



Fundación
Santa Fe de Bogotá

Fundación Santa Fe de Bogotá

Estandar Operacional: Prevención de Neumonía asociada a la atención en salud en paciente adulto hospitalizado

Copia no controlada

 <p>Fundación Santa Fe de Bogotá</p>	<p>Fundación Santa Fe de Bogotá</p> <p>Nivel 1: Gestión clínica y de la calidad Nivel 2: Atención Confiable Nivel 2: Epidemiología Estandar Operacional: Prevención de Neumonía asociada a la atención en salud en paciente adulto hospitalizado</p>	<table border="1"> <tr> <td>Código</td> <td>HOS-EPI-EO1-030</td> </tr> <tr> <td>Fecha</td> <td>2022-02-03</td> </tr> <tr> <td>Versión</td> <td>1.0</td> </tr> </table>	Código	HOS-EPI-EO1-030	Fecha	2022-02-03	Versión	1.0
	Código	HOS-EPI-EO1-030						
Fecha	2022-02-03							
Versión	1.0							

Estratégico	Misional	Apoyo	Evaluación
--------------------	-----------------	--------------	-------------------

Objetivo

Evitar la aparición de casos de neumonía asociada a la atención en salud, en el paciente adulto hospitalizado a través de la implementación de estrategias de prevención.

Dueño

Coordinador de Epidemiología (Epidemiología)

Alcance

Aplica para todos los pacientes adultos hospitalizados en el Hospital Universitario de la Fundación Santa Fe de Bogotá

CONDICIONES/RECURSOS NECESARIOS

RECURSO HUMANO

- Terapia Respiratoria
- Terapia ocupacional
- Terapia física
- Enfermería
- Médico tratante
- Vigilancia epidemiológica

RECURSO FÍSICO

- Material médico quirúrgico requerido por terapia física, respiratoria, ocupacional
- Computador
- Historia clínica
- Elementos de higiene oral para el paciente

RESULTADOS ESPERADOS

- Disminución de la tasa de neumonía asociada a la atención en salud en paciente adulto hospitalizado.
- Cumplimiento de las estrategias de prevención de neumonía asociada a la atención en salud en paciente adulto hospitalizado.

RIESGO (S) / CÓMO NEUTRALIZARLO (S)

RIESGOS	COMO NEUTRALIZARLOS
1. Personal no capacitado en las estrategias de prevención.	Entrenamiento y capacitación
2. Resistencia del personal a cumplir el estándar.	Supervisar la adherencia al Estándar a través de listas de chequeo
3. Incumplimiento en la implementación de las recomendaciones y estrategias de prevención.	Reentrenamiento y capacitación del personal

DESCRIPCION DE LA ACTIVIDADES

Definiciones:

Neumonía: La neumonía es un tipo de infección respiratoria aguda que afecta los pulmones. Estos están formados por pequeños sacos, llamados alvéolos, que en las personas sanas se llenan de aire al respirar. Los alvéolos de los enfermos de neumonía están llenos de pus y líquido, lo que hace dolorosa la respiración y limita la absorción de oxígeno. [1] Puede clasificarse de acuerdo a la fuente de contagio como: neumonía adquirida en la comunidad, neumonía asociada a la atención médica principalmente neumonía asociada a un ventilador y es importante resaltar que los microorganismos causantes difieren de una fuente a otra [2].

- a. **Neumonía adquirida en la comunidad:** aquella que se desarrolla fuera del ámbito hospitalario. El paciente debe presentar el inicio de signos y síntomas al no estar hospitalizado o en las primeras 48 horas de ingreso. [3]
- b. **Neumonía asociada a la ventilación mecánica:** Se presenta 48 horas post intubación o inicio de la ventilación mecánica. [4] [5]
- c. **Neumonía adquirida en el hospital:** Neumonía es definida usando la combinación de criterios radiológico, clínico y de laboratorio. Se reporta como asociada al cuidado de la salud aquella infección que inicia después de las 48 horas de la admisión y no se encontraba en periodo de incubación al ingreso. Si una neumonía se desarrolla dentro de las 48 horas de traslado del paciente de un servicio a otro, la infección es atribuida al servicio de donde viene trasladado. Esta es llamada la Regla de Transferencia. [6]
- d. **Neumonía aspirativa:** La aspiración es definida como la inhalación de secreción orofaríngea o de contenido gástrico dentro de la laringe y del tracto respiratorio inferior, pudiendo estar o no previamente colonizados con gérmenes provenientes del segmento aerodigestivo o del mismo estómago. [7]

Prevención de la enfermedad: Abarca las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida. [8]

Educación para la Salud: Comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad. [1]

Clorhexidina: Antiséptico para la piel y mucosas, en heridas leves y para uso odontológico. Es incolora, inodora y de sabor amargo. Estable a temperatura ambiente y a pH entre 5 y 8, necesita estar protegida de la luz, su efecto se consigue a los 20 segundos y en base alcohólica a los 30 segundos de exposición y obtiene actividad residual hasta por 6 horas. Tiene un efecto bactericida intermedio, ampliamente activo contra bacterias, hongos y levaduras. Tiene escasa actividad contra Mycobacterium tuberculosis (bacteriostático) y no es esporicida. En concentraciones de 0.12% y 0.2% está indicada para la higiene de la cavidad oral y para el mantenimiento de la vía aérea en pacientes ventilados mecánicamente. [2]

Actividades

Deben ser direccionadas y ejecutadas en conjunto con todas las disciplinas que traten al paciente [3]:

I. Educación

A. Personal de Salud:

1. **Higiene de manos:** antes y después de tener contacto con mucosas, secreciones del tracto respiratorio u objetos que estén contaminados con estas secreciones, se haya usado guantes o no. (Evidencia A-I) Lavarse las manos antes y después de tener contacto con un paciente que tiene tubo endotraqueal o de traqueostomía (Evidencia A-I), y antes y después de tener contacto con cualquier tipo de dispositivo respiratorio que use el paciente, se use o no guantes (Evidencia A-I) / ver estándar operacional de Higiene de manos (HOS-EPI-EO1-001/002)
2. **Uso de guantes:** para manipular secreciones u objetos contaminados con secreciones del tracto respiratorio de cualquier paciente (Evidencia A-I), aplica para medidas de aislamiento de contacto, ver estándar operacional (HOS-EPI-EO1-010)
1. **Cambio de guantes e higiene de manos entre pacientes;** después de manipular secreciones u objetos contaminados con secreciones del tracto respiratorio de un paciente (Evidencia A-I) y antes de tener contacto con otro, o con un objeto o superficie cercana (Evidencia A-I); y entre el contacto con una parte del cuerpo contaminada y el tracto respiratorio o dispositivo respiratorio de un mismo paciente (Evidencia A-I) ^[1] ___
2. **Uso de elementos de protección individual:** Mascarilla quirúrgica o N95 según indicación y protección ocular o monogafas, ver estándar operacional: APY-SST-EO2-013 y APY-SST-EO2-012

B. Paciente y su Familia:

1. Fomentar la higiene de manos: antes y después de visitar su familiar, después de utilizar el baño, antes y después de consumir alimentos, al entrar en contacto con secreciones del paciente. (EVIDENCIA B-III)
2. Informar acerca de los procedimientos y la importancia de acatar las instrucciones del personal de salud de la institución. (EVIDENCIA B-III)
3. Establecer diálogo permanente para visibilizar inquietudes y actuar de manera oportuna. (EVIDENCIA B-III)
4. Indicar sobre el riesgo para la salud que implica el ingreso de alimentos, dispositivos y accesorios fuera de las instrucciones del personal de salud de la institución. (EVIDENCIA B-III)
5. En caso que el paciente se encuentre con protocolo de aislamiento establecido orientar al paciente y su familia sobre el ingreso de visitas, alimentos, dispositivos médicos y/o de terapia respiratoria. (EVIDENCIA B-III)
6. Indicar sobre la importancia de abstenerse de visitas si estas presentan cuadros de gripe/ influenza o alguna condición de inmunosupresión o enfermedad transmisible. (EVIDENCIA B-III)
7. Establecer un cuidador principal para que reciba siempre las instrucciones y direcciona la información a la familia oportunamente. (EVIDENCIA B-III)

II. Valorar condición clínica del paciente

- A. Vigilar, consultar y registrar signos vitales: Temperatura, Tensión Arterial, Saturación de oxígeno, Frecuencia cardiaca y notificar inmediatamente si alguno se encuentra alterado. (EVIDENCIA B-III)
- B. Verificar la dieta adecuada para la condición del paciente ^[1] ___. (previa valoración de fonaudiólogo/a) (EVIDENCIA A-I)
- C. Higiene bucal tres veces al días con clorhexidina al 0,12% ^[2] ___ (EVIDENCIA A-I)

- D. Realizar cambios posturales cada 2 horas y promover la deambulaci3n temprana con acompa1amiento para la prevenci3n de trombos y acumulaci3n de secreciones. [3] (EVIDENCIA A-I)
- E. Mantener la cabecera de la cama elevada de 30° o 45° para mejorar la ventilaci3n y prevenir aspiraciones. [4] (EVIDENCIA B-II)
- F. Ubicar en posici3n fowler o semifowler al paciente para consumir los alimentos (siempre que la condici3n del paciente lo permita y previa valoraci3n de Terapia respiratoria y Fonoaudiología) (EVIDENCIA B-III)

III. Intervenci3n de Terapia Respiratoria

- A. **Garantizar permeabilidad de la vía aérea:** Aspiraci3n de secreciones (si aplica) antes del paso de la nutrici3n y tambi3n si hay movilizaci3n de secreciones pero quedaron algunas residuales. (EVIDENCIA B-III)
- B. **Asegurar un adecuado intercambio gaseoso:** Garantizar saturaciones por encima de 90% con la fracci3n inspirada de oxígeno FIO2 mínima necesaria; existen excepciones como la enfermedad pulmonar obstructiva cr3nica EPOC o en los ni1os la displasia broncopulmonar DBP en donde las saturaciones de oxígeno pueden estar por debajo de los valores normales, se deben individualizar los casos. (EVIDENCIA B-III)
- C. **Maniobras de higiene bronquial:** Deben ajustarse a la fisiopatología de la enfermedad y su comportamiento, para identificar el tipo de maniobra que le favorezca m1s al paciente. (EVIDENCIA B-III)
- D. **Equipo y accesorios en pacientes con traqueostomía:**
 - 1. Cambio del filtro intercambiador de humedad cada 72 horas o seg1n necesidad si se encuentra visiblemente impactado por secreciones. (EVIDENCIA A-II-1)
 - 2. Cambio del caucho de aspirar cuando se cambie receptal. (EVIDENCIA A-II-1)
 - 3. Protecci3n del caucho cada vez que se utiliza y mantenerlo cubierto. (EVIDENCIA A-II-1)
 - 4. Limpieza del equipo respiratorio antes de ser desinfectado o esterilizado. (EVIDENCIA A-II-1)

IV. Intervenci3n de Fonoaudiología

Evaluaci3n clínica en pacientes hospitalizados [1]

- Previamente a ingresar a la habitaci3n del paciente se deben obtener datos relevantes de la anamnesis, tales como:
 - Edad.
 - Comorbilidades previas que puedan ser factor de riesgo de severidad de COVID-19 o que se asocien con disfagia
 - Antecedentes de disfagia previa y/o de neumonía aspirativa.
 - Diagn3stico de ingreso actual: Neumonía por SARS-CoV-2, y otras patologías que tambi3n son factor de riesgo de disfagia.
 - Intubaci3n y/o traqueostomía durante la hospitalizaci3n.
 - Vía de alimentaci3n actual
 - Síntomas y signos de disfagia durante o posterior a la ingesta, tales como: tos, carraspera, cambios en la voz, atragantamiento, sensaci3n de residuo oral o faríngeo, alteraci3n de selle labial, odinofagia o desaturaci3n > 3% del basal.
 - Neumonía aspirativa durante la hospitalizaci3n (EVIDENCIA B-III)
- Evaluaci3n de la degluci3n (en pacientes que se encuentren vigiles, cooperadores, con situaci3n respiratoria estable (PaFi óptima, sin uso de ventilaci3n no invasiva ni mascarilla de alto flujo) y capaces de deglutir su propia saliva) (EVIDENCIA B-III),

evaluación nutricional (EVIDENCIA B-III) y de la higiene oral para prevenir la neumonía aspirativa. (EVIDENCIA B-III)

- Corroborar el diagnóstico de disfagia y su grado de severidad. (EVIDENCIA B-III)
- Posicionar al paciente sentado (90º) o máximo en 60º de reclinación, y verificar que se encuentre con el pulsioxímetro conectado y funcionando para monitorear la saturación de oxígeno. (EVIDENCIA B-III)
- Examen físico acotado, enfocándose principalmente en la evaluación de postura, simetría facial, selle labial, movimientos linguales, deglución en seco y saturación de oxígeno basal. (EVIDENCIA B-III)
- Realizar test de volumen-viscosidad acortado para poder seleccionar el volumen y viscosidad del bolo óptimos para cada paciente con DO (EVIDENCIA B-III)

V. Intervención de Nutrición Clínica ^[2]

- A. Considerar cribado nutricional en pacientes con COVID-19, en especial adultos mayores y pacientes con patologías crónicas y multimorbilidades. (EVIDENCIA B-III)
- B. Los pacientes con malnutrición deben ser tratados con suplementos nutricionales orales cuando la ingesta vía oral de la dieta no cumpla con los requerimientos nutricionales. (EVIDENCIA B-III)
- C. En pacientes hospitalizados con multimorbilidades y adultos mayores con pronóstico de vida razonable, en quienes los requerimientos nutricionales no puedan cumplirse por vía oral, se debe administrar nutrición enteral. (EVIDENCIA B-III) Si no se alcanzan los requerimientos por vía enteral, se puede recomendar nutrición parenteral. (EVIDENCIA B-III)

Medidas de precaución:

- Pausar la bomba de infusión que proporciona la nutrición enteral para la realización de actividades de ejercicio y rehabilitación en general. (EVIDENCIA B-III)
- Reanudar la alimentación una vez termine de realizar la actividad física. (EVIDENCIA B-III)
- Evitar el desalojo de la sonda nasogástrica durante actividades básicas cotidianas como el baño, higiene personal, caminar etc. (EVIDENCIA B-III)
 - Según la evaluación de deglución se debe establecer el tipo de nutrición que se le indicará al paciente (EVIDENCIA B-III):
 - Paciente sin disfagia: Dieta entera, con líquidos no espesados. (EVIDENCIA B-III)
 - Paciente con disfagia a líquidos: Dieta entera y adaptar viscosidad de líquidos según evaluación (viscosidad media de 250 mPa·s o viscosidad alta de 800 mPa·s). (EVIDENCIA B-III)
 - Paciente con disfagia a sólidos: Adaptar textura de sólidos según evaluación, donde generalmente se indica dieta tipo puré espeso (tipo C) o dieta tipo machacable con tenedor (tipo E). (EVIDENCIA B-III)
 - Paciente con disfagia severa y signos de alteración de seguridad: Dieta exclusiva vía enteral, ya sea por sonda nasogástrica o nasoyeyunal (riesgo de aspiración alto). (EVIDENCIA B-III)
 - Confirmar autorizaciones y restricciones de consistencia de dieta. (EVIDENCIA A-III)
 - Si no es posible la vía enteral, iniciar nutrición parenteral hasta lograr colocar una sonda nasoenteral o reestablecer la vía oral. (EVIDENCIA B-III)

Técnica de Alimentación ^[1]

- A. Es importante que el paciente durante la alimentación vía oral se encuentre en

- adecuado posicionamiento para evitar que se presenten eventos de atoramiento, si el paciente está en cama, colocar en posición fowler, cabeza y cuello apoyado ligeramente flexionado. (EVIDENCIA A-II-1)
- Ubicar o que el paciente se ubique por sus propios medios recto con 90 grados de flexión de cadera y rodillas, los pies planos en el suelo o en un soporte, el tronco y la cabeza sobre la línea media, la cabeza ligeramente flexionada y la barbilla hacia abajo. (EVIDENCIA B-III)
 - Puede ser necesario algún soporte para asegurar la posición de cabeza y tronco. (EVIDENCIA B-III)
 - Si existe cabecero reclinable, se colocará a la persona en posición de Fowler, con la cabeza y cuello apoyados, y el cuello ligeramente flexionado. (EVIDENCIA B-III)
 - Si la cabeza es inestable, el cuidador colocará su mano en la frente del paciente para aguantarla (nota: un collarín cervical puede impedir la deglución, por lo que no se recomienda). (EVIDENCIA B-III)
- B. Promover la autoalimentación del paciente. Si requiere ayuda para comer, el personal debe usar los elementos de protección personal contra aerosoles por el riesgo de tos durante la ingesta. (EVIDENCIA A-II-1)
- Promover un ambiente ordenado, tranquilo y sin interrupciones para la alimentación (EVIDENCIA B-III)
 - Asegurarse de que la persona está bien despierta y tranquila (EVIDENCIA B-III)
 - La persona que asiste la alimentación debería sentarse a la misma altura o ligeramente por debajo del nivel de los ojos del otro. (EVIDENCIA B-III)
 - Presentar pequeñas cantidades de alimento cada vez. (EVIDENCIA B-III)
 - Evitar pedirle al individuo que hable mientras come. (EVIDENCIA B-III)
 - Evitar la extensión del cuello, para evitar complicaciones potenciales. (EVIDENCIA B-III)
 - Evitar el uso de jeringas para asistir la alimentación (EVIDENCIA B-III)
 - No dejar solo al paciente mientras come, que esté siempre acompañado. (EVIDENCIA B-III)
 - No mezclar alimentos con diferentes texturas. (EVIDENCIA B-III)
 - Si el individuo presenta paresia facial, se debe colocar el alimento en la zona de la boca no afectada. (EVIDENCIA B-III)
 - Si la fatiga es un problema (especialmente en enfermedades neurodegenerativas) se deben realizar pausas durante el proceso de alimentación (EVIDENCIA B-III)
 - Comprobar que no quedan residuos de comida en la boca después de realizar el paso del alimento. (EVIDENCIA B-III)
 - Una vez termine el proceso de asistencia a la alimentación se debe revisar la boca del paciente por si ha quedado comida, y realizar la higiene y cuidado de cavidad oral. (EVIDENCIA B-III)
 - Mantener al individuo en postura recta durante aproximadamente 30-60 minutos pos ingesta. (EVIDENCIA B-III)
 - Realizar el registro de control de ingesta para verificar porcentaje de alimentación. (EVIDENCIA B-III)
 - Verificar medidas anti reflujo, si el paciente tiene antecedente médico de reflujo gastroesofágico. (EVIDENCIA B-III)
- C. Usar la viscosidad óptima para líquidos, de acuerdo a la evaluación del V-VST acertado, seleccionando líquido, néctar (viscosidad 250 mPa.s) o pudding (viscosidad 800 mPa.s) según corresponda. (EVIDENCIA A-II-1)
- D. Realizar triple adaptación de los sólidos: Adaptación nutricional (calorías, proteínas y agua), reológica (textura y viscosidad) y organoléptica (visual y presentación del alimento). Se debe seleccionar la textura óptima que el paciente pueda masticar y deglutir según condición física. (EVIDENCIA A-II-1)
- Temperatura y sabor: los ajustes de temperatura se utilizan para proporcionar una

deglución eficaz y segura. (EVIDENCIA B-III)

- E. Si se requiere nutrición enteral, se recomienda el uso de sonda nasointestinal y posponer la gastrostomía para evitar la generación de aerosoles al realizar el procedimiento. (EVIDENCIA A-II-1)
 - F. Promover higiene oral. El paciente debe cepillarse los dientes y enjuagar su boca después de cada ingesta (EVIDENCIA A-II-1), si no es autónomo, el aseo debe realizarlo el personal de salud con los elementos de protección personal para aerosoles (EVIDENCIA A-II-1). Si el riesgo de realizar higiene oral es muy alto, solicitar apoyo de terapia respiratoria. (EVIDENCIA A-II-1)
 - G. Los pacientes con traqueostomía que aún requieran asistencia ventilatoria o ventilación mecánica no deben ser alimentados vía oral. (EVIDENCIA A-II-1)
- Para evitar la broncoaspiración asociada a la alimentación en el paciente portador de traqueostomía se recomienda verificar en la historia clínica:
 - Se encuentra en manejo por parte del servicio de fonoaudiología en notas de evolución interna especialidades / Medicina Física y Rehabilitación / Fonoaudiología.
 - Corroborar vía de alimentación autorizada.
 - Registro descriptivo de la prueba deglutoria tinción de azul (Blue Test) y en qué etapa de la valoración se encuentra el paciente (inmediata, vigilancia), o si se encuentra a la espera de realizar el proceso de valoración con alimento.
 - Resultado de la prueba deglutoria (Positivo para broncoaspiración - Negativo para broncoaspiración)
 - Verificar indicaciones de alimentación para evitar broncoaspiración ej. (neumotaponador insuflado o desinsuflado).
 - Requerimiento de asistencia o vigilancia durante la ingesta.
 - Indicaciones para manejo de cantidad, postura, aditamento ej. (Pitillo, cuchara pequeña etc.)
 - Requerimiento de realizar maniobras y cambios compensatorios ej. (Flexión cervical anterior, realización de apnea voluntaria acompañada de tos etc.).
 - Vigilancia de salida o filtración de alimento por traqueostomía, estoma o puerto subglótico si corresponde. (EVIDENCIA B-III)
 - La familia/cuidadores se deben involucrar en el plan de cuidados que ofrece el equipo, compartir los objetivos del tratamiento; y proporcionar formación y asesoramiento sobre los cuidados de personas con disfagia. (EVIDENCIA B-III)
 - Informar a los familiares acerca del proceso de rehabilitación, las alteraciones en el proceso de deglución, los objetivos de tratamiento, y las indicaciones a tener en cuenta para evitar eventos de broncoaspiración. (EVIDENCIA B-III)
 - Solicitar a los familiares cuidador y/o acompañantes no proporcionar alimentos diferentes a los autorizados, únicamente lo que se recepciona desde la cocina del hospital y que se encuentra verificado por el personal asistencia. (EVIDENCIA B-III)
 - No traer alimentos de casa para proporcionárselos al paciente. (EVIDENCIA B-III)
 - Realizar entrenamiento sobre indicaciones, maniobras y otras especificaciones a tener en cuenta en el momento de la ingesta. (EVIDENCIA B-III)
 - Cuando el paciente tenga el alta hospitalaria, enseñar técnicas al paciente y a la familia para continuar la alimentación segura y eficaz en el domicilio. (EVIDENCIA B-III)
 - En los pacientes que se encuentran en postoperatorio de cabeza y cuello, se deben tener en cuenta las siguientes recomendaciones:
 - Verifique la vía de alimentación autorizada (EVIDENCIA B-III) y no proporcione agua u otros alimentos. (EVIDENCIA B-III)
 - Identifique si existe un adecuado control de la saliva o si presenta atoramiento, babeo, tos con posterior expectoración de saliva e informe al médico tratante. (EVIDENCIA B-III)
 - Verifique la indicación en la historia clínica del médico tratante acerca de la dieta recomendada. (EVIDENCIA B-III)

En los pacientes con secuelas neurológicas o enfermedades crónicas progresivas se recomienda:

- Corroborar si el paciente tiene antecedentes de disfagia previa y si es así, que adaptaciones y recomendaciones tiene instauradas. (EVIDENCIA B-III)
- Realizar una identificación temprana de signos y síntomas asociados a disfagia orofaríngea. (EVIDENCIA B-III)
- En caso de que el paciente presente características de alteración en el mecanismo deglutorio, solicitar al médico tratante la evaluación formal por fonoaudiología. (EVIDENCIA B-III)
- Verificar el estado de alerta y la capacidad de mantearse alerta por más de 15 minutos. (EVIDENCIA B-III)

Paciente con ACV ^[2]

- A. El paciente con ACV necesita **atención multidisciplinaria** compuesto por un equipo con diferentes integrantes como neurólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, logopeda (EVIDENCIA A-II-1). La **terapia del habla** desempeña un papel importante en el tratamiento de este tipo de enfermedad ya que permite que se den unas condiciones satisfactorias para una alimentación segura minimizando las náuseas y las aspiraciones.
- B. Cuando el paciente no puede deglutir es necesario el uso de **sonda nasogástrica (SNG) o nasoduodenal (SND)** para proveer alimentación y administrar los medicamentos (EVIDENCIA A-II-1). En pacientes que no toleran bien la SNG o en casos de que se pronostique una prolongada dificultad para tragar, es inevitable colocar **sonda de gastrostomía percutánea (PEG)** (EVIDENCIA A-II-1) con la cual debe tenerse cuidado pues su autoretirada puede provocar peritonitis y otras complicaciones.
- C. Cambios en la consistencia de la dieta: Habitualmente, las preparaciones más homogéneas y espesas son las más seguras al no dejar residuos y escurrir lentamente, dando tiempo a que se inicie la deglución. No se deben mezclar texturas y es necesario administrar volúmenes pequeños. Dependerá del lugar de afectación:
 - Regurgitación nasal: texturas espesas
 - Reducción de la movilidad lingual: consistencias aligeradas
 - Retraso en el inicio del reflejo deglutorio: consistencias espesas de alto contenido hídrico. Se recomiendan bolos fríos, helados o sabores ácidos para la estimulación sensorial.
 - Líquidos con espesantes: indicados en los trastornos sensitivos motores de la lengua, en la aspiración faringonasal y en la alteración del cierre laríngeo.
 - Líquidos acuosos: indicados en la contracción faríngea débil y en la apertura cricofaríngea reducida. (EVIDENCIA B-III)
- D. Se debe verificar en el paciente adulto mayor que presente signos clínicos de alteración en el mecanismo deglutorio tales como:
 - Tos atragantamiento durante y después de las comidas
 - Cambios en la voz después de tragar
 - Aumento de las secreciones
 - Aumento en los tiempos de las comidas (mayor a 30 minutos)
 - Presencia de residuos orales dentro de la boca
 - Regurgitación nasal de los alimentos
 - Babeo
 - Resistencia a comer y a beber
 - Atragantamiento con determinados alimentos
 - Sensación de atascamiento y necesidad de tragar varias veces
 - Fiebre, neumonías a repetición
 - Una vez se identifiquen estos signos y síntomas, se debe realizar la solicitud de valoración por parte de fonoaudiología. (EVIDENCIA B-III)

[3]

Prevención de neumonías aspirativas:___

- Evitar aquellas situaciones favorecedoras de la aspiración:
- Mantener posición sentada 2 horas tras la ingesta (EVIDENCIA B-III)
- Mantener el reflejo de tos (EVIDENCIA B-III)
- Respetar el ayuno necesario previo a la anestesia. (EVIDENCIA B-III)

VI. Intervención de Enfermería

[1]

Higiene bucal:___

- A. Evaluación del cuidado bucal para determinar a) Si el paciente necesita una derivación para una evaluación adicional de la salud bucal, b) El tipo de productos para el cuidado bucal necesarios
- B. Cepillar los dientes con un cepillo de dientes de cerdas suaves y cabeza pequeña y pasta de dientes para eliminar la placa (EVIDENCIA A-I)
- C. Enjuague con un enjuague bucal antiséptico sin alcohol (clorhexidina 0.12%) (EVIDENCIA A-I)
- D. Aplicar humectante para labios y boca (EVIDENCIA A-I)
- E. Para pacientes con prótesis dental: extracción y remojo de la dentadura postiza; cepillado de encías y boca; evitar que los pacientes duerman con la prótesis dental colocada (EVIDENCIA A-I)

[2]

Reducir el riesgo de aspiración:___

- A. Elevación de la cabecera de la cama (45°) (EVIDENCIA A-II-1)
 - Interrumpir el uso de los tubos orofaríngeo o nasofaríngeo tan pronto como dejen de estar clínicamente indicados. No administrar alimentación en bolo si el paciente tiene un alto riesgo de aspiración. (EVIDENCIA A-I)
 - Evaluación de la colocación de la sonda de alimentación cada 6 horas. No administrar alimentación en bolo si el paciente tiene un alto riesgo de aspiración. (EVIDENCIA A-I)
 - Evaluación de la tolerancia a la alimentación cada 6 horas. No administrar alimentación en bolo si el paciente tiene un alto riesgo de aspiración. (EVIDENCIA A-I)
 - No administrar alimentación en bolo si el paciente tiene un alto riesgo de aspiración. (EVIDENCIA A-I)

[3]

Fortalecer el sistema inmunológico del paciente___

- A. Promover la movilidad del paciente (caminar) (EVIDENCIA A-I)
- B. Asegurar las dosis adecuadas de nutrición para garantizar que se satisfagan sus necesidades nutricionales. (EVIDENCIA A-I)
- C. Reducir el uso excesivo de inhibidores de la bomba de protones: Promover la suspensión automática de inhibidores de la bomba de protones cuando el paciente ya no cumpla con los criterios clínicos. (EVIDENCIA C-II-2)
 - D. Control de la glucosa en sangre (EVIDENCIA A-I)
- E. Programas de inmunización de pacientes (influenza, neumococo, SARS-COV 2) (EVIDENCIA A-I)
- F. Administración de antibiótico profiláctico previo a traqueostomía (EVIDENCIA A-II-1)___

[4]

B. Signos de Alerta y notificación

1. Reacción de hipersensibilidad al uso de la clorhexidina.

2. Vigilar la saturación de oxígeno frecuentemente:
 - b. Se considera empeoramiento de la oxigenación de acuerdo a la condición clínica del paciente si después de 2 días de estabilidad hay:
 - c. Disminución a menos 90% SO₂ en un paciente con aire ambiente
 - d. Se da inicio de soporte de oxígeno suplementario
 - e. Aumentan los requerimientos de oxígeno en pacientes con soporte suplementario. ^[5]
 - f. Aparición de cianosis peribucal, tiraje intercostal, taquipnea y taquicardia.
3. Vigilar si hay signos de infección:
 - a. Fiebre mayor a 38°C y empeoramiento de la función respiratoria.

