíticos se mostraban como una mala alternativa para la prevención del resangrado, por relacionarse con una alta tasa de efectos secundarios de tipo isquémico. Estudios recientes, que emplean tandas cortas y precoces de medicación, han obtenido mejores resultados. En 2002, fue publicado un estudio aleatorizado en el que los pacientes que recibían 1 g intravenoso de ácido tranexámico en el momento del diagnóstico de la HSA, seguido de 1 g/6 h hasta la oclusión del aneurisma, asociaban significativamente menores tasas de resangrado y mejor evolución clínica. En esta línea de actuación, un estudio prospectivo con ácido ϵ -aminocaproico durante un máximo de 72 h tras el inicio del sangrado, ha observado que disminuye las cifras de resangrado sin que aparezcan complicaciones isquémicas mayores. Se observó una mayor tasa de trombosis venosa profunda, pero no de embolia pulmonar. La mortalidad fue similar con respecto al grupo placebo, pero el pronóstico mostró tendencia no significativa a la mejoría en el grupo tratado.

Vasoespasmo

Esta complicación aparece por lo general entre los días 4 y 12, habiéndose dado casos de vasoespasmo hasta varias semanas después del sangrado inicial o de inicio más precoz a partir de las primeras 48 h. La presencia de vasoespasmo angiográfico se da hasta en el 66% de los pacientes, pero el vasoespasmo sintomático (isquemia cerebral diferida) ronda tan solo el 30%. Se considera esta

complicación como la responsable del 20% de la morbilidad en las HSA, siendo la principal causa de morbilidad retardada.

Su intensidad guarda una relación directa con la cantidad de sangre extravasada inicial. La presentación típica es la aparición de un deterioro neurológico, con o sin focalidad asociada, en un paciente sin hidrocefalia ni resangrado que los justifique y con una TC craneal basal sin alteraciones relevantes en sus fases precoces. Puede asociar fiebre y confusión. A nivel de la circulación proximal, en la región de las cisternas, en la que se sitúan las grandes arterias del polígono de Willis, el vasoespasmo es detectable por pruebas angiográficas y sonológicas, sin embargo, esta complicación puede ser silente con este tipo de pruebas si afecta de forma exclusiva a la vasculatura distal, en la microcirculación, detectable en este caso por pruebas funcionales como la TC de perfusión o la RM de difusión/perfusión⁷⁶.

Hidrocefalia

El desarrollo de hidrocefalia es una complicación precoz, que se puede instaurar desde las primeras horas. La hidrocefalia sintomática afecta al 20% de los pacientes. Se consideran factores de riesgo para su desarrollo la demora en el ingreso y el inicio de tratamiento, y la mala situación neurológica al ingreso (puntuación en la escala de Hunt y Hess: 3-5). Cuando la hidrocefalia se manifiesta clínicamente con alteración del nivel de conciencia, se puede recurrir a diversas medidas para su tratamiento como la colocación de un drenaje ventricular transitorio o una válvula de derivación ventriculoperitoneal o ventriculoauricular permanente.

Este tipo de técnicas aumentan el riesgo de ventriculitis y de resangrado. Un ensayo aleatorizado con 84 pacientes ha observado menores tasas de hidrocefalia en los pacientes en los que se realiza un drenaje precoz de líquido cefalorraquídeo (LCR) en la fase aguda, en el momento que se emboliza el aneurisma¹²¹. A veces se recurre a punciones lumbares repetidas, preferiblemente con el aneurisma responsable ya tratado, para evitar también el riesgo de resangrado.

Excepcionalmente, también con el aneurisma excluido de la circulación, se puede recurrir a la fibrinólisis intraventricular en hidrocefalias resistentes que presenten escaso drenaje debido a la obstrucción del catéter por material hemático¹²².

Crisis epilépticas

A día de hoy, no hay estudios que hayan demostrado los beneficios del tratamiento anticomitial profiláctico en los pacientes con HSA aneurismática. De hecho, un trabajo ha observado que esta terapia se relaciona con peor pronóstico funcional y mayor tasa de complicaciones intrahospitalarias¹²³. Otro estudio que comparó aleatorizadamente el empleo de fenitoína con el de leviteracetam observó que, a igualdad en la capacidad para prevenir la aparición de crisis, los pacientes tratados con leviteracetam presentaban un mejor pronóstico funcional¹²⁴. Otras guías recientes consideran que la administración profiláctica de anticomiciales puede ser considerada en el período posthemorrágico precoz.

