



REPUBLICA DE COLOMBIA - RAMA JUDICIAL DEL PODER
PÚBLICO

Juzgado De Circuito - Civil 0011 Barranquilla

Estado No. 138 De Viernes, 25 De Agosto De 2023



FIJACIÓN DE ESTADOS

Radicación	Clase	Demandante	Demandado	Fecha Auto	Auto / Anotación
08001405300420210041701	Apelación Sentencia	Enrique Jadad Bechada	Banco Davivienda S.A	24/08/2023	Auto Decreta - Amplia Termino Proferir Sentencia
08001315301120230012200	Procesos Ejecutivos	Banco Bbva Colombia	Ismael De Jesus Simanca Pallares	24/08/2023	Auto Ordena Seguir Adelante Ejecucion
08001315301120220017600	Procesos Ejecutivos	Luis Orlando Ortiz Ibañez	Jairo Elberto Rodriguez Arrieta, Emilio Jose Tapia Aldana	24/08/2023	Auto Ordena - Ordena Dar Traslado Escrito Sancion Al Pagador
08001315301120210034300	Procesos Verbales	Kelvin Taborda Piedrahita Y Otro	Organizacion Clinica General Del Norte S.A., Y Otros Demandados	24/08/2023	Sentencia - Dicta Sentencia
08001315301120220008100	Procesos Verbales	Shetty Yepes Ortiz	Eduardo Isaac Barrios Mendoza, Y Otros Demandados, Nilton Jose Julio Ojeda	24/08/2023	Auto Concede - Concede Recurso De Apelacion Contra Sentencia En El Efecto Suspensivo
08001315301120210031100	Procesos Verbales	Ups Scs (Colombia) Ltda	International Alliance Of Trade Import Export Ltda. Sigla I.A.T. Ltda.	24/08/2023	Auto Fija Fecha - Señala Fecha Audiencia

Número de Registros: 6

En la fecha viernes, 25 de agosto de 2023, se fija el presente estado por el término legal, al iniciar la jornada legal establecida para el despacho judicial y se desfija en la misma fecha al terminar la jornada laboral del despacho.

Generado de forma automática por Justicia XXI.

YURANIS CAROLINA PEREZ LOPEZ

Secretaría

Código de Verificación

e09c2bd3-569a-4422-a19d-91684eef8814



**REPUBLICA DE COLOMBIA - RAMA JUDICIAL DEL PODER
PÚBLICO**

Juzgado De Circuito - Civil 0011 Barranquilla

Estado No. 138 De Viernes, 25 De Agosto De 2023



Número de Registros: 6

En la fecha viernes, 25 de agosto de 2023, se fija el presente estado por el término legal, al iniciar la jornada legal establecida para el despacho judicial y se desfija en la misma fecha al terminar la jornada laboral del despacho.

Generado de forma automática por Justicia XXI.

YURANIS CAROLINA PEREZ LOPEZ

Secretaría

Código de Verificación

e09c2bd3-569a-4422-a19d-91684eef8814



REPUBLICA DE COLOMBIA - RAMA JUDICIAL DEL PODER
PÚBLICO

Juzgado De Circuito - Civil 0011 Barranquilla

Estado No. 138 De Viernes, 25 De Agosto De 2023



Número de Registros: 6

En la fecha viernes, 25 de agosto de 2023, se fija el presente estado por el término legal, al iniciar la jornada legal establecida para el despacho judicial y se desfija en la misma fecha al terminar la jornada laboral del despacho.

Generado de forma automática por Justicia XXI.

YURANIS CAROLINA PEREZ LOPEZ

Secretaría

Código de Verificación

e09c2bd3-569a-4422-a19d-91684eef8814



Consejo Superior de la Judicatura
Consejo Seccional de la Judicatura del Atlántico
JUZGADO ONCE CIVIL CIRCUITO DE BARRANQUILLA

Veinticinco (24) de Agosto del dos mil veintitrés (2023)

RADICACION No. 2021-00343-00.

PROCESO: VERBAL – RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA

DEMANDANTE: CASANDRA MARIA PIEDRAHITA AVENDAÑO Y OTRO

DEMANDADO: ORGANIZACIÓN CLÍNICA GENERAL DEL NORTE Y OTRO

DECISION: SENTENCIA

Procede el Despacho a decidir la presente demanda VERBAL presentada por los señores CASANDRA MARIA PIEDRAHITA AVENDAÑO Y KELVIN YAFAR TABORDA, a través de apoderado judicial contra la sociedad ORGANIZACIÓN CLÍNICA GENERAL DEL NORTE, E INVERCLINICAS S.A CLINICA MURILLO para que previo los trámites legales propios del proceso verbal se hagan en sentencia las siguientes declaraciones:

PRETENSIONES DE LA DEMANDA

Que se declare que las demandadas, son solidariamente responsables de la muerte del señor ORLANDO ALFREDO TABORDA CERVANTES (Q.E.P.D.) quien en vida se identificaba con las C.C. No. 72.097.294, por negligencia médica/administrativa y por defectuoso desarrollo del acto médico.

Que se declare que se declare que, al paciente ORLANDO ALFREDO TABORDA CERVANTES (Q.E.P.D.), le fue negada la oportunidad de vivir, ello como consecuencia de la defectuosa, negligente, inoportuna y mala calidad, de la atención medica clínica que le fue prestada por las demandadas.

Que se declare que las demandadas, son solidariamente responsables de los daños de orden material e inmaterial causados a los demandantes con ocasión de la muerte del señor ORLANDO ALFREDO TABORDA CERVANTES (Q.E.P.D.).

Que, como consecuencia de lo anterior, se condene a las demandadas, solidariamente a pagar a los demandantes a título de indemnización por los perjuicios causados a ellos, los siguientes conceptos que se describen, así:

- Daño moral: Para la esposa y el hijo del difunto Taborda Cervantes, el equivalente a 100 S.M.L.M.V. para cada uno de ellos, es decir, en total por este concepto el equivalente a 200 S.M.L.M.V.
- Daño a las condiciones de existencia o daño a la vida de relación: para la esposa y el hijo del difunto Taborda Cervantes, el equivalente a 100 S.M.L.M.V. para cada uno de ellos. En total por este concepto el equivalente a 200 S.M.L.M.V.
- Indemnización integral, por pérdida de oportunidad de que fue víctima el paciente ORLANDO ALFREDO TABORDA CERVANTES (Q.E.P.D.) el equivalente a 200 S.M.M.L.V. para cada demandante.
- Perjuicio material: Por este concepto las demandadas deberán pagar a los legitimados, la esposa y el hijo del difunto ORLANDO ALFREDO TABORDA CERVANTES (Q.E.P.D.), las sumas de dinero que se indican a continuación:



Consejo Superior de la Judicatura
Consejo Seccional de la Judicatura del Atlántico
JUZGADO ONCE CIVIL CIRCUITO DE BARRANQUILLA

NOMBRE	LUCRO CESANTE DEBIDO	LUCRO CESANTE FUTURO	TOTAL
CASANDRA PIEDRAHITA	\$61.990.744	\$88.970.055	\$150.960.799
KELVIN TABORDA PIEDRAHITA	\$61.990.744	\$30.715.600	\$92.706.344
TOTAL			\$243.667.143

RESUMEN INDEMNIZACIÓN QUE SE PRETENDE

NOMBRE	DAÑO MORAL	PERDIDA DE OPORTUNIDAD	DAÑO A LA VIDA DE RELACION	LUCRO CESANTE DEBIDO	LUCRO CESANTE FUTURO	TOTAL
CASANDRA PIEDRAHITA	\$87.780.700	\$175.561.400	\$87.780.700	\$61.990.744	\$88.970.055	\$502.083.599
KELVIN TABORDA PIEDRAHITA	\$87.780.700	\$175.561.400	\$87.780.700	\$61.990.744	\$30.715.600	\$443.829.144
TOTAL, CONCEPTOS	\$175.561.400	\$351.122.800	\$175.561.400	\$123.981.488	\$119.685.655	\$945.912.743

A continuación, me permito hacer un resumen de la totalidad de la indemnización solicitada, discriminada por cada uno de los conceptos involucrados:

Condese a los demandados al pago de costas procesales y agencias en derecho.

FUNDAMENTA LA DEMANDA EN LOS SIGUIENTES HECHOS:

Que se pueden resumir así:

1. Que el señor ORLANDO ALFREDO TABORDA CERVANTES (Q.E.P.D) era agente de la Policía Nacional, y tuvo la primera hospitalización en la clínica de la policía el día 9 de junio de 2008 y Consultó por un dolor abdominal y vomito bilioso, allí le realizaron una tomografía de abdomen y fue evaluado por cirugía general quienes definieron que el cuadro no ameritaba una intervención quirúrgica y le dieron de alta.
2. Que el señor TABORDA tenía el antecedente de “anemia crónica de causa desconocida” y antecedentes familiares de anemia y leucemia” y había presentado seis (6) episodios de paludismo.
3. Que el día 28 de mayo de 2009, el señor ORLANDO ALDREDO TABORDA CERVANTES (Q.E.P.D) fue hospitalizado nuevamente por el dolor en el abdomen, y la ecografía de abdomen reportó hepato esplenomegalia e hipertensión, por tal le fue practicada endoscopia del tracto digestivo superior con varices esofágicas, le realizaron ligadura con banda.
4. Que, en el mes de agosto de 2009, le fue realizado al señor ORLANDO ALFREDO TABORDA CERVANTES (Q.E.P.D) esplenectomía en el Hospital Pablo Tobón Uribe (ver historia clínica).
5. Que en noviembre de 2009 el paciente TABORDA CERVANTES presentó trombosis de las venas tibiales posteriores y nuevamente en diciembre de 2009 el paciente TABORDA CERVANTES presentó un nuevo episodio de dolor abdominal, la tomografía sugirió el diagnóstico de trombosis mesentérica. Fue atendido por hepatología. En tratamiento con warfarina por el antecedente de



Consejo Superior de la Judicatura
Consejo Seccional de la Judicatura del Atlántico
JUZGADO ONCE CIVIL CIRCUITO DE BARRANQUILLA

trombosis venosa profunda. Requería transfusiones sanguíneas con mucha frecuencia.

6. Que el señor ORLANDO ALFREDO TABORDA CERVANTES (Q.E.P.D) fue evaluado por hematología, y fue tratado con desferoxámina y piridoxina con el diagnóstico de anemia sideroblásticas.

7. Que el 29 de diciembre de 2011, el señor ORLANDO ALDREFO TABORDA CERVANTES (Q.E.P.D) consultó a la clínica de la policía en la ciudad de Barranquilla al presentar dolor en el abdomen y en el tórax. En el hemograma encontraron leucocitosis, por lo que la conducta médica fue remitir al paciente de inmediato a una clínica de tercer (3er) nivel de atención para evaluación y manejo por medicina interna, hematología y cirugía general. El diagnóstico era un posible abdomen agudo por lo que fue remitido inmediatamente a la Clínica General del Norte de Barranquilla.

8. Que el día 30 de diciembre de 2011, fue evaluado por el especialista en hematología, Clínica General del Norte, galeno que, ante la posibilidad de tratamiento quirúrgico, ordenó que se suspendiera el tratamiento con el anticoagulante.

9. Que valorado por cirugía general fue indicado por el profesional que el paciente tenía un dolor abdominal secundario a una “angina intestinal” y Le fue Ordenado al paciente una tomografía de abdomen

10. Que el día 31 de diciembre de 2011, a las 7:00 am, el paciente ORLANDO ALFREDO TABORDA CERVANTES, fue programado para cirugía, sin embargo, en horas de la noche en ese mismo día el cirujano de turno suspendió el procedimiento quirúrgico.

11. Que el día 1 de enero de 2012, se cerró la interconsulta y se dejó al paciente en manos del especialista en hematología

12. Que el día 1 de enero de 2012 a las 7:30 de la noche, el paciente presentó dificultad respiratoria, y se avisó al médico quien ordenó suministrar oxígeno al paciente.

13. Que el día 2 de enero de 2012, el paciente ORLANDO ALFREDO TABORDA CERVANTES fue dado de alta por cirugía vascular quienes consideraron que el paciente no era de tratamiento quirúrgico, por lo que con ocasión al diagnóstico emitido por este galeno a las 12:00 a.m., en la nota de evolución el médico general fue consignado lo siguiente:

“Paciente refiere dolor a nivel del tórax, bilateral, sin irradiación, acompañado de dificultad respiratoria. FC 120 x minuto, T 37° c. Disminución de ventilación en campo pulmonar derecho (ver historia clínica).”

14. Que refiere el apoderado de la parte demandante que los Rayos X de tórax mostraron un “borramiento” del ángulo costo por lo que le fue indicado el suministro de oxígeno al paciente y la aplicación de furosemida venosa y asegura la nota medica consignada en la historia clínica que el paciente mejoró. Sin embargo, asegura que existen otras notas de enfermería dicen que indican que el paciente está en malas condiciones y que requiere de oxígeno para mejorar su saturación de oxígeno.

15. Que el señor ORLANDO ALFREDO TABORDA CERVANTES fue dado de alta el día 2 de enero de 2012 a las 12:10 de la tarde, en la nota de evolución dice que evolucionaba hacia la mejoría.

16. que al día siguiente, esto es, el 3 de enero de 2012, el paciente consultó de nuevo a la clínica de la policía, estando este en malas condiciones generales, se



Consejo Superior de la Judicatura
Consejo Seccional de la Judicatura del Atlántico
JUZGADO ONCE CIVIL CIRCUITO DE BARRANQUILLA

le diagnosticó sepsis grave de origen pulmonar, injuria renal aguda que requería hemodiálisis y su conocido antecedente de enfermedad hematológica, lo que ocasionó que el paciente haya remitido a la Clínica Murillo (Inverclínicas S.A. Clínica Murillo) siendo ubicado en la Unidad de Cuidados Intensivos, donde después de todos los esfuerzos el paciente falleció.

17. Que el señor ORLANDO ALFREDO TABORDA CERVANTES, tenía una enfermedad avanzada, con cirrosis del hígado, hipertensión portal y varices esofágicas.

18. Que el señor TABORDA CERVANTES durante tres años y medio fue atendido en diferentes instituciones por complicaciones asociados a su enfermedad de base, y en su última complicación, el 29 de diciembre de 2011, el paciente consultó a la clínica de la policía en la ciudad de Barranquilla con dolor abdominal, se remitió el mismo día a la Clínica General del Norte en la ciudad de Barranquilla, fue evaluado por varios cirujanos generales y el vascular.

ACTUACIONES PROCESALES

La demanda fue presentada el día 15 de diciembre de 2021, siendo admitida el 11 de enero del 2022.

Efectuadas las diligencias de notificación, las demandadas ORGANIZACIÓN CLÍNICA GENERAL DEL NORTE e INVERCLINICAS S.A CLINICA MURILLO, por medio de su apoderado, presentaron contestación de la demanda, oponiéndose a las pretensiones incoadas en su contra, y proponiendo las excepciones que denominaron:

INEXISTENCIA DEL OBLIGATORIO NEXO DE CAUSALIDAD, INEXISTENCIA DE LOS ELEMENTOS ESTRUCTURALES DE LA RESPONSABILIDAD MÉDICA DENOMINADOS FALTA de Oportunidad, Pertinencia Racionalidad o IMPERICIA, FALTA DE DILIGENCIA y/o IMPRUDENCIA y la GENERICA.

Continuando el debido tramite, a través de auto se fijó el día 20 de septiembre de 2022 para llevar a cabo audiencia de que trata el artículo 372 del Código General del Proceso.

Practicada la audiencia se suspendió en etapa de interrogatorio de parte, con fecha para continuar el día 09 de diciembre del 2022 donde se agotó las etapas faltantes del artículo 372 del C.G.P.

El día 2 de febrero de 2023, se inicia la audiencia del que trata el art 373 del Código General del Proceso recibiendo los testimonios decretados, siendo suspendido y continuados en 13 de marzo de 2023 que se continuó con la etapa procesal, para posteriormente, continuarla el 06 de junio del 2023,

Terminando las etapas procesales en debida forma, se procede a emitir sentido del fallo y se fija fecha para 24 de agosto pronunciarse en sentencia escritural.

Surtidas las etapas pertinentes en debida forma, sin que observe nulidad ni irregularidad que invalide todo lo actuado dentro del presente proceso y estando dentro del año establecido por el artículo 121 del C.G. P., se procede a dictar sentencia que en derecho corresponda, previo lo siguiente.



Consejo Superior de la Judicatura
Consejo Seccional de la Judicatura del Atlántico
JUZGADO ONCE CIVIL CIRCUITO DE BARRANQUILLA

PROBLEMA JURIDICO

Determinar si los demandados CLÍNICA GENERAL DEL NORTE y INVERCLINICAS S.A CLINICA MURILLO, son civilmente responsable por los perjuicios materiales e inmateriales sufridos por los demandantes a causa del fallecimiento del señor ORLANDO ALFREDO TABORDA CERVANTES (Q. E. P. D), por la posible negligencia médica o por defectuoso desarrollo del acto médico en el tratamiento de la sintomatología que presentaba con ocasión al diagnóstico médico.

LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA

La parte demandante está legitimada por activa al ser esposa e hijo del finado señor ORLANDO ALFREDO TABORDA CERVANTES, se encuentra acreditado en las pruebas documentales tales como: certificado de nacimiento, matrimonio y la defunción visible a folio 8, 10, 17, doc. 3 del C. Principal.

En cuanto a legitimación por pasiva, se encuentra acreditado en el expediente los certificados de existencia y representación de las entidades, además de que se encuentra la historia clínica en donde le fue prestada la asistencia médica al finado señor Taborda.

Colmados los presupuestos procesales para proferir sentencia de mérito, tales como los de demanda en forma, capacidad para comparecer en juicio, jurisdicción y competencia, por lo que a ello se procederá previas las siguientes:

CONSIDERACIONES

Este Despacho procederá a realizar un estudio Jurisprudencial en cuanto a la Responsabilidad en actos médicos, por lo cual debe puntualizar que:

La aplicación de los conocimientos médicos a casos determinados, conlleva una enorme responsabilidad, diligencia y cuidado del galeno, y un riesgo para el paciente, dado que el objeto de esta ciencia es el cuerpo humano, que en caso de enfermedad u otras circunstancias que le afectan, requiere ser intervenido en distintos grados y formas, de acuerdo con el tipo de patología que se padezca.

Por ello el concepto básico es que todo procedimiento, ya sea terapéutico, quirúrgico o de diagnóstico, apareja un riesgo para el paciente, que puede dar lugar, eventualmente, a la producción de un daño en la salud física o psíquica de éste, y aún en su vida misma; riesgo que sin embargo, debe ser soportado por éste, por constituir elemento integrante de la práctica médica; sin embargo, no por ello se puede considerar que el ejercicio de la medicina sea una actividad que pueda catalogarse de peligrosa, puesto que en la medicina el riesgo es una forma normal y necesaria de desarrollar los principios más caros de solidaridad, bien común y ayuda al prójimo; en tanto que en las actividades peligrosas el ejecutor busca generalmente su propio beneficio. En consecuencia, para que en el acto médico el riesgo no sea considerado como una agresión, su finalidad debe ser de ayuda al organismo enfermo; y debe basarse en la licitud del procedimiento o tratamiento médico, -ejecución típica- es decir, aplicado de acuerdo a normas científicas universalmente aceptadas y al profesionalismo del galeno - graduado y habilitado en el respectivo área médica-, a fin de no exponer al paciente a un peligro mayor del necesario; pues si se traspasa ese límite, se estaría obrando culpablemente.



Consejo Superior de la Judicatura
Consejo Seccional de la Judicatura del Atlántico
JUZGADO ONCE CIVIL CIRCUITO DE BARRANQUILLA

Por culpa se entiende la forma de conducta irregular, en la que a pesar de no mediar intención de dañar, se causa una afectación, por desconocimiento o no acatamiento a los deberes de prudencia, conocimiento, pericia o diligencia, ya sea por acción u omisión. En el campo de la medicina, cuando a consecuencia de aplicación de un tratamiento, se causa daño a la integridad física o psíquica del paciente, se aplica el régimen de culpa probada, cuyos presupuestos para derivar responsabilidad civil, son: a) Un comportamiento del médico -activo o pasivo-; b) Una conducta dolosa o culposa -violación o desconocimiento del deber de asistencia y cuidados propios de la profesión, negligencia e impericia-; c) El daño, -daño a la vida o integridad personal que causa perjuicio patrimonial o extrapatrimonial a la víctima o a sus causahabientes; y c) La relación de causalidad adecuada entre el daño sufrido y el comportamiento médico-, sobre cuyo tema la Corte Suprema de Justicia ha señalado:

“La actividad médica, en la época contemporánea más dinámica, eficiente y precisa merced a los adelantos científicos y tecnológicos, cumple una función de alto contenido social. Al profesional de la salud, es exigible una especial diligencia en el ejercicio de su actividad acorde al estado de la ciencia y el arte, sobre él gravitan prestaciones concretas, sin llegar a extremo rigor, considerada la notable incidencia de la medicina en la vida, salud e integridad de las personas. En este contexto, por regla general, la responsabilidad del médico no puede configurarse sino en el ámbito de la culpa, entendida no como error en que no hubiere incurrido una persona prudente o diligente en idénticas circunstancias a las del autor del daño, sino más exactamente en razón de su profesión que le impone deberes de conducta específicos más exigentes a la luz de la lex artis, mandatos, parámetros o estándares imperantes conforme al estado actual de la ciencia el conocimiento científico, el desarrollo, las reglas de experiencia y su particular proyección en la salud de las personas (arts. 12, Ley 23 de 1981 y 8º decreto 2280 de 1981), naturalmente “el médico, en el ejercicio de su profesión, está sometido al cumplimiento de una serie de deberes de diversa naturaleza”, incluso éticos componentes de su lex artis, respecto de los cuales asume la posición de garante frente a la sociedad y a los usuarios del servicio.