Se recomienda brindar educación al familiar o cuidador para identificar signos de alarma y notificar inmediatamente al equipo de salud.

Para confirmar neumonía remítase a los criterios diagnósticos del protocolo de infecciones asociadas a dispositivos 357-359 del instituto nacional de salud ^[6] y comuníquese con el área de vigilancia Epidemiológica extensión 5052/5419 para notificar sospecha o caso confirmado.

VII. INTERVENCIÓN DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Promover y vigilar la aplicación de las medidas de prevención de neumonía en paciente hospitalizado, consignadas en el presente estándar operacional.

Realizar búsqueda activa institucional en las rondas a los servicios de hospitalización y urgencias, para captar casos de pacientes sospechosos o con factores de riesgo para adquirir neumonía en el hospital. Analizar los casos identificados y reportar a los entes reguladores según criterios de Secretaria Distrital e Instituto Nacional de Salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

- [1] Organización Mundial de la Salud. 2019. Neumonía. Tomado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/pneumonia>
- [1] CDC. Causes of Pneumonia. Tomado de: <https://www.cdc.gov/pneumonia/causes.html>
- [1] Martínez-Vernaza S, Mckinley E, Soto MJ, Gualtero S. Neumonía adquirida en la comunidad: una revisión narrativa. Univ. Med. 2018;59(4). doi: <https://doi.org/10.11144/javeriana.umed59-4.neum>
- [1] Secretaría Distrital de Salud Bogotá D.C., Criterios para la notificación de infecciones asociadas al cuidado de la salud al subsistema de vigilancia epidemiológica. 2011. Primera edición. pág 46.
- [1] Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia en salud pública 357-359. pág. 7. 2017. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/PRO_Infecciones_asociadas_dispositivos.pdf
- [1] Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D. C., Ibíd.
- [1] Marik PE. Aspiration pneumonitis and pneumonia: clinical review. N Engl J Med. 2001;344:655-672.
- [1] Organización Mundial de la Salud. Promoción de la Salud Glosario. Ginebra. Pág 13. Tomado de : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf;jsessionid=310FF52430DF9F5B7B1748F4C2C2949?sequence=1
- [1] Organización Mundial de la Salud. Promoción de la Salud Glosario. Ibíd. Pág 13.
- [1] Diamedi. A, Chacón. E, Delpiano. L. Et al. Antisépticos y desinfectantes: apuntando al uso racional. Recomendaciones del Comité Consultivo de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud, Sociedad Chilena de Infectología. 2017. Págs 161-163 Tomado de: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rci/v34n2/art10.pdf>
- [1] J. Briegel, München M. Quintel, Göttingen K.E. Unertl, Tübingen. Nosokomiale Pneumonie, Prävention und Diagnostik. 2011. Pág 238. Tomado de: <https://doi.org/10.1007/s00101-010-1843-2>
- [1] Tomado de: GUÍAS DE MANEJO DE NEUMONÍA NOSOCOMIAL(HOS-GM-01-017 V3)

- [1] Pássaro. L., Harbarth. S., Landelle. C. Prevention of hospital-acquired pneumonia in non-ventilated adult patients: a narrative review. *Antimicrob Resist Infect Control* 5, 43 (2016). Pág 7. <https://doi.org/10.1186/s13756-016-0150-3>
- [1] Pássaro. L., Harbarth. S., Landelle. C. *Ibíd.* Pag 3.
- [1] Pássaro. L., Harbarth. S., Landelle. C. *Ibíd.* Pág 7.
- [1] Wolfensberger A., Clack L., von Felten S., Et al. Implementation and evaluation of a care bundle for prevention of non-ventilator-associated hospital-acquired pneumonia (nvHAP) - a mixed-methods study protocol for a hybrid type 2 effectiveness-implementation trial. Disponible en : <https://doi.org/10.1186/s12879-020-05271-5>
- [1] FERNÁNDEZ, Lara; CABRERA, Natalia; FERNÁNDEZ, Diego y OLCESE, Lorena. Disfagia en tiempos de COVID-19. En: *Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello* [en línea]. 2020. vol. 80, p. 385-394. [Consultado: 13 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/orl/v80n3/0718-4816-orl-80-03-0385.pdf>
- [1] Robert Kavitt, Patel Dhyanesh, Vaezi Michael, *Evaluation and Management of Dysphagia An Evidence-Based Approach*, Editorial Springer, Center for Swallowing and Esophageal Disorders, USA 2020.
- [1] GONZÁLEZ SÁNCHEZ, Ana Belén. La disfagia su tratamiento en ancianos. Trabajo de fin de grado. Grado en nutrición humana y dietética. Universidad Zaragoza. Facultad de Ciencias de la Salud y del Deporte. 2020.
- [1] RUBÍ RUIZ, Maria Teresa. Neumonías aspirativas. En: *An Pediatr (Barc)* [en línea]. 2006. vol. 64, nro. 1. p. 19-26. [Consultado: 13 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://www.analesdepediatria.org/index.php?p=revista&tipo=pdf-simple&pii=13088299>
- [1] QUINN, Barbara; GIULIANO, Karen K. y BAKER, Dian. Non-ventilator health care-associated pneumonia (NV-HAP): Best practices for prevention of NV-HAP. En: *Am J Infect Control* [en línea]. 2020. vol. 48, nro. 5. p. A23-A27. [Consultado: 23 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32331561/>
- [1] *Ibid.*
- [1] *Ibid.*
- [1] JOHANSEN, Nicklas Järvelä; HAHN, Christoffer Holst. Prophylactic antibiotics at the time of tracheotomy lowers the incidence of pneumonia. En: *Dan Med J.* [en línea]. 2015. vol. 62, nro. 7. p. 1-12 [Consultado: 23 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26183046/>
- [1] Wenjing Ji. McKenna C. Ochoa A. Et al. Development and Assessment of Objective Surveillance Definitions for Nonventilator Hospital-Acquired Pneumonia. *JAMA Network Open.* 2019;2(10). Pag 3. Disponible en: <http://jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jamanetworkopen.2019.13674>
- [1] Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia en salud pública 357-359 .Óp.Cit.

RESPONSABLE, FRECUENCIA Y LUGAR

I: Responsable: Personal de salud que da cuidado directo al paciente, Vigilancia Epidemiológica y Seguridad y salud en el trabajo

Frecuencia: Durante la hospitalización, inducción de ingreso a la Fundación, Capacitaciones acordadas con jefes de áreas.

Lugar: Instalaciones Fundación Santa Fe de Bogotá .

II: Responsable: Terapia Respiratoria, Fonoaudiología, Enfermería, Nutrición Clínica

Frecuencia: Diariamente

Lugar: Servicio de hospitalización del paciente

III: Responsable: Terapia Respiratoria

Frecuencia: Diariamente

Lugar: Servicio de hospitalización del paciente

IV: Responsable: Fonoaudiología

Frecuencia: Diariamente

Lugar: Servicio de hospitalización del paciente

V: Responsable: Nutrición clínica

Frecuencia: Diariamente

Lugar: Servicio de hospitalización del paciente

VI: Responsable: Enfermería

Frecuencia: Durante la hospitalización del paciente

Lugar: Área o servicio de hospitalización del paciente

VII: Responsable: Vigilancia Epidemiológica

Frecuencia: Diariamente

Lugar: Área o servicio de hospitalización del paciente

Copia no controlada



Fundación Santa Fe de Bogotá

Estandar Operacional: Limpieza y desinfección de superficies y equipos biomédicos

Copia no controlada

 Fundación Santa Fe de Bogotá	Fundación Santa Fe de Bogotá	
	Nivel 1: Gestión clínica y de la calidad	
	Nivel 2: Atención Confiable	
	Nivel 2: Epidemiología	
Estandar Operacional: Limpieza y desinfección de superficies y equipos biomédicos		
	Código	HOS-EPI-E01-026
	Fecha	2021-01-15
	Versión	2.0

Estratégico	Misional	Apoyo	Evaluación
--------------------	-----------------	--------------	-------------------

Objetivo

- Eliminar la carga microbiana de las superficies y equipos biomédicos empleados por los profesionales de la salud durante la atención del paciente.

Dueño

Coordinador de Epidemiología (Epidemiología)

Alcance

Aplica para todas las superficies y equipos empleados durante la atención del paciente a excepción de aquellos que están incluidos dentro de la limpieza y desinfección diaria o terminal realizada por el personal de servicios generales.

CONDICIONES/RECURSOS NECESARIOS

Elementos de protección individual: guantes no estériles y mascarilla quirúrgica

Insumos:

- Toallas
- Contenedor de toallas (puede utilizarse por un año aproximadamente)
- Desinfectante (Cloro Orgánico)
- Marcador borrable.
- Agua
- Jabón
- Toallas para secado de manos
- Alcohol gel

Personal de salud

RESULTADOS ESPERADOS

Minimizar el riesgo de transmisión de microorganismos a través de superficies y equipos biomédicos.

RIESGO (S) / CÓMO NEUTRALIZARLO (S)

3. RIESGO (S)

Limpieza deficiente

Daño de los equipos biomédicos

Contaminación de las toallas

Preparación inadecuada del cloro orgánico

CÓMO NEUTRALIZARLO (S)

Conocimiento del estándar operacional y la forma adecuada de uso de las toallas. Monitoreo cualitativo y cuantitativo de superficies y equipos.

Verificación de fichas técnicas de los equipos biomédicos.

Conocimiento de la forma adecuada de manipulación del producto

Capacitación del personal de servicios generales sobre la dilución del cloro orgánico.

DESCRIPCION DE LA ACTIVIDADES

GENERALIDADES: Una vez abierto el rollo de toallas para limpieza y desinfección, debe ser impregnado con el producto desinfectante (Klorbleen). De no ser utilizado en su totalidad, al quinto día deberá ser impregnado nuevamente para garantizar la efectividad del producto. Este procedimiento será realizado por el personal de servicios generales.

El personal de enfermería deberá garantizar que la re-impregnación se realice en la fecha requerida.

1. ALISTAMIENTO DE LAS TOALLAS: Las toallas serán solicitadas por la asistente de piso en pedido interno de cada servicio, quien deberá garantizar que el contenedor esté recargado. Una vez realizada la recarga, se informará a servicios generales para que haga la impregnación de las toallas.

2. IMPREGNACIÓN Y REIMPREGNACIÓN DE LAS TOALLAS EN TODOS LOS SERVICIOS A EXCEPCIÓN DE UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO NEONATAL:

PRIMERA IMPREGNACIÓN AL ABRIR LAS TOALLAS: Se realiza con 500 ml de cloro orgánico a 1000 ppm.

SEGUNDA IMPREGNACIÓN, AL QUINTO DÍA DESDE LA PRIMERA IMPREGNACIÓN: Se realiza con 250 ml de cloro orgánico a 1000 ppm.

IMPREGNACIÓN Y REIMPREGNACIÓN DE LAS TOALLAS EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO NEONATAL:

PRIMERA IMPREGNACIÓN AL ABRIR LAS TOALLAS: Se realiza con 500 ml de cloro orgánico a **500 ppm**.

SEGUNDA IMPREGNACIÓN, AL QUINTO DÍA DESDE LA PRIMERA IMPREGNACIÓN: Se realiza con 250 ml de cloro orgánico a **500 ppm**.

3. MARCACIÓN DEL CONTENEDOR.

Debe realizarse con marcador (Sharpie) en el espacio del contenedor designado para tal fin, para las nuevas marcaciones limpiar con alcohol y toalla de papel la información anterior y marcar con los datos vigentes.

Debe contener los siguientes datos:

- Producto: Klorbleen
- Concentración: 1000 ppm
- Área
- Fecha inicial: corresponde al día de la impregnación
- Fecha final: corresponde al día de la siguiente impregnación (5 días)

4. PROCESO DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN:

1. Verificación de cronograma de limpieza y desinfección de equipos biomédicos de acuerdo al área. (Archivo adjunto)
2. La toalla con cloro orgánico solo podrá utilizarse 20 minutos después de realizarse la impregnación o una vez se observe que el producto se ha absorbido en su totalidad.
3. Alistamiento de insumos necesarios.
4. Realice higiene de manos
5. Realice colocación de mascarilla quirúrgica
6. Realice postura de guantes no estériles
7. Tome una toalla húmeda desinfectante y dóblela en cuatro (4) partes.
8. Haciendo uso de una (1) cara de la toalla realice limpieza de la superficie o equipo biomédico de arriba hacia abajo en forma horizontal y sin devolverse.
9. Si observa que la toalla queda visiblemente sucia, repita la limpieza con la cara número dos (2) de la toalla hasta observar que esta visiblemente limpio.
10. Puede utilizar las otras caras de la toalla para limpiar otra superficie.
11. Deseche la toalla en la caneca roja de biosanitarios.
12. Retire los guantes.
13. Retire la mascarilla quirúrgica.
14. Realice higiene de manos.

5. MONITORIZACIÓN DEL PROCESO

• Monitoreo cualitativo (marcador bioluminiscente y lámpara ultravioleta) de las superficies y equipos biomédicos una vez por semana y en cada área de acuerdo al cronograma de limpieza y desinfección.

• Monitoreo cuantitativo (bioluminiscencia) de las superficies y equipos biomédicos una vez por semana y en cada área de acuerdo al cronograma de limpieza y desinfección.

RECOMENDACIONES GENERALES:

- Mantener la tapa cerrada del contenedor para evitar la evaporación del producto.
- Si al sacar la toalla esta se encuentra seca, se deberá solicitar al personal de servicios generales la re impregnación del producto.
- La ficha de seguridad puede consultarse en la INTRANET- aplicativos - sistema de inventarios de materiales peligrosos.

RESPONSABLE, FRECUENCIA Y LUGAR

- 1 y 2. Personal de servicios generales.
3. Personal de servicios generales y asistentes de servicio.
4. Personal de la salud
5. Enfermeras vigilancia epidemiológica.

Fecha de Emisión

2019-05-27

Archivos adjuntos

- Cronograma limpieza y desinfección.xlsx

Copia no controlada



Fundación
Santa Fe de Bogotá

Fundación Santa Fe de Bogotá

Estandar Operacional: Prevención de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica

Copia no controlada

 <p>Fundación Santa Fe de Bogotá</p>	Fundación Santa Fe de Bogotá Nivel 1: Gestión clínica y de la calidad Nivel 2: Atención Confiable Nivel 2: Epidemiología Estandar Operacional: Prevención de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica	Código HOS-EPI-EO1-018
		Fecha 2019-10-21
		Versión 2.1

Estratégico	Misional	Apoyo	Evaluación
--------------------	-----------------	--------------	-------------------

Objetivo

Disminuir tasa de neumonía asociada a ventilador por medio de estrategias de Prevención de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica.

Alcance

Pacientes adultos con soporte ventilatorio mecánico, hospitalizados en las Unidades de Cuidados Intensivos.

Pacientes de UCI pediátrica

Pacientes de UCI Neonatal

CONDICIONES/RECURSOS NECESARIOS

1. CONDICIONES/RECURSOS NECESARIOS <ul style="list-style-type: none"> · Orden Médica · Personal capacitado en las estrategias · Formato de registro de verificación de estrategias

RESULTADOS ESPERADOS

2. RESULTADOS ESPERADOS <ul style="list-style-type: none"> • Cumplimiento de las estrategias establecidas en todos los pacientes con ventilación mecánica, excepto contraindicación por condición clínica • Registro en el formato establecido para la verificación Diaria • Indicador de resultado mensual • Ausencia de Neumonías asociadas a ventilación Mecánica. • IHI, 2006 www.ihl.org/ihl/programs/campaign. Proyecto 100k lives
--

RIESGO (S) / CÓMO NEUTRALIZARLO (S)

3. RIESGO (S) 1. Implementar alguna de las estrategias en pacientes con contraindicación clínica 2. Incumplimiento en la implementación de las estrategias de prevención	CÓMO NEUTRALIZARLO (S) 1. Verificación de la Orden médica 2. Capacitación del personal
---	---

DESCRIPCION DE LA ACTIVIDADES

4. DESCRIPCION DE LA ACTIVIDADES

1. Registrar en la historia clínica la indicación de cada una de las estrategias

2. Elevar la cabecera de la cama: nivel 30-45°C. *Nivel de evidencia BII*

1. Administración de Antagonistas H2 como profilaxis para la prevención de úlcera péptica *Nivel de evidencia Ib/A*

2. Interrupción diaria de la sedación. *Nivel de evidencia 2B/B*

3. Aspiración bronquial con sistema cerrado de succión. *Nivel de evidencia 1b/A*

4. Administración de profilaxis para prevención de trombosis venosa

5. Enjuagues Orales con clorexidina 0.2% dos veces por día. *Nivel de evidencia 1/A*

6. Diariamente revisar los criterios para discontinuar el soporte ventilatorio invasivo. *Nivel de evidencia II*

7. Registrar en el formato preestablecido la verificación de las condiciones de mantenimiento del catéter.

8. Capacitación y reforzamiento al personal de UCIs en las estrategias de prevención

9. Indicador:

los días de ventilador son cuantificados por las enfermeras de vigilancia epidemiológica diariamente, se registran en formato definido para la determinación de días ventilador mes, este dato corresponde al denominador

El numerador corresponde a los casos que cumplen los criterios de Neumonía asociada a Ventilación.

Indicador: Numero de Neumonías asociado a ventilación Mecánica/ total de días ventilador x 1000

RESPONSABLE, FRECUENCIA Y LUGAR

RESPONSABLE, FRECUENCIA Y LUGAR

Responsable: Médico

Frecuencia: Cada vez que sea necesario

Lugar: Unidad del paciente

Responsable: Enfermera

Frecuencia: Según orden médica

Lugar: Unidad del paciente

Responsable: Médico y/o enfermera

Frecuencia: Según orden médica

Lugar: Unidad del paciente

Responsable: Enfermera

Frecuencia: Según orden médica

Lugar: Unidad del paciente

Responsable: Terapeuta respiratoria

Frecuencia: Cada vez que sea necesario

Lugar: Unidad del paciente

Responsable: Enfermera

Frecuencia: Según orden médica

Lugar: Unidad del paciente

Responsable: Enfermera y/o terapeuta respiratoria

Frecuencia: Al realizar la limpieza oral al paciente.

Lugar: Unidad del paciente

Responsable: Equipo de unidad de cuidados intensivos

Frecuencia: Cada vez que sea necesario

Lugar: Unidad del paciente

Responsable: Médico o Enfermera

Frecuencia: Según estándar operacional (UCI 2 veces al día y hospitalización 1 vez por turno)

Lugar: Unidad del paciente

Responsable: Enfermera Coordinadora vigilancia epidemiológica

Frecuencia: Cada vez que sea necesario

Lugar: Unidad de cuidado intensivo

Fecha de Emisión

2012-06-01



Fundación
Santa Fe de Bogotá

Fundación Santa Fe de Bogotá

Estandar Operacional: Evaluación de estrategias de
Prevención de Infecciones del Tracto Sanguíneo
Asociadas a Catéter Venoso Central

Copia no controlada

 <p>Fundación Santa Fe de Bogotá</p>	Fundación Santa Fe de Bogotá Nivel 1: Gestión clínica y de la calidad Nivel 2: Atención Confiable Nivel 2: Epidemiología Estandar Operacional: Evaluación de estrategias de Prevención de Infecciones del Tracto Sanguíneo Asociadas a Catéter Venoso Central	<table border="1"> <tr> <td>Código</td> <td>HOS-EPI-E01-017</td> </tr> <tr> <td>Fecha</td> <td>2019-10-21</td> </tr> <tr> <td>Versión</td> <td>3.1</td> </tr> </table>	Código	HOS-EPI-E01-017	Fecha	2019-10-21	Versión	3.1
	Código	HOS-EPI-E01-017						
	Fecha	2019-10-21						
	Versión	3.1						

Estratégico	Misional	Apoyo	Evaluación
--------------------	-----------------	--------------	-------------------

Objetivo

Disminuir tasa de infecciones del tracto sanguíneo asociadas a catéter venoso central por medio de estrategias basadas en evidencia.

Alcance

Pacientes a quienes se les inserta un catéter venos central en cualquiera de las unidades asistenciales

CONDICIONES/RECURSOS NECESARIOS

1. CONDICIONES/RECURSOS NECESARIOS <ul style="list-style-type: none"> • Orden Médica • Personal capacitado en técnicas asépticas • Equipo para inserción de catéter venoso central • Formato de registro “verificación condiciones de inserción y cuidado diario de catéteres centrales”
--

RESULTADOS ESPERADOS

2. RESULTADOS ESPERADOS <ul style="list-style-type: none"> • Cumplimiento de estándares de inserción y cuidado diario • Ausencia de complicaciones infecciosas en pacientes que requieren el uso de catéteres venosos centrales • IHI, 2006 www.ihl.org/ihl/programs/campaign. Proyecto 100k lives
--

RIESGO (S) / CÓMO NEUTRALIZARLO (S)

3. RIESGO (S)	CÓMO NEUTRALIZARLO (S)
1. Infección del torrente sanguíneo asociadas a catéter venoso central. 2. Incumplimiento de los estándares 3. Ocurrencia de complicaciones	1-2 Verificar adherencia al estándar de prevención de infecciones sanguíneas asociadas a catéter venoso central. 3. Capacitación del personal

DESCRIPCION DE LA ACTIVIDADES

4. DESCRIPCION DE LA ACTIVIDADES

<p>1. verificar registro en la historia clínica la indicación de inserción del catéter venoso central</p> <p>2. Insertar el catéter venoso central según estándar operacional (Médico), epicutáneos (PICC) en pacientes pediátricos o adultos (Enfermera)</p> <p>3. Verificar el cumplimiento justo antes de realizar el procedimiento en forma oral</p> <p>3.1 Uso de elementos de protección: gorro, gafas, mascarilla, bata y guantes estériles</p> <p>3.2 Lavado de manos quirúrgico</p> <p>3.3 Antisepsia de piel con clorexidina al 2% con base alcohólica al 70%. (la institución ha seleccionado presentaciones del producto en hisopos para único uso)</p> <p>3.4 Uso de campo estéril de cuerpo entero para el paciente</p> <p>3.5 Canalizar acceso diferente a la vía femoral, a menos que sea estrictamente necesario y justificado</p> <p>4. Diariamente valorar el paciente con catéter del paciente:</p> <p>4.1 Verificar condiciones del sitio de inserción</p> <p>4.2 Verificar integridad y esterilidad del apósito de cubrimiento</p> <p>Registrar el seguimiento en el formato de Panel de Enfermería " Medios Invasivos"</p> <p>4.3 Realizar cambio de apósito solo si hay pérdida de la integridad o hay humedad por sangre o sudoración del paciente</p> <p>4.4 Evaluar en conjunto la indicación de mantener el catéter venoso. Retirarlo tan pronto sea posible</p> <p>4.5 Realizar higiene de manos cada vez que se manipule el catéter (según los 5 Momentos)</p> <p>4.6 limpiar con alcohol antiséptico los puertos del catéter cada vez que sea necesario accederlos: fricción mecánica</p> <p>4.7 cambiar los equipos de infusión de acuerdo a los periodos establecidos en el estándar operacional</p> <p>5. Indicador de seguimiento:</p> <p>5.1 Los días de catéter venoso central son registrados en formato diseñado para cada unidad de cuidados intensivos (adultos y pediátricos)</p> <p>5.2 Los días de catéter venoso central de pacientes de hospitalización general</p> <p>5.3 Los casos con sospecha de infección del torrente sanguíneo asociada a catéter venoso central, son revisados y verificados por medio de los criterios establecidos por la Secretaría Distrital de Salud</p> <p>5.4 El indicador:</p> <p>Número de infecciones del torrente sanguíneo asociada a catéter venoso central /total días de uso de catéter venoso central x 1000</p> <p>6. Capacitar y reforzar al personal en estrategias de prevención</p> <p>7. Instruir y educar al paciente en los cuidados con el catéter venoso central</p>

RESPONSABLE, FRECUENCIA Y LUGAR

RESPONSABLE, FRECUENCIA Y LUGAR

Responsable: Médico
Frecuencia: Cada vez que sea necesario
Lugar: Unidad del paciente

Responsable: Médico y/o Enfermera
Frecuencia: Cada vez que sea necesario
Lugar: Unidad del paciente

Responsable: Médico y/o Enfermera
Frecuencia: Cada vez que sea necesario
Lugar: Unidad del paciente

Responsable: Médico y/o Enfermera
Frecuencia: Todos los días
Lugar: Unidad del paciente

Responsable: Enfermera
Frecuencia: Cada vez que sea necesario
Lugar: Unidad del paciente

Responsable: Equipo de unidad de cuidados intensivos
Frecuencia: Todos los días
Lugar: Unidad del paciente

Responsable: Médico y/o Enfermera
Frecuencia: Cada vez que sea necesario
Lugar: Unidad del paciente

Responsable: Enfermera
Frecuencia: Cada 96 horas
Lugar: Unidad del paciente

Responsable: Enfermeras de vigilancia epidemiológica
Frecuencia: Todos los días
Lugar: Unidades de cuidados intensivos

Responsable: Enfermera programa de soporte nutricional
Frecuencia: Todos los días
Lugar: Unidad del paciente

Responsable: Enfermeras de vigilancia epidemiológica
Frecuencia: Cada vez que sea necesario
Lugar: Oficina de epidemiología

Responsable: Enfermera Coordinadora de vigilancia epidemiológica
Frecuencia: Mensual
Lugar: Oficina de epidemiología

Responsable: Enfermera Coordinadora de vigilancia epidemiológica
Frecuencia: Cada vez que sea necesario
Lugar: Unidades de cuidados intensivos

Fecha de Emisión

2012-06-01



Fundación
Santa Fe de Bogotá

Fundación Santa Fe de Bogotá

Estandar Operacional: Evaluación de Estrategias de Prevención de Infección Urinaria Asociada a Catéter Urinario

Copia no controlada

 <p>Fundación Santa Fe de Bogotá</p>	Fundación Santa Fe de Bogotá	
	Nivel 1: Gestión clínica y de la calidad Nivel 2: Atención Confiable Nivel 2: Epidemiología	
	Estandar Operacional: Evaluación de Estrategias de Prevención de Infección Urinaria Asociada a Catéter Urinario	
	Código	HOS-EPI-EO1-016
	Fecha	2019-10-21
	Versión	3.1

Estratégico	Misional	Apoyo	Evaluación
--------------------	-----------------	--------------	-------------------

Objetivo

Disminuir la tasa de infecciones urinarias asociadas a catéter por medio de estrategias de Prevención de Infección urinaria asociada a catéter urinario, según evidencia.