Otras complicaciones

En cuanto a la hipertensión intracraneal, el suero salino hipertónico al 7,2% con hidroxietilo ha demostrado en un estudio aleatorizado, que incluía 22 pacientes con HSA en ventilación mecánica, ser capaz de reducir las cifras de presión intracraneal y mejorar la presión de perfusión cerebral con respecto al placebo¹²⁵. Esto ha sido refrendado por otros grupos de trabajo, que comparan esta solución hiperosmolar frente a soluciones de manitol al 15% y de suero salino al 10%¹²⁶. Aproximadamente un cuarto de los pacientes con HSA aneurismática van a presentar una complicación en forma de infarto cerebral. La presencia de este se asocia a peor evolución clínica, y los factores de riesgo que se han relacionado con su aparición son la edad avanzada, la mala situación clínica al ingreso, la HTA, la diabetes, los aneurismas de mayor tamaño, la inducción de hipertensión profiláctica o terapéutica, la temperatura mayor de 38 °C a los 8 días del sangrado y el vasoespasma sintomático.

Este último constituye el factor de riesgo más importante, potencialmente tratable. En la HSA, como en el resto de los ictus, el estrés en el que entra el organismo con el evento vascular agudo genera una liberación de catecolaminas que fomentan un estado de hiperglucemia. Además, la tendencia a las cifras elevadas de glucosa se prolonga durante los siguientes días, y su presencia aumenta la frecuencia del vasoespasma, lo cual ensombrece el pronóstico del paciente. Las modalidades de control glucémico estricto con terapia insulínica intensiva no han demostrado mejorar las cifras de vasoespasma ni la evolución final de los enfermos. Se recomienda mantener unas cifras de normoglucemia y evitar tanto la hiperglucemia como la hipoglucemia, pues las cifras anormales de glucosa se asocian a peor curso clínico,. A pesar de que la utilización de heparinas de bajo peso molecular disminuye el riesgo de complicaciones tromboembólicas en pacientes con hemorragia intracerebral parenquimatosa sin incrementar el riesgo de sangrado, en el caso de la HSA aneurismática no se han encontrado claros beneficios con el uso de heparina de bajo peso molecular para la prevención de la trombosis venosa profunda.

Datos obtenidos de registros prospectivos de pacientes con HSA aneurismática señalan que las cifras elevadas de hemoglobina se asocian con un mejor pronóstico evolutivo. La transfusión de concentrados de hematíes para tratar la anemia debe pues ser considerada en aquellos pacientes con riesgo de desarrollar isquemia cerebral diferida, sin que se haya aún determinado una cifra óptima de hemoglobina. Entre las complicaciones cardíacas que podemos encontrar en los pacientes con HSA destacan las arritmias, el infarto agudo de miocardio y el síndrome de Tako-Tsubo.

La liberación de catecolaminas por el aumento del tono simpático que acontece en la HSA es susceptible de ocasionar alteraciones miocárdicas. Un meta-análisis, que incluye 25 estudios y 2.930 pacientes, concluye que la elevación de la troponina I, de la creatinina MB, y del péptido natriurético cerebral, junto con la presencia de taquicardia, descenso del segmento ST, alteraciones de la onda T y las alteraciones

de la contractilidad se asocian significativamente a mayor mortalidad, peor evolución clínica o a mayor frecuencia de isquemia cerebral diferida.