Justamente, la civil médica, es una especie de la responsabilidad profesional sujeta a las reglas del ejercicio de la profesión de la medicina, y cuando en cualquiera de sus fases de prevención, pronóstico, diagnóstico, intervención, tratamiento, seguimiento y control, se causa daño, demostrados los restantes elementos de la responsabilidad civil, hay lugar a su reparación a cargo del autor o, in solidum si fueren varios los autores, pues “el acto médico puede generar para el profesional que lo ejercita obligaciones de carácter indemnizatorio por perjuicios causados al paciente, como resultado de incurrir en yerros de diagnóstico y de tratamiento, ya porque actúe con negligencia o impericia en el establecimiento de las causas de la enfermedad o en la naturaleza misma de ésta, ora porque a consecuencia de aquello ordene medicamentos o procedimientos de diversa índole inadecuados que agravan su estado de enfermedad, o bien porque ese estado de agravación se presenta simplemente por exponer al paciente a un riesgo injustificado o que no corresponda a sus condiciones clínico – patológicas” (cas. civ. sentencia de 13 de septiembre de 2002, exp. 6199).”

De otra parte, se pueden presentar eventos en los que, a pesar de existir un adecuado comportamiento médico, ético y técnico por parte de los profesionales de la salud, el paciente no responda satisfactoriamente al mismo, en cuyo caso ninguna responsabilidad existe tomando en consideración que la prestación del servicio



Consejo Superior de la Judicatura
Consejo Seccional de la Judicatura del Atlántico
JUZGADO ONCE CIVIL CIRCUITO DE BARRANQUILLA

médico es de medio, no de resultado. Puede ocurrir además, que a pesar de colocar el médico todo su conocimiento y pericia en la atención médica, se cause un daño a la salud del paciente, es el caso del “alea médica”, que se presenta cuando el resultado no es previsible dentro de la ciencia y la técnica, o se causa por actuación de un agente desconocido, o producto de un desarrollo accidental distinto al convencional, o desatención del paciente a las prescripciones o recomendaciones médicas; casos en los cuales el motivo generador del hecho dañoso, escapa al control y previsión del médico debidamente capacitado para la realización eficiente de tan delicada labor.

ANALISIS CASO CONCRETO

Las pruebas aportadas y practicadas por este Despacho fueron las siguientes:

PARTE DEMANDANTE

PRUEBAS DOCUMENTALES:

1. Copia del documento de identidad de ORLANDO ALFREDO TABORDA CERVANTES (Q.E.P.D.) (doc. 03 del expediente digital, Folio 7)
2. Registro civil de nacimiento de ORLANDO ALFREDO TABORDA CERVANTES (Q.E.P.D.) (doc. 03 del expediente digital, folio 8-9)
3. Registro civil de defunción serial indicativo No.07230497 (doc. 03 del expediente digital, folio 10)
4. Copia del documento de identidad de la señora CASANDRA MARIA PIEDRAHITA AVENDAÑO (doc. 03 del expediente digital, folio 12)
5. Registro civil de nacimiento de CASANDRA MARIA PIEDRAHITA AVENDAÑO (doc. 03 del expediente digital, folio 13-14)
6. Copia del documento de identidad de KELVIN YAFAR TABORDA PIEDRAHITA (doc. 03 del expediente digital, folio 15)
7. Registro civil de nacimiento de KELVIN YAFAR TABORDA PIEDRAHITA (doc. 03 del expediente digital, folio 16)
8. Registro civil de matrimonio indicativo serial No.03749317 (doc. 03 del expediente digital, folio 17)
9. Resoluciones de reconocimiento de pensión de invalidez y reconocimiento de sustitución pensional emitidas el Ministerio de Defensa Nacional/Policia Nacional (doc. 03 del expediente digital, folio 19-27)
10. Respuesta a petición emitida por CLINICA DE LA POLICIA mediante la cual se solicitó: historia clínica, las notas de enfermería, exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas y lectura de imágenes generadas entre el 29 de diciembre de 2011 y el 4 de enero de 2012 en la atención medica prestada al señor ORLANDO ALFREDO TABOARDA CERVANTES (Q.E.P.D) (doc. 03 del expediente digital, folio 28)
11. Historias Clínicas y notas de enfermería emitidas por: La dirección de sanidad de la Policia Nacional (doc. 03 del expediente digital, folio 29 -289)
12. Petición recibida por la ORGANIZACIÓN CLÍNICA GENERAL DEL NORTE el 9 de marzo de 2018, mediante la cual se solicitó: Historia Clínica, las notas de enfermería, exámenes de laboratorio, imágenes diagnostica y lectura de imágenes



Consejo Superior de la Judicatura
Consejo Seccional de la Judicatura del Atlántico
JUZGADO ONCE CIVIL CIRCUITO DE BARRANQUILLA

generadas entre el 29 de diciembre de 2011 y el 4 de enero de 2012 en la atención médica prestada al señor ORLANDO ALFREDO TABORDA CERVANTES (Q.E.P.D) (doc. 03 del expediente digital, folio 290)

13. Historias Clínicas y notas de enfermería emitidas por: ORGANIZACIÓN CLÍNICA GENERAL DEL NORTE.S.A. (doc. 03 del expediente digital, folio 291-373)

14. Petición recibida por INVERCLINICAS S.A –CLINICA MURILLO- el 9 de abril de 2018, mediante la cual se solicitó: Historia Clínica, las notas de enfermería, exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas y lectura de imágenes generadas entre el 4 al 9 de enero de 2012 en la atención médica prestada al señor ORLANDO ALFREDO TABORDA CERVANTES (Q.E.P.D) (doc. 03 del expediente digital, folio 374)

15. Historias Clínicas y notas de enfermería emitidas por: INVERCLINICAS S.A – CLINICA MURILLO (doc. 03 del expediente digital, folio 375- 448)

16. Tabla de sueldos año 2019, Policía Nacional (doc. 03 del expediente digital, folio 449-458)

17. Copia de la historia clínica del paciente y que refleja las atenciones que se le suministraron en la IPS CLINICA MURILLO. (doc. 07 del expediente digital, folio 58-103)

18. Copia de la historia clínica del paciente y que refleja las atenciones que se le suministraron en la IPS CLINICA MURILLO.

TESTIMONIALES:

1. JUAN CARLOS VALIENTE MARIN (repcionada)
2. ALEJANDRA CENTIH GONZALEZ ROCHA (repcionada)

PERICIALES:

1. SEBASTIAN FERNANDO NIÑO RAMIREZ, CC. 74.184.571 sustituyendo a EDGAR CARDONA AMARILES identificado con la C.C. 71.655.150, médico especialista en Medicina Interna, Docente universitario y perito CENDES

2. PEDRO JOSE BUJATO POLO, identificado con C.C. 3.779.169 de Usiacurí-Atlántico y amparado bajo la tarjeta profesional No.40633-T expedida por la Junta Central de Contadores, a efectos de que sustente la liquidación de perjuicios que se utiliza como prueba dentro de este proceso.

PARTE DEMANDADA

PRUEBAS DUCUMENTALES:

1. Certificado de existencia y representación legal de la ORGANIZACIÓN CLÍNICA GENERAL DEL NORTE. (doc. 07 del expediente digital, folio 23-57)
2. Historias Clínicas y notas de enfermería emitidas por ORGANIZACIÓN CLÍNICA GENERAL DEL NORTE. (doc. 07 del expediente digital, folio 58-88)
3. Exámenes médicos realizados por IPS ORGANIZACIÓN CLÍNICA GENERAL DEL NORTE. (doc. 07 del expediente digital, folio 89- 98)



Consejo Superior de la Judicatura
Consejo Seccional de la Judicatura del Atlántico
JUZGADO ONCE CIVIL CIRCUITO DE BARRANQUILLA

4. Examen médico realizados por ORGANIZACIÓN CLÍNICA GENERAL DEL NORTE. (doc. 07 del expediente digital, folio 99, 100)
5. Epicrisis emitidas por ORGANIZACIÓN CLÍNICA GENERAL DEL NORTE. (doc. 07 del expediente digital, folio 101-103)
6. Escrito por el personal de Mayo Clinic. (doc. 07 del expediente digital, folio 104-107)
7. Revista Médica Gt, Colmedegua, Bicitopenia. Reporte de caso. (doc. 07 del expediente digital, folio 108-132)
8. Biblioteca Nacional de la salud (MEDLINE PLUS) medlineplus.gov/spanish/ency/article/000286.htm. (doc. 07 del expediente digital, folio 133-190, 146- 157)
9. Manual MSD versión para profesionales- Paludismo. (doc. 07 del expediente digital, folio 158 -166)
10. Información de salud Medline plus- Sepsis. (doc. 07 del expediente digital, folio 158 -190)
11. Corte Suprema de Justicia, sala de casación civil STC2066-2021 Radicación n° 05001-22-03-000-2020-00402-01. (doc. 07 del expediente digital, folio 172 -186)
12. Información de salud Medline plus- Trombosis venosa mesentérica. (doc. 07 del expediente digital, folio 187 -190)

TESTIMONIALES:

1. Dra. JUANY ALVAREZ. (repcionada)
2. Dr. FELIPE GONZALEZ.
3. Dr. ROBERTO VARGAS.
4. Dr. RICARDO GARCIA. (DESISTIERON)
5. DR. BOHANERGES DIAZ
6. DR. CARLOS LAVALLE

PRUEBAS POR OFICIO

1. Se expidió oficio dirigido a la IPS CLINICA DE LA POLICIA NACIONAL y al DEPARTAMENTO DE SANIDAD, para que, con destino al proceso, expidan copia completa de la historia clínica del paciente TABORDA (Q.E.P.D), de la parte hospitalaria y ambulatoria, la cual contiene las ordenes médicas.
2. Se ofició a INVERCLINICASS.A CLINICA MURILLO a que remita al juzgado copia transcrita de la historia clínica del señor ORLANDO ALFREDO TABORDA CERVANTES. (doc. 22 del expediente digital)
3. Se ofició a CLÍNICA GENERAL DEL NORTE a que remita al juzgado copia transcrita de la historia clínica del señor ORLANDO ALFREDO TABORDA CERVANTES. (doc.26 del expediente digital)

PRUEBAS PRACTICADAS

INTERROGATORIO A LA SEÑORA CASANDRA MARIA PIEDRAHITA AVENDAÑO

La declarante en su exposición se puede resumir de la siguiente manera: que su esposo padecía de una enfermedad de base llamada "anemia aguda" y "anemia



Consejo Superior de la Judicatura
Consejo Seccional de la Judicatura del Atlántico
JUZGADO ONCE CIVIL CIRCUITO DE BARRANQUILLA

sideroblástica", diagnosticada en la ciudad de Medellín, una enfermedad hereditaria con la que convivió toda su vida. Que sufrió por causa de su trabajo de siete veces malaria, como consecuencia le extrajeron el bazo, luego aparecieron trombos en su cuerpo, tanto en la vena mesentérica como en las piernas, tromboflebitis. Fue evaluado por un hematólogo en la clínica Pablo Tobón Uribe, le hicieron seguimiento y le dijeron que su esposo con cuidados adecuados podía tener una vida normal.

Relata que el 29 de diciembre del 2011 su esposo empezó con un dolor abdominal hasta el tórax, por lo que se fueron de urgencia a la clínica de la policía y los remitieron a la urgencia de la Clínica General del Norte, en que transcurrido aproximadamente dos horas le hicieron un chequeo general, lo canalizaron y quedaron a la espera de que lo evaluaran los médicos especialistas.

Afirma que el 29 de diciembre en la urgencia de la Clínica General del Norte ella les pidió que pasaran a su esposo a piso porque él tenía las defensas bajas por la extracción del bazo. Allí le dijeron que su esposo no estaba evacuando y que tenía que ser intervenido quirúrgicamente porque había hecho una infección intestinal. Esta condición fue desmentida por ella a el personal de asistencia médica, alegando que él realizaba normalmente sus deposiciones, pero los médicos le exigieron que: o firma la autorización o él se muere. Su esposo le dijo que firmara la autorización, aunque no recuerda si al final la firmó o no.

Cuenta que a su esposo el 31 de diciembre lo llevaron a sala de cirugía, ella estaba descontrolada emocionalmente porque su esposo era un paciente anticoagulante, le dijo al médico que no lo podían operar porque se venía en hemorragia, le mostró la historia clínica del Pablo Tobón Uribe y le hicieron caso omiso por lo que buscó al coordinador de cirugía y le mostró la historia clínica, ellos detuvieron la operación y lo pasaron a piso, lo canalizan, y lo siguen chequeando.

Relata que el 1 de enero del 2011 notó que su esposo se estaba hinchando, hematizando, y que le salían como unas aletas en la espalda. También tenía dificultad para respirar. Le informó a la médica de turno, quien le ordenó unos rayos X. Estos mostraron que su esposo tenía el pulmón medio de agua y que posiblemente tenía una infección pulmonar.

Al día siguiente, un practicante le dijo que su esposo había sido dado de alta, que los médicos lo habían evaluado y que estaba en mejoría. Ella no estuvo de acuerdo, pues su esposo seguía con dolor abdominal, deficiencia respiratoria y totalmente hinchado. Trató de hablar con la trabajadora social, pero no la encontró. Se fueron a su casa en silla de ruedas en horas de la tarde.

El 3 de enero regresaron a la clínica de la policía en horas de la noche, pues su esposo tenía problemas para respirar. Ella dice que él parecía un pez fuera del agua, que respiraba por la boca y que dormía encima de ella para poder medio respirar. Lo ingresaron a la UCI y ella pidió que no lo mandaran a la clínica General del Norte. El 4 de enero lo trasladaron a la Clínica Murillo, donde lo empezaron a dializar. Después de varias diálisis, su esposo sufrió un ataque al corazón.

Indica que la Clínica Murillo le dio un buen tratamiento a su esposo, pero que todo este proceso fue muy difícil para ellos y que su esposo estuvo expuesto a muchas bacterias en la clínica General del Norte. Dice que los tres días que estuvo allí fueron fatales para él y que lo iban a operar sin tener en cuenta que era una persona



Consejo Superior de la Judicatura
Consejo Seccional de la Judicatura del Atlántico
JUZGADO ONCE CIVIL CIRCUITO DE BARRANQUILLA

anticuada y que le habían quitado el medicamento solo dos días o un día antes de la operación.

Señala que su hijo, en ese entonces, iba a cumplir 11 años, él pasó por muchos psicólogos, se puso agresivo, retraído, bajo sus calificaciones, lo cambió dos veces de Colegio, con el fin de buscar ayuda, porque se convirtió en madre y padre a la vez de un hijo varón. Indica haber recibido la orientación del capitán, ellos le ayudaron mucho con la educación de su hijo, lo guiaron muy bien. La psicóloga del Colegio le ayudó bastante, pero su hijo estuvo muy mal emocional y espiritualmente porque hasta el día de hoy su hijo no cree en Dios porque le echa la culpa a él de que su esposo haya muerto. Es más, señala que la enfermedad que tiene su hijo actualmente se la atribuye también a la clínica General del Norte, porque el sufre de convulsión emocional, le hacen todo tipo de exámenes y él está bien físicamente, el problema es emocional.

INTERROGATORIO KELVIN YAFAR TABORDA PIEDRAHITA

Manifestó instaurar la demanda por el fallecimiento de su padre, que no tiene mucho conocimiento porque tenía 10 años, que lo poco que sabe en la actualidad es por lo que le ha contado su mamá y por lo que leyó de los hechos de la demanda.

Indicó que la relación con su papá era muy apegada, era más apegado a él que a su mamá, no importaba la hora que su padre llegara, él siempre lo esperaba, que vivenció cuando se lo llevaron a la clínica, y pensaba que iba a regresar e iban a hacer una fiesta porque esa es la costumbre en su familia.

INTERROGATORIO DE PARTE QUE RINDE EL REPRESENTANTE LEGAL DE LA ORGANIZACIÓN CLÍNICA GENERAL DEL NORTE Y DE INVERCLINICAS S.A - CLINICA MURILLO, DR FELIPE RAUL GONZALES CORTES

La declarante en su exposición manifestó lo siguiente: que los demandados se oponen a las pretensiones de la demanda indicando, el primer ingreso del paciente a la CLÍNICA GENERAL DEL NORTE fue en el mes de mayo del 2011 por una quemadura que fue tratada con antibióticos y superada sin complicaciones.

El segundo ingreso fue por Urgencias el día 29 de diciembre del 2011. Llega el paciente por dolor abdominal agudo (Abdomen agudo quirúrgico).

Que en los antecedentes médicos del paciente se encuentra diagnosticado en el año 2008 con Hemocromatosis, la cual es una enfermedad genética, huérfana, la cual produce anemia sideroblástica, recordando que la hemoglobina transporta el oxígeno, está dentro de los glóbulos rojos, la enfermedad del paciente no permite que esta función se regule en debida forma. Indicó que en el hospital Pablo Tobón le hacen una extirpación del vaso que es un órgano muy importante para la buena respuesta inmunológica del ser humano.

Que en ese segundo ingreso a la Clínica General del Norte, los cirujanos empiezan a sospechar que hay que llevarlo a cirugía, pero empiezan a evaluar los antecedentes médicos y hacen una valoración de exámenes de laboratorio encontrando, aumento del tamaño del hígado lo que causa dolor. Él paciente venía con tratamiento de anticoagulación, lo evaluaron un equipo de 5 médicos muy capacitados y reconocidos, ellos dicen que no es necesario llevarlo a cirugía porque tolera en la vía oral, hace una deposición y evacua flatos. Entonces su tratamiento



Consejo Superior de la Judicatura
Consejo Seccional de la Judicatura del Atlántico
JUZGADO ONCE CIVIL CIRCUITO DE BARRANQUILLA

es conservador de observación con el tratamiento que estaba supervisado por el hematólogo Roberto Vargas y que no era necesario hacerle cirugía.

Se ordena un rx de tórax, la cual arroja como resultado un derrame pleural bilateral, con un colapso pulmonar, en la cual el Dr. William Sabagh dice que probablemente existe una neumonía y sugiere correlacionar con historia clínica. Se realiza una tomografía que indicó que es líquido lo que tiene en ambos pulmones y en el pulmón derecho no existe datos de neumonía, sino colapso; pero en una radiografía colapso pulmonar en una radiografía de tórax, que es una sola dimensión, es un solo plano uno no puede esa esa sombra que se ve en un gran porcentaje, ocupando el espacio en el pulmón derecho no es siempre igual a neumonía. Pero dentro de las lecturas y los enfoques iniciales, los radiólogos, como esa es la patología más frecuente. Él dice, puede ser un proceso de neumonía con relación en lo con los datos Clínicos.

Los médicos de la Clínica General del Norte no piensan en una neumonía porque precisamente ya tienen un estudio de una tomografía donde ya es claro de que existe es un colapso pulmonar con presencia de derrame pleural. Este derrame pleural es producido en este paciente por múltiples factores; uno de los factores de riesgo de las trombosis y micro trombosis, porque tiene antecedentes de trombosis tabernomatoso de la cava. Si hay trombosis en el sistema portal y hay trombosis en la zona de la Cava, pues es alto el riesgo de que ocurran micro trombosis y trombosis en estos pacientes a nivel del tejido pulmonar y esas trombosis, micro trombosis pueden producir dificultad respiratoria, puede producir sensación de que la frecuencia respiratoria aumente de 19 a 20 por minuto puede aumentar 24, 25, 26 por minuto, que fue lo que le encontró en ese momento la doctora. Le puso diuréticos porque sabía que tenía derrame pleural avalado por los especialistas. La impulsó el diurético - furosemida y el paciente mejoró. Comenzó a respirar bien, impusieron el oxígeno, no necesitó el oxígeno y, teniendo en cuenta la evolución clínica, no hay que intervenirlo. No hay que hacer cirugía porque ya los cirujanos no consideraron una buena práctica desde el punto de vista clínico y quirúrgico, le dice que puede ir a casa con el tratamiento y los signos de alarma.

Indicó que en ese momento no se está pensando en procesos infecciosos, aunque el paciente pueda tener el riesgo de desarrollar procesos infecciosos por su enfermedad genética.

Dos o tres días después de la salida de Clínica General del Norte, el señor consulta a la Clínica Murillo, ellos lo ingresan y el paciente fallece allá.

En la Clínica Murillo piensan en un proceso infeccioso y que el paciente pudo haber tenido una sepsis grave, con un origen pulmonar o abdominal, con un compromiso multisistémico, por el compromiso hepático, pulmonar, renal comprobado, tiene una alteración de la función hepática porque tiene disminución de la síntesis de albúmina. Presenta alteraciones de la síntesis de los factores de la coagulación, tiene insuficiencia renal aguda, el desarrolla una insuficiencia renal aguda porque estos pacientes dentro de la Historia Natural de una enfermedad genética, de tipo hereditario con estos fenómenos de micro trombosis de depósitos de hierro en forma anómala. Esto además que produce isquemia, o sea que no llega suficiente oxigenación a los tejidos, pues aumenta el riesgo de la insuficiencia renal, es agudas que tienen que ser reemplazados muchas veces hasta por lo que se denominan hemodiálisis y también hay una miocardiopatía que podía ser chagásica por sus posibles antecedentes de paludismo.



Consejo Superior de la Judicatura
Consejo Seccional de la Judicatura del Atlántico
JUZGADO ONCE CIVIL CIRCUITO DE BARRANQUILLA

La enfermedad del paciente es Hereditaria con una Historia Natural que es de evolución crónica, que va deteriorando poco a poco, progresivamente un ser humano. Al operarlo, llevarlo a cirugías dentro de las buenas prácticas clínicas y quirúrgicas; aumenta riesgos, aumenta riesgos de producirse, mayor impacto de deterioro y de complicaciones sobre todo riesgo de sangrados, riesgo de más fenómenos de trombosis y micro trombosis. Riesgo de procesos de anemia, riesgo de procesos infecciosos aun no invadiendo el paciente desde el punto de vista quirúrgico.