Alcance

Pacientes que requieren el uso de catéter urinario en cualquiera de las unidades asistenciales

CONDICIONES/RECURSOS NECESARIOS

1. CONDICIONES/RECURSOS NECESARIOS
<ul style="list-style-type: none"> • Orden Médica • Personal capacitado para realizar cateterización urinaria • Formato de registro de verificación de estrategias

RESULTADOS ESPERADOS

2. RESULTADOS ESPERADOS
<ul style="list-style-type: none"> • Cumplimiento de las estrategias establecidas en todos los pacientes con catéter urinario • Registro en el formato establecido para la verificación Diaria • Indicador de resultado mensual • Ausencia de Infecciones del tracto urinario asociadas a catéter urinario

RIESGO (S) / CÓMO NEUTRALIZARLO (S)

3. RIESGO (S)	CÓMO NEUTRALIZARLO (S)
1. Infección del tracto urinario asociada a catéter urinario	1-2 Verificar adherencia al estandar de cateterización urinaria 3. Verificación de la Orden médica Capacitación del personal Evaluar diariamente el retiro del catéter urinario cuando la indicación termina
2. Incumplimiento de estándar de cateterización urinaria	
3. Uso de catéter por tiempos prolongados innecesariamente	

DESCRIPCION DE LA ACTIVIDADES

4. DESCRIPCION DE LA ACTIVIDADES

1. Existe registro en la historia clínica de la indicación de inserción del catéter urinaria.
 2. La inserción de la sonda bajo condiciones de asepsia y según estándar de cateterización urinaria, podrá ser evaluado ocasionalmente (según oportunidad del procedimiento). Enfermería tiene un seguimiento de adherencia al estándar de cateterismo uretral. Si no es observable, registrar No Aplica
 3. **Diariamente** valorar al paciente para verificar:
 - 3.1 El catéter está fijado adecuadamente
 - 3.2 La bolsa colectora conserva el drenaje por gravedad y no está en contacto con el suelo
 - 3.3 Se realiza higiene genital como parte de su baño diario. No es necesario la aplicación de ningún tipo de antiséptico
 - 3.4 El paciente y su familia es instruido y capacitado en los cuidados necesarios (los descritos) mientras requiere usar el catéter
 - 3.5 Se evaluará la necesidad de mantener el catéter
- Indicador de seguimiento:
- 1 Las enfermeras de vigilancia epidemiológica identifican los pacientes con sonda vesical en cada uno de los servicios durante la ronda diaria. Los días de catéter urinario son registrados en formato diseñado para cada unidad de cuidados intensivos (adultos y pediátricos) y servicios de hospitalización
 - 2 Los casos con sospecha de infección urinaria, son revisados, verificando los criterios establecidos por la Secretaría Distrital de Salud por el personal de vigilancia epidemiológica
 - 3 El indicador:
Número de infecciones urinarias asociadas al uso de sonda vesical/total días de uso de catéter urinario x 1000
 4. Capacitar y reforzar al personal en estrategias de prevención
 5. Mensualmente las enfermeras de epidemiología hacen un muestreo de pacientes y verifican estas condiciones de prevención en pacientes que usan sonda vesical para retroalimentar al personal.
En coordinación con la subdirección de enfermería, se ha diseñado un formulario para registro de las condiciones identificadas durante la valoración de pacientes.

RESPONSABLE, FRECUENCIA Y LUGAR

RESPONSABLE, FRECUENCIA Y LUGAR

1. **Responsable:** Médico
Frecuencia: Cada vez que sea necesario
Lugar: Unidad del paciente
 1. **Responsable:** Persona capacitada para realizar este procedimiento: Médico, Enfermera o auxiliar de enfermería
Frecuencia: Según orden médica
Lugar: Unidad del paciente
 1. **Responsable:** Enfermera
Frecuencia: Todos los días
Lugar: Unidad del paciente
 1. **Responsable:** Equipo de Unidad de cuidado intensivo
Frecuencia: Cada vez que sea necesario
Lugar: Unidad del paciente
 1. **Responsable:** Enfermeras de vigilancia epidemiológica
Frecuencia: Todos los días
Lugar: Unidades de cuidados intensivos, hospitalización
- Responsable:** Enfermeras de vigilancia epidemiológica
Frecuencia: Cada vez que sea necesario
Lugar: Oficina de epidemiología
- Responsable:** Enfermera Coordinadora de vigilancia epidemiológica
Frecuencia: Mensual
Lugar: Oficina de epidemiología
- Responsable:** Enfermera Coordinadora de vigilancia epidemiológica
Frecuencia: Cada vez que sea necesario
Lugar: Unidades de cuidados intensivos

Fecha de Emisión

2012-06-01



Fundación
Santa Fe de Bogotá

Fundación Santa Fe de Bogotá

Estandar Operacional: Higienización de Manos: Técnica de Fricción con Productos de Alcohol

Copia no controlada

 <p>Fundación Santa Fe de Bogotá</p>	<p>Fundación Santa Fe de Bogotá</p> <p>Nivel 1: Gestión clínica y de la calidad Nivel 2: Atención Confiable Nivel 2: Epidemiología Estandar Operacional: Higienización de Manos: Técnica de Fricción con Productos de Alcohol</p>	<table border="1"> <tr> <td>Código</td> <td>HOS-EPI-EO1-001</td> </tr> <tr> <td>Fecha</td> <td>2021-09-23</td> </tr> <tr> <td>Versión</td> <td>7.5</td> </tr> </table>	Código	HOS-EPI-EO1-001	Fecha	2021-09-23	Versión	7.5
	Código	HOS-EPI-EO1-001						
Fecha	2021-09-23							
Versión	7.5							

Estratégico	Misional	Apoyo	Evaluación
--------------------	-----------------	--------------	-------------------

Objetivo

Reducir la carga de contaminación microbiana en las manos y Fortalecer la higiene de manos como estrategia esencial en la prevención de infecciones.

Dueño

Coordinador de Epidemiología (Epidemiología)

Alcance

: Aplica para todas las Unidades asistenciales de atención a pacientes en hospitalización, ambulatorio y domiciliario y áreas administrativas.

CONDICIONES/RECURSOS NECESARIOS

<p>1. CONDICIONES/RECURSOS NECESARIOS</p> <p>Dispensadores de alcohol glicerinado Instructivos Medios de comunicación Actividades de capacitación (Curso virtual de higiene de manos, inducción de enfermería, capacitación de verificadores de higie de manos, capacitación continua en todas las areas asistenciales</p>
--

RESULTADOS ESPERADOS

<p>2. RESULTADOS ESPERADOS</p> <p>Reducir la carga microbiana de flora transitoria Cumplimiento de adherencia a la higiene de manos >al 85% (meta institucional) y tendencia decreciente en las infecciones asociadas a la atención en salud. Ausencia de brotes epidemiológicos.</p>

RIESGO (S) / CÓMO NEUTRALIZARLO (S)

3. RIESGO (S)	CÓMO NEUTRALIZARLO (S)
1. Infecciones cruzadas 2. Resistencia del personal a cumplir el estándar. 3. Susceptibilidad individual a los componentes del producto	1. Reentrenamiento, fortalecimiento de la estrategia. Si es pertinente implementar protocolo de contención de brotes 1. Sensibilizar sobre la importancia e impacto en la prevención de infecciones 1. Utilizar cualquiera de las otras alternativas en lavado clínico de manos: jabones antibacteriales, clorhexidinas o yodados según el procedimiento a realizar Socialización de indicador al personal asistencial

DESCRIPCION DE LA ACTIVIDADES

<p>4. DESCRIPCION DE LA ACTIVIDADES</p>
--

1. Cumplir con el lineamiento de la política de Prevención de Infecciones en relación con:

El personal (asistencial y en formación) durante las actividades que implican contacto directo en la atención de los pacientes, deben tener la uñas cortas y sin extensiones o uñas postizas, no usar joyas (anillos, pulseras, manillas). Se permite el uso de esmaltes de cualquier color, sin diseños ni apliques y manteniéndolo en buen estado, para áreas diferentes a salas de cirugía, unidad obstétrica y unidades de cuidados intensivos e intermedio.

2. La Higiene de Manos basada en la técnica de fricción con alcohol está indicada cuando las manos están visiblemente limpias: esto es ausencia de suciedad o grasa evidente

NOTA: no está indicada esta técnica en la atención de pacientes con infección por *Clostridioides difficile*.

3. Realice la Higiene de Manos en los 5 momentos definidos en la Estrategia de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y Secretaría Distrital de Salud (SDS):

1. Antes de contacto con el paciente
2. Antes de realizar alguna actividad limpia o aséptica
3. Después de riesgo de exposición a fluidos corporales
4. Después del contacto con el paciente
5. Después del contacto con el entorno del paciente

4. Realizar los 7 pasos de higienización de manos

- 1.
1. Aplicar un "Flush" del dispensador disponible, en la palma de la mano
2. Realizar fricción de las palmas y palmas con dorsos de las manos
3. Realizar fricción de pliegues interdigitales
4. Realizar fricción de puntas 1 a 4 dedos (a manera de candado)
5. Realizar fricción circular de pulgares
6. Realizar fricción de las uñas sobre la palma mano contralateral
7. Esperar secado instantáneo.

Duración: 20-30 segundos

NOTA: Si las manos están visiblemente sucias o ha tenido contacto con fluidos corporales: Realice higiene de manos con agua y jabón (ver estándar operacional HOS.EPI-EO1-002)

5. Capacitación en 5 Momentos y técnica de higienización a pacientes, familiares y personal en general

6. Identificar necesidades educativas del paciente/familiar/cuidador y brindar la educación pertinente a la higiene de manos

1. Verificar educación en términos de claridad y suficiencia.
2. Retroalimentar y fortalecer prácticas para aumentar la adherencia.
3. Empoderar al paciente/familiar/cuidador para que promuevan el cumplimiento la higiene de manos
4. Realizar nota educativa en la historia.

7. Verificación adherencia:

1. Cada servicio asigna a una persona para hacer verificación
2. La persona seleccionada debe ser validada como verificador por vigilancia epidemiológica
3. Los registros se realizan en formato definido
8. Cargar indicador de adherencia al estándar de higienización de manos en INFOFE

9. Notificar en tiempo real las observaciones al aplicativo (tableau) del área de vigilancia epidemiológica

10. Analizar e implementar mejoras para fortalecer la adherencia a Higiene de manos

RESPONSABLE, FRECUENCIA Y LUGAR

RESPONSABLE, FRECUENCIA Y LUGAR

1 - 4 **Responsable:** Profesional de la salud que tiene contacto con pacientes

Frecuencia: Para cada procedimiento

5. Responsable: Enfermera del área de Epidemiología

Frecuencia: Cada vez que sea necesario

Lugar: en todas las unidades asistenciales

6. Responsable: Profesional de la salud que tiene contacto con pacientes

Frecuencia: Cada vez que sea necesario

7. Responsable: Personal designado por la enfermera jefe del área

Frecuencia: Cada vez que sea necesario

Lugar: en todas las unidades asistenciales

8. Responsable: Enfermera del área de Epidemiología

Frecuencia: Trimestral

Lugar: INFOFE

9. Responsable: Personal designado por la enfermera jefe del área

Frecuencia: Cada vez que sea necesario

Lugar: en todas las unidades asistenciales

10. Responsable: Enfermera jefe de las áreas y enfermera de vigilancia epidemiológica.

Frecuencia: Trimestral

Lugar: Todas la unidades asistenciales

Referencia:

OMS: Guía para la implementación de la Estrategia Multimodal de Mejoramiento de Higiene de Manos. Alianza para la Seguridad del Paciente. "Un cuidado Limpio es un Cuidado seguro"

SDS. Estrategia Manos Limpias, Atención Segura, 2011

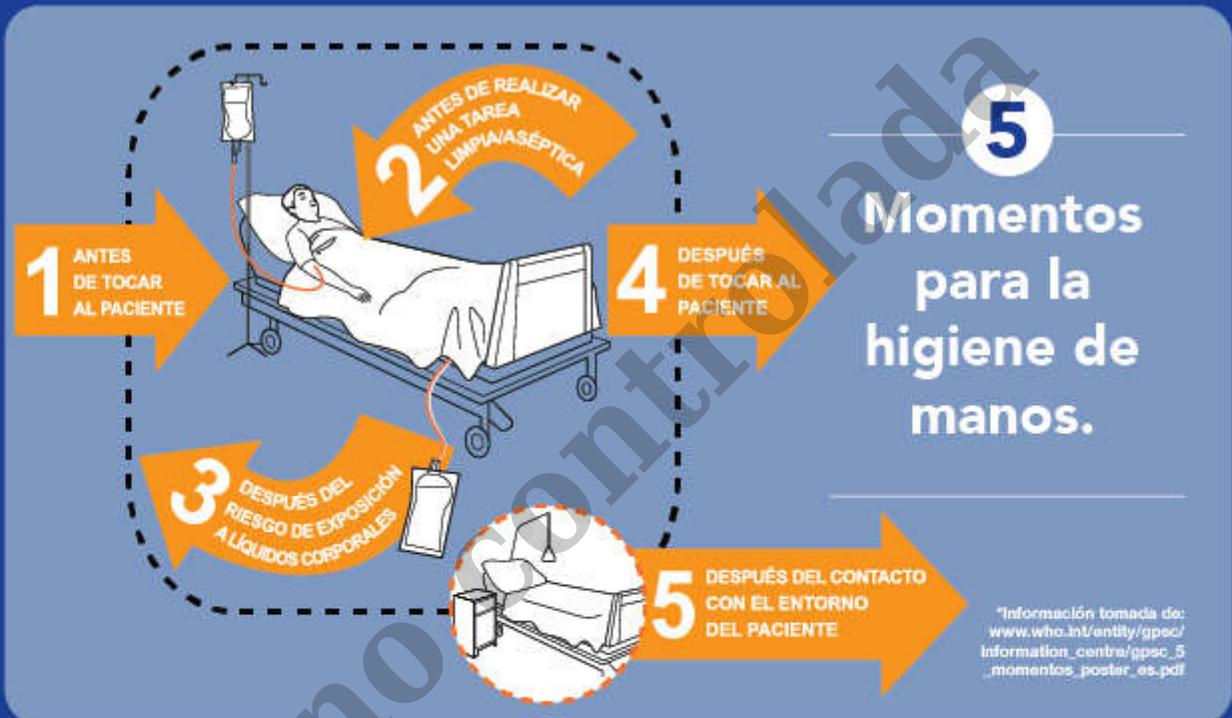
Fecha de Emisión

2008-04-02

Copia no controlada

Uso de alcohol gel

Duración del procedimiento: 20-30 segundos.



1 ANTES DE TOCAR AL PACIENTE

2 ANTES DE REALIZAR UNA TAREA LIMPIA/ASEPTICA

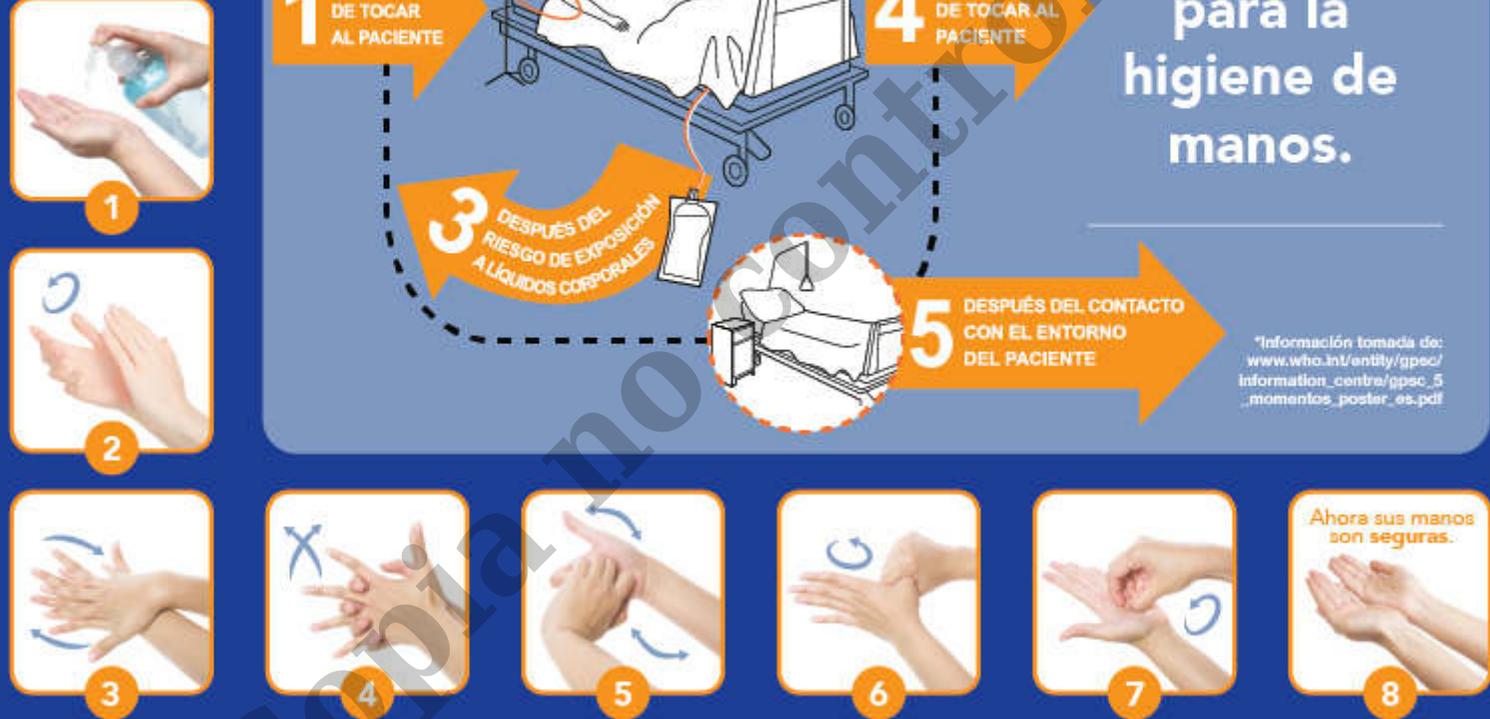
3 DESPUÉS DEL RIESGO DE EXPOSICIÓN A LÍQUIDOS CORPORALES

4 DESPUÉS DE TOCAR AL PACIENTE

5 DESPUÉS DEL CONTACTO CON EL ENTORNO DEL PACIENTE

5 Momentos para la higiene de manos.

*Información tomada de: www.who.int/entity/gpsc/information_centre/gpsc_5_momentos_poster_es.pdf



1

2

3

4

5

6

7

8 Ahora sus manos son seguras.



Fundación
Santa Fe de Bogotá



Fundación Santa Fe de Bogotá

Estandar Operacional: Precauciones de contacto

Copia no controlada

 Fundación Santa Fe de Bogotá	Fundación Santa Fe de Bogotá Nivel 1: Gestión clínica y de la calidad Nivel 2: Atención Confiable Nivel 2: Epidemiología Estandar Operacional: Precauciones de contacto	Código HOS-EPI-EO1-010
		Fecha 2021-04-27
		Versión 8.2

Estratégico	Misional	Apoyo	Evaluación
--------------------	-----------------	--------------	-------------------

Objetivo

Reducir el riesgo de transmisión y exposición para los trabajadores, pacientes, familiares y visitantes a microorganismos con perfiles de resistencia de impacto epidemiológico cuyo medio de diseminación es el contacto directo o indirecto (paciente, superficies, equipos) durante el proceso de atención.

Dueño

Coordinador de Epidemiología (Epidemiología)

Alcance

Aplica para todas las Unidades Funcionales Asistenciales a nivel hospitalario, ambulatorio y domiciliario desde la sospecha diagnóstica, hasta su confirmación y durante el periodo de riesgo de exposición según indicación del Comité de Prevención y Control de Infecciones y los lineamientos de práctica clínica.

CONDICIONES/RECURSOS NECESARIOS

1. CONDICIONES/RECURSOS NECESARIOS <ul style="list-style-type: none"> • Lavamanos con dispensador de jabón líquido • Toallas desechables • Alcohol glicerinado • Batas de manga larga limpias • Carro, mueble o sitio accesible para la disponibilidad de batas • Guantes de examen no estériles • Mascarilla corriente y protector ocular para procedimientos con riesgo de salpicadura • Fonendoscopio y tensiómetro exclusivo para el paciente • Toallas húmedas para limpieza y desinfección • Afiche

RESULTADOS ESPERADOS

2. RESULTADOS ESPERADOS Ausencia de casos con demostrada transmisión intrahospitalaria que constituyan brotes epidemiológicos.
--

RIESGO (S) / CÓMO NEUTRALIZARLO (S)

3. RIESGO (S)	CÓMO NEUTRALIZARLO (S)
----------------------	-------------------------------

<ol style="list-style-type: none"> 1. Infección cruzada por incumplimiento de las medidas. 2. Ausencia de insumos necesarios para instaurar las medidas de aislamiento 3. Negación de los pacientes, familiares o trabajadores a cumplir el estándar. 4. Exposición ocupacional en los trabajadores. 5. Aparición de casos como consecuencia de transmisión cruzada. 6. No disponibilidad de habitaciones individuales. 7. Deficiencias en la calidad de limpieza y desinfección de habitaciones 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Capacitar al personal en el estándar operacional. Verificar adherencia al aislamiento, retroalimentar al personal de salud. 2. El Departamento de Suministros realiza balances de consumos y cuenta con acuerdos con proveedores en caso de contingencia, Hotelería/Lavandería garantiza la permanente dotación de Batas. Es responsabilidad de la enfermera jefe en cada servicio mantener la reserva de fonendoscopios 3. Sensibilizar sobre el riesgo para otros pacientes y la responsabilidad con el autocuidado. Utilizar estrategias de comunicación que faciliten la comprensión del riesgo en paciente y familiares. Exigencia institucional para el grupo de colaboradores. 4. Notificación de accidente con riesgo biológico. Seguimiento por Seguridad y Salud del Trabajador. Análisis e implementación de mejoras y control del riesgo. 5. Implementar el protocolo de brote epidemiológico con el fin de contener el número de pacientes comprometidos e impacto. 6. Vigilancia epidemiológica evalúa la necesidad de traslado a habitación individual. En caso de que no se pueda realizar inmediatamente, las medias de aislamiento se mantendrán estrictamente. 7. Capacitación y verificación del proceso de limpieza y desinfección a personal de hotelería y para el personal de enfermería.
---	--

DESCRIPCION DE LA ACTIVIDADES

4. DESCRIPCION DE LA ACTIVIDADES

INDICACIONES

1. Pacientes con infecciones por:

- Adenovirus*
- Coronavirus*
- Enterovirus
- Herpes Simple
- Herpes Zoster**
- Metaneumovirus
- Rinovirus*
- Rotavirus, Norovirus
- Parainfluenza
- Piel Escaldada
- Rubéola**
- Varicela**
- Virus Sincitial Respiratorio
- SARS** (Síndrome de dificultad respiratoria aguda).
- Quemado pediátrico*

Nota: Las enfermedades o microorganismos marcados con asterisco *, requieren además aislamiento de gotas; aquellas con doble asterisco ** requieren además aislamiento de aerosoles. Para otras enfermedades o microorganismos poco comunes por favor comunicarse con el área de epidemiología y prevención de infecciones ext: 5052 - 5167

- En pacientes **colonizados o infectados** por:

- a) Gérmenes Gram Negativos con perfiles de resistencia a carbapenémicos o multiresistentes.
- b) Gérmenes Gram positivos: *Staphylococcus aureus* resistente a oxacilina (SAMR), *Enterococcus* resistentes a Vancomicina (EVR)
- c) *Acinetobacter Baumannii*, sin importar el perfil de resistencia.

- En pacientes remitidos:

- a) Pacientes remitidos de otras instituciones y que hayan tenido estancia mayor a 48 horas, con eventos de infección, uso prolongado de antimicrobianos, o que en la remisión esté la información definida de perfiles de resistencia de interés epidemiológico.
- b) Instaurar aislamiento de contacto al ingreso a la Fundación Santa Fe de Bogotá
- c) Retirar el aislamiento, cuando el reporte de cultivos sea negativo dentro de las 48 horas del ingreso (si se tomaron), o después del ingreso si a la valoración integral del paciente, la clínica no es infecciosa.