3. CONCLUSIONES

- La dificultad para acceder de manera temprana a una institución de salud del nivel de complejidad requerido por la paciente para atender la gravedad de la patología, probablemente conllevó al fallecimiento de la misma, debido a que habiendo IPS de III nivel de complejidad en la ciudad de Pereira, no se evidencia que la EPS hubiera contratado con alguna de ellas, para atender situaciones en las que el tiempo es factor decisivo para salvaguardar la integridad y la vida; es decir, la EPS no gestionó el riesgo para la vida que ocasiona tener que desplazar pacientes críticamente enfermos hasta la ciudad de Cali, con un viaje de aproximadamente 3 horas, tiempo valioso que puede marcar la diferencia entre la vida y la muerte, cuando la ciudad de Pereira se encuentra a tan sólo 30 minutos del municipio de Cartago.
- El Hospital Universitario San Jorge de Pereira, a pesar de contar con los recursos humanos, técnicos y tecnológicos para atender este tipo de patologías, no atiende a la paciente Amparo Cardona Patiño quien es llevada por parte del personal de la IPS del Municipio de Cartago como URGENCIA VITAL tal como consta en la historia clínica de la institución de referencia, es decir, fue llevada a una institución de mayor complejidad por la gravedad de su diagnóstico, considerándose por parte del médico de la IPS del Municipio de Cartago que la paciente ameritaba una valoración y manejo inmediato por un especialista en Neurocirugía, debido al riesgo para la vida sino se atendía oportunamente, riesgo que se materializa ocasionando el fallecimiento de la misma.
- La EPS COOSALUD, telefónicamente indica el traslado de la paciente a la Clínica María Ángel de la ciudad de Tuluá, sitio en el cual, el especialista requerido no valora la paciente, sino que vía telefónica le da las instrucciones al médico general, situación que no permitió que el especialista evaluara la condición de la paciente y su riesgo, de tal manera que evaluara de primera mano el estado clínico de la misma y así recomendar un manejo médico de acuerdo a su especialidad que contribuyera a reducir o minimizar las complicaciones de la enfermedad en curso, hasta que fuera atendida en una institución que contara con los recursos técnicos y tecnológicos necesarios.
- El Hospital Universitario Evaristo García de Cali, a pesar de contar con los recursos humanos, técnicos y tecnológicos para atender este tipo de patologías, no atiende a la paciente Amparo Cardona Patiño quien es llevada por parte del personal de la IPS del Municipio de Cartago como URGENCIA VITAL tal como consta en la historia clínica de la institución de referencia, es decir, fue llevada a una institución de mayor complejidad por la gravedad de su diagnóstico, considerándose por parte del médico de la IPS del Municipio de Cartago que la paciente ameritaba una valoración y manejo inmediato por un especialista en Neurocirugía, debido al riesgo para la vida sino se atendía oportunamente, riesgo que se materializa ocasionando el fallecimiento de la misma.

VI. ESTIMACIÓN RAZONADA DE LA CUANTÍA

Se estima la pretensión mayor de esta solicitud, lo que corresponde a **\$125.927.641** pretendidos a título de indemnización por perjuicios materiales en la modalidad de lucro cesante.

VII. COMPETENCIA Y PROCEDIMIENTO

De conformidad con los artículos 155 numeral 6º y 157 de la Ley 1437 de 2012, Es competente usted Señor (a) JUEZ (A) para conocer del asunto, por el domicilio de los demandados, la naturaleza de las partes, lugar de ocurrencia de los hechos y cuantía. Procedimiento contencioso administrativo en virtud de lo dispuesto en el artículo 104 del CPACA.

VIII. MEDIO DE CONTROL

El medio de control que se incoa corresponde al de REPARACIÓN DIRECTA, contenido en el artículo 140 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

IX. DECLARACIÓN

Bajo la gravedad del juramento manifiesto que las suscritas no han formulado actual y simultáneamente en nombre de mis representados ni ellos directamente solicitud de conciliación prejudicial, por los mismos hechos y contra los mismos demandados, ni se encuentran en curso cualesquiera otras clases de acciones judiciales, ni tales se han intentado en el pasado, siendo esta la primera vez que se acude a esta instancia.

X. PRUEBAS

1.DOCUMENTALES

Me permito adjuntar a la presente solicitud, los siguientes documentos:

1. Registros civiles de nacimientos de **JUAN SEBASTIAN JIMENEZ CARDONA, ADRIANA CARDONA, LUISA FERNANDA MURILLO CARDONA, MATIAS MURILLO CARDONA, ISABELLA CASTILLO MURILLO Y DANNA SOFIA CAMPEON MURILLO.**
2. Copia cédulas de ciudadanía de **JUAN SEBASTIAN JIMENEZ CARDONA y LUISA FERNANDA MURILLO CARDONA**

3. Copia pasaporte de la señora **ADRIANA CARDONA**,
4. Fotocopia de la historia clínica de la **IPS DEL MUNICIPIO DE CARTAGO VALLE ESE**
5. Fotocopia de la historia clínica de la **CENTRO MEDICO IMBANACO**
6. Registro civil de defunción de la señora **AMPARO CARDONA PATIÑO**.
7. Acta de audiencia de Conciliación extrajudicial.