En la Clínica Murillo el derrame pleural ellos lo examinaron y, encontraron una cantidad de proteínas en el líquido que superaba los 3.1 Gramos de proteínas en el líquido pleural que, aunado a procesos como en estos casos, puede ser secundario a las hipoalbuminemias. Puede ser secundario a procesos inflamatorios desencadenado por la trombosis y la micro trombosis que ocurre frecuentemente en este paciente. Entonces pueden hacer lo que se llaman exudados, que es lo que explica el derrame pleural y explica el colapso pulmonar del lado derecho y no exactamente necesariamente de tipo infeccioso, pero está dentro de las posibilidades y por eso aparece dentro de las impresiones clínicas, así como también dentro de lo que se llama gestión de riesgo.

Cuando se le preguntó si en consideración a la condición médica del paciente, no era mejor dejarlo hospitalizado, contestó: que estos casos precisamente como son enfermedades crónicas, son enfermedades genéticas y que ya conocemos cómo es el comportamiento y la evolución progresiva de ellos, cuando no existe un proceso que amerite, por ejemplo, llevarlo a cirugía, llevarlo a la unidad de cuidados intensivos y, además en donde se normaliza y se equilibra. Y ahí, dato clínico por signos vitales, normalizada la presión arterial, la frecuencia respiratoria llegó a sus niveles normales; No tiene fiebre, no tiene en ese momento desequilibrio electrolítico, tolera la vía oral, hace deposiciones. Entonces, en ese contexto, en ese momento, este grupo de pacientes, en la medida que nosotros lo tengamos más en un tratamiento ambulatorio, eso sí, con explicación de los signos de alarma.

Tenerlos dentro de las instituciones hospitalarias es darle otro factor de riesgo, es otorgarle, brindarle otro factor de riesgo para que tenga otro tipo de evento como son los procesos infecciosos, es como tratar de mantener siempre un equilibrio en estos pacientes, en la medida que no sea necesario tenerlos dentro de las hospitalizaciones, para que no tengan contacto con la flora hospitalaria. Que no tengan contacto con los sesos de procesos patológicos y de enfermedades de otros pacientes, entonces es mejor que cuando existe un criterio clínico para no tenerlo hospitalizado, es mejor brindarle el beneficio de estar en el ambiente ambulatorio.

DECLARACIONES DE TERCEROS

Se escucharon a los siguientes testigos:

1. JUAN CARLOS VALIENTE MARIN
2. ALEJANDRA CENTIH GONZALEZ ROCHA
3. Dra. JUANY ALVAREZ.
4. Dr. FELIPE GONZALEZ Quien actuó como representante legal de las demandadas.
5. Dr. ROBERTO VARGAS.
6. DR. BOHANERGES DIAZ



Consejo Superior de la Judicatura
Consejo Seccional de la Judicatura del Atlántico
JUZGADO ONCE CIVIL CIRCUITO DE BARRANQUILLA

7. DR. CARLOS LAVALLE

JUAN CARLOS VALIENTE

Manifestó el señor Carlos lo siguiente: que habían hablado mucho en el tiempo que él estaba enfermo, cuando el murió su esposa quedo con ese sin sabor que no lo habían atendido bien.

Siempre cuando hay un muerto se habla de la culpabilidad y negligencia de la clínica y quienes le atendieron. Que conoce del caso es porque le contaron, la esposa después de la muerte empezó a indagar, a buscar que había pasado.

Manifiesta que conoció al señor Taborda, por intermedio de su esposa que era amiga de la señora Casandra, tenían un vínculo de amistad, compartían muchas cosas en común, que visitaba el hogar de ellos de vez en cuando volvía al pueblo los fines de semana.

Que le consta que la señora Casandra quedó afectada, hasta ha sido hospitalizada por migraña y para el hijo ha sido mucho más difícil, por no tener un padre al lado. Es más, ella no buscó otra pareja porque quedo afectada.

Cuando se le preguntó como era la relación entre el señor Taborda y su esposa, indicó que era una relación normal, con bastante dificultad por su enfermedad, ya que para el año 2011 estaba presentado problemas de salud. El 29 diciembre 2011 lo hospitalizaron por quebrantos de salud.

ALEJANDRA GONZALEZ ROCHA

La testigo manifiesta que es amiga de la señora Casandra desde que tenía 14 años, que han sido cercanas. Que Casandra le cuenta dolorosamente sobre su situación. Pues, tienen una amistad hace muchos años, que ellos se casaron y desafortunadamente él se enfermó y ella le cuenta de la negligencia médica.

Cuando se le preguntó en que época se enfermó el señor Orlando, manifestó que Él estuvo en la policía, vivió en Medellín. Desde allá vino enfermo, él estuvo prestando servicio en la policía, fue acá donde ya vino enfermo, que ella iba y los visitaba frecuentemente cuando estaba recayendo. Ya en lo último, a final de diciembre de 2011 él se colocó muy mal, lo internaron en la Clínica General del Norte, el 2 de enero se puso muy mal y luego el 9 de enero murió.

¿Cómo ha sido la familia después de la muerte del señor Orlando? indicó que él era la cabeza del hogar, él era todo, por lo que han sufrido mucho, el niño tenía 11 años, fue muy difícil para Casandra, él era policía. La cuestión de la pensión no llegó enseguida, pasaron dificultad mientras la pensión llegaba. En cuanto al estado de ánimo, indicó que fueron momentos muy dolorosos para ella, desafortunadamente él se enfermó, ella vivió momentos muy difíciles, ella le tocó atenderlo a él, es una mujer muy valiosa, ella estuvo allí al pie, tanto para ella como para su hijo, no compartió momentos que cualquier niño quiere compartir con su papá porque él estaba muy enfermo.

Se le preguntó ¿sabía que le pasó al señor Orlando? Respondiendo. que él tuvo una infección en los pulmones, por la cuestión de la clínica salió con ese problema en los pulmones, eso fue lo que acabó con su vida.

Sobre el comportamiento de Kelvin después de la muerte de su padre, manifestó que Kelvin ha quedado con sus problemas. lloraba a su papá. No fue fácil, él se pregunta hoy en día porque su padre no está con él, no fue fácil lo que él vivió, él



Consejo Superior de la Judicatura
Consejo Seccional de la Judicatura del Atlántico
JUZGADO ONCE CIVIL CIRCUITO DE BARRANQUILLA

está estudiando derecho, se va a graduar. Casandra no está trabajando, está de ama de casa.

ROBERTO VARGAS LOZANO (HEMATOLOGO)

El declarante en su exposición se puede resumir de la siguiente manera: Indicó, que el señor Taborda presentaba Hemocromatosis hereditaria, que él atendía también al hermano del señor Taborda y los dos padecían la misma enfermedad.

Que atendió al paciente en Urgencias, que su diagnóstico de Hemocromatosis se da cuando hay altos niveles de hierro (ferritina), que venía prescrito con un medicamento, pero que en dicha enfermedad el organismo a pesar de la sobrecarga no tiene mecanismo para su evacuación, por lo que se asemeja una cirrosis hepática, que, así como afecta el hígado, puede afectar el corazón, puede causar derrame pleural como en el caso del paciente.

Su participación fue cuando fue llamado por el abdomen agudo por un anticoagulante, lo atendió para revertir el efecto del anticoagulante oral.

Manifestó que el paciente tenía una enfermedad avanzada, ya tenía cirrosis hepática, tenía un abdomen agudo.

El anticoagulante él lo recibía por una complicación que había presentado de trombosis, si lo iban a operar había que revertir el efecto de la warfarina, revirtiendo ese efecto se puede operar. ¿Qué afectaciones se puede presentar un paciente esplenectomizado? Los pacientes que le han hecho esplenectomía tienen susceptibilidad a infección, lo otro son las complicaciones derivadas del procedimiento quirúrgico.

El paciente tenía un abdomen agudo que podía explicar el aumento de glóbulos blancos.

Por otro lado, manifiesta; él paciente que tiene abdomen agudo se espera que haya reacción inflamatoria.

Cuando lo valora no había infección pulmonar, no era para lo que me consultaron. Y si hubiera sido necesario valoración por hematología la clínica cuenta con hematólogo de base para las consultas.

El seguimiento no es por el derrame, es por la enfermedad que padece.

Dr. CARLOS LAVALLE CASTAÑEDA (médico internista)

En el interrogatorio practicado al Doctor Lavallo se pudo extraer lo siguiente: Había sufrido de paludismo, tenía hipertensión portal, ligaduras de venas esofágicas, hipercuabilidad, estaba en manejo de anticoagulante, estuvo hospitalizado en varias ocasiones por una trombosis mesentérica, este paciente estuvo hospitalizado inicialmente en la Clínica General del Norte donde llegó por dolor abdominal. Se consideró que tenía condición de abdomen agudo por lo que se examinó que era complicación quirúrgica. Sin embargo, al día siguiente se descartó la cirugía por lo que se da de alta posteriormente 72 horas. Después regresa con deterioro clínico reapareciendo el dolor abdominal y dificultad respiratoria por el cual ingresa a la Clínica la Policía de donde es referido a la Clínica Murillo.

A su ingreso en fecha 4 de Enero en horas de la tarde, llega con malas condiciones generales, como: dolor abdominal, distensión abdominal, afectación respiratoria, y una alteración en los signos vitales que indicaba que atravesaba por un proceso que se conoce como respuesta inflamatoria sistémica, lo que usualmente está asociada a procesos inflamatorios o procesos inflamatorios severos.



Consejo Superior de la Judicatura
Consejo Seccional de la Judicatura del Atlántico
JUZGADO ONCE CIVIL CIRCUITO DE BARRANQUILLA

Podríamos decir, la condición Clínica del paciente era crítica por tanto es trasladado a la unidad de cuidados intensivos iniciándole el tratamiento médico acorde al padecimiento. Unos días después falleció debido a las diversas complicaciones.

Cundo el paciente llega por motivos de consulta, el síntoma que presentaba era dolor abdominal, lo que se evidencia en la historia clínica del examen físico, había dolor a la palpación del abdomen, edema en la pared abdominal, ascitis (presencia de líquido abdominal). Se considera que existe un proceso inflamatorio. Este fue el motivo del examen de tomografía de tipo toracoabdominal por lo que recuerda que había pancreatitis aguda. Adicionalmente, presenta problemas a nivel del hígado, páncreas, ascitis y derrame pleural.

La falla orgánica multisistémica, es cuando una persona que está bien, inicia un proceso inflamatorio porque tiene una lesión en un órgano, lo primero en alterarse son los signos vitales, así terminado con la vida del paciente.

El paciente llegó con alteración en los signos vitales incluyendo la tensión arterial por lo que se necesitó suministrar un medicamento llamado Norepinefrina para poder elevar los niveles de tensión arterial, ya que por líquido no había mejoría, dado que consideró estar en shock séptico.

El señor Orlando tenía antecedentes de cirrosis hepática, hipertensión, coagulación, extirpación del bazo, presión arterial y comorbilidades. En el paciente se pudo observar de una etapa pasó a la otra en cuestión de horas. Entonces, va a depender la persona de sus antecedentes y su condición clínica a la hora de enfermar.

El señor Orlando fue dado de alta el 2 enero de la Clínica General del Norte y se sabía que había un derrame, ¿Era factible que le dieran de alta? A lo que el responde; Con seguimiento de la clínica y que hubiera llegado 2 días después complicado.

No se puede tener un paciente hospitalizado por derrame pleural porque puede tardar meses en superarlo, dependiendo los antecedentes del paciente y la condición clínica.

¿Cuál fue la casusa del fallecimiento?

La causa de la muerte es falla orgánica multisistémica. Ahora bien, ¿cuál es el origen o por qué el paciente llegó a presentar dicha falla? Responde: Por el curso del proceso infeccioso severo, no se puede precisar si fue respiratorio o abdominal a nivel pulmonar, no hubo ningún dato clínico que el origen fue pulmonar sino abdominal, además, se muestra que había una pancreatitis.

La consulta en la Clínica Murillo, es una remisión de la clínica de la policía por dolor abdominal.

¿Usted asegura que hay pancreatitis aguda?, ¡Explique!, Indicó lo siguiente: es un proceso inflamatorio del páncreas que puede tener varias causas, la más frecuente son las infecciones virales, el consumo del alcohol en forma excesiva, consumo de alimentos cargados en grasa, triglicéridos en la sangre y la presencia de cálculo en la vesícula biliar. Una vez se instaura la pancreatitis el manejo es el reposo de la glándula, es entonces que al paciente se le quita la vía oral al paciente con sonda nasogástrica, en casos más grave cubrir con antibióticos y hacer soporte vital.

¿Es posible que una infección respiratoria genere una pancreatitis aguda? La pancreatitis es causa de un derrame pleural.



Consejo Superior de la Judicatura
Consejo Seccional de la Judicatura del Atlántico
JUZGADO ONCE CIVIL CIRCUITO DE BARRANQUILLA

Sin saber que se está originando pancreatitis y un derrame pleural aguda, ¿es posible que se desencadene una sepsis? Si presenta una pancreatitis aguda, si eso evoluciona en forma desfavorable, va a complicar el abdomen, va afectar a los otros órganos del cuerpo presentando una falla orgánica en el sistema.

¿La sepsis tiene varias etapas, es posible revertir el proceso séptico y evitar el deceso? Si es posible es lo que los médicos intentamos hacer todos los días y obviamente no todas las personas van a responder igual.

Este paciente tiene 3 momentos temporales.

Clínica de la Policía: fue un manejo adecuado, se identificó condiciones de peligro y fue direccionado a la Clínica Murillo.

En la Clínica General del Norte: se ingresó y se tomó una conducta adecuada que fue hospitalizarlo, allí se decide dar de alta porque las condiciones clínicas del paciente habían mejorado, fue una conducta acertada porque el ambiente hospitalario es peligroso porque se está expuesto a; gérmenes, infecciones. Es por eso que los médicos decidimos mantenerlos no por mucho tiempo para evitar exposición. Ahora bien, si el motivo por el cual fue hospitalizado, su condición clínica mejoró y ha sido resuelto. Los médicos toman la decisión de dar salida para evitar infecciones intrahospitalarias.

Clínica Murillo: La conducta fue pertinente porque se le hizo el manejo hospitalario correcto.

¿Cuál sería el concepto clínico en la evolución del paciente? es posible que haya iniciado un proceso inflamatorio a nivel abdominal ya que fue el motivo de consulta en las clínicas tenía en ese momento un proceso inflamatorio abdominal que era pancreatitis, ocasionando el derrame pleural.

No está documentado la casusa específica que causó el proceso inflamatorio, termino con sepsis, no lo está.

Dr. BOHANERGES DIAZ (DIRECTOR MEDICO DE LA IPS CLÍNICA MURILLO)

Manifiesta el declarante indicando lo siguiente: En la historia clínica se consignó una serie de infecciones. La infección pulmonar estaba consignada, revisadas las causas de muerte del señor ORLANDO ALFREDO TABORDA CERVANTES y los estudios paraclínicos no podría afirmar que la infección pulmonar fue la causa de muerte. La posible causa de fallecimiento, y según lo consignado falla organiza multisistémica, sepsis de origen abdominal.

Con el fin de indagar sobre la oportunidad con la que fue atendido el señor ORLANDO ALFREDO TABORDA CERVANTES, el testigo manifestó que considera que la atención en la Clínica Murillo, especialmente en la unidad de cuidados intensivos fue oportuna, porque la Clínica la Policía remite al paciente por deterioro de clase funcional, dolor abdominal. Y en la Clínica Murillo, las especialidades de medicina interna, nefrología, intensivista atendieron al señor Taborda, haciéndole estudios de química sanguínea, función renal y hepática, cultivos, rx de tórax, tomografía de tórax, paracentesis para realizar análisis de laboratorio.

Indica que el paciente presentaba, un derrame pleural, predominio derecho, anemia a sideroblástica como un antecedente en la historia clínica, anasarca, edemas generalizados, liquido libre en cavidad abdominal y colecistitis, inflamación de la vesícula de manera crónica.



Consejo Superior de la Judicatura
Consejo Seccional de la Judicatura del Atlántico
JUZGADO ONCE CIVIL CIRCUITO DE BARRANQUILLA

Que en la tomografía hecha al señor ORLANDO ALFREDO TABORDA CERVANTES no describió en ningún momento neumonías, nada más allá del derrame pleural, se describen algunos hallazgos que estaban a nivel abdominal había una alteración hepática, un vaso que no estaba, un líquido libre en la cavidad, incluso a través de un proceso de inflamación en el hígado, que está del lado derecho. Indicó que el hígado se separa del pulmón solamente por un musculo muy delgado que es el diafragma, el cual participa en uno mecanismo de la respiración, de hecho, muchos de los fenómenos que se producen a nivel abdominal, sobre todo en ese lado derecho (en el que está en contacto el hígado con el pulmón), pueden originar un edema, ese ese derrame sin que realmente la causa principal esté a nivel pulmonar, sino que está a nivel abdominal.

Dra. JUANY ALVAREZ (DIRECTORA MEDICO DE LA IPS CLÍNICA GENERAL DEL NORTE)
Manifiesta la declarante indicando lo siguiente: La testigo que el señor ORLANDO ALFREDO TABORDA CERVANTES registra dos (2) ingresos a la institución Clínica General del Norte.

Primer Ingreso: 28 de mayo del 2011
Antecedentes trombosis venosa profunda
Anemia acideroblastica

Segundo ingreso: 29 de diciembre del 2011
Remitido de la Clínica la Policía, con náuseas y dolor abdominal, 2 días sin deposiciones y un componente proinflamatorio.

Los datos del electrocardiograma confirmaban que el paciente hacía fibrilaciones auriculares, que es un tipo de arritmia que presentan los pacientes, antecedentes quirúrgicos, esplenectomía o retiró del vaso, una trombosis venosa profunda crónica. y que había padecido de una enfermedad que se llama trombosis mesentérica, que ocurren a nivel del abdomen en varias ocasiones con manejo.

En consideración al cuadro de dolor abdominal y todo el antecedente, se hace el abordaje con Medicina Interna y cirugía general. Cirugía General empieza a observar el tipo de dolor del paciente y su evolución con datos de irritación peritoneal, que es como cuando ya el dolor es tan insoportable, que puede dar indicios de que cirugía General pueda llevarlo a una exploración.

El 31 de diciembre el Cirujano Dr. Tomás Rivera, al examen físico del paciente establece una indicación de probable laparotomía exploratoria. Sin embargo, el doctor Reales, una vez el paciente es llevado a quirófano se interroga y le hace nuevamente el examen físico. Confirma el antecedente personal de hemosiderosis y que podría tener datos también de hemocromatosis hereditaria y que ha tenido trombosis a nivel del sistema cavernomatosis portal. Por lo tanto, como ya tenía antecedentes de trombosis mesentérica frecuentes, incluyendo la de nivel portal. Él encuentra que no tiene signos de irritación peritoneal, decide seguir con el manejo médico y suspende esa indicación de laparotomía exploratoria. Concurrentemente al paciente se le hace TAC de abdomen, y otras pruebas imagenológicas, que muestran que el paciente tiene, o puede tener datos inflamatorios, que suelen suceder y reflejarse en base pulmonar. El paciente sigue su tratamiento hematológico, manejo médico con Cirugía General.



Consejo Superior de la Judicatura
Consejo Seccional de la Judicatura del Atlántico
JUZGADO ONCE CIVIL CIRCUITO DE BARRANQUILLA

La médico decide darle de alta, no sin antes acudir a la atención de un cuadro que tuvo de disnea antes de su egreso que fue tratado mediante la colocación de furosemida líquido para mejorar la congestión pulmonar. Al paciente se le dan los signos de alerta, de alarma para re-consultar nuevamente.

Cuando se le preguntó a la interrogada sobre los hechos de la demanda, en el sentido que en la misma se manifiesta que: Clínica General del Norte se concentró en el tema abdominal y se olvidaron de las manifestaciones respiratorias, responde qué, se debe tener en cuenta que el motivo de remisión del paciente desde la Clínica de la Policía es un dolor abdominal, con náuseas y 2 días sin poder hacer deposición, de acuerdo a lo descrito en revisión de la Historia Clínica. Por lo tanto, el enfoque diagnóstico y terapéutico estaba centrado en ese abdomen, más aún cuando el paciente tenía antecedentes de trombosis mesentérica (en el abdomen hay unas vasos que se llaman mesentéricos, que ayudan a la vascularización, cuando esos vasos en pacientes con hemocromatosis hemosiderosis tienen pequeños trombos que pueden tener manejo médico, manejo quirúrgico de acuerdo a la evolución), fue ese antecedente el que generaba un mayor enfoque, pues el paciente manifestaba dolor en abdomen, por lo que cirugía general en conjunto con Medicina Interna dieron seguimiento de ese caso y se concentraron en resolver el motivo de consulta y lo referido a la enfermedad actual.

Sus antecedentes Clínicos podían dar signos y síntomas, no solamente en la zona del abdomen, cuando un abdomen presenta un proceso inflamatorio, un proceso de trombosis mesentérica seguidas y sean micro. Por lo que puede también haber signos inflamatorios que incluyan la base pulmonar. Por ejemplo, está descrito en la literatura que pacientes con patología abdomen como pancreatitis, entre otros casos. Al igual pueden hacer inflamaciones a nivel de bases pulmonares.

Manifestó que al paciente se le realizó una ecografía de abdomen total, un tac de abdomen, un rx de tórax. Que el tac de abdomen, refería o mostraba un borramiento de ángulo costo frénico, que indica que habría probablemente derrame en base pulmonar, es esperable en los procesos inflamatorios, que tiene de base el paciente. Todas estas enfermedades autoinmunes pueden producir serositis o procesos inflamatorios derivados de estos cuadros que el paciente realizaba de las trombosis recurrentes.

Indicó que los derrames pleurales en palabras sencillas, es cuando hay una acumulación de líquido en base pulmonar y por eso se borra a nivel imagenológico. Ese ángulo que en otras ocasiones debería poder verse limitado, porque la pleura, que es la capa que forra los pulmones, cuando ella se inflama o hay serositis, esa bolsa empieza a no contener un líquido que normalmente tenemos ahí y se hace un derrame pleural que no es agua dentro de pulmón, sino entre la capa (que es la pleura, que es como una tela, que tiene dos capas). Entonces, en esa tela ese líquido se acumula. Es una serositis en base de pulmón que se mostraba en el tac de abdomen.