La duración del Aislamiento de CONTACTO por microorganismos con perfiles de resistencia es durante toda la hospitalización del paciente.

Si hay reingresos dentro de los seis meses posteriores al egreso, se debe instaurar el aislamiento de contacto nuevamente.

Para el retiro del aislamiento de enfermedades como varicela y enfermedades causadas por virus debe consultarse a epidemiología, prevención y control de infecciones.

IMPLEMENTACIÓN DE MEDIDAS:

0.

1. Las precauciones de aislamiento son iniciadas por cualquier persona del equipo de salud desde la sospecha diagnóstica del evento, con base en:

1. Cuadro clínico, Diagnóstico Médico, pruebas de laboratorio
2. Consulta a un representante del Comité de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias
3. Indicación de Infectólogo
4. Lineamiento en estándar operacional

La suspensión de las precauciones debe ser avalada por vigilancia epidemiológica.

1.

2. Colocar afiche "Precauciones por Contacto" color **rojo**, en casillero o imán a la entrada de la habitación.
NOTA: no se identificará al paciente de ninguna manera por el diagnóstico de la infección, siempre se protegerá la privacidad del paciente.

3. Coordinar con Admisiones la asignación de habitación individual.

Evitar la proximidad con pacientes que requieren precauciones de protección (inmunosuprimidos).

1.

4. Instaurar la alerta de aislamiento en la Historia Clínica del paciente. (Aparece el recuadro en amarillo)

0.

5. Insumos y equipos

a) Las batas limpias estarán disponibles antes de ingresar al área de atención del paciente en el carro (hospital tradicional) o mueble de almacenamiento diseñado para este fin (expansión). El personal asistencial que ingresa a la habitación y tiene contacto directo (físicamente) con el paciente debe usar la bata para proteger la contaminación del uniforme. La bata debe ser retirada después de cada uso y antes de salir de la habitación y depositada en la bolsa amarilla que se encontrará en el baño del paciente (hospital tradicional), en el mueble fuera de la habitación del paciente o compresero ubicado en el área de esclusa (expansión). Las batas no se reutilizan: una por persona/por proceso de atención. Ver estándar uso de batas de aislamiento hospitalario HOS-EPI-E01-014.

b) **NOTA:** Familiares y visitantes de pacientes con gérmenes multiresistentes NO deben hacer uso de bata y guantes. Los familiares y visitantes deben usar la bata y guantes en Varicela, Herpes zoster y Sarampión.

c) Mascarilla corriente **SOLO** si hay riesgo de salpicadura en contacto directo a menos de 1 metro en pacientes con traqueostomía o ventilación mecánica. Consultar estándar operacional, Mascarilla corriente APY-DTH-E02-013

d) Uso de guantes no estériles, para tocar al paciente, fluidos corporales y las superficies que lo rodean. Retirarlos antes de salir de la habitación. No tocar superficies del entorno del paciente o fuera de éste con guantes contaminados o manos sin higienizar

e) Fonendoscopia y tensiómetro de uso exclusivo permanente en la habitación (dotación del servicio).

f) Otros equipos necesarios para la atención del paciente deben ser desinfectados después de su uso, con el producto recomendado por el fabricante.

1.

6. Higiene de manos: Ver estándares HOS-EPI-E01-001 y HOS-EPI-E01-002. Cumplir con los lineamientos del Programa de Higiene de manos.

7. Uso de Elementos de Protección Individual (EPI): el personal es capacitado en el uso correcto de los EPI durante el proceso de inducción y de acuerdo a hallazgos en rondas de verificación. Los EPI como guantes y mascarillas deben ser desechados en el punto de atención del paciente. No tocar superficies del entorno del paciente o fuera de éste con guantes contaminados o manos sin higienizar con uno de las técnicas establecidas.

Consultar estándares operacionales de:

1. Mascarilla corriente APY-DTH-E02-013
2. Batas HOS-EPI-E01-014
3. Mascarilla N95, si es sarampión, varicela, herpes zoster (APY-DTH-E02-012)

8. El ingreso a habitaciones de pacientes con aislamiento hospitalario por contacto está limitado a:

- a) Familiares y visitantes: máximo 3 en el día y nunca simultáneamente
- b) Estudiantes de cualquier profesión no deben ingresar en grupo. Solo el estudiante que tiene asignado el paciente entrará haciendo uso de todas las medidas.

9. Educación:

- 1.) Identificar necesidades educativas del paciente/familiar/cuidador y brindar la educación pertinente a las medidas de precaución por contacto.
- 2.) Verificar educación en términos de claridad y suficiencia.
- 3.) Retroalimentar y fortalecer prácticas para aumentar la adherencia.
- 4.) Empoderar al paciente/familiar/cuidador para que promuevan el cumplimiento de las recomendaciones en aislamiento e higiene de manos por parte de los trabajadores de salud durante su atención
- 5.) Realizar nota educativa en la historia clínica.

10. Traslados del paciente:

1.

- 1.) Limitar traslados del paciente a otros servicios para realizar procedimientos diagnósticos o terapéuticos, a menos que sea estrictamente necesario
- 2.) Informar previamente al servicio de remisión la indicación del Aislamiento
- 3.) Registrar en la nota de traslado en el panel de enfermería
- 4.) El servicio receptor debe dar continuidad a las precauciones de aislamiento hospitalario.
- 5.) Si el paciente es remitido a otra institución, en el resumen de egreso debe registrarse la Alerta del aislamiento
- 6.) Si el paciente sale de la habitación a los solares, garantizar desinfección de las superficies.

11. Limpieza y desinfección de equipos de atención:

- 1.) Los equipos de uso común como por ejemplo el glucómetro deben ser desinfectados después del uso con el paciente y de acuerdo con las recomendaciones del proveedor.
- 2.) Para la toma de radiografías se debe proteger el chasis con una bolsa plástica, la cual se retira y desecha posteriormente.

12. Proceso de aseo y limpieza de la habitación:

- 1.) Implementar estrictamente el estándar operacional definido por Hotelería en el Manual de Limpieza
- 2.) No son necesarias medidas diferentes a la limpieza habitual de habitaciones.
- 3.) Al finalizar la limpieza terminal, la habitación puede ser asignada a otro paciente.

13. Proceso de entrega de alimentos:

- 1.) El personal de entrega de alimentos entra con la bandeja y la ubica en la mesa de alimentos.
- 2.) Se pregunta al paciente si desea que se acerque la mesa, si la respuesta es afirmativa el personal debe colocarse guantes no estériles previa higiene de manos con alcohol gel.
- 3.) Realizar higiene de manos con alcohol gel.

BIBLIOGRAFÍA

Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings. CDC. 2007
 Facility Guidance for control of Carbapenem Resistant enterobacteriaceae (CRE). CDC. 2015
 Munoz, Banach, Bearman, Gould, Leekha & Morgan, et al. 2015. Isolation Precautions for Visitors. Infection Control & Hospital Epidemiology, 36, p 747-757 .
 Bennet G, Morrel G. Infection Control Manual for Hospitals. 2a ed. Marblehead: HCPro,INC; 2006.
 Siegel J, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L, and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee, 2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings. <http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/isolation2007.pdf>

RESPONSABLE, FRECUENCIA Y LUGAR

RESPONSABLE, FRECUENCIA Y LUGAR

1-11 Responsable: Personal de salud que da cuidado directo al paciente; personal de servicios generales y servicio de alimentación, personal de apoyo; familiares

Frecuencia: Según indicación del servicio de infectología o comité de prevención de infección intrahospitalaria

Lugar: Área donde se encuentra el paciente

Fecha de Emisión

2008-04-01

Copia no controlada

MEDICIÓN DE LA ADHERENCIA AL LAVADO DE MANOS, SEGÚN LOS CINCO MOMENTOS DE LA OMS

MEASUREMENT OF HANDWASHING ADHERENCE, ACCORDING TO FIVE MOMENTS OF THE WHO

Oscar Alberto Villegas-Arenas alvaromonterrosa@gmail.com
Universidad de Manizales, Colombia

Jaime Gómez jaime.gomez@assbasalud.gov.co
Assbasalud ESE, Colombia

Jorge Uriel López jorge.lopez@assbasalud.gov.co
Assbasalud ESE, Colombia

Richard Nelson Román richard.roman@assbasalud.gov.co
Assbasalud ESE, Colombia

Jazmín Eliana Villa jazmin.villa@assbasalud.gov.co
Assbasalud ESE, Colombia

Jéssica Botero jessikbotero@hotmail.com
Universidad Católica de Manizales, Colombia

Nathalia García natysgarcia_77@hotmail.com
Universidad Católica de Manizales, Colombia

MEDICIÓN DE LA ADHERENCIA AL LAVADO DE MANOS, SEGÚN LOS CINCO MOMENTOS DE LA OMS

Duazary, vol. 14, núm. 2, pp. 1-10, 2017

Universidad del Magdalena

Resumen:

El contacto con objetos y personas en el entorno hospitalario favorece la propagación de gérmenes que amenazan a los pacientes; el lavado de manos es una estrategia clave para prevenir infecciones. En este estudio, transversal y cuantitativo, se midió la adherencia al lavado de manos en personal ambulatorio y de urgencias de Assbasalud ESE, según los cinco Momentos de la Higiene de las Manos de la OMS, y se evaluó el impacto después de impartir capacitación. Lo anterior se realizó en tres fases: precapacitación, capacitación y poscapacitación, las cuales contaron con el aval del Comité de Calidad de la IPS. En la formación se tuvieron en cuenta las etapas de la higiene de manos, el uso de esmaltes y joyas y la pertinencia de las sustancias empleadas para la asepsia. La adherencia obtenida al lavado de manos en la primera fase fue del 61,8% y en la segunda, del 78,3%. Estos resultados son positivos con relación a estudios internacionales. Se concluye que el lavado de manos, valorado en 78,3% durante el cuarto trimestre de 2013, es una excelente estrategia para prevenir infecciones hospitalarias.

Palabras clave:

Desinfección de las manos, infección hospitalaria, antiinfecciosos locales, seguridad del paciente.

Abstract:

Contact with objects and people in the hospital environment promotes the spread of germs that threaten patients; hand washing is a key strategy to prevent infections. Adherence to hand washing of health care officials was measured according to the Five Moments of Hand Hygiene of the WHO (World Health Organization). This transversal and quantitative study evaluated the adherence to hand washing in outpatient and emergency personnel of Assbasalud ESE, as well as the impact after receiving training. It was conducted in three phases: pre-training, training and post training. The final sample was 128 employees in nine bank suite's (30%). The adhesion measurement was approved by the Executive Quality Committee of Assbasalud ESE. The factors that were evaluated were: hand hygiene, use of nail polish and use of jewels, as well as the relevance of the substances used for aseptic. The overall adherence of hand washing in phase one was of 61.8% and for the second phase, of 78.3%. These are positive results with reference to national and international studies. It was concluded that hand washing, valued at 67.1% during the third quarter of 2013, is an excellent strategy to reinforce patient safety and to prevent hospital infections.

Keywords:

Hands disinfection, hospital infection, local anti-infectives, patient safety.

INTRODUCCIÓN

La atención limpia es una acción de gran impacto para evitar infecciones asociadas, para prestar servicios de salud con calidad, para dar seguridad a los pacientes y "para salvar vidas". La adherencia al lavado de manos en procedimientos limpios es fundamental para cumplir estos objetivos. Esta constituye una buena estrategia costoefectiva para prevenir enfermedades; "manos limpias salvan vidas" es el lema de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y "hospitales limpios salvan más vidas" sentencia Guillermo L. Lossa, director del programa VIHDA (Programa Nacional de Epidemiología y Control de Infecciones Hospitalarias, Argentina)^{1,2,3,4}. Sin embargo, esta acción suele tener baja adhesión en los hospitales por falta de compromiso, de capacitación, de insumos o por "escaso tiempo"¹.

Las infecciones impactan la morbilidad y la mortalidad, sobre todo en ancianos y pacientes debilitados. Las infecciones nosocomiales afectan al 5% de los pacientes ingresados a los hospitales⁵. Aunque los gérmenes se pueden propagar por casualidad, es más probable que se transmitan cuando se toca al paciente después de haber palpado superficies u objetos contaminados⁶. Por ello, el reto mundial liderado por la OMS, "atención limpia es atención más segura", está centrado en mejorar las prácticas de higiene de las manos durante la atención sanitaria^{2,3}.

Las infecciones derivadas de la prestación de servicios de salud comprometen a muchas personas, aumentan los costos de la atención, causan nuevas lesiones, convalecencias prolongadas e incluso la muerte. La higiene de las manos es una acción sencilla que aporta de manera positiva a la reducción de riesgos prevenibles, convirtiéndose en indicador de calidad de la atención^{2,3}.

En Estados Unidos, las consecuencias onerosas de las infecciones hospitalarias han aumentado con costos entre 4500 y 5700 millones de dólares al año; igual ocurre en Inglaterra donde estas cuestan mil millones de euros al año⁴. Al menos 7% de los pacientes hospitalizados en los países desarrollados y 10% en países pobres contraen infecciones relacionadas con la atención sanitaria^{7,8}.

El problema es global y lo soportan estudios como el publicado en la Revista Latinoamericana de Enfermería en 2008, donde se evidencia que no hay conciencia en la profilaxis de lavar las manos o en asepsia con alcohol glicerinado^{7,8}. En España se registran más de 300.000 casos al año de contagios en hospitales⁹; en Argentina las infecciones intrahospitalarias provocan 17.000 muertes y casi 100.000 episodios infecciosos al año, más que los accidentes de tránsito (3699 víctimas/año) y que las ocasionadas por armas de fuego (1922 víctimas/año)^{10,11}. La mitad o más de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria son prevenibles si los cuidadores se limpian debidamente las manos durante la

atención asistencial. El paciente debe exigir al personal sanitario que lo va tocar que se limpie las manos y agradecerle cuando lo haga^{1,11}.

El propósito de este estudio es evaluar el impacto del lavado de las manos en funcionarios asistenciales, como componente del Programa de Seguridad del Paciente implementado en Assbasalud ESE, de acuerdo a los cinco momentos de la Higiene de las Manos de la OMS.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio de corte cuantitativo y transversal aplicado a personal asistencial en varias sedes de Assbasalud ESE (IPS pública que presta atención de baja complejidad a la población subsidiada de Manizales-Colombia). Se realizó la prueba piloto en mayo de 2013 y el trabajo de campo, en el tercer trimestre del mismo año. El proceso fue realizado por estudiantes del último semestre de Enfermería de la Universidad Católica de Manizales, a través de visitas no anunciadas y en horario laboral diurno (mañanas y tardes), evitando los fines de semana y festivos. Se hizo la evaluación durante la rutina diaria del personal: se observó discretamente el lavado de manos en los diferentes momentos y se registró la información para posterior tabulación y análisis de los datos. Se realizó retroalimentación "en caliente" en cada visita y una socialización en los encuentros administrativos; esto sirvió de garante de la fidelidad del proceso.

La muestra incluyó 128 funcionarios asistenciales (54% del total), en nueve sedes; 100% de las clínicas (tres); y 20% de los centros de salud, tres del área urbana y tres del área rural. Se trata de una muestra por conveniencia que permitió estimar el comportamiento global de la IPS.

Las variables objeto de evaluación fueron: lavado de manos con agua y jabón; lavado con alcohol glicerinado; uso de joyas y esmaltes; adherencia al lavado de manos según los cinco Momentos de la Higiene de las Manos de la OMS², a saber: "1. Antes del contacto con el paciente, 2. Antes de realizar una tarea aséptica, 3. Después del riesgo de exposiciones a fluidos corporales, 4. Después del contacto con el paciente, y 5. Después del contacto con el entorno del paciente". Este último punto fue evaluado solo en el área hospitalaria.

Respecto a los criterios de inclusión, se tuvieron en cuenta los Funcionarios del área hospitalaria y ambulatoria. Criterios de exclusión: Proceso incompleto. Las observaciones se llevaron a cabo en días sucesivos y por cada fase objeto de verificación, precapacitación y poscapacitación. El instrumento de captura de la Información es institucional y es aprobado por el Comité de Calidad de Assbasalud E.S.E., se basa en las directrices emanadas de la Dirección Territorial de Salud de Caldas y se cife a los cinco momentos de la Higiene de las Manos de la OMS. Se tuvo en cuenta, además, la norma interna de julio de 2013 sobre el no uso de esmaltes, anillos, relojes y joyas, y sobre los Insumos recomendados para la higiene, como agua y jabón o alcohol glicerinado. Los análisis estadísticos se realizaron a través del programa Microsoft Excel 2007. La capacitación se desarrolló durante las rondas administrativas-asistenciales que se llevan a cabo semanalmente en todas las sedes, a través de campañas informativas internas, pendones, posters e información suficiente en la plataforma virtual (INTRANET). Además de esto, en cada punto de aseo de manos se ubicó un plegable explicando el correcto procedimiento.

DECLARACIÓN SOBRE ASPECTOS ÉTICOS

Según la resolución 8430 de 1993¹², esta es una investigación sin riesgo biológico, psicosocial y cultural, que además respeta los Principios Generales de la Declaración de Helsinki¹³, en especial aquellos que invitan a "velar solícitamente por la salud de mi paciente" y a "considerar lo mejor para el paciente cuando preste atención médica".

RESULTADOS

Distribución de los funcionarios participantes en el seguimiento del lavado de manos: el área urbana representó un 83,5% y el área rural, un 16,5%. La participación en las clínicas fue de 66,4% y en los centros de salud, de 33,6% (Tabla 1).

En la fase de precapacitación varias sedes (2, 5, 7, 8 y 9) lograron adherencia global igual o superior al 75% y otras sedes (3 y 4) presentaron omisión del lavado de manos superior al

50%. En la fase poscapacitación, algunas sedes (2, 5, 6, 7 y 8) mostraron una adherencia superior al 90%, y otras (3 y 9), mayor omisión al lavado de manos –entre el 25% y 50%-. Al relacionar las fases de pre y poscapacitación, se obtuvo un consolidado que revela un 16,5% de mejoría, así como más adherencia a la asepsia con agua y jabón que a la realizada con alcohol glicerinado (Tablas 2 y 3).

Tabla 1. Adherencia al lavado de manos en instituciones de Atenciónal ESE, distribuidos según área de trabajo y puntos de atención. Manizales 2013.

Tipo y puntos de atención	Ruta	Área	Procedimientos evaluados	Porcentaje
Clinica Centro Páez	1	Urbana	20	15,6
Centro de salud Cercantes	2	Urbana	6	4,7
Clinica San Cayetano	3	Urbana	45	35,1
Clinica La Cruz	4	Urbana	20	15,6
Centro de salud Bajo Yalézo	5	Rural	7	5,5
Centro de salud La Linda	6	Rural	6	4,7
Centro de salud El Carrizal	7	Urbana	10	7,6
Centro de salud El Boque	8	Urbana	6	4,7
Centro de salud Curbal del Sabido	9	Rural	8	6,3
TOTAL			128	100

Fuente: Elaboración propia

Tabla 2. Valoración de la técnica de lavado de manos, según los instantes utilizados, antes de la capacitación. Atenciónal ESE Manizales 2013.

PRECAPACITACIÓN				
Sede	Porcentaje de adherencia al lavado (alcohol glicerinado)	Porcentaje de adherencia al lavado (agua y jabón)	Porcentaje de adherencia global	Porcentaje consolidado omisiones
1	48,1	54,6	72,7	27,3
2	0	75	75	25
3	7,42	42,3	49,8	50,2
4	0,0	26,2	35	65
5	12,5	62,5	75	25
6	0	66,7	66,7	33,3
7	20	55	75	25
8	16,7	83,3	100	0
9	9,1	68,3	77,5	22,5
PROMEDIO	12,2	49,6	61,8	38,2

Fuente: Elaboración propia

Tabla 3. Valoración de la técnica de lavado de manos, según los instantes utilizados, después de la capacitación. Atenciónal ESE Manizales 2013.

POSCAPACITACIÓN					
Sede	Porcentaje de adherencia al lavado (alcohol glicerinado)	Porcentaje de adherencia al lavado (agua y jabón)	Porcentaje de adherencia global	Porcentaje consolidado omisiones	Cambio de porcentaje de 1ª a 3ª fase
1	35	50	65	15	12,3
2	6,33	91,7	100	0	25
3	18,5	28,4	46,9	53,1	-2,9
4	22,5	57,5	80	20	45
5	15	75	90	10	15
6	33,3	66,7	91,7	8,3	25
7	10	85	95	5	7
8	25	75	100	0	0
9	25	50	75	25	-2,5
PROMEDIO	23,6	54,4	78,3	31,7	16,5

Fuente: elaboración propia

En la etapa de precapacitación, las sedes 7 y 8 incumplieron la directriz de no uso de esmaltes y joyas, con un resultado igual o superior al 30%. Otras sedes (1, 2, 4, 5 y 9) presentaron un mayor cumplimiento, con resultados superiores al 91,7%. En la fase de poscapacitación, las sedes 6 y 9 mostraron menor cumplimiento a la directriz de no uso de esmaltes y joyas con un resultado igual o superior al 25%. Las sedes 2, 3, 4 y 8 cumplieron esta directriz con un resultado superior al 87,5% (Tabla 4). La adherencia global promedio al lavado de manos alcanzó un 78,3%.

Tabla 4. No uso de esmaltes y joyas, pre y poscapacitación. Asesalud ESE Manizales 2011.

SEDE	Precapacitación	Precapacitación	Poscapacitación	Cambio de % de 1° a 3° fase
	% consolidado	% consolidado	% consolidado	
	incumple	cumple	incumple	
1	7,1	92,9	16,8	-11,7
2	0	100	0	Estable
3	16,7	83,3	9,2	12,5
4	0	100	12,5	-12,5
5	0	100	21	-20
6	16,7	83,3	33,3	-16,6
7	30	70	20	10
8	33,3	66,7	0	33,3
9	8,3	91,7	25	-15,7
PROMEDIO	12,3	87,7	13,3	-1

Fonte: Elaboración propia

En general, al relacionar las fases pre y poscapacitación, hubo una disminución global del 1%, lo que quizás obedezca a lo reciente de la norma Institucional y a condiciones particulares de tipo médico en algunos funcionarios.

Al evaluar el primer momento de la OMS –“lavado de manos antes del contacto con el paciente”–, se encontró una adherencia, en promedio, del 68,35% en la fase previa y de 81,63% en la tercera fase, con un incremento del 13,28%. Con respecto al cuarto momento de la OMS –“después del contacto con el paciente”–, se observó una adherencia del 65,38% en la 1° fase y del 65,22% en la 3° fase.

El estudio del segundo momento de la OMS –“antes de hacer una tarea aséptica”–, mostró que, en promedio, un 55,8% en la primera fase y un 85,4% en la tercera fase cumplieron exitosamente la actividad. En cuanto al tercer momento –“después de tener contacto con secreciones o fluidos corporales”–, los resultados muestran un cumplimiento del 62,1% en la primera fase y de 82,9% (en promedio).

Respecto al quinto momento –“después del contacto con el entorno del paciente”–, la adherencia fue, en promedio, del 87,95% y del 89,3% para antes y después de la capacitación. Ambas cifras son muy satisfactorias (Tabla 5).

Tabla 3. Valoración de los cinco momentos de la Higiene de las Manos, en la pre y post-capacitación, diferenciado según centros seleccionados. Assbasalud ESE Mazatlán 2013.

MOMENTO	PRECAPACITACIÓN		POSTCAPACITACIÓN		Cambio de porcentaje pre y pos capacitación
	Clínica	Centros de salud	Clinica	Centros de salud	
	Centro Piloto, San Cayetano, Buss	Cervantes, El Carmen, El Bosque, Tablazo, Cuchilla del Salado, La Linda	Centro Piloto, San Cayetano, Buss	Cervantes, El Carmen, El Bosque, Tablazo, Cuchilla del Salado, La Linda	
1º Antes del contacto con pacientes	70,40%	66,30%	83%	80,26%	13,28%
2º Antes de tarea aséptica	60,10%	51,50%	83,80%	82%	29,60%
3º Después de riesgo exposición a fluidos	62,10%	0%	90%	75,80%	16,80%
4º Después del contacto con pacientes	80,50%	50,26%	66%	64,44%	-0,16%
5º Después de contacto del exterior del paciente	92,30%	83,60%	93,10%	85,50%	1,35%

Fuente: Elaboración propia.

DISCUSIÓN

El lavado de manos constituye para Assbasalud ESE una importante estrategia para la prevención de infecciones y una acción trascendental para fortalecer la cultura de seguridad del paciente, cuantificada en el tercer trimestre de 2013 en 78,3%.

Para el presente estudio, los promedios hallados respecto a la adherencia al lavado de las manos en los funcionarios asistenciales, evaluados de acuerdo al segundo momento de la OMS, que cumplían exitosamente con esta actividad, fueron del 55,8% en la primera fase y del 85,4% en la tercera. Para el tercer momento de la OMS, los resultados promedio fueron del 62,1% en la primera fase y de 82,9% en la tercera fase. Respecto a estos dos Momentos de la OMS, se obtuvieron mejores porcentajes que los que se evidencian en la publicación de Ardila y Muñoz⁸ en 2009, donde describen que 57,6% cumplieron los parámetros impuestos y un 42,4%, no lo hicieron.

Entre la primera y la tercera fase, se evidenció un incremento de casi el doble en el porcentaje obtenido en la adherencia al lavado de manos (16,5%), respecto a un estudio multimodal de higiene de manos llevado a cabo en un hospital pediátrico de tercer nivel en México en donde el incremento fue del 8,89% entre la primera y la segunda observación¹⁴.

En relación con el primer momento de la OMS, se encontró una adherencia promedio del 68,35% en la fase previa y de 81,63% en la posterior, con incremento del 13,28%. Con respecto al cuarto momento de la OMS, referido como "después del contacto con el paciente", se observó una adherencia del 65,38% en la primera fase y del 65,22% en la tercera, sin variaciones entre ambos.

Al comparar estos datos con los del estudio de Sánchez et al¹⁵ en 2007, puede decirse que hubo mejor adherencia en el primer momento de la OMS. En dicho estudio se informa de una adherencia del 12,4% antes del contacto con el paciente y del 48,8% en la segunda

observación; así mismo, allí se habla de una adherencia del 42,1% en la primera observación después del contacto con el paciente y del 68,9% en la segunda observación de ese momento. En el presente estudio, en la evaluación después del contacto con el paciente, la cifra de la primera observación es mayor a la del estudio de Sánchez et al¹⁵ y, levemente inferior al dato de la segunda observación. Los resultados obtenidos de la evaluación de la adherencia de lavado de manos, en el presente estudio –con un dato del 61,8% en la fase precapacitación y del 78,3% en la fase poscapacitación–, se pueden comparar con los publicados por Sánchez et al¹⁵ en 2007, donde informa una adherencia global a la higiene de manos del 40,5% en la primera observación y del 46,2% en la segunda, calificada como una diferencia estadísticamente significativa¹⁵. La adherencia global al lavado de manos, reportada en el actual estudio, es menor que la del estudio referenciado.