1.1 Grabación de la noticia, **del noticiero 8/40** donde se evidencia el recorrido de la señora **AMPARO CARDONA PATIÑO (Q.E.P.D.)** ocasionando su muerte.

1.2 Grabación de la noticia **del noticiero 8/40** donde entrevistan a la señora **ADRIANA CARDONA** hija de la señora **AMPARO CARDONA PATIÑO (Q.E.P.D.)** donde relata el recorrido que sufrió su señora madre que le ocasiono la muerte.

OBJETO DE LA PRUEBA: Las pruebas documentales tendrán como objetivo, demostrar el recorrido que sufrió la señora **AMPARO CARDONA PATIÑO (Q.E.P.D.)**, la gravedad de su padecimiento, que le ocasiono la muerte y la relación que hay entre las personas demandantes y la señora **AMPARO CARDONA PATIÑO (Q.E.P.D.)**.

2. PRUEBA TESTIMONIAL

OBJETO DE LA PRUEBA: Para que declaren sobre la atención médica que se le dispense a la paciente **AMPARO CARDONA PATIÑO** en instalaciones de las entidades demandadas, ruego se llame a declarar a las siguientes personas:

- Médico **DAVID ALEJANDRO HENAO JORDAN**, mayor de edad, quien puede ser ubicado en la Carrera 3 bis N° 1 – 40 Cartago Valle.
- Médico **GERARDO JAVIER OÑORO CONSUEGRA**, mayor de edad, quien puede ser ubicado en la Carrera 3 bis N° 1 – 40 Cartago Valle.
- Médico **JHON JAIRO RENDON OSPINA**, mayor de edad, quien puede ser ubicado en la Carrera 3 bis N° 1 – 40 Cartago Valle
- Auxiliar **ADRINA ACEVEDO**, mayor de edad, quien puede ser ubicado en la Carrera 3 bis N° 1 – 40 Cartago Valle
- Profesional **MARLY ZULELLY HOYOS CANO**, mayor de edad, quien puede ser ubicado en la Carrera 3 bis N° 1 – 40 Cartago Valle

- Médico **ANABOLENA POLANCO PEREIRA**, (MEDICINA DE URGENCIAS IMBANACO) mayor de edad, quien puede ser ubicado en la carrera 38 bis N° 5B2 – 04 sede principal de IMBANACO Cali Valle.
- Médico **ADRINA SERRANO RUSSI**, (MEDICINA DE URGENCIAS IMBANACO) mayor de edad, quien puede ser ubicado en la carrera 38 bis N° 5B2 – 04 sede principal de IMBANACO Cali Valle.
- Médico **CARLOS FELIPE SALGADO BELLO**, (MEDICINA DE URGENCIAS IMBANACO) mayor de edad, quien puede ser ubicado en la carrera 38 bis N° 5B2 – 04 sede principal de IMBANACO Cali Valle
- Médico **CHRISTIAN ANDRES PALACIOS MARTINEZ**, (MEDICINA DE URGENCIAS IMBANACO) mayor de edad, quien puede ser ubicado en la carrera 38 bis N° 5B2 – 04 sede principal de IMBANACO Cali Valle
- Médico **LISETD MUÑOZ VARGAS**, (MEDICINA FISIOTERAPIA IMBANACO) mayor de edad, quien puede ser ubicado en la carrera 38 bis N° 5B2 – 04 sede principal de IMBANACO Cali Valle
- Médico **NAIYARA QUESADA MOSQUERA**, (MEDICINA FISIOTERAPIA IMBANACO) mayor de edad, quien puede ser ubicado en la carrera 38 bis N° 5B2 – 04 sede principal de IMBANACO Cali Valle.
- Enfermero **JUAN DAVID MANCHOLA**, (MEDICINA DE URGENCIAS IMBANACO) mayor de edad, quien puede ser ubicado en la carrera 38 bis N° 5B2 – 04 sede principal de IMBANACO Cali Valle