Señaló que, en el edema pulmonar, hay líquido a nivel de los alvéolos. Que son como las unidades microscópicas que tiene el pulmón, y eso se llena, el cual puede tener múltiples causas; entre ellas una la hemorragia alveolar, una congestión por falla cardíaca, un tep, entre otros.

Continuó indicando que los derrames pleurales pueden o no producir dificultad respiratoria, que según lo que ella recuerda no está documentado en la historia



Consejo Superior de la Judicatura
Consejo Seccional de la Judicatura del Atlántico
JUZGADO ONCE CIVIL CIRCUITO DE BARRANQUILLA

clínica que el derrame pleural que presentaba el señor Taborda le producía una dificultad respiratoria. Pero que en general, los derrames pleurales de acuerdo a la cantidad de líquido que contienen entre esa capa de pulmón y el pulmón, entre más líquido o borramiento existe más producen dificultad respiratoria, entonces hay unas indicaciones también para generar la toracocentesis, que es la extracción de líquido cuando se producen derrames pleurales masivos.

El derrame pleural tiene que tener un diagnóstico diferencial también.

Cuando se le preguntó por parte del despacho, si en consideración a las patologías que presentaba el señor Taborda, no era mejor que permaneciera hospitalizado, ella indicó que los pacientes con enfermedades raras, con patologías de curso crónico suelen agudizarse y tener muchas hospitalizaciones por la agudización de sus cuadros, que es, generalmente, por las manifestaciones que da la enfermedad. La médico generó el alta considerando que se había dado solución, manejo y alivio a su motivo de consulta y enfermedad actual, generó y aseguró unas órdenes médicas que dieran continuidad al manejo y le informó al paciente, de acuerdo a lo que dice la Epicrisis, signos y síntomas de alerta para re consultar, que en la historia lo que se refiere es a que al paciente se le maneja la disnea que tiene en el episodio súbito, como una sobrecarga hídrica, pensando en serositis y en afectación de base pulmonar. Y como mejora sus síntomas y signos, entonces se ve cumplido la meta de mejorar la parte de abdomen y se ve cumplida la meta de mejorarle los síntomas respiratorios, que de acuerdo a lo que está escrito en la historia son secundarios también a ese proceso inflamatorio abdominal que tuvo manejo médico.

En consideración al análisis causal de la sintomatología del paciente, indica que la médica tratante pudo pensar que la mejoría del paciente se debió a la aplicación de medicamento Furosemida pues había una sobre carga hídrica sustentada en una serocitis por el proceso inflamatorio de rebote a nivel abdominal, y al ser aplicado el medicamento hubo una mejoría del cuadro clínico lo que genera el egreso.

Los criterios para dar de alta en un paciente con enfermedad huérfana catastrófica o, por ejemplo, pacientes con cirugías grandes, están relacionadas a la evaluación de su compensación, deben continuar vigilados en sus programas ambulatorios. Con continuidad al manejo, se da un alta, pero esa alta hospitalaria significa que se le dan unas órdenes que tiene que continuar, unos signos y síntomas que tiene que vigilar y empieza un proceso también de corresponsabilidad, de vigilarse de los síntomas, los signos. Entonces porque la enfermedad no sea tan catastrófica, si ya está controlada en la parte aguda y el profesional en salud dice, que cumple los criterios de alta se da el egreso. No necesariamente quiere decir que el paciente no sigue vigilándose del mismo y también el programa que pertenezca de acuerdo a la corte de la enfermedad.

**SUSTENTACIÓN DEL PERITO
SEBASTIAN FERNANDO NIÑO RAIREZ (PERITO CENDES EN REMPLAZO
DEL DR. EDGAR CARDONA AMARILES)**

El declarante en su exposición se puede resumir de la siguiente manera: Es un paciente con anemia acideroblástica con más patologías de lo normal para una persona de 36 años.

En la fecha 29 de diciembre en el 2021, su consulta es por dolor abdominal. Por lo que se cree el paciente está presentando una oclusión en las arterias mesentéricas



Consejo Superior de la Judicatura
Consejo Seccional de la Judicatura del Atlántico
JUZGADO ONCE CIVIL CIRCUITO DE BARRANQUILLA

de lo cual ya lo había presentado previamente, en ese momento considera probablemente podría presentar un episodio similar debido a que estaba presentando dolor abdominal. Luego el cirujano le realiza una serie de exámenes, es por ello que considera necesario que lo vea también el medico vascular. En ese momento no encuentran ningún aspecto de manejo puntual por parte de cirugía. Cirugía le cierra la interconsulta, diciéndole que no se beneficia de ningún tratamiento. por lo tanto, el manejo debe ser por la especialidad hematológica. Seguidamente el medico vascular afirmó que no se necesita ningún tratamiento por parte de la especialidad de ellos. El paciente necesitaba oxígeno, tenía una radiografía donde tenía comprometido más del 80% del pulmón derecho. El 1 de Enero de 2012 documentan una tomografía de abdomen donde hay inflamación en el páncreas, posible colecistitis y liquido en el pulmón.

En las descripciones de enfermería. El paciente se siente fatigado, hay necesidad de oxígeno. Pese a esto, se le otorga la salida y vuelve a consultar por deterioro de los síntomas. Finalmente llega en malas condiciones, es necesario remitirlo a la Clínica Murillo donde fallece a consecuencia de infección pulmonar.

Hay una deficiencia en la atención puesto que no debían darle de alta en la consulta inicial en el día 29 de diciembre, la enfermedad inicial se complicó, en caso que se hubiera manejado con mejor pericia con un tratamiento prematuro probablemente el desenlace hubiera sido más favorable para el paciente.

Con una alta probabilidad de falta de oxígeno, hay algunos escenarios clínicos los cuales el paciente puede referir fatiga. Por ejemplo, que tenga bajo PH en sangre.

La enfermedad que padecía, es decir. Anemia sideroblástica, le practicaron una esplenectomía. Las personas que no tienen bazo tienen una probabilidad más alta de infección. Era una señal de alerta y cuidado cuando se manejaba el paciente.

¿Cuál es la especialidad médica que debe vigilar cuando un paciente se encuentra expuesto a mayor riesgo de infección? Puede ser visto por un médico internista o infectólogos dependiendo la disponibilidad de recursos.

¿El hematólogo debía continuar vigilante?

No necesariamente se debe tener seguimiento con hematólogo porque lo detonante no es la anemia sino un proceso infeccioso pulmonar. El hematólogo podía estar acompañando, pero no era la especialidad en ese momento.

No se valoró el hemograma. En la reconsulta que hace el paciente a la Clínica de la Policía y luego a la Clínica Murillo, tiene relación con la consulta del 29 de diciembre, si tiene relación porque el motivo de consulta es una patología pulmonar que había sido documentada en la atención del 29 de diciembre. Cuando hay un proceso infeccioso entre más rápido se atienda mejor es el pronóstico del paciente, si al paciente se le da salida, se pierden horas que le podrían dar un diagnostico más favorable en caso de haber iniciado el tratamiento para tratar la sepsis.

¿Cuál fue la justificación del TAC que le realizaron en el paciente?

El tac se la hicieron por la parte abdominal pero no la interpretaron.

¿Cuál es fundamento de la afirmación, proceso infeccioso avanzado? si el paciente esta recibiendo antibióticos, la probabilidad de tener hemocultivos positivos disminuye. ¿En que tenía fundamento? Tenia un proceso infeccioso grave, dado



Consejo Superior de la Judicatura
Consejo Seccional de la Judicatura del Atlántico
JUZGADO ONCE CIVIL CIRCUITO DE BARRANQUILLA

que falleció, estaba en hemodiálisis y por último tenía compromiso severo del patrón respiratorio.

Las condiciones del paciente son vulnerables o de riesgo. Entonces, cuando el paciente tiene la probabilidad de complicarse estando en la casa lo mas prudente es mantenerlo hospitalizado. Cuando hay una sospecha brindar de manera anticipada mejora los pronósticos.

HISTORIA CLINICA

- **HISTORIA CLINICA DE LA DIRECCIÓN DE SANIDAD DE LA CLINICA DE LA POLICIA NACIONAL.**

El señor ORLANDO ALFREDO TABORDA CERVANTES, de 37 años en su momento. Se dirige a Dirección de Sanidad – Clínica Policía Nacional en fecha 9 de junio de 2008 a las 7:25:33 a.m., donde se registra el motivo de consulta por urgencias fue:

“Paciente con cuadro clínico de 9 horas de evolución consistente en dolor abdominal. El dolor ha estado acompañado de vomito bilioso AP: sufre anemia crónica y ha estado en estudio por hematología aparentemente sin saber la causa AF: varios miembros de la familia sufren anemia crónica y uno de ellos murió de leucemia”

Ordenando medicamentos: SOLUCION DE RINGER 860+30+33MG DE 0, SOLUCION PARENTERAL, RAMADOL 50 mg/mL INYECTABLE, DIPIRONA (METAMISOL SODICO) 1GR/2ML, Vía de administración ENDOVENOSA 0 PERIFERICA.

Ver doc.3 fl 34.

Posteriormente, el 10 de junio de 2008, a las 9:55:37 A.M., subjetivo paciente con historia de anemia en tratamiento por hematología con sulfato ferroso más ácido fólico. No está claro el diagnostico. ahora hospitalizado por intenso dolor abdominal tipo cólico localizado principalmente en mesogastrio no acompañado de vomito. última deposición ayer en la mañana. niega fiebre o vomito.

El examen físico llama la atención la distensión abdominal que, aunque tiene peristaltismo, está muy dolorosa y tensa. Revisando los exámenes no hay datos de hemólisis, compromiso hepatobiliar, o renal. Sería necesario seguirle la evolución estrechamente con cirugía porque por parte de medicina interna no parece una crisis de enfermedad hematológica.

Análisis: solicitamos extendido de sangre periférica, dhl, recuento de reticulocitos. el tac de abdomen deja en interrogación un vólvulo de intestino delgado.

A las 12:19:25 p.m. se hace unidosis se refuerza analgésico y se ordena extendido de sangre periférica

Orden medica hospitalaria: dipirona (Metamizol sodio) 1gr/2ml, solución parenteral, tramadol 50 mg/ml inyectable.

El día 11 de junio de 2008, a las 8:55:52 a.m., se analiza al paciente, dice que presenta menos dolor, hepato esplenomegalia dolorosa y anemia microcítica. Le realizaron 3 endoscopias de las cuales no muestran sangrado alguno. Se observa abd blando peristaltismo positivo



Consejo Superior de la Judicatura
Consejo Seccional de la Judicatura del Atlántico
JUZGADO ONCE CIVIL CIRCUITO DE BARRANQUILLA

pulmones bien ventilados. A las 9:26:03 a.m., el paciente que sigue sin Diagnóstico definitivo desde el punto de vista de hematología. No es una anemia hemolítica ya que tanto las bilirrubinas como la dhl y los reticulocitos son normales. parece una anemia hiporregenerativa. Desde el punto de vista del dolor abdominal esta sin dolor, el peristaltismo es bueno. El abdomen tiene un poco de defensa, pero no es claro que tenga irritación peritoneal. En la evaluación de la mañana por otro observador parecía que se la tenía, hasta ahora no hay datos claros de que requiera un intervencionismo quirúrgico en abdomen. De tal manera se sigue en observación y manejo.

12 de junio del 2008, a las 9:16:38 a.m. Paciente con 4 días de dolor abdominal. le toma tac que muestra hepatoesplenomegalia y en estudio para una mielodisplasia. Orden de enfermería; de alta y manejo por medicina.

9:42:50 a.m. Dice sentirse mejor hoy, el dolor abdominal casi ha desaparecido por completo, está alimentándose bien y las deposiciones son normales Re interrogándolo dice que en la familia tiene otros 2 hermanos con un problema de anemia parecido y una tía materna murió de leucemia. Todavía no tiene diagnostico específico de su síndrome anémico y se está manejando sintomáticamente con hierro más ácido fólico por parte de hematología. Se observar hasta que se descarte definitivamente la posibilidad de una patología abdominal potencialmente quirúrgica.

12 de junio, a las 11:46 a.m., se hace unidosis y se ordena tramadol 50 mg/ml inyectable por vía de administración endovenosa periférica.

En fecha 13 de junio de 2008, el paciente con dx de anemia en estudio pendiente de dx por hematología se halla en buenas condiciones generales sin sdr tolera sin o2hemoglobina de 8 m g /dl. Se decide en vista de la mejoría del dolor abdominal dar el alta sin medicación pues él tiene medicación en casa y se da cita de revisión por hematología.

Acción de salud: Consulta de control o de seguimiento por medicina especializada + incluye: aquella realizada para la protección de la salud de los trabajadores en forma periódica. En seguimiento laboral al reintegro o adaptación de ortesis/prótesis. Posteriormente, a las 3:10:10 p.m., se ingresa para dar alta del sistema.

En fecha 11 de octubre, a las 7:21 a.m., Ingresa por motivo de consulta “me duele la cabeza”. Es paciente con cuadro de más o menos 3 días de evolución dado por cefalea temporoparietal de moderada intensidad asociados a parestesias en miembros superiores que no sede a la ingesta en casa de aines y que se intensifica hace más o menos 12 horas por lo que consulta. ap: anemia crónica no especificada en tratamiento con oncología, migraña alergias: niega qx: niega. Seguidamente ordenan medicamentos vía endovenosa como: dipirona (metamizol sódico) 1gr/2ml, solución parenteral, solución salina normal 0,9% 100 ml de 100, mililitro bolsa parenteral.

Se indica manejar crisis de dolor con dipirona y metoclopramida y posteriormente manejo ambulatorio con recomendaciones. Ver doc. 03, del C. principal, fl 46- 48-50.

Posteriormente, el día 23 de diciembre de 2008, el motivo de consulta “me duele la cabeza”. Paciente que consulta por cuadro de más o menos 7 horas de evolución consistente en cefalea intensa generalizada, que focalizo a región frontal,



Consejo Superior de la Judicatura
Consejo Seccional de la Judicatura del Atlántico
JUZGADO ONCE CIVIL CIRCUITO DE BARRANQUILLA

asociándose a episodios de vómitos en número de 4 veces, de contenido alimentario. episodios similares a repetición antecedentes familiares: no

Ordenes de medicamentos: dipirona (Metamizol sódico) 1gr/2ml, dipirona (Metamizol sódico) 1gr/2ml, metoclopramida clorhidrato (10mg/2ml).

Se le indica al paciente manejar el dolor con dipirona y metoclopramida y posteriormente manejo ambulatorio con recomendaciones.

A las 6:15 a.m., se revalora paciente, encontrándose asintomático, se decide dar de alta con manejo médico y se le sugiere seguía manejo establecido previamente.

Ordenes medicamentos ambulatoria: ergotamina+cafeína (1+100) mg, acetaminofén x 500 mg

El día 28 de mayo de 2009, a las 9:55:19 p.m., ingresa por motiva de consulta “dolor muy fuerte” paciente con dolor abdominal desde las 4 pm de hoy, relata que hace 20 días tuvo hematemesis y melenas, dice que no quiso venir a la consulta. trae eco de abdomen superior hecha el 05/05/09 con dx de hepatoesplenomegalia y síndrome de hipertensión portal.

Seguidamente se le practica examen físico: piel icterica, diaforético; abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación en epigastrio, mesogastrio, flanco izquierdo, fosa iliaca derecha e hipocondrio derecho. Posteriormente a las 10:16 p.m., se le indica al paciente que debió consultar hace varios días por su hematemesis y melenas, se explica que debe esperar los paraclínicos y evaluación por cirugía general. Ver continuidad de historia clínica doc. 03 del C. principal, folio 50- 57.

29 de mayo de 2009, a las 4:12:33 a.m., ingresa a piso por dolor abdominal. Refiere paciente dolor de fuerte intensidad en región abdominal tipo cólico, sin nauseas, actualmente sin melenas ni hematemesis, reporte de ecografía abdominal: 5/05/09; hígado aumentado de tamaño y de ecogenicidad con diámetro longitudinal derecho de c 190 mm, vesícula biliar distendida, sin cálculos en su interior, dilatación esplenoportal, con un diámetro de 18 mm, vena porta dilatada, aumento de tamaño del bazo, de 220 mm, circulación colateral que compromete el hilio esplénico y se extiende hasta el confluente esplenorrenal reporte de paraclínicos: tp: 20 seg, tpt: 40 seg, inr: 1.4 seg, pcr: 0.0 mg/dl, uroanálisis: normal
hemograma: hb: 6.4 g/dl, hto: 22%, leucos: 3.500, n: 51%. l: 39%, plaquetas: 216.000, amilasa: 30, bt: 0.8 mg/dl,
bi: 0.5 mg/d l, bd: 0.3 mg/dl
creatinina: 0.5 mg/dl, glicemia: 115 g/dl
alt. 34 mg/dl, ast: 33 mg/dl, urea: 30, ionograma: k: 3.8 mmoll, sodio: mmol/l, cloro: mmol/l.

Se le orden los siguientes medicamentos hospitalaria: omeprazol 40 mg inyectable, solución salina normal 0,9% 100 ml de 100 mililitro bolsa parenteral.

A las 4:46 a.m., se diagnostica hemorragia gastrointestinal no especificada. Seguidamente en hora 8:54 a.m., el paciente de 34 años en regular estado general, consciente, orientado, deshidratado, pálido. Paciente con dolor a la palpación en epigastrio, hepatoesplenomegalia marcada. Paciente quien termina a las 7 am transfusión. Análisis: endoscopia y tac de abdomen ahora mismo pendiente hlg 6 horas postransfusión, valoración x medicina interna. se explica a paciente estado de su enfermedad.

Ver folio 62- 64- 74



Consejo Superior de la Judicatura
Consejo Seccional de la Judicatura del Atlántico
JUZGADO ONCE CIVIL CIRCUITO DE BARRANQUILLA

En fecha 01 de junio de 2009, a las 9:56 a.m., 34 Años. Paciente con historia de citopenia en estudio y manejo por hematología, ha recibido en el pasado sulfato ferroso, ácido fólico y otros hematínicos con regular control. ahora reingresa por sangrado digestivo con hematemesis y melenas. Se le hizo eds que mostrar varices esofágicas que se van a someter a escleroterapia.

Re interrogando al examen no hay datos claros en la historia para explicar la hipertensión portal. se le solicita que traiga toda la información que tenga en casa para aclarar el dx. Como no es una anemia hemolítica y no es una pancitopenia (plaquetas normales) podría tener una discrasia hematológica un poco más rara (metaplasia mieloide antigena p. ejemplo). De lo anterior, se esperan los resultados de exámenes realizados. ver doc. 03 del C. Principal, folios 75- 83.

02 de junio de 2009, a las 10:01 a.m., Paciente hospitalizado por hemorragia digestiva secundaria a varices esofágicas por hipertensión portal. tiene bicitopenia conocida de tiempo atrás, pero sin diagnóstico definitivo. ha sido visto por hematología que lo ha manejado sintomáticamente como anemia ferropénica. sin embargo, tiene ferritina sérica de más de 1200 por lo que se estudiara toda la ferrocínética para completar el análisis. Se llevó a eds para escleroterapia de las varices esofágicas, también se definirá la necesidad de un aspirado y biopsia de medula ósea y en último caso una laparoscopia diagnostica para biopsias de hígado. ver doc. 03 del C. Principal, folios 84- 90

03 de junio de 2009, a las 8:20 a.m., paciente hemo dinámicamente estable, con evolución estable de su cuadro clínico, ayer se le realizó escleroterapia en varices esofágicas, el cual fue bien tolerado, actualmente sin sangrado gastrointestinal, se le ordenan paraclínicos como ferritina y transferrina, y perfil hepático, se le explica su evolución y la conducta a seguir. De acuerdo a lo anterior, se le ordenan los siguientes medicamentos: dipirona (Metamizol sódico) 1gr/2ml, solución parenteral, solución salina normal 0,9% 100 ml de 100, mililitro bolsa parenteral, omeprazol 20 mg. (doc. 03 del C. Principal, fls 90 - 93)

A las 9:46 a.m., fue hospitalizado por hemorragia tracto digestivo superior por varices esofágicas por hipertensión portal de causa no clara. Re interrogando al paciente relata que ha sido estudiado en el hptu y en la clínica las Américas y al menos se puede afirmar que le han descartado neoplasia hematológica (leucemias o linfomas), no tiene esplenomegalia tropical (vivía en el chocó), no es una hepatopatía alcohólica, y hasta ahora no parece una enfermedad de depósito. sin embargo, el diagnostico sigue incierto. relata que le hicieron una biopsia con aspirado de medula o sea en las Américas la cual fue reportada como normal.

Se le ordenado tomar sulfatos ferrosos y ácido fólico por episodios transitorios de anemia no especificada. Esta es la primera ocasión que el paciente presenta un sangrado digestivo al amenos microscópico.

Análisis: Se le solicita que traiga el resumen de historia de la clínica las Américas. al parecer se ha considerado la posibilidad de una esplenectomía por parte de hematología, pero no dispongo de toda la información en el momento. Ver doc. 03 del Principal, folios 94- 110

07 de Julio de 2009, a las 3:17 p.m., el motivo de consulta del paciente por revisión. Es un paciente con dxo de varices esofágicas grado III. En tto con escleroterapia secundarias a cirrosis criptogénica, viene para la orden de escleroterapia. No obstante, se remite a hematólogo y hepatólogo da instrucciones sobre dieta, uso del



Consejo Superior de la Judicatura
Consejo Seccional de la Judicatura del Atlántico
JUZGADO ONCE CIVIL CIRCUITO DE BARRANQUILLA

propranolol. Se le explican los riesgos de la escleroterapia. Ver doc. 03 del C. principal, folio 111.

15 de agosto de 2009, a las 5:53 p.m., ingresa a consulta por vomito con sangre. Es un paciente con hematemesis 1 episodio abundante hace 1 hora, el señor Orlando con antecedente de varices esofágicas, se le esclerosaron hace aproximadamente 2 meses.