Al revisar los archivos del Instituto de Salud Pública de México¹⁶, en 2010 se documenta que en las unidades de cuidados Intensivos pediátricas se cumple en 34% la directriz del lavado de manos. En la publicación de Pessoa et al¹⁷ se reporta un 42% de adherencia a esta práctica entre trabajadores de la salud, valor cercano al encontrado como adherencia global del presente trabajo (49,6%). Así mismo, en la publicación del Hospital Universitario Queen Mary en Hong-Kong, la adherencia al lavado de manos en el personal de salud fue de un 40%, porcentaje de los más altos según la literatura consultada.

Es posible ver, al correlacionar los datos anteriores con los obtenidos en el presente estudio, que estos últimos van a la par con las estadísticas internacionales, teniendo en cuenta que la evaluación se desarrolló en una entidad de primer nivel de complejidad¹⁸. Con alta probabilidad, se puede afirmar que este tipo de medidas preventivas evitarán casos severos de sepsis como los descritos por Pertuz et al¹⁹ en Santa Marta (Colombia), casos que estaban ubicados en unidades de cuidados intensivos; en los que se concluyó que "la sepsis provenía de la comunidad y/o asociada a la atención en salud".

Se valoró la adherencia a la norma institucional de "no uso de joyas" en los funcionarios evaluados en la tercera fase, con un 86,7%, lo que constituye un mejor logro que el descrito por Scott²⁰, estudio en el cual el 36,7% del personal llevaba anillo; el 46,9%, reloj y el 6,1%, pulsera^{8,12,15}. De la misma manera, la adherencia al "no uso de esmaltes" con logros del 91,8% en la tercera fase, es un resultado satisfactorio. En una investigación publicada sobre la práctica del lavado de manos en un hospital en Honduras, la mayoría de los encuestados (82,4%) refirieron que el uso de esmaltes y uñas artificiales son medios de transferencia de bacterias^{21,22,23}.

CONCLUSIÓN

Se analizó la adherencia al lavado de las manos según los cinco Momentos de la Higiene de Manos de la OMS; los resultados se compararon con estudios similares, ejercicio que arrojó, para los componentes del 1° al 4°, mejores porcentajes de adherencia en el presente estudio que en otros como el del Hospital General Universitario de Alicante. Sin embargo, respecto al 5° momento de la OMS, no puede concluirse lo mismo por no existir estudios para hacer el paralelo. La omisión de este paso en investigaciones similares hace de este análisis uno más completo al tener en cuenta la totalidad de los Momentos de la OMS.

En suma, se debe seguir trabajando para mejorar la concientización en la práctica del lavado de las manos, para asegurar su continuidad y fortalecimiento. Se debe insistir en el buen uso de los guantes y de otras normas que buscan la prevención de infecciones, como inducción y re-inducción al personal asistencial para mantener las uñas cortas y sin esmalte; el retiro de relojes, pulseras, anillos, argollas, manillas, dejando libres las muñecas y zonas vecinas para su adecuada higiene, sin importar el material del que estén elaborados; no aplazar el recambio del esmalte por más de cuatro días porque el esmalte caduco alberga más bacterias; usar uniformes de manga corta y cabello recogido por encima del cuello.

Todas las anteriores son medidas complementarias que hacen parte de las recomendaciones para los funcionarios asistenciales de Assbasalud ESE y que pueden extenderse a todas las IPS. Este es un paso más del programa de seguridad del paciente de la entidad objeto de estudio, que ha propiciado progresos en la "cultura de seguridad del paciente" gracias a la implementación de estrategias en favor de la prevención integral de las infecciones intrahospitalarias, que incluyen la aplicación de protocolos y guías,

complementadas con Políticas de Calidad y Políticas de Seguridad del paciente, de cuyo seguimiento se encargan los comités de Seguridad del Paciente y Ejecutivo de Calidad. A futuro, todas estas acciones pueden ser tema de nuevas investigaciones.

DECLARACIÓN SOBRE CONFLICTO DE INTERESES

Los autores de este manuscrito declaran no poseer conflicto de Interés asociado con contratación, consultoría, inversión, financiación, relación familiar o con los resultados de la investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Miranda M, Navarrete L. Semmelweis y su aporte científico a la medicina: Un lavado de manos salva vidas. *Rev. chil. Infectol.* 2008; 25 (1): 54-7.
2. Organización Mundial de la Salud. Manual técnico de referencia para la higiene de las manos. Informe de un grupo científico de la OMS. Ginebra: OMS; 2009.
3. Organización Mundial de la Salud. Guía de la OMS sobre higiene de manos en la atención de la salud. Primer Desafío Global de la Seguridad del Paciente Atención Limpia es Atención Segura. Informe grupo científico de la OMS. Ginebra: OMS; 2009.
4. Organización Mundial de la Salud. Alianza mundial para la seguridad del paciente: mayor conocimiento para atención más segura. Informe Grupo Científico de la OMS. Ginebra: OMS; 2008.
5. Hernández LR, Gámez A, Gómez A. Consideraciones sobre la sepsis intrahospitalaria en un servicio de geriatría. *Rev Cubana Enfermer.* 2005; 21 (2).
6. Maciel SF, Padilha T, Kuerten P, Lessmann JC. Higienização das mãos e a segurança do paciente pediátrico. *Cienc. enferm* 2013; 19 (2): 99-109.
7. Aparecida PM, Anselmi ML, Dalmas JC. Evaluación de la calidad de los procedimientos curativos en pacientes internados en un hospital universitario. *Rev Latino-Am. Enfermagem.* 2008; 16(1): 57-63.
8. Ardija AM, Muñoz AI. Bioseguridad con énfasis en contaminantes biológicos en trabajadores de la salud. *Ciênc saúde coletiva.* 2009; 14 (6): 2135-41.
9. Toribio R. Higiene de manos en los centros sanitarios. Documentos para directivos y responsables de la higiene de manos. Madrid: Servicio Extremeño de Salud; 2013
10. Friedman C, Newsom W. Conceptos básicos de control de infecciones de International Federation of Infection Control. Segunda edición. Portadown: IFIC; 2011.
11. Troconis JE. El lavado y cuidado de las manos. *Acta odontol Venez.* 2003; 41 (2): 166-71.
12. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución N°. 8430 de 1993 que establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. *Diario Oficial.* (Octubre 4 de 1993).
13. 59a Asamblea General. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Seúl: Asociación Médica Mundial; 2008.
14. Zamudlo I, Meza A, Martínez Y. Estudio multimodal de higiene de manos en un hospital pediátrico de tercer nivel. *Bol Med Hosp Infant Mex.* 2012; 69 (5): 384-390.
15. Sánchez J, Fuster M, García C, Gracia RM. Evaluación de las recomendaciones sobre la higiene de manos. *Anales Sis San Navarra.* 2007; 30(3): 343-52.
16. Instituto Nacional de Salud Pública. Cumplimiento de la higiene de manos según la OMS y factores asociados al personal de salud de pediatría de un hospital general de la Secretaría de Salud. México DF: Instituto Nacional de Salud Pública; 2010.

17. Pessoa CL, Hugonnet S, Pfister R, Touveneau S, Dharan S, Posfay K, et al. Reduction of Health Care-Associated Infection Risk in Neonates by Successful Hand Hygiene Promotion. *Pediatrics*. 2007; 120 (2): 382-90.
18. Acosta S, De Andrade V. **Manual de esterilización para centros de salud**. Organización Panamericana de Salud-USAID. Washington DC: OPS; 2008.
19. Pertuz Y, Pérez C, Pabón Y. Aspectos epidemiológicos de la sepsis, en unidades de cuidados intensivos Santa Marta, Colombia. *Revista Duazary*. 2016; 13(2): 126-32.
20. Scott S. Hand Washing, Hygiene, CGMP, and Science. *Journal of GXP Compliance*. 2010; 14 (1): 62-69.
21. Universidad Nacional Autónoma de Honduras. **Práctica de lavado de manos en Ginecología y Pediatría, Hospital Anibal Murillo Escobar**. Unidad de Investigación Científica. Facultad de Ciencias Médicas. Tegucigalpa: UNAH; 2011.
22. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. **Lineamientos técnicos en la prevención y control de infecciones**. Manual de Enfermería. Dirección de Enfermería. Minsalud Pública. San Salvador; 2006.
23. Ministerio de Salud. Dirección de Salud del Cusco. **Prevención de infecciones intrahospitalarias**. Guía de lavado de manos. Cusco: Dirección de epidemiología; 2011.

HTML generado a partir de XML-JATS4R por

SEÑORA

JUEZ CUARENTA Y SEIS (46) CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D.C.

E.

S.

D.

REF: PROCESO VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL MÉDICA

DEMANDANTES: ÁNGELA MARÍA ECHEVERRI OCHOA, JUAN ESTEBAN Y SANTIAGO CORREA ECHEVERRI

DEMANDADOS: FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTÁ Y CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A.

RADICACIÓN

11001310304620210045900

ASUNTO: CONTESTACIÓN REFORMA DE LA DEMANDA

ANA MARÍA DE BRIGARD PÉREZ, mayor de edad, vecina de Bogotá, identificada con cédula de ciudadanía No. 51.699.955 de Bogotá, abogada en ejercicio, portadora de la Tarjeta Profesional No. 44.980 del Consejo Superior de la Judicatura, apoderada reconocida de la **FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTÁ**, con NIT. 860.037.950-2, institución de utilidad común, sin ánimo de lucro, reconocida mediante Resolución No. 1916 del 14 de junio de 1973 emanada del Ministerio de Justicia, con domicilio principal en la ciudad de Bogotá, conforme con el certificado de existencia y representación legal que obra en el expediente, por medio del presente escrito y dentro de la oportunidad legal respectiva, me permito dar respuesta a la reforma a la demanda principal presentada por la contraparte, en los siguientes términos:

OPORTUNIDAD PARA LA PRESENTACIÓN DEL PRESENTE ESCRITO

Concurrimos en tiempo a dar respuesta a la reforma a la demanda planteada por la parte actora, no sin antes advertir que la mayor parte de las diferencias encontradas entre la demanda original y su reforma versan sobre temas eminentemente jurídicos y la interpretación que de ellos hace el respetado colega, de manera que, solo por razones metodológicas y de orden, procedemos a descorrer el traslado en su totalidad.

Mediante auto del 14 de julio de 2022, notificado el día 15 del mismo mes y año, se admitió la reforma a la demanda presentada, de la que se corrió traslado por el término de 10 días a la parte pasiva.

El numeral 4 del artículo 93 del C.G.P. establece:

"4. En caso de reforma posterior a la notificación del demandado, el auto que la admita se notificará por estado y en él se ordenará correr traslado al demandado o su apoderado por la mitad del término inicial, que correrá pasados tres (3) días desde la notificación. Si se incluyen nuevos demandados, a estos se les notificará personalmente y se les correrá traslado en la forma y por el término señalados para la demanda inicial."

De acuerdo con la citada disposición, el cálculo del término para responder a la reforma sería:

Auto admite reforma:	14 de julio
Notificación en el estado:	15 de julio

Tres días de traslado: 18, 19 y 21 de julio
 Término para contestar: 10 días hábiles – Hasta el **jueves 4 de agosto de 2022.**

De manera que nos encontramos dentro del término legal reconocido para hacer nuestro pronunciamiento.

RESPUESTA A LOS FUNDAMENTOS FACTICOS DE LA DEMANDA

Al hecho PRIMERO: Los datos personales del señor JESÚS ALIRIO CORREA PÉREZ y de su familia no son hechos que consten a mi mandante. Nos atenemos a la prueba documental correspondiente.

Al hecho SEGUNDO: La historia laboral del señor JESÚS ALIRIO CORREA PÉREZ y los ingresos recibidos por concepto de su trabajo no son hechos que le consten a mi mandante. Nos atenemos a la prueba correspondiente.

Al hecho TERCERO: No es cierto como se plantea. La atención médica del señor JESÚS ALIRIO CORREA PÉREZ previa al 25 de febrero de 2019, en que se abrió la historia clínica en la **FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTÁ** (con la consulta anestésica previa a la prostatectomía radical laparoscópica asistida por robot concertada con el médico urólogo JUAN IGNACIO CAICEDO CARDENAS en su consultorio particular) no le consta en detalle a mi mandante. Nos atenemos a las pruebas correspondientes.

No obstante, debemos mencionar que la cronología descrita en la demanda y su reforma no es precisa, en la medida en que para el 25 de febrero de 2019 el paciente CORREA PÉREZ ya tenía el diagnóstico de su patología maligna confirmado, mediante biopsia realizada en su ciudad de residencia (Medellín), cuyos resultados fueron revisados por el Departamento de Patología de la **FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTÁ** (reporte del 14 de febrero de 2019), se le habían practicado múltiples exámenes paraclínicos e imágenes diagnósticas previos al momento en que el paciente CORREA PÉREZ, en forma autónoma, decidió viajar a la ciudad de Bogotá en busca de una segunda opinión profesional, con el médico urólogo JUAN IGNACIO CAICEDO CÁRDENAS.

Las razones y circunstancias de la decisión adoptada por el señor CORREA PÉREZ y su familia serán objeto de prueba y a ella nos atenemos.

En cualquier caso, aceptamos que para el 25 de febrero el paciente tenía un diagnóstico confirmado de ADENOCARCINOMA DE PRÓSTATA GLEASON 3+4 y que, de conformidad con las guías y consensos científicos sobre la materia, tenía la opción de ser tratado mediante cirugía de resección radical de próstata por vía laparoscópica asistida por el sistema robótico Da Vinci (*patrón de oro* para el tratamiento de una enfermedad maligna de la próstata) o, como lo consigna el formato de consentimiento informado suscrito por el propio paciente y su esposa, hoy demandante, ANGELA MARÍA ECHEVERRI OCHOA, a: a) someterse a una cirugía de extracción de próstata más linfadenectomía abierta, b) a radioterapia, c) a vigilancia activa y d) observación.

De manera que el paciente, en forma libre, informada y autónoma optó por el tratamiento quirúrgico laparoscópico asistido por robot, a cargo del DR. JUAN IGNACIO CAICEDO CÁRDENAS, aceptando las condiciones de atención que acordó con su médico tratante y las propias de la institución sanitaria que represento.

Debemos resaltar que el paciente fue informado de los riesgos inherentes al tratamiento quirúrgico propuesto, en total consonancia con los dictados de la ciencia médica, como consta en el correspondiente consentimiento informado.

En relación con las apreciaciones personales de carácter científico, no se admiten y, como corresponde a procesos como el que nos ocupa, deberán ser demostradas con pruebas técnicas.

Al hecho CUARTO: No es cierto como se plantea.

Me permito solicitar que siempre que se haga referencia a un registro puntual de la historia clínica del paciente JESÚS ALIRIO CORREA PÉREZ se acuda a su fuente original y se analice en conjunto con las restantes anotaciones de todos los integrantes del equipo asistencial, de manera que se comprenda, como es el deber ser de un expediente construido por varios profesionales en distintos momentos y dependiendo de su especialización y contribución al proceso de atención, que se trata de un documento integrado y único, que refleja la oportunidad, seguridad, integralidad, interdisciplinariedad, pertinencia, secuencialidad y racionalidad técnica científica con que fue abordado su caso clínico, por todos los integrantes del equipo asistencial adscrito a la **FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTÁ**.

Salvo esa precisión metodológica, que debemos hacer común a todo el relato, aceptamos las citas incluidas en la demanda, como extractos –no completos– de la historia clínica, a la que nos remitimos, para evitar inexactitudes o fragmentos fuera de contexto.

Reiteramos que el paciente **CORREA PÉREZ** fue informado de los riesgos propios o inherentes al tratamiento quirúrgico propuesto, en total consonancia con los dictados de la ciencia médica y lo indicado por la Jurisprudencia Nacional, como consta en el formato de consentimiento informado correspondiente.

Es cierto que el paciente ingresó el 26 de febrero de 2019 para la realización del procedimiento quirúrgico, como consta en la historia clínica.

En lo que respecta a la información pública incluida en la página web de la institución, solicitamos revisarla en forma completa, para entender a cabalidad su contenido, contexto y finalidad.

Al hecho QUINTO: NO ES CIERTO. La secuencia de la atención dispensada al señor JESÚS ALIRIO CORREA PÉREZ en su postoperatorio inmediato (las primeras 48 horas) muestran una dedicación y compromiso con el seguimiento estrecho de su evolución, una reacción oportuna a los cambios en su condición clínica y una intervención médica racional, pertinente y proporcionada a las circunstancias de tiempo, modo y lugar en que se sucedieron las cosas.

Sea lo primero mencionar que una cirugía como la concertada con el señor CORREA PÉREZ y realizada el 26 de febrero de 2019, en horas de la tarde, tiene una hospitalización mínima prevista de 48 horas, de manera que su permanencia en la institución prestadora de servicios de salud bajo estrecha vigilancia y seguimiento era un presupuesto conocido y aceptado por el paciente y su grupo familiar.

Segundo, el dolor postoperatorio no es un signo extraño en un postoperatorio inmediato de prostatectomía radical más linfadenectomía, dado que se espera su ocurrencia, en grados de moderado a severo según la tolerancia personal

del propio paciente, y es parte de la razón de mantenerlo hospitalizado por lo menos durante las primeras 48 horas.

La cita del actor incurre en una contradicción que, con respeto y en aras de la precisión, advertimos. En efecto, al tiempo que se afirma que el paciente no tuvo una evolución adecuada, se menciona que tuvo un dolor modulado (es decir, controlado con analgésicos comunes), de manera que no resulta claro si el demandante quiere resaltar que en su opinión el paciente CORREA PÉREZ evolucionó en forma adecuada con dolor modulado, o si por el contrario, que le parece que el dolor modulado debe ser interpretado como algo insatisfactorio.

La verdad es que las primeras horas (48) del postoperatorio ocurrieron dentro de lo esperado para las circunstancias y cuando se sucedieron eventos atípicos sobrevinientes durante su estancia, fueron atendidos en forma inmediata, racional, oportuna, pertinente, interdisciplinaria, adheridos a protocolos, guías y pautas de seguridad clínica.

En efecto, el primer día postoperatorio del paciente JESÚS ALIRIO CORREA PÉREZ (27 de febrero) transcurrió en forma habitual, tolerando la vía oral, con dolor controlado, con flatos, con signos vitales dentro de límites normales, sin fiebre y en general sin ningún signo de alarma especial, tal como se encuentra consignado en la historia clínica, en diferentes momentos y por distintos observadores.

A las 23:43 del 27 de febrero se registra un incremento significativo del dolor, que fue advertido por el personal de enfermería al residente de urología de turno (que es un médico graduado, con titulación válida para ejercer la medicina en Colombia y que después de 7 años de estudios – 5 de medicina, 1 de internado y 1 de rural, está cursando la especialidad de su preferencia, en este caso, la urología) quien prescribe un analgésico adicional a los recetados previamente por el médico tratante, en espera de una respuesta satisfactoria en un plazo prudencial.

A las 00:16 del 28 de febrero, se atiende nuevo llamado de enfermería por dolor elevado, encontrando (al examen físico) un abdomen levemente distendido sin signos de irritación peritoneal, equimosis en cuadrante inferior derecho (hallazgo esperado después de una intervención) por lo que se optimiza analgesia.

A las 3:00 a.m. del 28 de febrero, el médico residente de urología registra una nueva valoración del señor CORREA PÉREZ, cuyos hallazgos comunica de manera inmediata (vía telefónica) al médico tratante, Dr. JUAN IGNACIO CAICEDO CÁRDENAS, quien afrontaba una calamidad doméstica insalvable (su esposa se encontraba hospitalizada con un tromboembolismo pulmonar y, en consecuencia, se encontraba a cargo de sus dos pequeños hijos, de manera que le era imposible presentarse de manera inmediata a valorar al paciente), sin embargo, impartió instrucciones precisas para la toma de un TAC de abdomen y pelvis con medio de contraste, para cuya preparación y toma segura, se requiere de la medición previa de la creatinina en sangre (para evaluar la función renal del paciente antes de empezar a recibir el medio de contraste) y del suministro del líquido de contraste por vía oral, que se hace en forma gradual (empezando a las 4:00 a.m.) y que toma varias horas, las mismas que demora el tránsito del material de contraste a lo largo del tracto digestivo, de manera que se obtenga, con imágenes radiológicas secuenciales (tomografía) una representación de todo el trayecto gastrointestinal y se detecten, de haberlas, filtraciones o fugas, que indicarían posibles complicaciones de una cirugía como la practicada.

A las 6:20 a.m. del 28 de febrero llevan al paciente a radiología y a las 6:30 a.m., ya con las imágenes tomadas, el paciente fue regresado a su habitación.

A las 6:54 es valorado por el residente de turno, DR. NAYIB OMAR FAKIH GARCÍA, quien formula un analgésico adicional (diclofenaco intramuscular).

Nótese que estamos hablando de un lapso muy breve, en el que se adoptan múltiples conductas y decisiones clínicas, por varios profesionales, descartando de manera rotunda cualquier imputación de abandono o desatención de la evolución clínica del paciente.

Bajo ningún supuesto puede considerarse y menos aún admitirse, que no hubo una atención médica oportuna, como se afirma sin sustento por el apoderado actor.

Seguidamente se encuentra una nueva valoración médica completa, a las 10:55 a.m., del mismo día 28 de febrero, con los resultados de la tomografía que muestra:

“Cambios postoperatorios por prostatectomía radical, con presencia de moderada cantidad de líquido del espacio pre-vesical, y enfisema de la pared abdominal anterior, moderada cantidad de líquido libre intra-abdominal de probable origen fisiológico, leve dilatación de la vía biliar intra y extrahepática, mayor de lo esperado por el estado post colecistectomía (se sugiere correlacionar con pruebas de función hepática) y atelectasias subsegmentarias pulmonares”.

Descartadas las complicaciones más frecuentes y serias tras una cirugía de próstata asistida por robot (tales como lesión de las vísceras cercanas) y que hubiesen demandado una reintervención urgente del paciente, pero respondiendo al malestar general expresado y a la distensión abdominal, sin signos de irritación peritoneal, se plantea como diagnóstico presuntivo un íleo postoperatorio (que es una complicación muy frecuente en cirugías abdomino – pélvicas), consistente en una disminución del peristaltismo intestinal como consecuencia del estrés quirúrgico y del uso de analgésicos, que mayoritariamente se resuelve con reposo intestinal por 24 horas (por eso se suspendió la vía oral) y el incentivo de la deambulación del paciente, pues caminar es un ejercicio que ayuda a mejorar el tránsito intestinal disminuido, tal como lo prescriben las guías de práctica clínica y lo recomienda la comunidad médica.

Es importante advertir que el médico tratante, DR. CAICEDO CÁRDENAS, es claro en su nota de evolución, a partir de su experiencia, conocimientos y de los resultados del examen físico del paciente, de los paraclínicos y de las imágenes tomadas, que para el momento, NO HABÍA UNA CAUSA CLARA QUE EXPLICARA EL DOLOR INTENSO DEL PACIENTE EN LA MADRUGADA, por lo que define su permanencia en el hospital, suspende la vía oral, ordena una batería adicional de exámenes paraclínicos y formula exhaustiva y cuidadosa al paciente.

Paralelamente y desde el primer día, al paciente JESÚS ALIRIO CORREA PÉREZ se le prescribió – y realizó- terapia respiratoria como un mecanismo preventivo de afecciones respiratorias secundarias a la quietud y a la respiración superficial que se presenta como una defensa natural del organismo frente al dolor.

No hay en estas decisiones clínicas desinterés o descuido alguno, es lo correcto y proporcional frente a las circunstancias descritas y por eso se procedió de

esa manera, cancelando cualquier expectativa de egreso -por el momento- y prologando la observación clínica en hospitalización, sometido a más exámenes y pruebas de apoyo diagnóstico, que contribuyeran a esclarecer la etiología de su cuadro clínico.

Durante el resto del día 28 de febrero, el paciente CORREA PÉREZ se mantiene estable, se le toman los exámenes paraclínicos ordenados y necesarios para esclarecer el hallazgo llamativo del incremento en el diámetro de la vía biliar reportado en el TAC de abdomen total realizado horas atrás, que podría significar la presencia de un cálculo o microcálculos (nótese que al paciente se le había extraído previamente la vesícula biliar) que pueden ocasionar una obstrucción de la vía biliar (que explicaría el incremento en el diámetro del conducto biliar) y que en sí misma es una patología seria y que además puede desencadenar otras muy graves y letales, tipo colangitis y/o pancreatitis, que hacían mandatorio su estudio y confirmación.

Adicionalmente y según horario, se le suministraron los medicamentos prescritos.

Para ese momento el paciente CORREA PÉREZ no tenía signos ni síntomas sugestivos de estar cursando con una respuesta inflamatoria sistémica que pudiese orientar a los galenos hacia la hipótesis de un cuadro de tipo infeccioso, no tenía fiebre, no tenía leucocitosis, no tenía taquicardia y no estaba hipotenso.

Rompiendo la secuencia narrativa de los hechos que soportan esta contestación, pero tratándose de una información pertinente y a lugar dentro de nuestro relato, sobre la que profundizaremos en varios momentos más adelante, debemos resaltar que como preparación a la cirugía de próstata por vía laparoscópica asistida por robot, realizada el 26 de febrero de 2019, el paciente JESÚS ALIRIO CORREA PÉREZ recibió cefazolina, como antibiótico profiláctico, repartido en tres dosis, una preoperatoria y las siguientes cada 6 horas, como está prescrito y dispuesto en las guías y consensos de práctica clínica correspondientes.

Retomando, el día 1º de marzo de 2019, se encuentra una primera valoración médica, a las 7:17 de la mañana, en que se registra lo siguiente (transcribo fragmentos):

Subjetivo: Mejoría notable del dolor y la distensión, presencia de flatos, sin deposición, sin fiebre, sin vómito.

Al examen físico lo encuentran en buen estado general, con signos vitales dentro de límites normales.

Abdomen blando, sin dolor, no hay signos de irritación peritoneal, no hay distensión.

El paciente además refiere sentir hambre (es una señal positiva dentro de la evolución clínica de un paciente que hasta ese momento se había mostrado hiporéxico) por lo que ordenan iniciar una dieta semiblanda.

Inclusive refiere la historia clínica, en el aparte correspondiente a análisis y plan, que se advierte una evolución favorable, con mejoría de la distensión y expulsión de flatos, que se incentiva la deambulacion asistida, la ingesta de líquidos y el incentivo respiratorio.