2.2. **OBJETO DE LA PRUEBA:** Para que declaren sobre los perjuicios inmateriales en la modalidad de perjuicios morales que están sufriendo MATIAS MURILLO CARDONA, ISABELLA CASTILLO MURILLO y DANNA SOFIA CAMPEON MURILLO, ruego se llame a declarar a las siguientes personas:

- **ALFANIA ALVAREZ**, mayor de edad, identificada c.c. 31.407.703 quien puede ser ubicada en carrera 14 b N° 13 – 113 Reservas del Samán.
- **AMPARO DEL SOCORRO RESTREPO RODRIGUEZ**, mayor de edad, identificada c.c. 29.447.550 quien puede ser ubicada en carrera 4 N° 7 – 34 Guadalupe.
- **PATRICIA OSORIO MORALES**, mayor de edad, identificado c.c. 31.420.275 quien puede ser ubicada en manzana D casa 15 urbanización el limonar primera etapa Cartago Valle.

- **YINA PAOLA BEDOYA ARIAS** mayor de edad, identificada c.c. 1088008654 quien puede ser ubicada en carrera manzana 18 casa 5 la Graciela Dosquebradas.
- **JUAN GABRIEL ROJAS RAMIREZ** mayor de edad, identificado c.c. 1114090933 quien puede ser ubicada en calle 8 N° 11 – 64 barrio porvenir Cartago Valle.
- **GLORIA INES CHAVES ORTIZ** mayor de edad, identificado c.c. 31.412.830 quien puede ser ubicada en la carrera 12 a N° 11b – 36 barrio San Nicolas Cartago Valle.

4. HECHOS NOTORIOS

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 180 del Código General del Proceso, solicito que se tengan como hechos notorios, las resoluciones emitidas por la Superintendencia Bancaria en relación con el monto de los intereses bancarios corrientes.

XI. ANEXOS

- Certificado existencia representación legal de lex consultores
- Los documentos relacionados en el acápite de pruebas.
- Poderes para actuar.
- Prueba de la existencia y representación legal de: **E.P.S COOSALUD – HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA RISARALDA - CLINICA MARIA ANGEL DE TULUA VALLE.**

XII. NOTIFICACIONES

- **La parte demandante** manzana 18 casa 5 la Graciela Dosquebradas - Calle 16 A N° 10 – 47 barrio Antonio Nariño Cartago Valle.
- **La suscrita apoderada:** podrá ser notificada, en la Carrera 8 Bis N° 10 – 83 de Cartago Valle, correo electrónico lexconsultoressas@gmail.com
- **La parte demandada** podrá ser notificada:
 - **E.P.S COOSALUD** domicilio AV San Martín calle 11 esquina p – 8 edificio grupo área Cartagena Bolívar – notificacioncoosaludeps@coosalud.com
 - **I.P.S. DEL MUNICIPIO DE CARTAGO E.S.E. VALLE DEL CAUCA.** Carrera 3 bis N° 1 – 40 Cartago Valle, correo electrónico: gerencia@ipsgo.gov.co.
 - **HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA RISARALDA:** Kr 4 No. 24-88 Pereira – Risaralda correo electrónico gerencia@husj.gov.co teléfono 3206745.

*“Somos su mejor opción en asesoría con
seriedad y transparencia”*

Nit. 900.988.187-3

LEX
CONSULTORES S.A.S.

- **CLINICA MARIA ANGEL DE TULUA VALLE.** Cra 40 Calle 26 Esquina
- **HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA.** Cra. 8 #17 - 52, Guadalajara de Buga, Valle del Cauca correo electrónico: gerencia@fhsjb.org **Teléfono:** 2361000.
- **HOSPITAL UNIVERSITARIO EVARISTO GARCIA DE CALI.** Calle 5 No. 36 -08 Cali- Valle del Cauca Notificaciones Judiciales: notificacionesjudiciales@huv.gov.co direcciongeneral@huv.gov.co. Teléfono: 6206000 EXT 1010

Atentamente;



LUISA FERNANDA OSPINA LOZANO
C.C. N° 1.053.801.786 Manizales Caldas
T.P. N° 226.087 del C. S. de La J.
Representante Legal
LEX CONSULTORES S.A.S