Presenta diagnóstico de cirrosis del hígado y las no específicas, hematemesis de lo cual es un tipo confirmado nuevo. A las 6:01 p.m., al ef: ta: 122/90 fc: 89 sat 90% pálido, no disneico, no cianótico, cardiopulmonar normal. abdomen distendido por ascitis, hepatomegalia, peristaltismo presente. no signos de irritación peritoneal ni de shock hipovolémico. ha presentado melenas. Aunque no han reportado laboratorio, el paciente informa que ayer se hizo exámenes particulares y le reportaron hb 7,2. de todas maneras se solicitan 3u de gr.

Orden de medicamentos hospitalaria: lactato de ringer (solución de Hartmann) 500 ml, por vía endovenosa. Ver doc. 03 del C. principal, folio 112- 117.

19 de agosto de 2009, a las 4:25 p.m., No asiste a la consulta Médica General. Paciente que no asiste a la consulta Médica, se realizaron tres llamados sin respuesta. se cierra la historia clínica a las 18:07. Ver continuidad de historias clínicas 118- 145.

01 de octubre de 2009, hora: 10:02 a.m., paciente con dxo de síndrome de hipertensión portal al parecer por esplenomegalia tropical secundaria a un paludismo crónica. Le realizaron ligadura de varices y esplenectomía urgentes. consulto por dolor en sitio operatorio y le ordeno tac que reporta persistencia de trombosis portal con dilatación venosa de 'plexo mesentérico y esofágico. le ordenan nueva ligadura de varices en el momento asintomático. al ef. buen aspecto, cp. normal. abdomen; blando, depresible, sin dolor, herida bien cicatrizada. concepto: paciente asintomático, en el momento sin evidencia de sangrado por varices y reacio a nueva ligadura dado que esta desencadeno sangrado profundo que lo llevo a la cirugía. por recomendación del hepatólogo se le ordeno endoscopia para dentro de 2 meses. se discute con el paciente realizar endoscopia en 2 meses y si se encuentran varices se evaluará necesidad de nueva ligadura. se da de alta. Diagnóstico: HIPERTENSION PORTAL
Ver fls 146- 161

18 de noviembre de 2009, hora: 10:51 a.m., paciente con larga historia conocida de hipertensión portal severa, al parecer por degeneración cavernomatosa de la porta. Estaba con hiperesplenismo severo que requería esplenectomía, tiene además antecedente de htlds masiva secundaria a varices esofágicas que han requerido ligadura en varias ocasiones.

Ahora se hospitaliza por dolor en ambas piernas. Se le documentó trombosis de venas tibiales posteriores en ambas piernas, sin extensión supra poplítea. no hay compromiso arterial. igualmente tiene anemia de moderada a severa que se va a transfundir por r de ambas pantorrillas. hb entre 7 y 8 gr/dl. El cuadro está para decidir si se le instala o no filtro de vena cava superior teniendo en cuenta que la anticoagulación está contraindicada clínicamente el paciente está en buenas condiciones y su única molestia es el dolo.

Diagnóstico: VARICES ESOFAGICAS SIN HEMORRAGIA, ANEMIA DE TIPO NO ESPECIFICADO, EMBOLIA Y TROMBOSIS DE OTRAS VENAS ESPECIFICADAS, HIPERTENSION PORTAL.



Consejo Superior de la Judicatura
Consejo Seccional de la Judicatura del Atlántico
JUZGADO ONCE CIVIL CIRCUITO DE BARRANQUILLA

Ver doc. del C. principal, folios 163-209

06 de enero de 2010, hora: 11:11 a.m., transcripción orden Dr. Juan f combariza. hematología adulto Hospital Pablo Tobón Uribe de enero 5 de 2010. formula única. Además, excusa total de servicios por treinta 30 días de diciembre 24 a enero 22 de 2010.

El diagnóstico es el siguiente: EMBOLIA Y TROMBOSIS DE VENA NO ESPECIFICADA.

Posteriormente se ordenan medicamentos ambulatorios que son los siguientes: piridoxina vitamina b6 50 mg, tramadol 100 mg/ml got, Warfarina sódica tab x 5 mg.

Observaciones: Orden de Juan F Combariza hematología Hospital Pablo Tobón Uribe de enero 21 de 2010, confrontada. Formula única.

Ver fls 210, 223

En fecha 04 de abril del 2011, hora: 11:23 a.m., ingresa por motivo de consulta, Diagnostico medico: hemo siderosis con degradación de vena porta y acumulación hierro valvular en tratamiento con hematología, adema de trombosis venosa profunda en tratamiento Warfarina sin ultimo control consulta por cuadro de dolor en abdomen, progresivo hasta hace dos días en que inicia dolor abdominal más constante y segundo que no sede, llega a urgencias por tal motivo. Ver doc. 03 del C. Principal, fls 229

28 de mayo del 2011, a las 10:44. Refiere el paciente que desde hace 3 días presenta cuadro de fiebre alta. Escalofríos. lesiones vesico-pustulosas en piel de las piernas. por lo cual consulta. ap. esplenectomía hace 2 años por intoxicación con ferritina. tto con Warfarina. 7.5 mgvo día.

Diagnóstico: celulitis de otras partes de los miembros, anemia de tipo no especificado, fiebre con escalofrío.

Orden de medicamentos hospitalarios: solución salina normal 0,9% bolsa, frasco 500 ml de 500 mililitro bolsa, frasco 500 ml de 500 mililitro bolsa, acetaminofén x 500 mg.

Ver fls 229 – 233

02 de junio del 2011, hora: 7.02 p.m. diagnóstico: celulitis de otras partes de los miembros, anemia refractaria con sideroblastos. Por consiguiente, le asignaron medicamentos hospitalaria por vía endovenoso; DIPIRONA (METAMISOL SODICO) 1GR/2ML, OMEPRAZOL 40 mg INYECTABLE, AMPICILINA + SULBACTAM 1.5 G INYECTABLE.

Ver historias clínicas, folio 235 – 270

- **CLINICA GENERAL DEL NORTE**

El señor Taborda fue remitido a la a la Clínica General del Norte, quienes plasman en la historia clínica lo siguiente:

FECHA: 29 DE DICIEMBRE DEL 2011 HORA 08:26 P.M.

“PACIENTE REMITIDO DE LA POLICIA POR CLINICA DE 3 DIAS DE DOLOR ABDOMINAL ASOCIADO A NAUSEAS, SIN FIEBRE, QUE HA PERSISTIDO SIN MEJORIA EN LAS ULTIMAS HORAS CON EACERBACIÓN DEL DOLOR POR LO QUE CONSULTO A CLINICA DE LA POLICIA REALIZAN EKG QUE MUESTRA FA



Consejo Superior de la Judicatura
Consejo Seccional de la Judicatura del Atlántico
JUZGADO ONCE CIVIL CIRCUITO DE BARRANQUILLA

Y CON HALLAZGOS DE ABDOMEN AGUDO CON HEMOGRAMA QUE EVIDENCIA LEUCOSITOSIS CON NEUTROFILIA MOTIVO POR LO QUE ES REMITIDO PARA VALORACIÓN Y MANEJO. MANIFIESTA QUE EL DOLOR ABDOMINAL ES DIFERENTE A LOS PREVIOS QUE HA PRESENTADO POR SUS TROMBOSIS MESENTERICAS.

AUSENCIA DE DEPOSICIÓN DURANTE 2 DIAS

ANTECEDENTES PATOLOGICOS: ANEMIA ASIDEROBLASTICA, ARRITMIA CARDIACA, TVP CRONICA Y TROMBOSIS MESENTERICA RECURRENTE.

ANTECEDENTE QUIRURGICO: ESPLENECTOMIA”

Al examen físico se registra en la historia clínica:

“ASPECTO GENERAL: ALERTA, CONCIENTE, AFEBRIL

TORAX: RUIDOS CARDIACOS ARITMICOS SIN SOPLO CONA DECUADA VENTILACIÓN PULMONAR.

ABDOMEN: CON DOLOR A LA PALPACIÓN EN MESOGASTRIO EN FOSA ILIACA DERECHA BLUMBERG POSITIVO NO PALPO MASA NI VISCEROMEGALIAS”

Atendido por la Dra. YOHANA MANTILLA MORALES, quien ordena exámenes de laboratorio, electrocardiograma y tac de abdomen total y pelvis, ecografía de abdomen total.

30-12-2011 07:00 am cirugía general. Paciente refiere mejoría parcial de dolor.

Examen físico: frecuencia cardíaca 88 por minuto frecuencia 16 por minuto

Abdomen no distendido perístasis positiva, con dolor leve a la palpación en todos los cuadrantes, no signos e irritación peritoneal, no masas palpables.

Análisis paciente evolucionando hacia la mejora laboratorios dentro de límite normal, se espera serie de abdomen agudo y se solicita ecografía de abdomen total
Dra. Carlos duran

La ECOGRAFÍA ABDOMINAL TOTAL, tuvo los siguientes resultados:

HIGADO: De dimensiones y morfología normal, sin evidencia de lesiones ocupantes de espacio en su interior.

VÍAS BILIARES: Intra y extrahepáticas de calibre adecuado, el sistema venoso porta muestra su calibre y distribución habitual.

VESICULA BILIAR: Distendida, de paredes engrosadas (8mm), con halo hipoeoico de tipo inflamatorio sin evidencia de cálculos en su interior.

PÁNCREAS: Se observa de tamaño y eco textura habitual, no hay lesiones focales en su interior, la grasa peri pancreática y las relaciones vasculares están conservadas, no hay calcificaciones ni colecciones.

BAZO: Ausente por cirugía.

RIÑONES: Se aprecian de forma y tamaño conservado. Sistemas colectores de calibre normal. Relación cortico medular conservada. No hay lesiones sólidas, quísticas, ectasias ni litiasis.

VEJIGA: Vacía al momento del examen.

No se observaron masas ni liquido libre en cavidad abdominal, Retro peritoneo sin masas ni adenomegalias.

Se observo líquido libre en el espacio pleural derecho con volumen aproximado de 846cc.

IMPRESIÓN ULTRASONOGRAFICA:



Consejo Superior de la Judicatura
Consejo Seccional de la Judicatura del Atlántico
JUZGADO ONCE CIVIL CIRCUITO DE BARRANQUILLA

- COLECISTITIS CRONICA ALITIASICA
- DERRAME PLEURAL DERECHO
- ESPLENECTOMIZADO.”

30-12-2011 10: 00 am cirugía general

Paciente con mejoría de cuadro de dolor abdominal. No nauseas, no emesis afebril, al valorar abdomen leve dolor a la palpación profunda epigastrio, no irritación peritoneal. Resultados ecografía abdominal: no colección abdominal.

Plan hospitalizar

Seguimiento medicina interna, cirugía general se solicita valoración por cirugía vascular.

Dr. tomas rivera.

30-12-2011 01: 00 cirugía general

Masculino de 36 años cuadro de 3 días con dolor abdominal difuso asociado a nauseas, deposiciones y flatos (+)

Antecedentes personales patológicos anemia sideroblástica, isquemia intestinal en varias ocasiones, trombosis venosa profunda fibrilación auricular, cirugía: esplenectomía

Alergias: niega.

Examen físico: frecuencia cardiaca 88 por minuto fr. 14 por minuto Cabeza, cuello mucoso oral húmeda

Tórax cardiopulmonar normal

Abdomen no distendido peristalsis (+) con dolor difuso a la palpación, no signos de irritación peritoneal no masan palpables.

Análisis; paciente con antecedente de isquemia intestinal en varias ocasiones con dolor abdominal difuso no ocluido, sin signos de abdomen agudo quirúrgico se deja en observación, se solicitan laboratorios serie de abdomen agudo, tac de abdomen contrastado.

Impresión diagnostica dolor abdominal secundarlo a angina intestinal. Plan:

- 1) observación
- 2) nada vía oral
- 3) solución salina 0,9% 120cc/hora
- 4) se solicita BUN, creatinina, amilasas lipasas, transaminasas
- 5) se solicita serie de abdomen agudo
- 6) tomografía de abdomen contrastado
- 7) valoración por hematología
- 8) sonda vesical a cistoflow
- 9) balance hídrico
- 10) control de signos vitales y avisar cambios

Dr. ezio pezzano.

El resultado de la **TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE ABDOMEN Y PELVIS CON CONTRASTE**, fue:

“Se aprecia derrame pleural basal bilateral de predominio derecho con colapso pulmonar pasivo.

HÍGADO: con densidad homogénea sin evidencia de dilatación de la vía biliar.

VÍAS BILIARES: Intra y extrahepática de calibre normal.

VESÍCULA BILIAR: Distendida, con lodo biliar hacia el cuello de la vesícula.



Consejo Superior de la Judicatura
Consejo Seccional de la Judicatura del Atlántico
JUZGADO ONCE CIVIL CIRCUITO DE BARRANQUILLA

PÁNCREAS: aumentado de volumen con proceso inflamatorio a nivel de la cabeza del páncreas y compromiso de la grasa peri pancreática evidenciándose proceso inflamatorio.

RIÑONES: Ambos son de forma, tamaño y densidad habitual, los sistemas colectores son normales.

BAZO: no se observa a correlacionar con antecedentes.

Hay líquido libre en fosa pélvica en forma discreta.

Estructuras intestinales con expansión adecuada y gas en la ampolla rectal

Aorta y vena cava inferior normales.

Vejiga normal.

CONCLUSIÓN:

- DERRAME PLEURAL BASAL BILATERAL CON COLAPSO PULMONAR PASIVO DERECHO
- COLELITIASIS.
- DATOS POR PANCREATITIS.
- LIQUIDO LIBRE EN FOSA PELVICA.”

30-12-2011 11:50 Hematología

Masculino 36 años, tiene hemocromatosis hereditaria (un hermano) también en tratamiento con quelante del hierro oral deferisirox 1g día. Tiene trombosis de vena mesentérica.

Recibe tratamiento con Warfarina

Laboratorios; anemia grado II leucocitosis (19000) con neutrófilos, plaquetas, transaminasas normales, TP aumentada.

Regular estado

Abdomen blando con signo rebote positivo

Hemocromatosis muy probable nuevo episodio de trombosis venosa mesentérica.

Plan: Manejo por cirugía verificación diagnóstica, recomiendo interconsulta por cirugía vascular ante posibilidad quirúrgica, revertir efecto de Warfarina, vitamina K 5mg intravenoso lento y continuar con enoxaparina.

Se comentó lo anterior al paciente y esposa. Dr. Roberto Vargas

31-12-2011 07 am cirugía general

Paciente con impresión diagnóstica 1) dolor abdominal 2) trombosis mesentérica 3) hemocromatosis 4) derrame pleural.

Paciente refiere pasar buena noche, leve dolor abdominal no irritación peritoneal.

Examen físico frecuencia cardíaca 88 por minuto frecuencia respiratoria 20 por minuto tensión arterial 110/80mmg

Palidez mucocutánea, cuello móvil, tórax pulmones con leve disminución del murmullo vesicular en base pulmonar derecho, ruidos cardíacos rítmicos, no soplos.

Abdomen presente globoso por panículo adiposo. Se ausculta motilidad intestinal, efectiva, se palpa abdomen blando depresible, actualmente no signos clínicos de irritación peritoneal.

Análisis: paciente actualmente no signos de irritación peritoneal, estable hemo dinámicamente, mejoría del cuadro del dolor abdominal.

Plan: hospitalizar

Líquidos endovenosos solución salina 0,9% 1500cc + dextrosa al 5% 1000cc pasar a 24 horas.

Omeprazol 20 mg intravenoso cada 24 horas Metoclopramida 10 mg intravenoso cada 12 horas Se solicita cuadro hemático, PCR control Pendiente reporte de tac



Consejo Superior de la Judicatura
Consejo Seccional de la Judicatura del Atlántico
JUZGADO ONCE CIVIL CIRCUITO DE BARRANQUILLA

Vigilar evolución clínica Seguimiento hematología Valoración cirugía vascular. Dr. tomas rivera.

31-12-2011 07:30 am cirugía general

Se revalora paciente conocido, persiste con dolor abdominal difuso asociado a rebote en todos los cuadrantes positivo con leucocitosis 19140.

Ecografía y tac derrame pleural bilateral más marcado de lado derecho por hallazgos anteriores, se considera abdomen agudo quirúrgico. Plan laparotomía. Se explica a paciente y esposa (Casandra Piedrahita) CC. 22623887 de Sabanagrande)

Diagnostico conducta quirúrgica, riesgos si es llevado a cirugía peritonitis-muerte. Riesgos elevados de morbimortalidad por acto anestésico quirúrgicos riesgos e sangrado por patología de base.

Ordenes:

- 1) Traslado a quirófano.
- 2) transfundir 4 unidades plasma fresco
- 3) vitamina k 10mg intravenosos ahora
- 4) cefazolina sódica 1gramo intravenosos ahora
- 5) reservar 4 unidades glóbulos rojos empaquetados cama en uci
- 6) control de signos vitales y avisar cambios.

31-12-2011 10:45 am cirugía general Dr. real revalora paciente en la unidad de cuidados post anestésicos y encuentro paciente consciente hidratado, lucido en posición decúbito y quien espontáneamente se incorpora para dar información acerca de su compleja enfermedad hemocromatosis hereditaria asociada a trombosis cavernomatosa de la porta que se esplenectomizada hace 2 años en el hospital universitario pablo Tobón desde entonces ha sido manejado con anticoagulación (Warfarina) y los episodios de dolor que ha presentado en abdomen se le han tratado con morfina.

Signos vitales tensión arterial 93/66 frecuencia cardiaca 121 por minuto
Cardiopulmonar hipo ventilación en ambos bases pulmonares sin crépitos ni roncus, abdomen cicatriz de laparotomía para esplenectomía, leve dolor al palpar los diferentes cuadrantes, pero no hay signos de irritación peritoneal, se palpa, hepatomegalia derecha y Murphy (+) peristalsis presente hoy hizo deposición normal. Edema leve de miembros inferiores ante todo lo anterior y luego de revisar los paraclínicos y el tac abdominal considero se trata de: 1) episodio de angina o isquemia mesentérica y que como los episodios que ha presentado en otras ocasiones así debe tratarse. 2) el proceso inflamatorio de la vesícula biliar debe tratarse con analgésica y antiinflamatorias no esteroideos y antibióticos, 3) ser valorado por cirugía vascular periférica 4) no transfundir el plasma ya que no se necesita revertir anticoagulación. 5) hospitalizar. 6) se le puede iniciar vía oral con dieta líquida a tolerancia y si no presenta problemas avanzar a dieta normal. No tiene indicación de cirugía en este momento.

01-01-2012 cirugía general 11 am

Masculino de 36 años con dolor abdominal resuelto. Hemocromatosis, tolera vía oral. a febril no sangrado, signos vitales estables abdomen blando serie de



Consejo Superior de la Judicatura
Consejo Seccional de la Judicatura del Atlántico
JUZGADO ONCE CIVIL CIRCUITO DE BARRANQUILLA

abdomen agudo. No signos de respuesta inflamatoria, no sepsis, no irritación peritoneal. Se cierra interconsulta por cirugía general. Continuar manejo por hematología
Dr. ezio pezzano.

El 01 de enero del 2012 a las 23:13 se practica RX PORTATIL cuyas observaciones registraron: “PCTE CON DIFICULTAD RESPIRATORIA, CONSIENTE, ORIENTADO, RECIBIENDO OXIGENO POR VENTURY, CON FC 135 POR MINT, POR LO QUE DECIDO RX TORAX PORTATIL. Dra. JULIA MIRIAM MACHADO SALAZAR”. (negrilla fuera de texto)

Le fueron suministrados los siguientes medicamentos:

MEDICAMENTOS
02/01/2012 10:56 TRAMADOL CLORHIDRATO 50MG/ML SOL INY.
ORDENADO:OR-7486821-1. POSOLOGIA: 50 MILIGRAMO, INTRAVENOSA, DOSIS UNICA, DOSIS UNICA.
CANTIDAD TOTAL: 50 MILIGRAMO . . NESTOR MORALESARROYAVE.. MEDICO GENERAL.

02/01/2012 09:00 FUROSEMIDA 20MG/2ML SOL INY.
ORDENADO:OR-7483823-1. POSOLOGIA: 40 MILIGRAMO, INTRAVENOSA, DOSIS UNICA, DOSIS UNICA.
CANTIDAD TOTAL: 40 MILIGRAMO . . JULIA MIRIAM MACHADOSALAZAR.. MEDICO GENERAL. REG 9904

02/01/2012 07:21 BUTIL BROMURO HIOSCINA 20MG-ML SOL INY..
ORDENADO:OR-7484215-1. POSOLOGIA: 20 MILIGRAMO, INTRAVENOSA, DOSIS UNICA, DOSIS UNICA.
CANTIDAD TOTAL: 20 MILIGRAMO . . adm . JUST: adm NESTOR MORALESARROYAVE.. MEDICO GENERAL.

02/01/2012 07:21 ACETAMINOFEN 500MG TABLETA.
ORDENADO:OR-7484215-3. POSOLOGIA: 1000 MILIGRAMO, ORAL, Cada 8 horas, Para 24 Horas.
CANTIDAD TOTAL: 3000 MILIGRAMO . . adm . JUST: adm NESTOR MORALESARROYAVE.. MEDICO GENERAL.

02/01/2012 07:21 ENOXAPARINA 40MG/0.4ML SOL INY.
ORDENADO:OR-7484215-2. POSOLOGIA: 40 MILIGRAMO, SUBCUTANEA, Cada 24 horas, Para 24 Horas.
CANTIDAD TOTAL: 40 MILIGRAMO . . adm . JUST: adm NESTOR MORALESARROYAVE.. MEDICO GENERAL.

02/01/2012 07:21 RANITIDINA 50 MG/2 ML SOL INY.
ORDENADO:OR-7484215-4. POSOLOGIA: 50 MILIGRAMO, INTRAVENOSA, Cada 6 horas, Para 24 Horas.
CANTIDAD TOTAL: 150 MILIGRAMO . . adm . JUST: adm NESTOR MORALESARROYAVE.. MEDICO GENERAL.