Seguidamente se formula nuevamente al paciente para el día.

A las 15:42 p.m. del mismo día 1º de marzo, el personal de enfermería comunica a los tratantes del servicio de urología, que el señor CORREA PÉREZ presenta nuevamente dolor abdominal y distensión, posterior al reinicio de la dieta. Fue valorado por el DR. FAKIH GARCÍA quien encuentra paciente con abdomen distendido, sin signos de irritación peritoneal y le llama la atención el tinte icterico en escleras y piel (tonalidad amarillenta propia de afecciones hepáticas, de vías biliares y otras) y la orina colúrica (orina oscura con motivo del incremento de las bilirrubinas) como signos nuevos y recientes en su condición clínica.

Inmediatamente se ordena la toma y el procesamiento de exámenes paraclínicos adicionales: cuadro hemático completo (hemograma tipo IV), pruebas de función hepática (bilirrubinas total y directa, transaminasa glutámico-pirúvica, transaminasa glutámico-oxalacética, fosfatasa alcalina), electrolitos (sodio, potasio, magnesio, calcio y cloro), y se suspende nuevamente la vía oral.

A las 18:32 del mismo 1º de marzo se reciben los resultados de los exámenes ordenados que muestran esencialmente leucopenia con bandas (disminución de los glóbulos blancos probablemente relacionada con un cuadro infeccioso), electrolitos normales y un incremento de las bilirrubinas (hiperbilirrubinemia mixta).

Se inicia una combinación de antibióticos potentes (piperacilina + tazobactam en una dosis de 4.5 grs, cada 6 horas) por vía intravenosa y se solicita valoración por cirugía general.

A las 19:52 (poco más de 1 hora después de registrada la interconsulta), el paciente es valorado por el departamento de cirugía general, primero por el residente y luego por el profesor, Dr. JUAN DAVID HERNÁNDEZ RESTREPO, quienes ordenan unos exámenes paraclínicos e imágenes adicionales, como son: gases arteriales, radiografía de tórax, resonancia magnética de la vía biliar (colangiografía) todos de carácter urgente, orientados a la búsqueda activa de alguna causa que explique el tinte icterico y el incremento significativo de las bilirrubinas (el máximo normal es 1 y el paciente las tiene en 6).

Se anota que las heridas de la laparoscopia se encuentran en buen estado, sin sangrado ni signos de infección.

En análisis y plan de cirugía general, el especialista menciona que si bien el paciente luce séptico, cursa sin fiebre y sin alteración de signos vitales y sin irritación peritoneal.

Ni los resultados de los exámenes ni los de las imágenes tomadas hasta ese momento son conclusivos del origen del deterioro clínico del paciente, en consecuencia seguir indagando sobre su origen es lo indicado.

Se ordena además prueba de amilasa en suero (enzima relacionada con procesos inflamatorios del páncreas).

No pretendemos transcribir íntegramente la historia clínica, ni mucho menos suplantar a los especialistas que intervinieron en el caso y que contribuirán con sus declaraciones expertas a esclarecer los hechos debatidos, simplemente queremos rechazar -de manera enfática- cualquier imputación relacionada con una presunta desatención del caso clínico del señor JESÚS ALIRIO CORREA

PÉREZ, o una falta de diligencia, seguimiento o de gestión frente a su estado clínico.

Tampoco admitimos que se sugiera que cursaba con un cuadro clínico de fácil diagnóstico y aproximación, cuando a la luz de los registros clínicos realizados en diferentes momentos, por diferentes observadores, de distintas disciplinas, se desprende la complejidad del caso, la inespecificidad de los hallazgos y la dificultad diagnóstica a la que se enfrentaban los tratantes y por la cual debieron agotar todos los recursos y ayudas tendientes a tratar de esclarecer lo que ocurría, dado que el plan terapéutico en caso de confirmarse una sepsis no era el mismo si provenía de una lesión intestinal o visceral inadvertida o de un proceso hepático, pancreático o de la vía biliar.

Finalmente, tampoco podemos perder de vista el corto tiempo en que se sucedieron los eventos clínicos iniciales de deterioro del paciente CORREA PÉREZ, en un lapso comprendido entre las 15:42 y las 23 horas del 1º de marzo, durante el cual se adoptaron muchas decisiones y conductas clínicas, todas racionales y pertinentes, hasta culminar con su traslado a la Unidad de Cuidado Intensivo para su monitorización, estabilización, estudios de extensión y tratamiento, al filo de la medianoche del 1º para amanecer el 2 de marzo.

Al hecho SEXTO: NO ES CIERTO.

En primer lugar el relato de la demanda y su reforma, salta del 28 de febrero al 2 de marzo, omitiendo el análisis de lo acontecido el 1º de marzo, que someramente fue expuesto en el hecho anterior y que es imperativo revisar de manera cuidadosa en el expediente clínico y deberán exponer los especialistas que participen con sus testimonios técnicos, para esclarecer las materias en cuestión.

En segundo lugar, debemos apartarnos del análisis que se plantea en relación con una presunta omisión en la información brindada al paciente previo a su cirugía.

Nos ha explicado el DR. CAICEDO CÁRDENAS que, cuando el paciente CORREA PÉREZ asistió a su consultorio por primera vez, en el mes de enero de 2019, buscando una segunda opinión externa e independiente a la que se le había facilitado en su lugar de residencia, el paciente ya venía con una información muy profunda y abundante de su cuadro clínico y alternativas de manejo, hasta el punto en que en varias ocasiones durante la cita, interpeló al galeno para decirle que la información que le estaba suministrando ya la sabía, que se lo habían explicado en Medellín y que tenía claro que *tenía y a que venía*.

Dada la educación y capacidad intelectual del paciente, el DR. CAICEDO CÁRDENAS reorientó su consulta hacia absolver las preguntas adicionales que le quisieran formular el propio paciente y su esposa, a efectos de complementar y no sobreabundar en una información conocida.

En relación con el formato de consentimiento utilizado para documentar la información suministrada al señor JESÚS ALIRIO CORREA PÉREZ previo a su intervención quirúrgica, la **FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTÁ**, ha sido pionera y líder en diseñar y adoptar formatos de autorización de procedimientos especializados (y no formatos generales) a partir de los cuales se explica al paciente de manera metódica y completa su condición clínica, el tipo de procedimiento al que será sometido, sus riesgos y potenciales beneficios, etc., describiendo un proceso de formación de la voluntad, muy superior, al que se obtenía con los formatos generales de otrora.

En el caso puntual, se habían realizado –para el año 2019- más de 500 cirugías urológicas asistidas por robot en la institución que represento, a partir de las cuales se habían identificado las 10 principales causas de complicaciones, aquellas que sobresalen por su frecuencia, dentro de los cuales no aparece la infección, que ocurre (según la literatura) en menos de un 0.2% de los casos.

En el entendido en que los médicos están obligados a exponer los riesgos más relevantes, frecuentes y previsibles de sus intervenciones, y habiendo 11 riesgos que cumplían esos supuestos, es natural que hayan sido esos los riesgos que hayan quedado incluidos en el formato aludido.

No pretendemos discutir, porque es evidente que no está, como un riesgo específico del procedimiento de prostatectomía radical más linfadenectomía asistida por robot, la infección, pero no por olvido o interés en ocultar una información relevante, sino porque – reitero- no constituye un riesgo frecuente que haya sido incluido por la comisión redactora, dentro de los de más frecuente aparición.

Con profundo respeto nos apartamos de la opinión sostenida por alguna parte de la doctrina (minoritaria por fortuna) que propende por consentimientos informados supremamente extensos en los que, a manera de lista taxativa, se provea a los pacientes información, no solo sobre los riesgos más frecuentes sino de todos los eventuales y aun excepcionales, que a nuestro juicio, lejos de contribuir a la conformación de una voluntad informada lo que promueven es una cultura del miedo y una práctica defensiva.

Entendido el consentimiento informado como la prueba escrita de la información facilitada al paciente, con racionalidad, tino y pertinencia, de manera que pueda hacerse una idea aproximada de su condición de salud, de sus requerimientos, de los riesgos que adopta con una u otra alternativa propuesta, no cabe duda que el formato suscrito en el caso que nos ocupa, cumple con ese objetivo.

Pero si, en gracia de discusión quisiéramos acudir al contenido literal del documento, debemos resaltar el párrafo que sigue a la enunciación de los riesgos y complicaciones más frecuentes, que a la letra dice:

“La mayoría de estas complicaciones se resuelven con tratamiento médico pero pueden llegar a requerir reintervención o una intervención mayor, en ocasiones de urgencia. NINGÚN PROCEDIMIENTO INVASIVO ESTÁ REALMENTE EXENTO DE RIESGOS IMPORTANTES, INCLUYENDO EL DE MORTALIDAD, SIENDO ESTE INFRECUENTE”.

En lo que respecta a la cita de algunos apartes del Manual de Sitio Operatorio adoptado por la institución prestadora de servicios de salud que represento, me remito a la fuente para evitar errores u omisiones y me aparto de las inferencias personales y manifestaciones subjetivas del apoderado actor, que mientras no tengan prueba técnica que las respalde, no pasan de ser apreciaciones de parte interesada carentes de valor científico o técnico.

Al hecho SEPTIMO: NO ES CIERTO como se plantea.

A simple vista se advierte que los diferentes examinadores del paciente se interrogan un posible evento infeccioso, a manera de hipótesis de trabajo, pero ninguno lo hace de manera afirmativa como quiera que los hallazgos de los exámenes clínicos, de los exámenes paraclínicos y de las imágenes tomadas, no resultaban conclusivos. En todo caso, no sobra resaltar que el paciente había recibido antibiótico profiláctico el 26 de febrero y que desde el 1º de

marzo de 2019, se había adicionado a su prescripción farmacológica una combinación de antibióticos muy potentes (piperacilina + tazobactam en una dosis de 4.5 gr cada seis horas) que el 2 de marzo fue escalado a uno de mayor potencia denominado meropenem.

La justificación del tipo de antibiótico que se prescribe y sus dosis e indicación, es algo que explicaran los expertos.

No sobra adicionar a este análisis el tema de la fuente de la sepsis, que la demanda atribuye a una infección nosocomial.

Los expertos en infectología consultados para entender este caso, difieren de esta tipificación, por varias razones científicas que expondrán en su oportunidad.

Sin embargo, nos explican que por el tiempo de aparición del cuadro séptico, el tipo de bacteria cultivada (*escherichia coli*), su sensibilidad y los hallazgos quirúrgicos que descartaron una lesión inadvertida de la pared intestinal o de vísceras adyacentes o cercanas al área intervenida, es posible establecer que se trata de una bacteria, que habitualmente se encuentra confinada al sistema gastrointestinal de una persona, donde cumple importantes funciones en el procesamiento de los alimentos, que por razones no conocidas pero no imputables a la atención sanitaria, podría traspasar, en ciertas circunstancias, las barreras naturales celulares (fenómeno conocido como translocación bacteriana) y contaminar tejidos, sangre u orina y transformarse en agente patógeno generando una infección.

La ocurrencia de este fenómeno es idiosincrática, inherente a la biología del individuo, a la respuesta inmune del paciente, a su traza genética y no puede impedirse, aun poniendo (como en este caso) todos los medios farmacológicos (antibiótico profiláctico seguido de una combinación de potentes antibióticos suministrados inmediatamente se sospechó una posible infección), técnicos y tecnológicos (procedimiento en condiciones asépticas, medidas de control bacteriológico de quirófanos, instrumental y equipos, entre otros), tendientes a minimizar su ocurrencia.

En relación con la determinación y ejecución de la ecoendoscopia, los tiempos son los esperados y ajustados a las guías, previsiones y condiciones de servicio y tratándose de un examen complementario, altamente especializado, su realización en el tiempo descrito, no resulta llamativo. Nótese también que durante el lapso de espera del procedimiento se adoptaron otras decisiones y conductas clínicas orientadas al mismo objetivo de esclarecer las causas del dolor y regular estado del paciente, entre las que se destacan, una colangiografía, la interconsulta a la especialidad de infectología, la realización de una creatinina y de un nuevo TAC de abdomen total con medio de contraste.

En cuanto se refiere a la presunta broncoaspiración ocurrida durante la ejecución de la ecoendoscopia del 2 de marzo de 2019 dentro de las instalaciones de la Unidad de Cuidados Intensivos y los detalles de la información que precedió al procedimiento, es importante acudir a la nota resaltada y cuestionada en la demanda, que con respeto no entendemos de la misma manera en que lo hace el colega actor, en la medida en que –en nuestra opinión– muestra un proceso continuado de información-atención en que se incluyen los datos y consideraciones previos al procedimiento, sus hallazgos y razones de su terminación anticipada, como precaución ante un potencial riesgo y sus conclusiones.

De su lectura no se desprende (o por lo menos no lo apreciamos así) que la información suministrada por el DR. GUSTAVO ADOLFO REYES MEDINA acerca del examen, al paciente y su esposa e hijos, haya sido posterior al procedimiento.

Volviendo al examen propiamente dicho, encontramos que se superaron los tiempos de ayuno recomendados antes de realizar este tipo de procedimientos (ampliando con ello el margen de seguridad ante el riesgo de una regurgitación de algún residuo alimenticio o de contenido gástrico o biliar a los pulmones, frente a los cuales el paciente no se puede defender en forma voluntaria porque se encuentra sedado) y que el objetivo diagnóstico del estudio (examinar el trayecto biliar hasta el colédoco medio y distal) se pudo lograr, descartando una obstrucción de la vía biliar.

La ecoendoscopia fue suspendida –en su etapa final- cuando se observó el paso retrogrado de contenido biliar del intestino al estómago. No hubo retorno de ese contenido al pulmón, como expresamente lo reporta el gastroenterólogo a cargo y lo corroboran las evoluciones e imágenes radiológicas tomadas durante la estancia del señor JESÚS ALIRIO CORREA PÉREZ en la Unidad de Cuidados Intensivos, durante el mes de marzo de 2019.

Son muchas las referencias que hacen los distintos profesionales involucrados en la atención del señor CORREA PÉREZ, en sus auscultaciones y valoraciones, en los registros de terapia respiratoria y en los resultados de los Rayos X de tórax diarios que le fueron tomados, que descartan que el paciente haya cursado con una neumonía aspirativa, como se plantea.

Frente a las aclaraciones que realiza el apoderado sobre el fundamento jurídico de la demanda, si bien no son hechos que deban responderse según la técnica procesal en este preciso acápite de la demanda, no puede dejar de mencionarse que no es cierto que hubiese una falta de información, como se descarta con la simple lectura de la historia clínica y se demostrará con suficiencia en la etapa procesal correspondiente, ni mucho menos que “no se hubieran ejecutado las medidas de prevención necesarias que la ciencia médica tiene establecidas para evitar las infecciones del sitio operatorio y las infecciones asociadas a la atención en salud (...)” por el contrario, se demostrará de manera técnica y así lo evidencian las pruebas documentales anexas, que se adoptaron todas las medidas indicadas por la *lex artis ad hoc* y las regulaciones sanitarias en materia de calidad, seguridad y prevención de infecciones, para minimizar su acaecimiento.

A los hechos OCTAVO, NOVENO y DECIMO: NO SON CIERTOS como se plantean, en el sentido de que el paciente JESÚS ALIRIO CORREA PÉREZ, tuvo una disfunción orgánica múltiple que no puede atribuirse de manera causal a la ecoendoscopia bilio pancreática del 2 de marzo de 2019, a las 19:01.

No queremos hacer interminable el relato de los fundamentos fácticos que soportan esta defensa y que se encuentran expuestos con gran detalle en la historia clínica que se aporta, sin embargo, si queremos aprovechar para resaltar la enorme complejidad del cuadro clínico del señor CORREA PÉREZ a la que se enfrentaron sin descanso los integrantes del equipo en salud de la **FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTÁ** y la disposición, sin límites ni barreras, de todos los recursos humanos, tecnológicos y farmacológicos disponibles, buscando una explicación de su condición clínica y una estabilización frente a su evidente y progresivo deterioro.

Es así como al paciente JESÚS ALIRIO CORREA PÉREZ se le realizaron, en el periodo comprendido entre el 2 de marzo y el 6 de abril de 2019, fecha de su

lamentable deceso, las siguientes intervenciones multidisciplinarias especializadas, que solo reseñamos de manera enunciativa para hacer ver la dedicación, esfuerzo y compromiso de todos los integrantes del equipo asistencial buscando una resolución favorable del caso:

- Fue valorado en forma permanente y concurrente por especialistas de los servicios de urología, cirugía general, medicina interna, nefrología, cuidado intensivo, infectología, gastroenterología, hepatología, neumología, terapia respiratoria y terapia física, entre otras.
- Como tempranamente se documentó que el paciente estaba cursando con una falla renal, fue atendido por nefrología quienes decidieron someter al paciente a terapia de reemplazo renal (hemodiálisis) que nunca fue suspendida.
- Fue realizado un eco doppler espleno-portal, para evaluar la circulación del bazo y de la vena porta.
- Fue realizada una segunda ecoendoscopia el 19 de marzo.
- Fue sometido a una biopsia hepática que permitió confirmar que el paciente cursaba con una falla hepática severa, producto de una colangitis lenta, tratada farmacológicamente.
- Se prescribieron antibióticos y antifúngicos variados, con racionalidad y pertinencia, con apoyo de los especialistas en infectología.
- Se utilizaron soportes vasopresores y vasoactivos en dosis óptimas.
- Se le practicaron dos laparotomías exploratorias y 10 lavados intra abdominales (el 4, 8, 11, 14, 19, 21, 23, 27, 31 de marzo y el 5 de abril) en que además se dejó el abdomen abierto y con un sistema de drenaje al vacío conocido como VAC.
- Se le hicieron un sinnúmero de exámenes paraclínicos e imágenes diagnósticas que orientaban las conductas y decisiones médicas del día a día.

Se ha revisado de manera multidisciplinaria el complejo caso del señor CORREA PÉREZ, que significó un verdadero desafío clínico para todo el equipo interdisciplinario involucrado en su atención, sin que haya una respuesta única y definitiva a los múltiples interrogantes que de él se han desprendido, y así se ha informado a sus deudos.

Un paciente de mediana edad, 64 años, sometido a una cirugía como la mencionada (prostatectomía radical más linfadenectomía laparoscópica asistida por robot), se espera que tenga una evolución satisfactoria dentro de sus primeras 48 horas postoperatorias, en caso de que no sea así, se estudian las causas más probables de un eventual deterioro, entre las cuales se encuentra una posible lesión trans-operatoria inadvertida de un asa intestinal, que facilitara la filtración de contenido intestinal a la cavidad abdominal y su consiguiente contaminación, que debidamente tratada también debería superarse en forma exitosa.

Esa hipótesis diagnóstica fue descartada tempranamente con un TAC de abdomen total con medio de contraste (realizado el 28 de febrero en la madrugada) y posteriormente, ante persistencia de dudas sobre el origen del posible cuadro séptico, se llevó a una nueva laparoscopia y posteriormente a una secuencia de laparotomías abdominales, con revisiones exhaustivas de todo el tracto gastrointestinal y la vejiga, que descartaron la fuga de contenido intestinal u orina a la cavidad peritoneal.

Es importante resaltar que durante toda la hospitalización del señor CORREA PÉREZ nunca fue posible erradicar la bacteria cultivada de su cavidad abdominal, a pesar de los innumerables lavados quirúrgicos realizados y a que estaba recibiendo el antibiótico correcto, en las dosis adecuadas (se trataba de

germen extremadamente sensible al antibiótico escogido, según los resultados confirmados de laboratorio).

Fue y aún hoy lo es, inexplicable ese fenómeno idiosincrático.

Surge la pregunta entonces, de cuál podría ser el foco del choque séptico del paciente (que es la disfunción de órganos causada por una respuesta anormal y disregulada - dysregulated del sistema inmune de un individuo que requiere el uso de vasopresores para mantener la presión arterial) y porque el organismo de una persona madura pero no anciana y sin factores de riesgo adicionales a su enfermedad maligna confirmada, reaccionó de manera atípica y poco efectiva ante una infección y luego, a pesar del uso temprano de antibióticos potentes, de la realización de intervenciones y lavados quirúrgicos, tampoco se obtuvo su estabilización?

Se preguntan también -y de nuevo es una duda compartida entre todos los especialistas tratantes, que lejos de mostrar desinterés o despreocupación sobre lo acontecido, han tratado de profundizar en el caso y obtener respuestas satisfactorias para compartir con la familia del fallecido-, si el paciente estaba inmunocomprometido por alguna patología oculta, si su caso fue producto de una translocación bacteriana (las bacterias habitantes del sistema gastrointestinal superaron las barreras naturales de los tejidos y colonizaron de manera oportunista tejidos lábiles, como puede ser un terreno recién intervenido quirúrgicamente o la colección de sangre que se forma con ocasión de la cirugía), si la falla de múltiples órganos incluido el hígado se habría podido anticipar o contrarrestar, sin haber obtenido una respuesta única satisfactoria.

Con ello pretendemos hacer notar la dificultad diagnóstica intrínseca del caso, inherente al organismo y a la propia biología del paciente, a su carga genética, a su respuesta idiosincrática, que por sí misma descarta las imputaciones de descuido, desatención o falla en el servicio dispensado durante los 40 días aproximadamente que duró su hospitalización hasta su infortunado deceso, a pesar de la dedicación, compromiso y calidad del servicio médico dispensado.

Nótese que el dictamen pericial de parte aportado como fundamento de la demanda y rendido por el especialista en urología de la Universidad CES de Medellín, suscrito por el DOCTOR JORGE MARIO RINCÓN GUZMÁN, se abstiene de cuestionar el manejo médico brindado y menos aún de calificarlo como descuidado, incompleto, errado o desacertado, todo lo contrario, reconoce la complejidad, dedicación, tratamientos e intervenciones realizados al enfermo por el equipo interdisciplinario tratante y a los intentos, algunos exitosos otros menos, orientados a buscar su estabilización y recuperación, reconociendo la dificultad diagnóstica y terapéutica a la que se enfrentaban.

Sus cuestionamientos apuntan a un tema eminentemente formal, en materia de suficiencia en la información previa al procedimiento, mencionando lo que en su entender es un defecto en el documento (cosa que no compartimos por las razones previamente expuestas) y que si, en gracia de discusión fuese verdaderamente un faltante, no puede hacer olvidar que el paciente no estaba siendo intervenido por una lesión electiva sino por una patología maligna que lo hubiese llevado a la muerte inexorablemente, de no haber atendido de manera oportuna la recomendación médica de operarse.

En consecuencia, habrá de ponderarse si el señor JESÚS ALIRIO CORREA PÉREZ, de haber conocido de manera anticipada la posibilidad menor al 0.2% de sufrir una infección, lo hubiese llevado a revocar su autorización a la cirugía

planteada, sometiéndose en cambio, a padecer la evolución natural de su enfermedad maligna de base.

En relación con la conclusión que se deriva de que fue la ecoendoscopia realizada el 2 de marzo la fuente de la neumonía multilobar diagnosticada 32 días después, nos explican los expertos que no es posible hacer esa correlación en la medida en que para el momento en que se documenta esa situación (la neumonía multilobar) el paciente CORREA PÉREZ llevaba muchos días con ventilación mecánica asistida y en una franca falla multisistémica, de manera que cualquier bacteria, virus u hongo oportunista hubiese podido ser la causa de su deterioro final.

La neumonía multilobar, ocurrida en el contexto clínico descrito, se considera una infección que se asocia, y puede esperarse que así ocurra, con una de las posibles complicaciones de un paciente hospitalizado en estado crítico, que está invadido por una o varias maniobras de soporte, necesarias para el mantenimiento de sus signos vitales y otras necesidades diagnósticas y/o terapéuticas (por ejemplo, una traqueostomía, soporte ventilatorio con tubo), o por una bacteria que circula en la sangre (bacteremia) como resultado de la implantación de catéteres endovenosos o por una infección urinaria severa por el uso de sondas, entre otros potenciales factores de riesgo, no controlables a pesar del cuidado y seguimiento estricto de guías, protocolos y medidas de asepsia y antisepsia adoptadas en la institución.

Nos hacen notar, eso sí, que el paciente tuvo auscultaciones por diferentes especialistas varias veces al día durante su estancia en la UCI, que lo atendieron los terapeutas respiratorios, dos y más veces por día, que se le realizaron múltiples imágenes radiológicas (una placa de tórax diaria) y que ninguna de ellas, durante todo el mes de marzo de 2019, menciona que el paciente tuviese una neumonía multilobar o una neumonía aspirativa, de manera que la correlación entre el examen practicado el 2 de marzo y el desenlace final, resulta alejado de la realidad documentada.

Dicho lo anterior, reiteramos que en el caso concreto se tomaron todas las medidas indicadas por la ciencia médica para minimizar el riesgo de infección, sin que tengan ningún asidero las afirmaciones personales que se realizan frente a presuntas (pero inexistentes) falencias en dicho aspecto, las cuales rechazamos.

Al hecho DÉCIMO PRIMERO: NO ES UN HECHO. Es la transcripción de algunos apartes seleccionados del dictamen pericial aportado, con base en los cuales se formulan deducciones, que se dan por ciertas, como si ya hubiesen sido objeto de contradicción dentro del debate.

Solicito al Despacho que se omita de la definición fáctica la transcripción de la prueba pericial aportada y que no se den por ciertas, aceptadas y probadas las deducciones e inferencias del interesado o de su perito, en la medida en que muchas de sus conclusiones no son compartidas por los especialistas tratantes, que esperan que, con sus declaraciones y dictámenes de parte anunciados, se despejen las dudas planteadas en el proceso.

Al hecho DÉCIMO SEGUNDO: ES CIERTO que la neumonía multilobar documentada al final de la vida del paciente JESÚS ALIRIO CORREA PÉREZ, contribuyó, dentro del contexto clínico descrito, al fatal desenlace, pero no es cierto que sea un evento secundario a la ecoendoscopia del 2 de marzo o a una deficiencia en el cuidado o a un descuido en el seguimiento de las pautas regulatorias, nacionales e internacionales, en materia de prevención de infecciones.

Al hecho DÉCIMO TERCERO: Reitero mi respuesta al hecho décimo primero de esta demanda, admitiendo que es una transcripción parcial del dictamen pericial de parte, pero que -como toda prueba- deberá ser sometida a su correspondiente contradicción en la oportunidad procesal correspondiente y entre tanto no se le puede asignar valor de certeza a sus conclusiones y menos cuando el cuestionario sometido a consideración del experto, lejos de buscar una análisis imparcial, se orienta con preguntas intencionadamente orientadas (como corresponde a una prueba de parte interesada) a demostrar el fundamento y procedencia de la demanda instaurada.