02/01/2012 06:10 FUROSEMIDA 20MG/2ML SOL INY.
ORDENADO:OR-7483833-1. POSOLOGIA: 20 MILIGRAMO, INTRAVENOSA, DOSIS UNICA, DOSIS UNICA.
CANTIDAD TOTAL: 20 MILIGRAMO . . JULIA MIRIAM MACHADOSALAZAR.. MEDICO GENERAL. REG 9904

02/01/2012 00:02 FUROSEMIDA 20MG/2ML SOL INY.
ORDENADO:OR-7483525-1. POSOLOGIA: 40 MILIGRAMO, INTRAVENOSA, DOSIS UNICA, DOSIS UNICA.
CANTIDAD TOTAL: 40 MILIGRAMO . . JULIA MIRIAM MACHADOSALAZAR.. MEDICO GENERAL. REG 9904

El resultado del RX de TORAX PORTATIL fue:

“OPACIDAD DE UN 80% DE PULMÓN DERECHO QUE ESTA EN RELACIÓN A PROCESO BRONCONEUMONICO, SILUETA CARDIACA ENSANCHADA POR POSICIÓN, EL RESTO DE ESTRUCTURA DEL TORAX DE ASPECTO NORMAL. FAVOR VALORAR CON DATOS CLINICOS

DR. WILIAM SABBAG Medico Radiólogo”

02-01-2012 cirugía vascular

Paciente con antecedente de arritmia cardiaca, anemia sideroblástica, esplenomegalia y esplenectomía en el 2009, anticoagulado con Warfarina, con antecedente de trombosis mesentéricas intestinal, anasarca, con pulsos distales positivos. Deambulando por sus propios medios. Considero paciente no amerita tratamiento quirúrgico. De alta por la especialidad.

Julio daza Cirugía vascular.

02-01-2012 12am cirugía general

Se trata de paciente masculino de 36 años de edad con diagnostico conocido. Paciente refiere dolor a nivel de tórax bilateral sin irradiación acompañado de dificultad respiratoria.



Consejo Superior de la Judicatura
Consejo Seccional de la Judicatura del Atlántico
JUZGADO ONCE CIVIL CIRCUITO DE BARRANQUILLA

fc 120 por minuto fr 26 por minuto t 37.

No diaforético, ruidos cardiacos rítmicos taquicárdicos, disminución de la ventilación en campo pulmonar derecho, extremidades eutróficas con edema grado 1. Se ordena electrocardiograma y radiografía de tórax que muestra borramiento de ángulo costo frénico, se ordena oxígeno por ventury y furosemida 40 mg intravenosos ahora y repetir a 20 mg intravenosos cada 8 horas. Posterior a la administración de furosemida y analgésico paciente con mejoría de dificultad respiratoria y dolor torácico.

Plan: 1) furosemida 20 intravenosos con dosis única

Resto de órdenes medicas iguales

Dra. julia machado.

La EPICRISIS muestra que el egreso de la clínica se registró a las 2:10 P.M. por el Dr. Néstor Morales, indicando lo siguiente:

“EVOLUCION A LA MEJORIA, ESTABLE HEMODINAMICA Y VENTILATORIAMENTE, CIRUGIA GENERAL Y VASCULAR, CONSIDERAN NO PATOLOGIA QUIRURGICA POR LO CUAL EGRESAN CON PRESCRIPCION Y CONTROL POR CONSULTA”

Indicando que los SIGNOS DE ALARMA serian:

“DOLOR, AUSENCIA DE FLATOS Y DEPOSICIONES, VOMITOS, FIEBRE, SANGRADOS, PALPITACIONES, DIFICULTAD RESPIRATORIA”.

Además, indicaron una DIETA BLANDA LAXANTE y recomendaron ELEVAR MIEMBROS INFERIORES y REPOSO RELATIVO.

Ver historia Clínica doc. 3 del C. Principal, folios 291- 373

- CLINICA LA POLICIA – AÑO 2012

En fecha 4 de enero de 2012 a las 3:00 p.m. Paciente masculino de 36 años de edad quien se encuentra hospitalizado en unidad de cuidados intermedios con diagnósticos de 1) sepsis severa de origen pulmonar, 2) falla cardiaca descompensada, 3) neumonía nosocomial, 4) colecistitis alitiásica, 5) insuficiencia renal aguda.

Orden de medicamentos hospitalaria fueron los siguientes: noradrenalina 4mg/4ml (base) inyectable, solución salina normal 0,9% 100 ml de 100, heparina de bajo peso molecular 40 mg, solución salina normal 0,9% bolsa, frasco 500 ml de 500 mililitro bolsa parenteral.

Ver doc. 03 fls 286 – 289

Hora 4:14 p.m., es informado por personal de enfermería de que recibimos llamada de aceptación de remisión del paciente por parte de la clínica Murillo uci habitación 206. se espera disponibilidad de ambulancia para necesidad del traslado.

• CLINICA MURILLO

Refiere la historia clínica que el ingreso del señor ORLANDO ALFREDO TABORDA CERVANTES se registró el 04 de enero del 2012 a las 10:14 P.M., por DOLOR ABDOMINAL AGUDO, refiriendo un cuadro de más o menos 10 horas de evolución caracterizado por dolor en fosa iliaca derecha asociado a náuseas y malestar general. Se registra en la historia clínica lo siguiente:



Consejo Superior de la Judicatura
Consejo Seccional de la Judicatura del Atlántico
JUZGADO ONCE CIVIL CIRCUITO DE BARRANQUILLA



No. Historia:	HC: 93701		
Nombre	1er Apellido	2do Apellido	ORLANDO TABORDA
Cama	EPS	Particular	POLICIA
			CC: 72097294

ENERO 4 DE 2012 18:50 HORAS

HORA	FECHA	SIRVASE FIRMAR LEGIBREMENTE LA UCI ADULTOS OTACIONES QUE ESCRIBA
		Paciente masculino de 38 años de edad raza mestiza de ocupación agente de policía, el cual consulta por deterioro progresivo de su estado general, asociado a disnea con pérdida de su clase funcional, distensión abdominal y edemas periféricos de aproximadamente 8 días de evolución, hospitalizado y dado de alta con tratamiento ambulatorio de furosemida sin mejoría clínica, por lo cual ingresa a esta referido de clínica de la policía en malas condiciones generales, con disnea clase funcionales clase funcional IV/IV.
		Antecedentes familiares: sin datos de importancia
		Antecedentes personales: PALUDISMO POR PLASMODIUM no especificado hace 8 años, con complicaciones sistémicas dadas por hepatomegalia.
		ANEMIA CRÓNICA SEDEREBLASTICA transfundido en varias ocasiones con HEMOCROMATOSIS secundaria.
		HIPERGUAGULABILIDAD evidenciada por TROMBOSIS MESENTÉRICAS hace 2 años en terapias con anticoagulante actual.
		CAVERNOMATOSIS PORTAL.
		Ligaduras por VARICES ESOFÁGICAS mes ESPLENECTOMÍA hace 3 años en relaciona HIPERTENSION PORTAL.
		Revisión por sistema: astenia, edinamia, palidez marcada.
		SIGNOS VITALES: TA: 83/41mmHg FC: 120/min FR: 30/min SatO2: 97%
		CCG: facie toxica, mucosa oral, semihúmeda, sin ingurgitación yugular, palidez mucocutanea ictericia leve.
		Tórax: asimétrico por aumento en diámetros antero posterior de hemitorax derecho, ruidos cardíacos ritmo taquicardicos sin soplos, pulmones claros bien ventilados, con disminución leve del mormullo vesicular en hemitorax derecho, sin ruidos agregados. Edema de pared.
		Abdomen: distendido con aumento de volumen por edema de pared, peristalsis disminuida con resistencia a la palpación profunda y sensación de masa sobre flanco e hipocondrio derecho proyectada hacia el epigastrio, no doloroso en el momento onda ascítica dudosa.
		G/U: sonda vesical a cistofló.
		Extremidades: con edema, blando con fovea grado III, llenado vascular distal de 2 seg
		SNC: conciente, orientado, alerta, glasgow 15/15, sin déficit motor o sensitivo.
		Paraclínicos:
		- hemograma: leucocitosis: 17.213 + bicitopenia (trombocitopenia + anemia por hg: 9.7gr)
		- tp: 33.2, control de 12, INR: 2.8
		- tpt: 70.6 control de 30
		- ionograma: Na: 132, K: 5.7
		- PFR: creat: 2.68, Bun: 76, relación Bun/creat: 28.3.
		- pruebas de necrosis hepática: AST: 234, ALT: 156.



Consejo Superior de la Judicatura
Consejo Seccional de la Judicatura del Atlántico
JUZGADO ONCE CIVIL CIRCUITO DE BARRANQUILLA

HORA	FECHA
	SIRVASE FIRMAR LEGIBLE TODAS LAS ANOTACIONES QUE ESCRIBA
	pruebas de colestasis: BT: 2.0, BF: 0.7, BD: 1.2, TACC: 208
	pruebas de función hepática: albumina: 3.2, TP: 33.2
	Rx de tórax portátil: pérdida de transparencia pulmonar, en bases pulmonares con mayor compromiso en hemitorax derecho, sugestivo de derrame pleural bilateral.
	TAC de tórax simple: derrame pleural bilateral de predominio derecho
	TAC de Abdomen simple: hepatomegalia marcada de forma homogénea con predominio del lóbulo derecho y ascitis marcada.
	EKG: probable necrosis antigua de cara septal.
	Análisis: paciente masculino 4ta década de la vida residente en zona palúdica con antecedentes de paludismo mas cuagulopatía mas cavernomatosis portal, con esplenectomía y cuadro clínico manifiesto por anasarca (derrame pleural, ascitis mas edema periféricos) con disnea severa y deterioro de su estado general, datos clínicos de SIRS asociados a hipotensión arterial, con probable foco infeccioso pulmonar y abdominal que inducen a falla orgánica multisistémica (corazón, hígado, pulmón, riñón) generando las siguientes probabilidades diagnóstica.
	1. SEPSIS GRAVE DE FOCO PULMONAR VS ABDOMINAL
	2. FOMS (COMPROMISO: CORAZON, PULMON, RIÑON, HIGADO)
	3. HIPERCOAGULABILIDAD POR HISTORIA CLINICA
	4. INSUFICIENCIA RENAL AGUDA RIFLE R (PRE RENAL)
	5. MIDCARDIOPATIA DILATADA A DETERMINAR CHAGASICA ?
	6. ANASARCA SECUNDARIA A 2 Y 5
	7. BICITOPENIA (ANEMIA + TROMBOCITOPENIA)
	PLAN:
	1. MANEJO MULTIDICIPLINARIO EN UCI
	2. PANCULTIVAR
	3. MANEJO DE ANTIBIOTICO EMPIRICO
	4. ECGCARDIOGRAMA DOPPLER COLOR T/T
	5. VER ORDENES MEDICAS
	<i>Dr. Roberto Mateo Barrios</i> Medicina Interna
	MEDICO DE PLANTA
	MEDICO INTERNISTA

Ver historia Clínica, doc. 08 del C. Principal, folio 45 -64.

Las notas de Enfermera dan cuenta de la atención del paciente, así:

NOTAS DE ENFERMERÍA fecha 04/01/2012 hora: 18:47

Procedente de clínica de la policía, ingresa a UCI adultos en camilla en compañía de médico, auxiliar de enfermería, paraclínico. alerta con o2 húmedo por Venturi 50%, anasarca, monitoreo no invasivo de signos vitales reportando TA 83/45 , fc 121 , t 36.5 fr 33, PAM 54, Spo2 93%, leve tinte icterico, sonda vesical a cistoflo a drenaje libre, vena canalizada en MSD con SSN 250 cc + norepinefrina 8 mg a 10 cc / hr por bomba de infusión, se instala en cubículo 206 en flower se continúa monitoreo de signos vitales no invasivos, se canaliza nueva vía con catéter # 20 en MSI al segundo intento se instala nueva infusión de SSN 250 cc + 8 mg norepinefrina a 20 cc / h por bombas de infusión, se realizan gases arteriales, se cambia sonda vesical por foley 18 previa asepsia y antisepsia, se recoge muestra par4a urocultivo, se realiza e kg de ingreso, valorado por md casa diego MD Víctor, ordenan ver órdenes médicas.

NOTAS DE ENFERMERÍA fecha 04/01/2011 hora: 19:00

en la unidad semi flower en mal estado de salud con mal patrón respiratorio, oxígeno por Venturi al 50% cuello móvil con edema + ictericia generalizada, vena periférica



Consejo Superior de la Judicatura
Consejo Seccional de la Judicatura del Atlántico
JUZGADO ONCE CIVIL CIRCUITO DE BARRANQUILLA

en MSI, pasando norepinefrina 8 mg + SSN 0.9% 250 cc a 20 cc, todo por bomba de infusión,
abdomen blando al tacto sonda vesical a cistoflo MSI edematizados, CSV tomados y anotados, es valorado por la Dra. Diana Álvarez y el Dr. Lavalle internista.

NOTAS DE ENFERMERÍA fecha 04/01/2011 hora: 20:00

CSV tomados y anotados. pte se traslada al servicio de tomografía a realizarse tac de tórax, tac de abdomen, se toma muestra para laboratorio + urocultivo + hemocultivo x2.

NOTAS DE ENFERMERÍA fecha 04/01/2011 hora: 7:00

queda en la unidad semi flower en mal estado de salud con palidez y edema generalizado, soporte de oxígeno Venturi al 50%, catéter central subclavio lado derecho cubierto con apósitos limpios, pasando SSN 0.9% x 1000 a 150 cc / hora + norepinefrina 8 mg + SNN 250 cc a 30 cc todo por bomba de infusión, monitor de signos vitales continuo, tórax simétrico, abdomen globoso, blando al tacto, sonda vesical a cistoflo, MIS con cianosis plantar leve edematizados, bajo observación médica y cuidado de enfermería. nota: Pte. se le instala oxígeno por Venturi por protocolo, se retira con el cual llegó de la remisión.

NOTAS DE ENFERMERÍA fecha 05/01/2011 hora: 7:00

masculino hemo dinámicamente inestable, posición semi flower 02 por Venturi al 50%, cuello móvil, catéter venoso central en subclavio lado derecho pasando ssn 0.9% 1000 cc a 150 cc/hr, norepinefrina 8 mg en 250 cc a 30 cc / hr línea funcional para medir pivic, tórax simétrico más monitoreo continuo de signos vitales, abdomen depresible a la palpación, sonda vesical a libre drenaje conectada a cistoflo, cianosis plantar más leve edema generalizado.



CLINICA MURILLO

ENERO 5 DE 2012 EVOLUCIÓN MEDICA 16:30 HORAS

HC: 93701

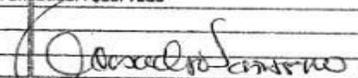
No. Historial: **ERLANDO TABORDA**

Nombre: **ERLANDO TABORDA** Ter Apellido: **POLICIA**

Código: **CC 72.097.294**

Cesna: EPS Particular

EVOLUCIÓN UCI/ DIA

FECHA	DESCRIPCIÓN DE TODAS LAS ANOTACIONES QUE ESCRIBA
	Paciente masculino de 36 años de edad en su primer día de estancia en UCI con dx:
	1. INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA
	2. DERRAME PLEURAL BILATERAL
	3. SEPSIS DE FOCO PULMONAR
	4. INSUFICIENCIA RENAL AGUDA
	5. ANEMIA SIDEROBLASTICA + HIPERCOAGULABILIDAD + TROMBOSIS DE VENA MESENTERICA (AP)
	Paciente muy delicado, con soporte vasopresor con norepinefrina, diuresis (+) en anasarca
	SIGNOS VITALES: TA: 113/64mmHg FC: 117/min FR: 18/min SatO2: 98% PVC: 32
	CCX: facie toxica, mucosa ora húmeda, sin ingurgitación yugular
	Tórax: tirajes intercostales ritmo sinusal, ruidos cardiacos ritmicos taquicardicos, sin soplos, ausencia del murmullo vesicular en tercio medio y base del campo pulmonar derecho y en base del campo pulmonar izquierdo
	Abdomen: peristalsis (+), onda ascítica dudosa, depresible, hepatomegalia a 3 cms por debajo de reborde costal
	Extremidades: con edema grado III con fovea
	SNC: somnoliento, responde al llamado
	Paraclínicos: leucocitos: 22.900/mm ³ neutrofilos: 87% plaquetas: 86.000/mm ³
	Tiempos de coagulación: prolongados INR: 2.5
	Creatinina: 1.9 mg/dL BUN: 87.1 mg/dL Urea: 186 mg/dL (en descenso)
	Gases arteriales: acidosis metabólica + hipoxemia
	TAC de tórax: imagen hipocogénica sugestiva de colección de líquido entre la pleura visceral y el pulmón importante que se visualiza en todos los cortes
	Rx de tórax: Radiopacidad en base y tercio medio del pulmón derecho
	Comentario: paciente con compromiso sistémico, inestable hemodinámicamente, con derrame pleural importante a quien SE REALIZO toracocentesis terapéutica de aprox x 1000 cc de liquido amarillo turbio inodoro con posterior mejoría de el compromiso respiratorio y con mejoría en gasometría arterial ajora po2 83 mmhg aun con persistencia de riesgo de ventilación mecánica se continúan medidas de corrección en los tiempos de coagulación. Mantiene mejor gasto urinario y mejoría de los azoados en respuesta al manejo medico (comentando con Dr. Suarez nefrólogo) por lo que se continúa manejo expectante de la falla renal. Se espera reporte de estudios de liquido pleural.
	Condición: muy delicada
	Pronóstico: reservado
	 



Consejo Superior de la Judicatura
Consejo Seccional de la Judicatura del Atlántico
JUZGADO ONCE CIVIL CIRCUITO DE BARRANQUILLA

NOTAS DE ENFERMERÍA fecha 05/01/2011 hora: 19:00

en su unidad alerta, normo cardio, normo térmico, pupilas 2mm, oxígeno por Venturi 50%, mucosa oral húmeda, cuello móvil, catéter central subclavio derecho, pasando solución salina 300 cc a 60 cc/hr, + norepinefrina 10 ml + 250 cc de SSN 0.9% a 30 cc/hr + infusión de furosemida 12 ampollas + 100 cc de SSN 0.9% 12 CC /HR, monitorización continua, tórax asimétrico, sonda vesical a cistoflo, edema en miembros superiores e inferiores edematizados, piel limpia.

NOTAS DE ENFERMERÍA fecha 06/01/2011 hora: 19:00

en su unidad alerta, con ictericia generalizada, en delicado estado general con oxígeno Venturi 50%, catéter central en región subclavio pasando SSN 0.9% 500 cc a 60 cc / hr + norepinefrina 16 mg en SSN 0.9% 250 cc a 30 cc + furosemida 12 ampollas en 100 cc de SSN 0.9% en 12 cc / hr, electrodos de monitoreo hemodinámico no invasivo, abdomen globoso por ascitis, sonda vesical a cistoflo, miembros inferiores simétricos con edema.

NOTAS DE ENFERMERÍA fecha 06/01/2011 hora: 7:00

queda en su unidad alerta en posición flower piel ictericia mucosa oral húmeda, cuello móvil, tórax simétrico mal patrón respiratorio, catéter central en subclavio derecho pasando SSN 0.9% 500 CC A 60 CC /HR más furosemida 12 ampollas en 100 cc SNN 0.9% a 12 cc / hr, norepinefrina 16 mg en SSN 0.9% 250 cc a 30 cc / hr, PVC instalado funcional, abdomen globoso por ascitis , genitales edematizados cubierto por pañal, elimina por sonda vesical a cistoflo, piel sana.

NOTAS DE ENFERMERÍA fecha 07/01/2011 hora: 7:00

semiflower, palidez generalizada o2 por mascara de Venturi al 50%, alerta, catéteres venosos central en región subclavia derecha pasando SSN 0.9% 500 cc a 60 cc/hr, ssn 0,9% 250 cc + 16 mg norepinefrina a 30 cc /hr, ssn 0.9% 100 cc + 12 ampollas de furosemida a 12 cc/hr, PVC instalado edema de miembros superiores, abdomen globoso palpable genitales normo configurados con sonda vesical Foley conectada a cistoflo, miembros inferiores edematizados.

NOTAS DE ENFERMERÍA fecha 07/01/2011 hora: 8:00

control de signos vitales anotados, recibe tto ordenado meropenem 1 gr iv diluido, se toma muestra para laboratorio de control.

NOTAS DE ENFERMERÍA fecha 07/01/2011 hora: 9:00

control de signos vitales anotados, recibe tto ordenado exija de 500 mg vo.

NOTAS DE ENFERMERÍA fecha 08/01/2011 hora: 24:00

Control de signos vitales anotados, se recibe tratamiento ordenado meropenem 1 gr diluido

NOTAS DE ENFERMERÍA fecha 09/01/2011 hora: 1:00

control de signos vitales anotados

NOTAS DE ENFERMERÍA fecha 09/01/2011 hora: 19:00

Paciente presentó paro cardiaco más fibrilación ventricular se inició reanimación cardiopulmonar la Dra. Casadiego coloca TOT 7.5 con presiones torácicas, se realiza desfibrilación con 360 jull+ adrenalina, bicarbonato, gluconato de calcio, xilocaína sin epinefrina 2 cc IV, amiodarona 300 mg + sulfato de magnesio sin respuesta a los 30 min de la reanimación presenta arritmia sinusal con pulso al minuto siguiente realiza fibrilación. Paciente no responde a la reanimación

NOTAS DE ENFERMERÍA fecha 09/01/2011 hora: 20:30

Falleció

Ver doc. 22 del C. Principal fls 9 – 21

Procede esta judicatura a realizar un análisis de las pruebas obrantes en este proceso que permitan allegar una decisión de fondo.



Consejo Superior de la Judicatura
Consejo Seccional de la Judicatura del Atlántico
JUZGADO ONCE CIVIL CIRCUITO DE BARRANQUILLA

Entrando este despacho al análisis de los elementos constitutivos de responsabilidad médica, la cual es de las llamadas responsabilidad de medios y no de resultado.

Como ya se dijo, tratándose de culpa probada, le corresponde al demandante probar que a) Un comportamiento del médico -activo o pasivo-; b) Una conducta dolosa o culposa -violación o desconocimiento del deber de asistencia y cuidados propios de la profesión, negligencia e impericia-; c) El daño, -daño a la vida o integridad personal que causa perjuicio patrimonial o extra patrimonial a la víctima o a sus causahabientes; y d) La relación de causalidad adecuada entre el daño sufrido y el comportamiento médico.

Antes de entrar a evaluar las atenciones del señor ORLANDO ALFREDO TABOARDA CERVANTES, que generan reproches por parte de los demandantes, es necesario establecer el estado de salud que presentaba en mencionado señor como preexistencias, a las atenciones recibidas en las instituciones demandadas, es que, ya había sido diagnosticado con unas series de padecimientos tales como Hemocromatosis, la cual es una enfermedad genética, huérfana, la cual produce anemia sideroblástica, un cuadro avanzado de cirrosis hepática; por su actividad profesional (policía) había padecido siete veces de paludismo (establecido en los hechos de la demanda); *trombosis mesentérica venosa profunda crónica bilateral*, hipertensión portal y varices esofágicas, *aunado a lo anterior* que se le había extraído el bazo,

Entremos al estudio del primer elemento: Un comportamiento del médico -activo o pasivo, sobre este elemento la parte demandante, hace un reproche de responsabilidad, basado en varios hechos:

1. Que el señor ORLANDO ALFREDO TABOARDA CERVANTES ingreso a urgencias el día 29 de diciembre de 2011 en la clínica de policía debido a que padecía dolor abdominal y en el tórax.
2. Que fue remitido a la clínica general del norte en donde fue valorado por el hematólogo quien determinó la imposibilidad de tratamiento quirúrgico por lo que el 1 de enero de 2012 se cerró la interconsulta
3. Que el 2 de enero del mismo año fue dado de alta por cirugía vascular por lo que los galenos decidieron dar de alta al paciente.
4. Que el día 3 de enero de 2012 el paciente acudió nuevamente a la clínica de la Policía, y se encontraba en malas condiciones, siendo diagnosticado con sepsis grave de origen pulmonar, por lo que fue trasladado a la CLINICA MURILLO en donde fue ubicado por la gravedad de sus síntomas de UCI, donde falleció el día 9 de enero del mismo año.

Revisada las historias clínicas de sus atenciones anteriores a las recibidas por las instituciones médicas demandadas las cuales fueron presentadas ante este proceso y de las que se extrae lo siguiente:

11 octubre 2008

PACIENTE CON CUADRO DE MAS O MENOS 3 DIAS DE EVOLUCION DADO POR CEFALEA TEMPOROPARIETAL DE MODERADA INTENSIDAD ASOCIADO A PARESTESIAS EN MIEMBROS SUPERIORES QUE NO SEDE A LA INGESTA EN CASA DE AINES Y QYE SE INTENSIFICA HACE MAS O MENOS 12 HORAS POR LO QUE CONSULTA AP: ANEMIA CRONICA NO ESPECIFICADA EN TRATAMIENTO CON ONCOLOGIA, MIGRA ¿A ALERGIAS: NIEGA QX: NIEG



Consejo Superior de la Judicatura
Consejo Seccional de la Judicatura del Atlántico
JUZGADO ONCE CIVIL CIRCUITO DE BARRANQUILLA

CAROLINA CECILIA MEDICINA GENERAL MEDICINA GENERAL VARGAS ENSUNCHO

Resalta que en el año 2009 fue intervenido por un sangrado incontrolable por lo que el galeno tratante ordena endoscopia con ligadura de varices y presento un cuadro clínico que evoluciono en forma adversa para el señor TABORDA.

2009/05/28 9:55:19PM -- MEDICINA GENERAL DR. HERNANDEZ BOLIVAR
ANAMNESIS MOTIVO CONSULTA DOLOR MUY FUERTE ANAMNESIS - ENFERMEDAD ACTUAL PACIENTE CON DOLOR ABDOMINAL DESDE LAS 4 PM DE HOY, RELATA QUE HACE 20 DIAS TUVO HEMATEMESIS Y MELENAS, DICE QUE NO QUIZO VENIR A LA CONSULTA. AP. NIEGA. AF. NIEGA. TRAE ECO DE ABDOMEN SUPERIOR HECHA EL 05/05/09 CON DX DE HEPATOESPLENOMEGALIA Y SINDROME DE HIPERTENSION PORTAL

2009/05/28 1:07:16AM MEDICINA GENERAL DR. HERNANDEZ BOLIVAR
SE LE EXPLICA AL PACIENTE QUE DEBIO HABER CONSULTADO HACE VARIOS DIAS POR SU HEMATEMESIS Y MELENAS, SE LE EXPLICA QUE DEBE ESPERAR LOS PARACLINICOS Y EVALUACION POR CIRUGIA GENERAL.

PACIENTE CON DX.1. HIPERTENSION PORTAL 2. HEPATOMEGALIA 3. ANEMIA SECUNDARIA A PERDIDA DE SANGRE 4. HEMORRAGIA DE VIAS DISGESTIVAS ALTAS

2009/05/29 1:07:16AM -- INDEFINIDO HOSPITALARIO ENVIGADO (ANTI OQUIA) ESPIM CLINICA REGIONAL VALLE DE ABURRA
ANAMNESIS

Finalidad de la consulta ALTERACIONES DEL ADULTO
Causa Externa ENFERMEDAD GENERAL

Programa --
EVOLUCIÓN

SUBJETIVO

PACIENTE QUIEN LLEGA DE PROCEDIMIENTO, LE REALIZAN ESCLOEROTERAPIA DE 4 CORDONES VARICOSOS EN 1/3 MEDIO Y DISTAL DE ESOFAGO, NO COMPLICACIONES, PACIENTE QUIEN MANIFIESTA PRESENTAR DOLOR TORACICO, NO FIEBRE, NO ALTERACIONES DEL SENSORIO.

OBJETIVO POR AHORA SOLO LE HAN ORDENADO TOMAR SULFATO FERROSO Y ¿CIDO F¿LICO POR EPISODIOS TRANSITORIOS DE ANEMIA NO ESPECIFICADA. ESTA ES LA PRIMERA OCASI¿N QUE EL PACIENTE PRESENTA UN SANGRQADO DIGESTIVO, AL MENOS MACROSC¿PICO.

FECHA EVOLUCIÓN 2009/06/05 9:36:00AM

ANAMNESIS Finalidad de la consulta ALTERACIONES DEL ADULTO Causa Externa ENFERMEDAD GENERAL Programa -- EVOLUCIÓN

SUBJETIVO

34 A¿OS. DIA 7. PACIENTE CON HISTORIA DE SANGRADO DIGESTIVO SUPERIOR POR VARICES ESOFAGICAS SANGRANTES QUE YA FUERON ESCLEROSADAS EN ENDOSCOPIA DIGESTIVA SUPERIOR SIN COMPLICACIONES. COMO COMORBILIDAD TIENE UNA HIPERTENSION PORTAL SECUNDARIA A HEPATOES PLENOMEGALIA DE CAUSA NO CLARA. HA MANEJADO UN SINDROME ANEMICO CRONICO Y RECURRENTE LUEGO DE TRANSFUSIONES QUE SE MANEJA AMBULATORIAMENTE POR HEMATOLOGIA CON HEMATINICOS.

OBJETIVO

EN EL MOMENTO EL PACIENTE YA TIENE HEMOGLOBINA SUPERIOR A 9 GR/DL Y ESTA ASINTOMATICO. EL PLAN ES DARLE SALIDA PARA QUE CONTINUE ESTUDIOS Y TRATAMIENTO POR HEPATOLOGIA Y/O HEMATOLOGIA MIENTRAS SE ALCANZA UN DX DEFINITIVO. ES PROBABLE QUE REQUIERA DE UNA LAPAROSCOPIA PARA



Consejo Superior de la Judicatura
Consejo Seccional de la Judicatura del Atlántico
JUZGADO ONCE CIVIL CIRCUITO DE BARRANQUILLA

*BIOPSIA HEPATICA O GANGLIONAR, PERO POR AHORA SE ESPERA NUEVA EVALUACION POR HEMATOLOGIA.
SANDRA MILENA DUQUE MEDICINA GENERAL MEDICINA GENERAL*

FECHA EVOLUCIÓN 2009/06/23 11:24:41AM

ANAMNESIS MOTIVO CONSULTA " INCAPACIDAD " ANAMNESIS - ENFERMEDAD ACTUAL PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE SINDROME DE HIPERTENSION PORTAL Y VARICES ESOFAGICAS GRADO III/IV ESTUVO HOSPITALIZADO DESDE EL 29-05-09 AL 05-06-09 POR HEMORRAGIA DE TRACTO DIGESTIVO SUPERIOR, LE ORDENARON INCAPACIDAD PARCIAL POR UN MES, DEL 29-05-09 AL 27-06-09 , REQUIERE PRORROGA DE INCAPACIDAD. TIENE PENDIENTE EVALUACION POR HEMATOLOGIA Y POR HEPATOLOGIA.

Posterior al procedimiento quirúrgico, el día 15 agosto 2009 ingresa a urgencia por presentar HEMATEMESIS ABUNDANTE 1000 CC. por lo que se ordena transfusión de sangre, luego de ser estabilizado es remitido a consulta externa para el día 19 de agosto de 2009 pero no asiste a la cita médica.

Mas adelante, en el mes de septiembre acude varias veces al servicio de urgencias porque ha presentado cólicos continuos después del procedimiento de venas esofágicas al cual fue sometido, así se observa en la anotación del día 23 de septiembre de 2009:

FECHA EVOLUCIÓN 2009/09/23 10:55:04AM

ANAMNESIS MOTIVO CONSULTA DOLOR EN REGION ABDOMINAL ANAMNESIS – ENFERMEDAD ACTUAL PACIENTE QUIEN HACE 36 DIAS SE LE REALIZO ESPLENECTOMIA POR VARICES ESOFAGICAS DE DIFICIL MANEJO. HA PRESENTADO DOLOR POSTQUIRURGICO, EL CUAL HA EMPEORADO LA MAÑANA DE HOY. HA ESTADO TOMANDO ACETAMINOFEN, SIN MEJORIA

Continúo hospitalizado en el centro médico como se lee a continuación

FECHA EVOLUCIÓN 2009/09/28 12:01:57P

34 AÑOS. DÍA 2. PACIENTE CONOCIDO POR MEDICINA INTERNA, HEMATOLOGÍA Y HEPATOLOGÍA POR CUADRO DE HIPERTENSIÓN PORTAL DE CAUSA NO CLARA. SINDROME ANÉMICO CRÓNICO HIPORREGNERATIVO CON HEPATOMEGALIA SECUNDARIA Y BICITOPENIA POR HIPERESPLENISMO. AUNQUE NO TIENE DIAGNÓSTICO HEMATOLÓGICO PODRÍA CONSIDERARSE UN SINDROME MIELODISPLÁSICO VS METAPLASIA MIELOIDE AGNÉSICA. YA SE LE HA HECHO LIGADURA DE VARICES ESOFÁGICAS SANGRANTES EN HOSPITALIZACIONES ANTERIORES. LO LLAMATIVO ES QUE EL PACIENTE HA RELATADO CASO S IGUALES EN OTROS MIEMBROS DE LA FAMILIA, YA FALLECIDOS. DESDE EL PUNTO DE VISTA PRÁCTICO EL PACIENTE TIENE UN ALTO RIESGO LABORAL YA QUE TIENE UNA GRAN HEPATOMEGALIA QUE PUEDE TRAUMATIZARSE DURANTE SU TRABAJO YA QUE ES PATRULLERO EN MOTOCICLETA. SE CONSIDERA EN LA HOSPITALIZACIÓN ANTERIOR Y COMO SUGERENCIA DE MEDICINA INTERNA UNA REUBICACIÓN LABORAL. POR AHORA NO HAY NADA EN QUÉ INTERVENIR POR MEDICINA INTERNA EN ESTA HOSPITALIZACIÓN.

Como consecuencia de esta nueva urgencia le es indicado una nueva ligadura de venas esofágicas

FECHA EVOLUCIÓN 2009/10/01 10:02:37AM

FRANCISCO JAVIE VELEZ CIRUGIA GENERAL CIRUGIA GENERAL



Consejo Superior de la Judicatura
Consejo Seccional de la Judicatura del Atlántico
JUZGADO ONCE CIVIL CIRCUITO DE BARRANQUILLA

PACIENTE CON DXO DE SINDROME DE HIPERTENSION PORTAL AL PARECER POR ESPLENOMEGALIA TROPICAL SECUNDARIA A UN PALUDISMO CRONICA. LE REALIZARON LIGADURA DE VARICES Y ESPLENECTOMIA URGENTES. CONSULTO POR DOLOR EN SITIO OPERATORIO Y LE ORDEN TAC QUE REPORTA PERSISTENCIA DE TROMBOSIS PORTAL CON DILATACION VENOSA DE 'PLEXO MESENTERICO Y ESOFAGICO. LE ORDENAN NUEVA LIGADURA DE VARICES

Al ser valorado por la medico el día 1 de octubre del mismo año es dado de alta e indicado que en 2 meses se realizará el nuevo procedimiento.

FECHA EVOLUCIÓN 2009/10/01 11:29:59AM

CAROLINA CECILIA VARGAS ENSUNCHO MEDICINA GENERAL

PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, CON MEJORIA DE SU SINTOMATOLOGIA, SIN SANGRADO DIGESTIVO, SE LE RELAIZO ESPLENECTOMIA Y LIGADURA DE VARICES HACE 2 MESES, EL TAC REPORTO PERSISTENMCIA DE LA TROMBOSIS PORTAL, VALORADO POR CIRUGIA GENERAL QUIEN ORDNEA L ATA, EL TIENE ENDOSCOPIA EN 2 MESES Y DEACUERDO A ESTO NUEVA LIGADURA DE VARICES, SE LE DAN RECOMENDACIONE SY SIGNOS DE ALARMA

Nuevamente El paciente se acerca el 17 de noviembre de 2009 debido a complicaciones las cuales se explican a continuación

JORGE LUIS BLANCO MEDICINA GENERAL FECHA EVOLUCIÓN 2009/11/17 11:29:06PM ANAMNESIS

MOTIVO CONSULTA " PACIENTE SE HOSPITALIZA POR MEDICINA INTERNA" ANAMNESIS - ENFERMEDAD ACTUAL PACIENTE CON CUADRO +- 20 DIAS DE EVOLUCION, COMENTA DOLOR Y EDEMA DE AMBAS PIERNAS, QUE LE IMPOSIBILITAN E DEAMBULAR, ASOCIA ASTENIA Y ADINAMIA, NIEGA OTRO SINTOMA, LE REALIZAN ECO DOPPER EL CUAL REPORTA TROMBOSIS BILATERAL DE LAS TIBIALES POSTERIORRESY CAMBIOS FLEBITICOS EN EL SISTEMA RETICULAR, SE COMENTA CON INTERNISTA DR. ECHEVERRI QUIEN ORDENA HOSPITALIZACION.

OBJETIVO PACIENTE CON IDX: 1) TROMBOSIS VENOSA BILATERAL DE MIEMBROS INFERIORES. 2) ANEMIA CRONICA. HB ACTUAL DE 7,8 G/DL. CONCIENTE, ALERTA. ANALISIS PACIENTE ESTABLE EN EL MOMENTO, YA CON MANEJO CON HBPM A DOSIS PROFILACTICA, ORDENADA POR INTERNISTA DR. ECHEVERRI, POR GRAD DE ANEMIA RESERVO 2 UNIDADES DE GLOBULOS ROJOS, SE EXPLICA EVOLUCION Y CONDUCTA AL PACIENTE, ORDENO INFUSION DE LIQUIDOS ENDOVENOS OS VER ORDENES MEDICAS.

EVOLUCIÓN 4 - CAMA Nro. 206 - FECHA EVOLUCIÓN 2009/11/18 10:51:50AM

JUAN ANDRES ECHEVERRI MEDICINA INTERNA

SUBJETIVO

34 A¿OS. D¿A 1. PACIENTE CON LARGA HISTORIA CONOCIDA DE HIPERTENS¿N PORTAL SEVERA, AL PARECER POR DEGENERAC¿N CAVERNOMATOSA DE LA PORTA. ESTABA CON HIPERESPLENISMO SEVERO QUE REQUIRI¿ ESPLENECTOM¿A. TIENE ADEM¿S ANTECEDENTE DE HTDS MASIVA SECUNDARA A V¿RICES ESOF¿GICAS QUE HAN REQUERIDO LIGADURA EN VARIAS OCASIONES.

OBJETIVO

AHORA SE HOSPITALIZ¿ POR DOLOR EN AMBAS PIERNAS. SE LE DOCUMENT¿ TROMBOSIS DE VENAS TIBIALES POSTERIORES EN AMBAS PIERNAS, SIN EXTENS¿N SUPRAPOPL¿TEA. NO HAY COMPROMISO ARTERIAL. IGUALMENTE TIENE ANEMIA DE MODERADA A SEVERA QUE SE VA A TRANSFUNDIR POR R DE AMBAS PANTORRILLAS. HB ENTRE 7 Y 8 GR/DL. EL CUADRO EST¿ PARA DECIDIR



Consejo Superior de la Judicatura
Consejo Seccional de la Judicatura del Atlántico
JUZGADO ONCE CIVIL CIRCUITO DE BARRANQUILLA

SE LE INSTALA O NO FILTRO DE VENA CAVA SUPERIOR TENIENDO EN CUENTA QUE LA ANTICOAGULACIÓN ESTÁ CONTRAINDICADA EN ÉL. CLÍNICAMENTE EL PACIENTE ESTÁ EN BUENAS CONDICIONES Y SU ÚNICA MOLESTIA ES EL DOLOR

ANÁLISIS

SE TRANSFUNDIRÁ Y REEVALUAREMOS LA NECESIDAD DE TERAPIA ANTITROMBÓTICA A LARGO PLAZO. SERTÁ TAMBIÉN NECESARIO ACLARA LA CAUSA DE LA ANEMIA YA QUE NO ESTÁ SANGRANDO. MUY REMOTAMENTE SE HA CONSIDERADO DESDE HOSPITALIZACIONES ANTERIORES LA POSIBILIDAD DE UNA METAPLASIA MIELOIDE AGNÓGENA Y LA ESPLENECTOMÍA PODRÁ SER CAUSA DE ANEMIA SECUNDARIA POR EXTRACCIÓN DE UN ÓRGANO DE ERITROPOYESIS EXTRAMEDULAR.

Una vez estabilizado y realizadas las transfusiones fue dado de alta

Luego asiste el 19 de diciembre de 2009 por haberse empeorado los síntomas acude nuevamente al centro hospitalario.

FECHA EVOLUCIÓN 2009/12/19 1:58:11PM

MARIO ALONSO VELEZ MEDICINA GENERAL

FECHA EVOLUCIÓN 2009/12/19 1:58:11PM ANAMNESIS

MOTIVO CONSULTA

DOLOR ABDOMINAL ANAMNESIS - ENFERMEDAD ACTUAL HACE 4 MESES ESPLENECTOMIA, AHORA CON CUADRO DE 5 DIAS DE EVOLUCION DE DOOR EN HIPOCONDRIO IZQUIERDO, LUEGO EPIY MESO GASTRIO QUE SE IRRADIA A LA ESPALDA, CON NAUSEAS INTENSAS, Y EMESIS BILIOSA, INAPETENCIA SEVERA YA QUE EL DOLOR SE AUMENTA CON LOS ALIMENTOS, ORINA CON SEDIMENTO SIN DISURIA

En esta ocasión es valorado y se determina que no es procedente realizar ninguna intervención quirúrgica y se remite a medicina interna

FECHA EVOLUCIÓN 2009/12/21 8:32:03AM ANAMNESIS

Finalidad de la consulta NO APLICA Causa Externa ENFERMEDAD GENERAL Programa -- EVOLUCIÓN SUBJETIVO REFIERE PACIENTE VOMITO EN LA MAÑANA, ACOMPAÑADO DE NAUSEAS, CON PUNTAS DE SANGRE, NO FIEBRE, LEVE DOLOR ABDOMINAL, NO CEFALEA, NO MAREOS, NO DIFICULTAD RESPIRATORIA, NO MELENAS REPORTE DE PARACLINICOS HEMOGRAMA: LEUCOS: 10.000

OBJETIVO

PACIENTE CON DX. 1. POP DE ESPLENECTOMIA POR DEGENERACION CAVERNOMATOSA DE LA PORTA. 2. AP DE 6 EPISODIOS DE MALARIA. 3. HIPERTENSION PORTAL + VARICES ESOFAGICAS GRADO III (QUE YA LE REALIZARON LIGADURA). 4. ANEMIA AGUDA- DESCARTAR MIELOPATIA MIELOIDE ENDOGENA.