A los hechos DÉCIMO CUARTO y DÉCIMO QUINTO: NO ES CIERTO que el fallecimiento del paciente JESÚS ALIRIO CORREA PÉREZ sea fáctica y jurídicamente atribuible a una actuación culposa de la **FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTÁ** o de sus profesionales, ni que en sus comunicaciones se haya reconocido un defecto en el proceso asistencial por incumplimiento de alguna pauta sanitaria en materia de control de infecciones.

Al hecho DECIMO SEXTO: NO ES CIERTO, la atención brindada al señor JESÚS ALIRIO CORREA PÉREZ se ajustó por completo a la conducta esperada bajo los mismos supuestos fácticos, en consonancia con la *lex artis ad hoc*, se brindó la información suficiente y adecuada de acuerdo con la normativa y jurisprudencia aplicable y se tomaron todas las medidas tendientes a minimizar cualquier riesgo de infección, por lo que no existe imputación jurídica alguna a mi mandante, producto de su lamentable fallecimiento.

Al hecho DECIMO SÉPTIMO: Es de presumir que los familiares del enfermo padecieron gran tristeza y angustia por la evolución tórpida de su ser querido, por lo que se les brindó apoyo especializado para el afrontamiento del duelo, sin embargo, no se admite que el dolor natural ocasionada por su pérdida haya sido infringido por mi mandante, como quiera que en su intervención y la de sus agentes, no se observan errores o defectos que sean su causa directa y por los cuales deba ser llamada a responder.

En lo que respecta a los presuntos perjuicios materiales, en la objeción al juramento estimatorio se encuentra la oposición razonada a la tasación realizada por la parte demandante.

Al hecho DÉCIMO OCTAVO: ES CIERTO. Para la fecha de la atención de JESÚS ALIRIO CORREA PÉREZ se tenía suscrita y vigente una póliza de responsabilidad civil con CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A.

Al hecho DÉCIMO NOVENO: ES CIERTO. Se admite que el 18 de mayo de 2021 se adelantó y agotó sin éxito, el requisito de procedibilidad consagrado en la legislación nacional.

RESPUESTA A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

ME OPONGO a todas y cada una de las declaraciones, pretensiones y condenas, sean estas principales o consecuenciales, directas o indirectas, individuales o solidarias incluidas en la demanda o en su subsanación, porque carecen de fundamento legal y fáctico, toda vez que en el caso concreto no se reúnen los elementos *sine qua non* para que se pueda atribuir responsabilidad a mi mandante.

Efectivamente, en el comportamiento de la **FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTÁ** o de sus profesionales no se advierte la ocurrencia de culpa, negligencia o descuido, por la que deba ser llamada a responder.

A LA PRIMERA: Me OPONGO a la declaratoria de responsabilidad extracontractual y a la condena por los presuntos perjuicios reclamados por la parte demandante, toda vez que no existe un comportamiento culposo en cabeza de la institución que represento o de su equipo en salud, al cual se pueda atribuir la responsabilidad pretendida.

A LA SEGUNDA: Teniendo en cuenta que todas las pretensiones indemnizatorias perseguidas con la reclamación, en cualquiera de sus modalidades, tipologías y montos, derivan de la declaración de responsabilidad atribuida a la institución demanda y la misma carece de fundamentos, habrán de rechazarse.

En relación con el monto específico del perjuicio material demandado expresamente me referiré al punto en el acápite correspondiente a la objeción al juramento estimatorio de la demanda.

A LA TERCERA: Me OPONGO por las mismas razones y fundamentos que nos llevan a oponernos al reconocimiento de una falla en el servicio dispensado por la **FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTÁ** o sus agentes, dado que en su proceder no se configuran los presupuestos de esta estructura jurídica.

A LA CUARTA: Me OPONGO en la medida en que la obligación revérsica en cabeza de la entidad aseguradora solo surgiría previa demostración de la responsabilidad de su asegurado, cosa que, reiteramos, no se cumple en este caso.

A LA QUINTA: Me OPONGO a esta pretensión secuencial por las razones y fundamentos con los que me opongo a la pretensión principal.

A LA SEXTA: Me OPONGO a esta pretensión secuencial por las razones y fundamentos con los que me opongo a la pretensión principal.

OBJECIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO

Conforme lo dispone el artículo 206 del Código General del Proceso (Ley 1564 de 2012):

“Quien pretenda el reconocimiento de una indemnización, compensación o el pago de frutos o mejoras, deberá estimarlo razonadamente bajo juramento en la demanda o petición correspondiente, discriminando cada uno de sus conceptos. Dicho juramento hará prueba de su monto mientras su cuantía no sea objetada por la parte contraria dentro del traslado respectivo. Solo se considerará la objeción que especifique razonadamente la inexactitud que se le atribuya a la estimación.

Formulada la objeción el juez concederá el término de cinco (5) días a la parte que hizo la estimación, para que aporte o solicite las pruebas pertinentes. (...)”

La parte actora – tanto en la demanda como en la subsanación – estima bajo la gravedad del juramento los perjuicios materiales deprecados (lucro cesante consolidado y futuro) en la suma de \$3.875.502.548.00, sustentándola en una operación matemática simple que desconoce las pautas fijadas por la Corte Suprema de Justicia en materia de tasación de daños.

En consonancia con la disposición citada y siendo esta la oportunidad procesal pertinente, procedo a **OBJETAR** el juramento estimatorio, con base en las siguientes razones:

De acuerdo con el artículo 1614 del Código Civil el lucro cesante es *"la ganancia o provecho que deja de reportarse a consecuencia de no haberse cumplido la obligación, o cumplido imperfectamente, o retardado su cumplimiento."*

Al momento de tasar el lucro cesante se parte, en primer lugar, de una cifra de ingreso mensual del señor JESÚS ALIRIO CORREA PÉREZ, aún por demostrar y se lleva hasta la edad prevista en la tabla de vida probable masculina (no se especifica cual), como si se tratara de un paciente previamente sano, en el que no se hubiese confirmado una enfermedad maligna.

Igualmente se extrapola la cifra ganada por el paciente a un ingreso cierto de su esposa, inaplicando las reglas de la experiencia y las directrices jurisprudenciales en materia de apropiación de ingresos para gastos estrictamente personales y sin señalar la fórmula actuarial con base en la cual arriba a la cifra pretendida.

En cuanto a la tasación incluida en el dictamen pericial de parte rendido por el perito Diego Alexander Betancur, en materia de lucro cesante – tanto consolidado como futuro – se presenta una grave inexactitud que desconoce los lineamientos jurisprudenciales y las reglas de la experiencia, toda vez que se presume que el causante únicamente iba a destinar el 25% de sus ingresos a sus gastos propios, cuando la Jurisprudencia ha reiterado que, en eventos en que no existan hijos menores dependientes, los gastos personales deben calcularse sobre el 50% del ingreso y no sobre el 75%.

Es una inexactitud sustancial en la medida en que al partir de un ingreso base de liquidación mucho mayor que aquel reconocido por las Altas Cortes se arriba también a una cifra excedida.

Adicionalmente se reclama, a título de daño material de los demandantes, un ingreso salarial perdido, como si fuesen conceptos equivalentes y como si a ese respecto, la edad del paciente fuese indiferente y la titularidad del derecho económico fuese la misma.

Un hombre laboralmente activo en Colombia tendría derecho a una pensión de vejez a la edad de 62 años, heredable por su cónyuge supérstite y sus hijos (si demuestran las condiciones para ello y hasta una edad definida por la norma – máximo hasta los 25 años para personas capaces), de manera que el salario mensual percibido en virtud de un contrato de trabajo no puede considerarse un derecho económico cierto e indefinido en el tiempo, en una persona mayor.

La realidad es que el salario de un hombre por encima de la edad de retiro se reemplazaría –razonablemente– por una mesada pensional y, en consecuencia, el supuesto detrimento patrimonial de la familia solo podría calcularse con base en la diferencia entre tales concepto y repito, condicionado por la vida probable del titular, en este caso limitada por su enfermedad de base.

No es en consecuencia de recibo la hipótesis planteada y la operación matemática empleada para justificar la cuantía procesal.

Si bien lo hasta aquí expuesto sería suficiente fundamento para la objeción formulada, es necesario indicar –además– que la operación matemática que se realizó para tasar el lucro cesante desconoce las reglas y fórmulas jurisprudenciales adoptadas para tal fin, a saber:

$$\text{Lucro cesante pasado} = S = \frac{IBL (1+i)^n - 1}{i}$$

i

$$\text{Lucro cesante futuro} = S = \frac{IBL (1+i)^n - 1}{i (1+i)^n}$$

En la medida en que ni se enuncia la fórmula usada, ni los valores de cálculo empleados para despejar las incógnitas, ni al aplicarla, conforme lo dispone la Corte, se obtiene la cifra reclamada, por lo que resulta necesario rechazar el monto del perjuicio deprecado.

A LOS FUNDAMENTOS DE DERECHO

Niego que los fundamentos de derecho expuestos en este acápite de la demanda sean aplicables al caso, como quiera que en la atención médico sanitaria del señor JESÚS ALIRIO CORREA PÉREZ no se configuran los presupuestos de la responsabilidad civil, que a la luz de nuestro ordenamiento jurídico y de la interpretación jurisprudencial sobre la materia, se rige bajo un sistema de culpa probada.

No todo desenlace negativo en salud coincide con la noción de daño antijurídico ni del mismo puede deducirse en forma directa y causal un error o defecto en el servicio médico sanitario prestado.

Es menester identificar la pauta de conducta incumplida, la desviación en el comportamiento del agente que haya contribuido de manera directa a la producción del daño, de manera que la apreciación de la conducta médica debe hacerse comparándola con lo que habría adoptado otro profesional o institución prestadora de servicios, enfrentado a las mismas circunstancias de tiempo, modo y lugar, que el agente demandado.

Los fundamentos de nuestra oposición a la demanda instaurada y a la exposición jurídica incluida como soporte de la reclamación se desarrollan a continuación y constituyen el meollo de las excepciones de mérito que se plantean.

EXCEPCIONES DE MÉRITO

PRIMERA: INEXISTENCIA DE LOS PRESUPUESTOS DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL EN CABEZA DE LA FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTÁ.

En nuestro ordenamiento jurídico, la obligación de reparar un daño no puede ser impuesta a una persona, jurídica o natural, sin que previamente se hubieren demostrado los elementos propios de la responsabilidad.

Cuando nos encontramos frente a la responsabilidad derivada de la actividad médica, la carga probatoria es especial, pues la regla general impone que solamente sea el comportamiento negligente del prestador del servicio el que tiene la virtualidad de comprometer su responsabilidad.

Lo anterior en la medida en que las obligaciones que surgen de la relación médico - paciente son de medio y no de resultado, y por tanto la imposibilidad de sanar al paciente no implica de suyo la responsabilidad de los prestadores del servicio.

Así las cosas, en el caso que nos ocupa, no se dan los presupuestos para declarar la responsabilidad de la institución sanitaria que represento, pues no

se acreditaron - ni se podrán acreditar por que no existieron - los elementos de la responsabilidad médica, necesarios para lograr una condena en su contra.

Hay que tener claro que la función de la responsabilidad está ligada al concepto de *justicia correctiva*, por lo que solo es indemnizable el daño antijurídico, injusto, infringido a una persona, por un comportamiento alejado de aquel que hubiese recomendado el consenso mayoritario acogido y reconocido por la comunidad científica (para casos como el que nos ocupa) o cuya ocurrencia provenga del incumplimiento o desconocimiento de la regulación o del contrato social implícito en la prestación de servicios de salud.

En relación con cada uno de los elementos de la responsabilidad, propongo el siguiente análisis.

Daño: Elemento esencial y presupuesto de la responsabilidad médica en nuestro ordenamiento jurídico. Sin la existencia de un daño es imposible hacer el análisis de los restantes elementos necesarios para imputar la obligación de reparar. En el caso *sub iudice* hay que decir que no es posible hablar de *daño*, entendido este como la "*aminoración o alteración de una situación favorable*"¹, por lo menos en lo que a mi mandante atañe, en la medida en que el desenlace fatal (resultado negativo en salud) del paciente JESÚS ALIRIO CORREA PÉREZ no es producto de la actividad sanitaria defectuosa o descuidada o apartada de las regulaciones nacionales y locales.

De acuerdo con la historia clínica que se aporta y con las declaraciones recogidas entre los integrantes del equipo asistencial (que vendrán a deponer en el momento oportuno), la intervención de la **FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTÁ** y su cuerpo facultativo y asistencial, propendió siempre por el restablecimiento de la salud del paciente JESÚS ALIRIO CORREA PÉREZ, incluso cuando se encontraba en una situación crítica, sin ahorrar esfuerzos, dedicación, recursos y tecnología, hasta el momento final en que fue la carga de la enfermedad superior a los recursos terapéuticos posibles para ofrecerle.

No todo desenlace negativo en la salud de una persona puede ser interpretado como un daño antijurídico, hay eventos, como el que nos ocupa, que ocurren por causa de la naturaleza, del aleas de estar vivo, de las características atípicas y dinámicas de una enfermedad, de la carga genética de un organismo vivo, y no por causas atribuibles a las intervenciones médicas que lo anteceden.

Culpa o error de conducta inexcusable: Como se ha venido exponiendo a la largo de este escrito, la responsabilidad médica impone la necesidad de que el hecho generador del daño corresponda a una acción u omisión culposa por parte del prestador del servicio. La frustración frente a la obtención de un resultado no genera *per se* responsabilidad, toda vez que las obligaciones que prestan las instituciones médicas y los profesionales de la salud, son de medio y no de resultado. Solo la ligereza, el abandono de las recomendaciones de la comunidad científica, la transgresión de las obligaciones regulatorias del agente, podrían comprometer su responsabilidad frente al paciente, una vez se demuestre que no se pusieron a disposición de su causa todos los medios y recursos disponibles, con racionalidad, pertinencia, integralidad, seguridad, entre otros atributos de la calidad predicables de las obligaciones sanitarias.

¹ DE CUPIS, Adriano. "*El daño*". Barcelona, 1996.

La jurisprudencia de la Honorable Corte Suprema de Justicia², ha sido constante al sostener que:

*"[...] en tratándose de la ejecución del acto médico propiamente dicho, deberá indemnizar, en línea de principio y dejando a salvo algunas excepciones, los **perjuicios que ocasione mediando culpa, en particular la llamada culpa profesional**, o dolo, cuya carga probatoria asume el demandante [...]"* (destaco)

Para el caso que nos ocupa, la historia clínica y las declaraciones de los profesionales involucrados en la atención (que serán personalmente expuestas por ellos en la oportunidad procesal pertinente) e incluso en la opinión del experto consultado por los actores, dan cuenta de la diligencia y calidad con que fue atendido el señor JESÚS ALIRIO CORREA PÉREZ, resaltando la complejidad diagnóstica y terapéutica que día con día afrontaban los galenos que participaban en su atención.

No se evidencia una falta o error frente a la *lex artis* aplicable al caso, porque cada atención y procedimiento realizado (y fueron muchos) siguió los más estrictos parámetros y controles de calidad, tal como quedara demostrado en el proceso.

Por tanto, es de concluir que no existe razón alguna para afirmar que en este caso mi mandante o alguno de sus agentes, haya incurrido en alguna forma de descuido o negligencia a raíz del cual se hubiere causado un daño al paciente CORREA PÉREZ que esté obligado a reparar.

Nexo de causalidad: Entendido como el enlace necesario entre los otros dos extremos de la ecuación, la culpa y el daño, de manera que se demuestre que el segundo depende exclusivamente del primero.

Para el caso del paciente JESÚS ALIRIO CORREA PÉREZ, ninguno de los elementos constitutivos de la responsabilidad ha existido, de manera que no puede atribuírsele al actuar diligente de mi mandante, ni la causalidad ni las consecuencias dañosas cuya reparación se persigue.

SEGUNDA: APRECIACIÓN DEL ACTO MÉDICO - NATURALEZA DE LAS OBLIGACIONES MÉDICO ASISTENCIALES.

La presente excepción la hago consistir en el hecho de que no siempre la atención, aun siendo oportuna y ajustada a las directrices científicas, puede evitar, prevenir o contrarrestar las consecuencias de las patologías o condiciones de salud por las que consulta un determinado paciente. La Jurisprudencia ha sido clara en señalar que las obligaciones en el campo de la responsabilidad médica son de medio y no de resultado. Por ende, puede afirmarse que los profesionales de salud no están obligados "(...) a sanar el enfermo, sino a ejecutar correctamente el acto o serie de actos que, según los principios de su profesión, de ordinario deben ejecutarse para conseguir el resultado. El haber puesto estos medios, con arreglo a la ciencia y a la técnica, constituye el pago de esta clase de obligaciones"³.

Así las cosas, y como lo ha reconocido la doctrina nacional e internacional, la obligación del médico en este tipo de asuntos es de medios y no de resultado,

² Entre otras, sentencias de 5 de marzo de 1940, 12 de septiembre de 1985, 30 de enero del 2001 y 14 de noviembre del 2014.

³ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 30 de enero de 2001. MP: José Fernando Ramírez.

pues estamos frente a una de las llamadas profesiones liberales, donde el deudor asume la obligación de mera actividad, pues a dichos profesionales solo se les puede exigir una conducta solícita y diligente, en virtud de la cual han de procurar obtener la curación sin que el resultado (mejoría del paciente o prevención de una patología), haga parte del alcance del débito prestacional.

Así lo ha sostenido la Corte Suprema de Justicia, desde 1940: “[...] *el facultativo está obligado a desplegar en pro de su cliente los conocimientos de su ciencia y pericia, y los dictados de su prudencia, sin que pueda ser responsable del funesto desenlace de la enfermedad que padece su cliente o la no curación de éste [...]*”

Por su parte el artículo 104 de la Ley 1438 del año 2011 prescribe lo siguiente: "**Artículo 26. ACTO PROPIO DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD. Es el conjunto de acciones orientadas a la atención integral de salud, aplicadas por el profesional autorizado legalmente para ejercerlas. El acto profesional se caracteriza por la autonomía profesional y la relación entre el profesional de la salud y el usuario. Esta relación de asistencia en salud genera una obligación de medio, basada en la competencia profesional. (...)**" (Negrilla fuera de texto)

Entendido lo anterior, en el caso objeto de debate, el grupo médico interdisciplinario que tuvo a su cargo la atención del señor JESÚS ALIRIO CORREA PÉREZ, actuó de manera responsable, prudente, racional y cada una de las conductas y decisiones adoptadas se ajustaron a los dictados de la disciplina aplicables al caso y a las mejores prácticas conocidas, descartando con ello los presupuestos necesarios para endilgarle la responsabilidad pretendida a través de la presente acción resarcitoria.

TERCERA: ACAECIMIENTO DEL RIESGO INHERENTE – INEXISTENCIA DE ACTUACIÓN CULPOSA.

En la medida en que todo acto médico acarrea beneficios y riesgos, la Jurisprudencia ha sido clara en señalar que las obligaciones en el campo de la responsabilidad médica, por regla general y salvo escasas excepciones, son de medios y no de resultado y se ha sostenido de otra parte, que *“el riesgo que representa un tratamiento médico se asume por el paciente y es él quien debe soportar sus consecuencias cuando ellas no puedan imputarse a un comportamiento irregular de la entidad prestadora del servicio”*⁴

La posibilidad de materialización de los riesgos de un procedimiento invasivo, en gran parte depende de aspectos biológicos, es decir, de la reacción idiosincrática del organismo de cada paciente, que se encuentran fuera de la órbita de control de los profesionales tratantes.

En el caso en cuestión, el señor JESÚS ALIRIO CORREA PÉREZ previamente informado y advertido de los potenciales riesgos derivados del procedimiento quirúrgico propuesto y en constancia de aceptación suscribió los correspondientes consentimientos informados, debiendo asumir su eventual acaecimiento. Máxime si en su concreción no intervino culpa, descuido o desconocimiento de los agentes demandados.

Adicionalmente, la concreción de un riesgo inherente al tratamiento en ningún caso puede constituirse en fuente de responsabilidad, por cuanto, como ha

⁴ CONSEJO DE ESTADO. Sala de lo Contencioso Administrativo - Sección Tercera. Sentencia del 3 de abril de 1997. Consejero Ponente: Carlos Betancur Jaramillo.

sido reconocido por la Jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia, la concreción del riesgo previsto o inherente excluye necesariamente el elemento subjetivo de la responsabilidad, sin que pueda atribuirse a una conducta culposa o negligente por parte del profesional.

En efecto ha señalado la Corporación:

"En el punto, resulta cuestionable que haya lugar a responsabilidad civil derivada del acto médico, cuando se materializa un riesgo que es propio, natural o inherente al procedimiento ofrecido. En estos casos, el daño causado no tiene el carácter de indemnizable, al no estar precedido de un comportamiento culposo."

Frecuentemente el médico se encuentra con los riesgos inherentes al acto médico, sea de ejecución o de planeamiento, los cuales son inseparables de la actividad médica, por cuanto no puede predicarse que la medicina sea una ciencia exacta y acabada, sino en constante dinámica y evolución. Al respecto, la literatura sobre responsabilidad médica, como la reiterada jurisprudencia de esta Sala, es pacífica en sostener y reconoce que la Medicina es una ciencia en construcción, y por tanto, apareja la existencia de ciertos riesgos inherentes a la realización de ciertos procedimientos médicos, los cuales hacen que el daño derivado del acto médico no configure ninguna modalidad de culpa.

La expresión riesgo inherente, se compone de dos términos: de riesgo, el cual, según la RAE, es "contingencia o proximidad de un daño (...). Cada una de las contingencias que pueden ser objeto de un contrato de seguro (...). Estar expuesto a perderse o a no verificarse"; e inherente entendido como aquello: "Que por su naturaleza está de tal manera unido a algo, que no se puede separar de ello". Por lo tanto, debe juzgarse dentro del marco de la responsabilidad médica que riesgos inherentes son las complicaciones, contingencias o peligros que se pueden presentar en la ejecución de un acto médico e íntimamente ligados con éste, sea por causa de las condiciones especiales del paciente, de la naturaleza del procedimiento, la técnicas o instrumentos utilizados en su realización, del medio o de las circunstancias externas, que eventualmente pueden generar daños somáticos o a la persona, no provenientes propiamente de la ineptitud, negligencia, descuido o de la violación de los deberes legales o reglamentarios tocantes con la lex artis.

De tal manera, probable es, que el médico en la ejecución de su labor lesione o afecte al paciente; no obstante, no puede creerse que al desarrollar su actividad curativa y al acaecer menoscabos lesivos, pretenda ejecutar un daño al enfermo o, incursione por ejemplo, en las lesiones personales al tener que lacerar, alterar, modificar los tejidos, la composición o las estructuras del cuerpo humano. De ningún modo, el delito o el daño a la humanidad del doliente es la excepción; no es regla general, por cuanto la profesión galénica por esencia, es una actividad ligada con el principio de beneficencia, según el cual, es deber del médico, contribuir al bienestar y mejoría de su paciente. Al mismo tiempo la profesión se liga profundamente con una obligación ética y jurídica de abstenerse de causarle daño, como desarrollo del juramento hipocrático, fundamento de la lex artis, que impone actuar con la diligencia debida para luchar por el bienestar del paciente y de la humanidad, evitando el dolor y el sufrimiento. (...)”⁵ (Resaltado y negrita fuera del texto original)

CUARTA: INEXISTENCIA DE NEXO CAUSAL – OCURRENCIA DE UN HECHO EXTRAÑO O FACTOR EXIMENTE

Esta excepción se hace consistir en el hecho de que se pretenden deducir consecuencias jurídicas de causas equivocadas. En efecto, pretende la parte

⁵ Sentencia del 24 de mayo de 2017 de la Corte Suprema de Justicia – Sala de Casación Civil. Magistrado Ponente: Luis Armando Tolosa Villabona. Ref. SC7110-2017.

demandante responsabilizar a mi mandante por la falta de previsión e información de un resultado que ha tipificado como esperable.

Desconoce el actor que el formato de consentimiento informado y la responsabilidad médica en general, no van más allá de la obligación de anticipar los riesgos previstos, de aparición frecuente y significativa, no son ni pretenden ser una lista taxativa de eventos descritos y reconocidos en la teoría y la literatura científica, que de concretarse, por encima de otros riesgos, se convertirían en eventos imprevisibles y fortuitos.

Para ese efecto resulta pertinente la siguiente cita:

"En lo referente a la imprevisibilidad, suele entenderse por tal aquella circunstancia respecto de la cual "no sea posible contemplar por anticipado su ocurrencia", toda vez que "prever, en el lenguaje usual, significa ver con anticipación" entendimiento de acuerdo con el cual el agente causante del daño sólo podría invocar la configuración de la causa extraña cuando el hecho alegado no resulte imaginable antes de su ocurrencia, cuestión de suyo improbable si se tiene en cuenta que el demandado podría prefigurarse, aunque fuese de manera completamente eventual, la gran mayoría de eventos catalogables como causa extraña antes de su ocurrencia, más allá de que se sostenga que la imposibilidad de imaginar el hecho aluda a que el mismo jamás hubiera podido pasar por la mente del demandado o a que éste deba prever la ocurrencia de las circunstancias que resulten de más o menos probable configuración o a que se entienda que lo imprevisible está relacionado con el conocimiento previo de un hecho de acaecimiento cierto.

Sin embargo, el carácter imprevisible de la causa extraña también puede ser entendido como la condición de "imprevisto" de la misma, esto es, de acontecimiento súbito o repentino, tal y como lo expresan tanto el Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua, como el artículo 64 del Código Civil y la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia, de acuerdo con la cual "imprevisible será cuando se trate de un acontecimiento súbito, sorpresivo, excepcional, de rara ocurrencia". La recién referida acepción del vocablo "imprevisible" evita la consecuencia a la cual conduce el entendimiento del mismo en el sentido de que se trata de aquello que no es imaginable con anticipación a su ocurrencia, toda vez que esta última comprensión conllevaría a que la causa extraña en realidad nunca operase, si se tiene en cuenta que prácticamente todos los sucesos que ocurren a diario ya han sido imaginados por el hombre.

No está de más señalar, en cualquier caso, que la catalogación de un determinado fenómeno como imprevisible excluye, de suyo, la posibilidad de que en el supuesto concreto concurra la culpa del demandado, pues si éste se encontraba en la obligación de prever la ocurrencia del acontecimiento al cual se pretende atribuir eficacia liberatoria de responsabilidad y además disponía de la posibilidad real y razonable de hacerlo, entonces los efectos dañinos del fenómeno correspondiente resultarán atribuibles a su comportamiento culposo y no al advenimiento del anotado suceso. Culpa e imprevisibilidad, por tanto, en un mismo supuesto fáctico, se excluyen tajantemente.

Así pues, resulta mucho más razonable entender por imprevisible aquello que, pese a que pueda haber sido imaginado con anticipación, resulta súbito o repentino o aquello que no obstante la diligencia y cuidado que se tuvo para evitarlo, de todas maneras acaeció, con

independencia de que hubiese sido mentalmente figurado, o no, previamente a su ocurrencia.”

En el caso que nos ocupa, no existía razón para incluir el riesgo de infección, de manera puntual en el consentimiento de extracción radical de próstata por vía laparoscópica más linfadenectomía asistida por robot, porque a la luz de la casuística recaudada por el equipo quirúrgico operador del robot Da Vinci y de los estudios clínicos acogidos por la comunidad científica, este era inferior al 0.2%, muy por debajo de otros riesgos o complicaciones de aparición más frecuente y general.

En este sentido y como cita complementaria, ha señalado la Corte Suprema de Justicia lo siguiente:

"No se exige que la divulgación recaiga sobre todas las posibles situaciones adversas, por quiméricas que sean, sino que debe recaer sobre las normales o previsibles, con el fin de que el paciente asienta en su sometimiento. Bien se ha dicho que «[e]ste deber se extiende a los riesgos previsibles, pero no a los resultados anómalos, que lindan con el caso fortuito, y que no cobran relevancia según el id plerumque accidit, porque no puede desconocerse que el operador de salud debe balancear la exigencia de información con la necesidad de evitar que el paciente, por alguna eventualidad muy remota, inclusive, evite someterse a una intervención, por más banal que ésta fuera»⁶.

Así lo ha reconocido la Corporación: «no puede llegarse al extremo de exigir que se consignent en el 'consentimiento informado' situaciones extraordinarias que, a pesar de ser previsibles, tengan un margen muy bajo de probabilidad que ocurran» (SC9721, 27 jul. 2015, rad. n.º 2002-00566-01).

En definitiva, «la información debe circunscribirse a la necesaria, incluyendo las alternativas existentes, para que el paciente entienda su situación y pueda decidir libre y voluntariamente. Por lo mismo, ha de enterársele sobre la enfermedad de su cuerpo (diagnóstico), el procedimiento o tratamiento a seguir, con objetivos claros (beneficios), y los riesgos involucrados» (SC7110, 24 may. 2017, rad. n.º 2006-00234-01).”⁷

En todo caso, se incluía en el formato de consentimiento analizado, una información clara, suficiente y expresa de que el resultado de un procedimiento invasivo no estaba garantizado y que su ejecución, aun en manos expertas, con todos los cuidados y precauciones y ceñido a las pautas y recomendaciones científicas, entrañaba un riesgo, incluido el de mortalidad.

QUINTA: INEXISTENCIA DE UN PRESUNTO ERROR O RETARDO EN EL DIAGNOSTICO Y EN EL TRATAMIENTO.

Frente al error diagnóstico ha indicado la Corte Suprema de Justicia lo siguiente:

⁶ Corte de Casación italiana, sentencia n.º 1132 de 12 de junio de 1982, tomada de Guido Alpa, *Nuevo tratado de la responsabilidad civil*, Jurista Editores, Lima, 2006, p. 911.

⁷ Sentencia del 7 de diciembre de 2020. Corte Suprema de Justicia – Sala de Casación Civil. Magistrado Ponente: Aroldo Wilson Quiroz Monsalvo. SC4786-2020 Radicación n.º 20001-31-03-003-2001-00942-01

"2.2.1 El diagnóstico está constituido por el conjunto de actos enderezados a determinar la naturaleza y trascendencia de la enfermedad padecida por el paciente, con el fin de diseñar el plan de tratamiento correspondiente, de cuya ejecución dependerá la recuperación de la salud, según las particulares condiciones de aquel. Esta fase de la intervención del profesional suele comprender la exploración y la auscultación del enfermo y, en general la labor de elaborar cuidadosamente la "anamnesis", vale decir, la recopilación de datos clínicos del paciente que sean relevantes.

Trátase, ciertamente, de una tarea compleja, en la que el médico debe afrontar distintas dificultades, como las derivadas de la diversidad o similitud de síntomas y patologías, la atipicidad e inespecificidad de las manifestaciones sintomáticas, la prohibición de someter al paciente a riesgos innecesarios, sin olvidar las políticas de gasto adoptadas por los órganos administradores del servicio. Así por ejemplo, la variedad de procesos patológicos y de síntomas (análogos, comunes o insólitos), difíciles de interpretar, pueden comportar varias impresiones diagnósticas que se presentan como posibles, circunstancias que, sin duda, complican la labor del médico, motivo por el cual para efectos de establecer su culpabilidad se impone evaluar, en cada caso concreto, si aquel agotó los procedimientos que la *lex artis ad hoc* recomienda para acertar en él.

En todo caso, sobre el punto, la Corte debe asentar una reflexión cardinal consistente en que será el error culposo en el que aquel incurra en el diagnóstico el que comprometerá su responsabilidad; vale decir, que como la ciencia médica ni quienes la ejercen son infalibles, ni cosa tal puede exigírseles, sólo los yerros derivados de la imprudencia, impericia, ligereza o del descuido de los galenos darán lugar a imponerles la obligación de reparar los daños que con un equivocada diagnosis ocasionen. Así ocurrirá, y esto se dice a manera simplemente ejemplificativa, cuando su parecer u opinión errada obedeció a defectos de actualización respecto del estado del arte de la profesión o la especialización, o porque no auscultaron correctamente al paciente, o porque se abstuvieron de ordenar los exámenes o monitoreos recomendables, teniendo en consideración las circunstancias del caso, entre otras hipótesis. En fin, comprometen su responsabilidad cuando, por ejemplo, emitan una impresión diagnóstica que otro profesional de su misma especialidad no habría acogido, o cuando no se apoyaron, estando en la posibilidad de hacerlo, en los exámenes que ordinariamente deben practicarse para auscultar la causa del cuadro clínico, o si tratándose de un caso que demanda el conocimiento de otros especialistas omiten interconsultarlo, o cuando, sin justificación valedera, dejan de acudir al uso de todos los recursos brindados por la ciencia.

Por el contrario, **aquellos errores inculpables que se originan en la equivocidad o ambigüedad de la situación del paciente, o las derivadas de las reacciones imprevisibles de su organismo, o en la manifestación tardía o incierta de los síntomas, entre muchas otras, que pueden calificarse como aleas de la medicina no comprometen su responsabilidad.**

Por supuesto que esto coloca al juez ante un singular apremio, consistente en diferenciar el error culposo del que no lo es, pero tal problema es superable acudiendo a la apreciación de los medios utilizados para obtener el diagnóstico, a la determinación de la negligencia en la que hubiese incurrido en la valoración de los síntomas; en la equivocación que cometa en aquellos casos, no pocos, ciertamente, en los que, dadas las características de la sintomatología, era exigible exactitud en el diagnóstico, o cuando la ayuda diagnóstica arrojaba la suficiente certeza. De manera, pues, que el meollo del asunto es determinar cuáles recursos habría empleado un médico prudente y diligente para dar una certera diagnosis, y si ellos fueron o no aprovechados, y en este último caso porque no lo fueron.

*En todo caso, y esto hay que subrayarlo, ese **error debe juzgarse ex ante, es decir, atendiendo las circunstancias que en su momento afrontó el médico, pues es lógico que superadas las dificultades y miradas las cosas retrospectivamente en función de un resultado ya conocido, parezca fácil haber emitido un acertado diagnóstico.***" (Resaltado nuestro)

En el caso que nos ocupa, no existió un error u omisión diagnóstica de parte de mi representada o de su equipo asistencial ni en la atención del señor JESÚS ALIRIO CORREA PÉREZ ni se omitió algún recurso, apoyo o valoración disponible, que hubiese generado un retardo o error en el diagnóstico o plan de tratamiento de la sepsis que presentó y que lo llevó a una falla multisistémica catastrófica, cuyas consecuencias no fue posible revertir a pesar del cuidado, diligencia y dedicación con que fue atendido su caso.

SEXTA: CUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD – OBLIGACIÓN DE SEGURIDAD.

La **FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTÁ** cumplió a cabalidad con todos los estándares de calidad para la prestación de los servicios de salud y con las obligaciones propias de su nivel de complejidad.

En efecto y para el caso que nos ocupa, la atención prestada se dio dentro de las instalaciones adecuadas, con los equipos necesarios y por los profesionales idóneos garantizando una actuación diligente, experta, prudente y de conformidad con los dictados de la ciencia médica y de los protocolos y guías de atención, de manera que no existe fundamento para hablar de incumplimiento de las obligaciones asistenciales que le son propias.

En el mismo sentido, cuenta la **FUNDACIÓN SANTA FÉ DE BOGOTÁ**, con un equipo multidisciplinario de profesionales volcados a la tarea de identificar, controlar y minimizar los riesgos de infección que potencialmente pueden presentarse dentro de la atención sanitaria y con un sistema muy robusto de indicadores, mediciones y protocolos específicamente diseñados, y en permanente evaluación y actualización, en procura de ese objetivo.

Para el caso que nos ocupa y como corolario de lo expuesto, debemos aclarar que la infección documentada en el paciente JESÚS ALIRIO CORREA PÉREZ no puede considerarse como una infección asociada al cuidado o a la prestación del servicio de salud, de manera que por su ocurrencia no puede deducirse una presunta transgresión al deber de seguridad ni menos aún presumirse una responsabilidad objetiva.

EXCEPCIÓN GENÉRICA

Propongo la excepción conocida como genérica, de conformidad con la cual deben ser declaradas por el Juzgador todas aquellas excepciones, fundadas en la Ley y la Constitución, que resulten probadas, sin perjuicio de que hayan sido expresamente enunciadas en este escrito.

LLAMAMIENTO EN GARANTÍA A CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A.

Solicito tener por cumplido el requisito sustancial y formal para incoar la pretensión revérsica correspondiente al caso que nos ocupa, de manera que el escrito de llamamiento, radicado dentro de la oportunidad procesal original pertinente y conforme con el cual se vinculó a la compañía aseguradora, mantenga su valor, reconocimiento y consecuencias jurídicas.

A LAS PRUEBAS SOLICITADAS EN LA DEMANDA

A LA EXHIBICIÓN DE DOCUMENTOS SOLICITADA:

Teniendo en cuenta que con la presente contestación se aporta la totalidad de la historia clínica del señor JESÚS ALIRIO CORREA PÉREZ, así como el Manual Sitio Operatorio, se torna innecesario recurrir a la figura de exhibición solicitada, por satisfacción anticipada del objeto probatorio perseguido a través de ese medio de prueba.

A LAS PRUEBAS PERICIALES APORTADAS:

Con el fin de ejercer el derecho de contradicción consagrado en la Constitución Nacional y desarrollado en las normas procesales vigentes (Artículo 228 del C.G.P.) solicito se sirva ordenar la comparecencia de los profesionales JORGE MARIO RINCÓN GUZMÁN Y DIEGO BETANCUR ESPINOSA.

Sin perjuicio de lo anterior, solicito que se decrete el dictamen pericial especializado anunciado en punto siguiente, que tendrá el doble objetivo de contribuir a la prueba de esta defensa y controvertir la prueba técnica aportada por la parte actora.

A LA COMPETENCIA, CUANTÍA Y PROCEDIMIENTO

Acepto que el trámite que debe dársele a la presente acción civil debe ser el de un Proceso Verbal. No obstante, en relación con el monto de la cuantía que sirve de fundamento al proceso, debe indicarse que la misma solo se acepta por razones de competencia y trámite, sin embargo, es necesario insistir en que, de acuerdo con la doctrina vigente sobre la materia, todo daño debe ser plenamente probado por quien lo reclama, tanto en su monto, como en su existencia, su extensión y su causalidad.

SOLICITUD DE PRUEBAS

De otra parte, solicito se admitan, decreten y practiquen, las siguientes pruebas:

1. DOCUMENTALES:

Con la contestación a la demanda inicial se aportaron las siguientes pruebas documentales, cuya incorporación al plenario y valoración reitero:

- 1) Historia clínica de la **FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTÁ** correspondiente al paciente JESÚS ALIRIO CORREA PÉREZ.
- 2) Documentos, guías, procesos, procedimientos e indicadores adoptados por la **FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTÁ**, dentro de su programa de vigilancia epidemiológica – Comité de Infecciones.

Adicionalmente aportamos con la contestación a la reforma de la demanda las siguientes pruebas documentales:

Anexo 1: Estándar Operacional: Prevención de Neumonía asociada a la atención en salud en paciente adulto hospitalizado.

Anexo 2: Estándar Operacional: Limpieza y desinfección de superficies y equipos biomédicos.

Anexo 3: Estándar Operacional: Prevención de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica

Anexo 4: Estándar Operacional: Evaluación de estrategias de Prevención de Infecciones del Tracto Sanguíneo Asociadas a Catéter Venoso Central

Anexo 5: Estándar Operacional: Evaluación de Estrategias de Prevención de Infección Urinaria Asociada a Catéter Urinario.

Anexo 6: Estándar Operacional: Higienización de Manos: Técnica de Fricción con Productos de Alcohol.

Anexo 7: Estándar Operacional: Precauciones de contacto

Anexo 8: PPT Informe Infecciones Asociadas a la Atención en Salud- 2019

Anexo 9: Infecciones en Ginecoobstetricia 2019

Anexo 10: Informe Infecciones del sitio operatorio 2019

Anexo 11: Medición de la Adherencia al Lavado de Manos, según los Cinco Momentos De la Oms- Duazary, vol. 14, núm. 2, pp. 1-10, 2017- Universidad del Magdalena

2. INTERROGATORIOS DE PARTE:

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 198 y siguientes del Código General del Proceso, comedidamente solicito se decrete el interrogatorio de la señora ANGELA MARÍA ECHEVERRI OCHOA, JUAN ESTEBAN CORREA ECHEVERRI Y SANTIAGO CORREA ECHEVERRI, a fin de que absuelvan el interrogatorio de parte que en su momento se les formulará, relacionado con los hechos de la demanda.

3. TESTIGOS TÉCNICOS:

Solicito que se llamen a declarar, atendiendo su doble calidad de testigo de los hechos y de expertos en las materias objeto de debate, a los siguientes profesionales:

- 1) Al Doctor **JUAN IGNACIO CAICEDO CÁRDENAS**, médico cirujano especialista en urología, quien llevo a cabo el procedimiento de resección de próstata más linfadenectomía asistida por robot el 26 de febrero de 2019 y

participó durante toda la atención del señor JESÚS ALIRIO CORREA PÉREZ hasta su defunción el 6 de abril, como médico tratante, acompañando los diferentes eventos quirúrgicos a los que fue sometido y participando en las juntas clínicas de decisiones, a fin de que exponga todo lo que le conste y sepa en relación con los asuntos que se debaten en este proceso.

- 2) Al Doctor **NAYIB OMAR FAKIH GARCIA**, médico urólogo (para el momento de los hechos en formación de postgrado) quien tuvo a su cargo y le constan las particularidades de la evolución postoperatoria del señor CORREA PÉREZ y las razones de las decisiones y determinaciones clínicas adoptadas para su manejo.
- 3) Al Doctor **JUAN DAVID HERNÁNDEZ RESTREPO**, médico especialista en cirugía general, quien intervino al paciente el 2 de marzo de 2019, en una primera ocasión y luego en las múltiples oportunidades en que fue llevado a lavados quirúrgicos, a fin de que exponga sus hallazgos intra-operatorios, la búsqueda activa de eventuales lesiones inadvertidas del tracto gastrointestinal, recto y vejiga y sus resultados, y en general todo lo que le conste y contribuya a esclarecer las materias objeto de debate.
- 4) Al Doctor **GUSTAVO ADOLFO REYES MEDINA**, médico especialista en gastroenterología, quien tuvo a su cargo la realización de la ecoendoscopia bilio - pancreática a la que se le atribuye un evento adverso desencadenante del proceso tórpido del paciente y sus complicaciones respiratorias.
- 5) Al Doctor **RENZO PINTO CARTA**, médico especialista en medicina interna y subespecialista en gastroenterología y endoscopia digestiva, quien llevó a cabo la ecoendoscopia del 19 de marzo de 2019, a fin de que explique sus hallazgos y conclusiones.
- 6) Al Doctor **JUAN MANUEL GOMEZ MUÑOZ**, médico especialista en medicina interna e infectología, a fin de que explique al Despacho, todos los asuntos que le consten en relación con la atención del señor JESÚS ALIRIO CORREA PÉREZ, la clasificación de las infecciones que le fueron diagnosticadas, los tipos de bacterias cultivadas, su sensibilidad a los antibióticos suministrados, entre otros asuntos que le consten y permitan aclarar las materias debatidas.

Igualmente para que ilustre al Despacho sobre las guías, protocolos, mediciones y mecanismos vigentes en los quirófanos y unidades de cuidado intensivo adoptadas en la **FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTÁ**, para minimizar el riesgo de adquisición de infecciones asociadas al cuidado de la salud, estadísticas institucionales, comparación con estándares internacionales y demás asuntos que conozca y contribuyan a aclarar las materias en discusión.

- 7) A la Doctora **MÓNICA LORENA TAPIAS MANTILLA**, médica internista subespecialista en hepatología, a fin de que ilustre al Despacho en que consiste la colangitis lenta, porque es una situación o condición clínica relevante para el caso del señor CORREA PÉREZ, su contribución al deterioro y demás asuntos que desde su especialidad y experiencia contribuyan a aclarar las materias relevantes a este caso.
- 8) A la Doctora **JENNY ROCIO CARDENAS BOLÍVAR**, médica especialista en cuidado intensivo y jefe de la correspondiente unidad, a fin de que desde sus conocimientos y experiencia contribuya a aclarar los temas debatidos, ofrezca un relato pormenorizado de las conductas clínicas adoptadas en el servicio, la evolución y condicionantes observados en el paciente JESÚS

ALIRIO CORREA PÉREZ, entre otros asuntos que competan a su especialidad y contribuyan a aclarar las materias analizadas en este proceso.

- 9) A la Doctora **SANDRA JULIANA JIMÉNEZ ACOSTA**, médica nefróloga quien participó como miembro activo del equipo clínico que atendió al señor JESÚS ALIRIO CORREA PÉREZ, durante su estancia en la Unidad de Cuidado Intensivo, con ocasión de su falla renal, de manera que explique al Despacho sus conductas en el contexto clínico crítico que lo aquejaba y las razones y objetivos pretendidos con sus intervenciones.
- 10) A la Doctora **BIBIANA ANDREA PINZÓN VALDERRAMA**, médica radióloga, quien, con base en su experiencia, conocimientos y formación, podrá aclarar al Despacho los hallazgos de las radiografías de tórax tomadas al paciente CORREA PÉREZ durante su estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos de **LA FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTÁ**, en el periodo comprendido entre el 2 de marzo y el 6 de abril de 2019 y podrá esclarecer, desde su disciplina, el momento de la aparición de la neumonía multilobar.
- 11) A la enfermera profesional, **ADRIANA MERCHÁN RESTREPO**, enfermera coordinadora de vigilancia epidemiológica institucional, a fin de que exponga los resultados recogidos en la **FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTÁ** dentro de su programa de vigilancia y control de infecciones, su comparación con los estándares nacionales e internacionales de referencia y, muy puntualmente, los indicadores recogidos durante los meses de febrero, marzo y abril de 2019 en la Unidad de Cuidados Intensivos y en quirófanos a fin de esclarecer si durante ese periodo se documentó algún brote o se recolectó algún dato de alarma en materia de incremento de infecciones institucional.

Los anteriores especialistas podrán ser citados por mí conducto, como parte interesada en la prueba, o a través de la oficina jurídica de la **FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTÁ**, localizada en la Calle 119 No. 7 - 75, teléfono 6030303 de Bogotá.

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 2º de la Ley 2213 de 2022, solicitamos que las declaraciones sean recibidas por medios tecnológicos, mediante el aplicativo de audiencia virtual que considere el Despacho.

Entendemos que se trata de un numeroso grupo de testigos expertos, pero rogamos al Despacho decretarlos conforme nuestra solicitud, habida cuenta que cada uno expondrá asuntos relacionados con su propia especialidad y por lo tanto no serán declaraciones redundantes sino complementarias.

4. DICTAMEN PERICIAL:

De conformidad con el artículo 227 del Código General del Proceso y en consideración a que el tiempo previsto para dar respuesta a la demanda y su reforma resultó insuficiente para conseguir un dictamen médico especializado, que cumpla el doble objetivo de contribuir a la defensa y controvertir el aportado por la parte contraria, me permito **ANUNCIAR** que (de conformidad con las instrucciones recibidas de mi mandante) aportaré con posterioridad un dictamen pericial médico especializado, rendido por un profesional experto y reconocido, con el fin de verificar los hechos que interesan al proceso y que requieran especiales conocimientos científicos y técnicos.

En consideración a la complejidad temática, al abundante material de estudio y a los conocimientos especializados que se requieren para su práctica, solicito se decrete la prueba y se conceda un término prudencial y razonable para su posterior depósito.

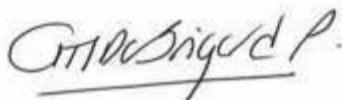
NOTIFICACIONES

La **FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTÁ** las recibe en su sede principal ubicada en la Calle 119 No. 7 - 75, teléfono 6030303 de Bogotá y en su correo electrónico registrado: notificacion.legales@fsfb.org.co

La suscrita apoderada judicial principal en la Secretaría de su Despacho y en mi oficina de abogada ubicada en la Carrera 4B No. 59 - 47, teléfonos 2486162 y 3459128 de la ciudad de Bogotá y en mis correos electrónicos: presidencia@amdebrigard.com
info@amdebrigard.com

Por su parte la apoderada suplente, Dra. ADRIANA GARCÍA GAMA, las recibe en la misma dirección física de la principal y en su correo electrónico adrianagarcia@amdebrigard.com y en su teléfono móvil 316 6900166.

De la señora Jueza respetuosamente,



ANA MARÍA DE BRIGARD PÉREZ
C.C. No. 51.699.955 de Bogotá
T.P. No. 44.980 del C. S. de la J.
presidencia@amdebrigard.com

Radicación No. 11001310304620210045900 Asunto: Contestación reforma de la demanda

Ana María De Brigard Pérez <presidencia@amdebrigard.com>

Jue 4/08/2022 9:50 AM

Para: Juzgado 46 Civil Circuito - Bogotá - Bogotá D.C.

<j46cctobt@cendoj.ramajudicial.gov.co>;notificacioneslegales.co@chubb.com

<notificacioneslegales.co@chubb.com>;Calderon Moreno Angie Alejandra

<notificacion.legales@fsfb.org.co>;notificaciones@prietopelaez.com <notificaciones@prietopelaez.com>;Camila Muñoz

<mcamilamunoz@prietopelaez.com>;adrianagarcia@amdebrigard.com <adrianagarcia@amdebrigard.com>;Penaloza

Pardo Valentina Andrea <valentina.penaloz@fsfb.org.co>;Laura Restrepo Madrid <lrestrepo@restrepovilla.com>

 12 archivos adjuntos (24 MB)

Contestación reforma de la demanda - ANGELA MARÍA ECHEVERRI OCHOA.pdf; Anexo 2

Estandar_Operacional_Limpieza_y_desinfeccion_de_superficies_y_equipos_biomedicos.pdf; Anexo 3

Estandar_Operacional_Prevenccion_de_Neumonia_Asociada_a_Ventilacion_Mecanica.pdf; Anexo 5

Estandar_Operacional_Evaluacion_de_Estrategias_de_Prevenccion_de_Infeccion_Urinaria_Asociada_a_Cateter_Urinario.pdf; Anexo 4

Estandar_Operacional_Evaluacion_de_estrategias_de_Prevenccion_de_Infecciones_del_Tracto_Sanguineo_Asociadas_a_Cateter_Venoso_Ce.pdf;

Anexo 7 Estandar_Operacional_Precuciones_de_contacto.pdf; Anexo 6 Estandar_Operacional_Higienizacion_de_Manos

_Tecnica_de_Friccion_con_Productos_de_Alcohol.pdf; Anexo

1Estandar_Operacional_Prevenccion_de_Neumonia_asociada_a_la_atencion_en_salud_en_paciente_adulto_hospitalizado.pdf; Anexo 11 Medición

de la Adherencia al Lavado de Manos, según los Cinco Momentos De la Oms- Duazary, vol. 14, núm. 2, pp. 1-10, 2017- Universidad del

Magdalena.pdf; Anexo 9-INFECIONES EN GINECOOBSTETRICIA.pptx; Anexo 10-Informe Infecciones del sitio operatorio.pptx; Anexo 8-Informe

Infecciones Asociadas a la Atención en Salud 2019.pptx;

SEÑORA**JUEZ CUARENTA Y SEIS (46) CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D.C.****E.****S.****D.****REF:** PROCESO VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL MÉDICA**DEMANDANTES:** ÁNGELA MARÍA ECHEVERRI OCHOA, JUAN ESTEBAN Y SANTIAGO CORREA ECHEVERRI**DEMANDADOS:** FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTÁ Y CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A.**RADICACIÓN No. 11001310304620210045900****ASUNTO:** CONTESTACIÓN REFORMA DE LA DEMANDA

ANA MARÍA DE BRIGARD PÉREZ, mayor de edad, vecina de Bogotá, identificada con cédula de ciudadanía No. 51.699.955 de Bogotá, abogada en ejercicio, portadora de la Tarjeta Profesional No. 44.980 del Consejo Superior de la Judicatura, apoderada reconocida de la **FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTÁ**, concurre en tiempo a dar contestación a la reforma a la demanda, en los términos del escrito adjunto (1 PDF).

Acompañan a esta contestación los siguientes anexos documentales, adicionales a los que ya obran en el plenario:

Anexo 1: Estándar Operacional: Prevención de Neumonía asociada a la atención en salud en paciente adulto hospitalizado.**Anexo 2:** Estándar Operacional: Limpieza y desinfección de superficies y equipos biomédicos.**Anexo 3:** Estándar Operacional: Prevención de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica**Anexo 4:** Estándar Operacional: Evaluación de estrategias de Prevención de Infecciones del Tracto Sanguíneo Asociadas a Catéter Venoso Central**Anexo 5:** Estándar Operacional: Evaluación de Estrategias de Prevención de Infección Urinaria Asociada a Catéter Urinario.**Anexo 6:** Estándar Operacional: Higienización de Manos: Técnica de Fricción con Productos de Alcohol.**Anexo 7:** Estándar Operacional: Precauciones de contacto**Anexo 8:** PPT Informe Infecciones Asociadas a la Atención en Salud- 2019**Anexo 9:** Infecciones en Ginecoobstetricia 2019**Anexo 10:** Informe Infecciones del sitio operatorio 2019

Anexo 11: Medición de la Adherencia al Lavado de Manos, según los Cinco Momentos De la Oms- Duazary, vol. 14, núm. 2, pp. 1-10, 2017- Universidad del Magdalena

De ustedes con toda atención



Ana María De Brigard Pérez

Presidenta

Carrera 4 B # 59-47

Teléfonos (+57 1) 2486162/63

Bogotá - Colombia

www.amdebrigard.com