ANÁLISIS

PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, CON EVOLUCION ESTABLE DE SU CUADRO CLINICO, YA LE MEJORA LA HEMOGLOBINA DESPUES DE LA TRANSFUSION DE LAS 3 U DE GRE, SIN SANGRADO ACTIVO EN EL MOMENTO, HOY SE ESTA REALIZANDO UN TAC DE ABDOMEN, Y UNA ENDOSCOPIA, CONTINUO A IGUAL MANEJO, SE LE EXPLICA SU EVOLUCION Y LA CONDUCTA A SEGUIR

Pese al diagnóstico continuo agravándose su estado de salud por lo que continuo con su hospitalización

EVOLUCIÓN 11 - CAMA Nro. 214 - FECHA EVOLUCIÓN 2009/12/23 8:53:53AM
CAROLINA CECILIA MEDICINA GENERAL MEDICINA GENERAL VARGAS ENSUNCHO



Consejo Superior de la Judicatura
Consejo Seccional de la Judicatura del Atlántico
JUZGADO ONCE CIVIL CIRCUITO DE BARRANQUILLA

SUBJETIVO REFIERE PACIENTE DOLOR DE FUERTE INTENSIDAD ABDOMINAL EN TODOS LOS CUADRANTES, NO VOMITOS, NO FIEBRE, DEPOSICIONES (+), NO DIFICULTAD RESPIRATORIA REPORTE DE TAC ABDOMINAL. TROMBOSIS DE LA VENA MESENTERICA, CON HEPATOMEGALIA

OBJETIVO

PACIENTE CON DX. 1. DOLOR ABDOMINAL 2 A: TROMBOSIS MESENTERICA, POSIBLE ISQUEMIA INTESTINAL 2. ANTECEDENTE DE HIPERTENSION PORTAL Y VARICES ESOFAGICAS

ANALISIS

PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, CON EVOLUCION TORPIDA DE SU CUADRO CLINICO, CON CUADRO AGUDO DE TROMBOSIS MESENTERICA POR LO QUE EN RONDA CON CIRUJANO GENERAL SE ORDENA REMISION A IV NIVEL PARA MANEJO POR HEPATOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR, MANEJO CON FIBRINOLITICOS, SE LE EXPLICA SU EVOLUCION Y LA CODNCYTA A SGEUIR

Una vez realizado los estudios respectivos los galenos deciden remitirlo para IV nivel así se lee en la anotación de 24 de diciembre de 2009:

LUIS FERNANDO ISAZA CIRUGIA GENERAL INFORMACION DEL MEDICO ANAMNESIS Finalidad de la consulta NO APLICA Causa Externa ENFERMEDAD GENERAL Programa -- EVOLUCIÓN SUBJETIVO DOLOR ABD EN ESTUDIO OBJETIVO TAC MUESTRA HEPATOMEGALIA Y TROMBOSIS VENA MESENTERICA AGUDA Y SUB AGUDA, DEGENERACION CAVERNOMATOSA DE LAPORTA AP: ESPLENECTOMIA, H. PORTAL, VARICES ESOFAGICAS ANALISIS REMITIR A IV NIVEL

De esta última atención en la clínica de la policía en la anotación de fecha 24 de diciembre de 2009 se observa lo siguiente:

FECHA EVOLUCIÓN 2009/12/24 1:55:52PM ANAMNESIS Finalidad de la consulta NO APLICA Causa Externa ENFERMEDAD GENERAL Programa -- EVOLUCIÓN OBJETIVO PACIENTE DE 34 AÑOS, RESIDENTE EN MEDELLIN, CASADO, 1 HIJO, CATOLICO, PATRULLERO ACTIVO DE LA POLICIA. PACIENTE QUEIN CONSULTO EL PASADO 19 DE DICIEMBRE POR CUADRO CLINICO DE 7 DIAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN DOLOR ABDOMINAL GENERALIZADO ACOMPAÑADO DE NAUSEAS, FIEBRE, MALESTAR GENERAL, NO SANGRADO ANTECEDENTES PERSONALES: PAT: HIPERTENSION PORTAL, VARICES ESOFAGICAS SECUNDARIAS QUE REQUIRIERON LIGADURA QX: ESPLENECTOMIA X MALARIA A REPETICION, LIGADURA DE VARICES ESOFAGICAS ALERG: NEG TOX: NEG LE REALIZAN TAC DE ABDOMEN EL 22/12/2009 QUE MUESTRA TROMBOSIS DE LA VENA MESENTERICA SUPERIOR COMPATIBLE CON TROMBOSIS AGUDA VS SUBAGUDA, ADEMAS PRESENTA DEGENERACION CAVERNOMATOSA DE LA PORTA, GANGLIOS INESPECIFICOS MESENTERICOS. IDX: 1. TROMBOSIS AGUDA VS SUBAGUDA DE VENA MESENTERICA 2. HIPERTENSION PORTAL + VARICES ESOFAGICAS GRADO III (QUE YA LE REALIZARON LIGADURA). 3. ANTECEDENTES DE ESPLENECTOMIA POR DEGENERACION CAVERNOMATOSA DE LA PORTA, 6 EPISODIOS DE MALARIA. 4. ANEMIA AGUDA- DESCARTAR MIELOPATIA PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, CONCIENTE, ORIENTADO, HIDRATADO, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE. PA: 110/70 FC 72 FR 16 T¿: 36.2 PRESENTA LEVE DOLOR Y DISTENSION ABDOMINAL, NO IRRITACION PERITONEAL, PERSITALSTISMO POSITIVO. T RATAMIENTO RECIBIDO RANITIDINA 50 MG X 3, TRAMADOL 50 MG X 3, METOCLOPRAMIDA 10 MG X 3, ZOLPIDEM 10 MG X 1, ENOXAPARINA 60 MCG X 2, N BUTILBROMURO DE HIOSCINA + DIPIRONA X 3. SE REMITE PARA VALORACION Y MANEJO X CX VASCULAR Y HEPATOLOGIA. ES ADMITIDO X DR DIEGO MUÑOZ URGENTOLOGO, DRA VERONICA RUIZ MD DE TURNO, SRA MARGOT PEREZ DE ADMISIONES



Consejo Superior de la Judicatura
Consejo Seccional de la Judicatura del Atlántico
JUZGADO ONCE CIVIL CIRCUITO DE BARRANQUILLA

Después del ingreso a urgencias, finalmente le es diagnosticado anemia sideroblástica y es tratado por el hematólogo JUAN COMBARIZA.

Sin embargo, nuevamente se observa el ingreso a urgencias el día 23 de abril de 2011 atendido por la cirujana general NATALIA RUA GUTIERREZ

FECHA EVOLUCIÓN 2011/04/23 1:18:11PM ANAMNESIS MOTIVO CONSULTA DOLOR ABDOMINAL ANAMNESIS - ENFERMEDAD ACTUAL PACIENTE DE 36 AÑOS INGRESA POR VARIOS DÍAS DE DOLOR ABDOMINAL, REFIERE QUE DESDE AYER HA ESTADO EMPEORANDO. TIENE AP DE 1. TROMBOSIS AGUDA VS SUBAGUDA DE VENA MESENTERICA 2. HIPERTENSION PORTAL + VARICES ESOFAGICAS GRADO III (QUE YA LE REALIZARON LIGADURA 3. ANTECEDENTES DE ESPLENOECTOMIA POR DEGENERACION CAVERNOMATOSA DE LA PORTA, 6 EPISODIOS DE MALARIA. EX FCO PALIDO, FC 88 MIN ABDOMEN CON DOLOR EN EPIGASTRIO P PALMENTE, MUCHA DEFENSA VOLUNTARIA. PLAN PACIENTE CON DOLOR ABDOMINAL. ISQUIEMIA MESENTERICA CRONICA. SE ORDENA RX DE TORAX DE PIE Y SE VOLVERA A VER CON LOS RESULTADOS. DE ACUERDO A EVOLUCION SE DECIDIRA REMISION A 3ER NIVEL

Al continuar la hospitalización se deja ver la siguiente anotación

FECHA EVOLUCIÓN 2011/05/28 10:44:13AM

WILLIAM BRAVO PENA MEDICINA GENERAL - FECHA EVOLUCIÓN 2011/05/28 10:44:13AM ANAMNESIS MOTIVO CONSULTA FIEBRE ALTA- ESCALOFRIOS. PAPULAS EN PIEL DE PIERNAS. ANAMNESIS - ENFERMEDAD ACTUAL REFEIRE EL PACIENTE QUE DESDE HACE 3 DOAS PRESENTA CUADRO DE FIEBRE ALTA . ESCALOFRIOS. LESIONES VESICO-PUSTULOSAS EN PIEL DE LAS PIERNAS. POR LO CUAL CONSULTA AP. ESPLENECTOMIA HACE 2 AÑOS POR INTOXICACION CON FERRITINA. TTO CON WARFARINA. 7.5 MG VO DIA

FECHA EVOLUCIÓN 2011/05/28 2:06:08PM

*WALTER ANTONIO TORRES MEDICINA GENERAL
DR WALYTER TORRES CAMPO MD UCI ADULTOS.*

PACIENTE CON ANTECEDENTES DE ANEMIA SIDEROBLASTICA, TROMBOIS VENOSA SUPERFICIAL AP ANTICOAGULADO CON WARFARINA, ACTUALMENTE CUADRO DE 2 DIAS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR DOLOR, RUBOR, JEDEMA GI A NIVEL DE MIEMBROS INFERIORES LESIONES CON ERITEMA LOCALIZADO, ULCERADAS PULSOS PERIFERICOS PRESENTES LIMITACION A LA FUNCIONABILIDAD EN LOS MIEMBROS. PRUEBAS DE FUNCION HEPATICA ALTERADAS, INR SOBREANTICOAGULACION. SE DECIDE REMITIR POR MANEJO CON HEMATOLOGIA, CXVASCULAR DESCARTAR EVENTO TROMBOTICO SUPERFICIAL, ANTICOAGULACION

Fue dado de alta bajo indicaciones medicaciones y signos de alarma.

Pero el 9 noviembre de 2011 nuevamente ingresa a urgencias como se deja ver en la historia clínica:

LUIS FRANCISCO ALTAMAR MEDICINA INTERNA

FECHA EVOLUCIÓN 2011/11/09 10:08:28AM ANAMNESIS - ENFERMEDAD ACTUAL VALORO PACIENTE DE 36 AÑOS DE EDAD ANTECEDENTES DE ANEMIA SIDEROBLASTICA HEMOCROMATOSIS CON INFILTRACION HEPATICA CARDIACA Y EN PIEL. ESPLENECTOMIZADO HACE 6 AÑOS POR COMPLICACION DE PALUDISMO. TVP ANTICOAGULADO CON WARFARINA CONSULTA POR CUADRO DE HEMATURIA DISURIA DOLOR ABDOMINAL IRRADIADO A DORSO REFIRIENDO ADEMÁS



Consejo Superior de la Judicatura
Consejo Seccional de la Judicatura del Atlántico
JUZGADO ONCE CIVIL CIRCUITO DE BARRANQUILLA

DEPOSICIONES DIARREICAS EN LAS ULTIMAS 48 HORAS DISCRETA GINGIVORRAGIA .

BEAB SIN AGREGADOS. RSCSRS NO SOPLOS EXT SIN EDEMA PIELCON ACUMULO DE HIERRO ABDOMEN BLANDO MODERADA HEPATOMEGALIA CICATRIZ DE ESPLENECTOMIA EN BUEN ESTADO DISCRETA DISURIA SE AGUARDA P DE ORINA ALERTA SIN DEFICITS MOTORES LAB MUESTRA LEUCOCITOSIS HB 9,2 GR / DL PLAQUETAS NORMALES INR 1,64. SOLICITO ECO ABDOMINAL INDICO INTERNACION PARA CONTROL Y TTO ATB DADO SIGNOS DE GASTROENTERITIS E IVU.

En diciembre 20 de 2011 nuevamente e ingresado a urgencias por presentar síntomas de taquicardia y cefalea hacia 3 días:

FECHA EVOLUCIÓN 2011/12/20

12:24:42PM ANAMNESIS MOTIVO CONSULTA TAQUICARDIA ANAMNESIS - ENFERMEDAD ACTUAL CUADRO CLINICO DE APROXIMADAMENTE MESES DE EVOLUCION CARACTERIADO POR TAQUICARDIA, QUE SE INTENSIFICIO HACE DIAS ATRAS, MANIFIESTA CEFALEA DESDE HACE 3 DIAS EN REGION FRONTAL, REFIERE TENER VISION BORROSA DEL OJO IZQUIERDO, MOTIVO POR EL CUAL CONSULTA, ALERGIAS NIEGA AP: ANEMIA SIDEROBLASTICA, TROMBOSIS PORTAL YTROMBOLEBITIS. RECIBE WARFARINA

JAIRO JAIRD VERGARA MEDICINA INTERNA

FECHA EVOLUCIÓN 2011/12/21 10:50:01AM ANAMNESIS Finalidad de la consulta ALTERACIONES DEL ADULTO Causa Externa ENFERMEDAD GENERAL Programa -- EVOLUCIÓN

OBJETIVO PACIENTE CON DX DE:

1. ANEMIA SIDEROBLASTICA.
2. ABSCESO EN PIERNA DERECHA.

PACIENTE QUE FUE HOSPITALIZADO PARA MANEJO ANTIBIOTICO, DEL CUAL HA PRESENTADO BUENA RESPUESTA, SIN SIDS, MANIFIESTA PALPITACIONES OCASIONALES.

TA. 110 7 60 MMHG, FC: 88 MIN, FR, 14 MIN PACIENTE CON PALIDEZ MUCOCUTANEA, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, SOPLOS EN FOCO MITRAL GRADO II / VI.

ABDOMEN SIN DOLOR, SIN MMADASS, PRESENTA ULCERA EN PIERNA DERECHA, CON CALOR LOCAL, Y ERITEMA PERILESIONAL. ELECTROCARDIO GRAMA. EXTRASISTOLES VENTRICULARES, TRANSTORNO DE LA REOLARIZACION EN LA CARTA ANTERIOR M, BLOQUEO INCOMPLETO DE RAMA DERECHA.

ANALISIS: PACIENTE SIN SIGNOS DESIRS, PERO CON PALPITACIONES, CON EXTRASISTOLES VENTRICULARES Y TRANSTORNO DE LA REPOLARIZACION.

Es valorado por la profesional de la salud YAZZIED LETICIA SOSA el cual ordena el alta e indica signos de alarma

- FECHA EVOLUCIÓN 2011/12/22 9:01:38AM YAZZIED LETICIA SOSA MEDICINA GENERAL MEDICINA ANAMNESIS Finalidad de la consulta ALTERACIONES DEL ADULTO Causa Externa ENFERMEDAD GENERAL Programa -- EVOLUCIÓN ANALISIS PTE VALORADO POR ME D INTERNA QUEIN ORDENA ALTA MEDIC A CON TTO AMBULATORIO INDIACEISON SIGNOS D E ALARMA CONTORL AMBULATORIO POR HEMATOLGOIA CARDIOLOGIA Y ME DINTERNA SIGNOS D E ALARMA

De igual forma es atendido por el medico internista como se observa y también es dado de alta

LUIS FRANCISCO ALTAMAR MEDICINA INTERNA MEDICINA INTERNA OROZCO



Consejo Superior de la Judicatura
Consejo Seccional de la Judicatura del Atlántico
JUZGADO ONCE CIVIL CIRCUITO DE BARRANQUILLA

EVOLUCIÓN 10 - CAMA Nro. 305 - FECHA EVOLUCIÓN 2011/12/22 12:14:21PM
ANAMNESIS Finalidad de la consulta ALTERACIONES DEL ADULTO Causa Externa ENFERMEDAD GENERAL Programa -- EVOLUCIÓN OBJETIVO PACIENTE DE 36 AÑOS DE EDAD ANTECEDENTES DE ANEMIA SIDEROBLASTICA TVP Y MESENTERICA ANTICOAGULADO CURSA INTERNACION POR CUADRO DE ABSCESO EN RODILLA IZQ EVOLUCIONANDO ESTABLE AFEBRIL LESION SECA CAVITADA EN FASE DE GRANULACION HEMODINAMIA ESTABLE NO REITERA TAQUICARDIA AFEBRIL VALORADO POR CARDIOLOGIA DESCARTA PATOLOGIA ORGANICA ASOCIA TAQUIARRITMIA AL PROCESO ANEMICO. ALERTA BEAB SIN AGREGADOS RSCSRS NO SOPLOS ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE. PIEL PMGMENT ADA BUENA RTA AL TTO AT EN BASE A OXA. INR 1,8 DADA ESATBILIDAD SE DICTA ALTA CON INSTRUCCIONES

ANALISIS PTE VALORADO POR ME D INTERNA QUEIN ORDENA ALTA MEDIC A CON TTO AMBULATORIO INDIACEISON SIGNOS D E ALARMA CONTORL AMBULATORIO POR HEMATOLGOIA CARDIOLOGIA Y ME DINTERNA SIGNOS D E ALARMA

De las atenciones reseñadas y de la declaración de su cónyuge se extracta que el señor TABORDA con ocasión a la enfermedad congénita de base habían presentado episodios de dolor abdominal y con ocasión a ello había estado hospitalizado y diagnosticado con anemia sideroblástica, que para ilustrar en lo que consiste tal patología se extrae un concepto de la literatura médica:

En cuanto a la hemocromatosis: es una enfermedad causada por el exceso de hierro en el organismo, el hierro es muy importante para producir proteínas, hemoglobina, y mioglobina, aunque el exceso de hierro es tóxico para el organismo.

Los órganos más afectados por el exceso de hierro son el corazón, el páncreas, el hígado, las glándulas endocrinas (tiroides, hipófisis) y las articulaciones.

“La anemia sideroblástica es una enfermedad puede relacionarse con otras alteraciones hematológicas que modifican el metabolismo del hierro. El tratamiento curativo es la trasfusión de hemocomponentes y debe hacerse un enfoque individualizado de cada paciente según el tipo de anemia sideroblástica.

Cada vez más los pacientes diagnosticados con anemia son referidos al gastroenterólogo para su evaluación. La necesidad de realizar un adecuado planteo clínico y una correcta interpretación de las pruebas de diagnóstico ha motivado la revisión de este tema.

Varios trastornos gastroenterológicos, con frecuencia, conducen a anemia como resultado de pérdidas sanguíneas, inflamación, malabsorción o a consecuencia de las terapias farmacológicas. En algunas patologías como la cirrosis, EII o neoplasias las causas son a menudo multifactoriales.

Esta revisión, pretende proporcionar un enfoque útil para la práctica clínica. Para ello se ha revisado la información actualizada acerca de la patogénesis, diagnóstico y tratamiento de la anemia vinculada a patologías digestivas y se han confeccionados cuadros y algoritmos para facilitar su comprensión.

(http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-02892020000300006)

Qué es la trombosis venosa mesentérica

La trombosis venosa mesentérica se refiere a la oclusión de las venas que drenan la sangre de los intestinos. Esta obstrucción causa un incremento en la presión de la pared intestinal, lo cual ocasiona isquemia (falta de sangre). La isquemia se causa debido a que las arterias que van al intestino, no pueden vencer la presión que hay en el mismo, bloqueando así la circulación arterial que lleva oxígeno y nutrientes.



Consejo Superior de la Judicatura
Consejo Seccional de la Judicatura del Atlántico
JUZGADO ONCE CIVIL CIRCUITO DE BARRANQUILLA

La trombosis venosa mesentérica se puede presentar de forma aguda, subaguda o crónica. Generalmente afecta al intestino delgado distal, rara vez involucra el colon. La acumulación de líquidos en la pared intestinal y dentro de la luz intestinal, produce hipovolemia, lo que disminuye el aporte sanguíneo, incrementando así la isquemia intestinal. Todo esto se agrava también por el vasoespasmo que se produce por la trombosis venosa y el edema intestinal.

*La **hipertensión portal** se trata de un **aumento de la presión en el interior de la vena porta**, una vena que pasa a través del hígado. Generalmente se debe a una enfermedad del hígado, la más frecuente una cirrosis hepática, o a una trombosis de la vena porta, es decir, a la formación de un trombo en el interior de dicha vena. Como consecuencia de ello pueden aparecer diversos síntomas, como hinchazón en pies y piernas (edemas), acúmulo de líquido dentro del abdomen (ascitis), crecimiento del bazo (esplenomegalia) y aparición de venas en el esófago (varices esofágicas). (<https://centromedicoabc.com/revista-digital/trombosis-venosa-mesenterica>)*

¿Cuáles son las causas de la hipertensión portal?

La porta es una vena que recoge toda la sangre que procede del intestino y la lleva hacia el hígado para, desde allí, ir directamente al corazón. En determinadas circunstancias la presión en esa vena puede aumentar:

Cirrosis hepática. Es la causa más frecuente de hipertensión portal. La alteración en la estructura del hígado dificulta el paso de sangre a través del mismo, con lo que la sangre se estanca aumentando la presión en el interior de la vena porta.

Trombosis de la vena porta o de la vena esplénica. La formación de un trombo en el interior de la vena porta o de la vena esplénica dificulta o impide el paso de la sangre. Las trombosis de estas venas se producen por alguna de estas causas:

El cáncer de hígado (*hepatocarcinoma*).

La cirrosis hepática.

Alteraciones de la sangre que favorecen la formación de trombos en el interior de las venas como la policitemia vera, la trombocitemia esencial, o diversas trombofilias (enfermedades que favorecen que la sangre se coagule con facilidad).

Pancreatitis.

Infecciones abdominales.

De causa desconocida.

Extracción de bazo: con la extracción del bazo hay más riesgo de infecciones, el bazo es parte del sistema inmunitario del cuerpo que ayuda a combatir las infecciones.

(<https://www.msmanuals.com/es-co/hogar/trastornos-del-h%C3%ADgado-y-de-las-ve%C3%ADculas-biliar/manifestaciones-cl%C3%ADnicas-de-las-enfermedades-hep%C3%A1ticas/hipertensi%C3%B3n-portal>)

Entonces nos encontramos con un paciente que presentaba una anemia sideroblástica, tal como lo manifestaron en la demanda y la parte demandada, una enfermedad congénita de las categorizadas como autoinmune, por lo que había recibido tratamiento desde el año 2008 y muy a pesar de haber sido tratado por el hematólogo, intervenido quirúrgicamente por la avanzada hipertensión de venas portal, este no presentaba mejorías y las urgencias cada vez más eran frecuentes debido a que las enfermedades de base avanzaban y ocasionaba afectaciones en otros órganos, tan es así, que en la atención del 22 de diciembre de 2011 fue estabilizado y dado de alta con signos de alarma, al presentar un episodio de dolor causado por su enfermedad.

Ahora, procede el Despacho a realizar una valoración de las historias clínicas aportadas por las partes, en donde reposan las atenciones brindadas al señor



Consejo Superior de la Judicatura
Consejo Seccional de la Judicatura del Atlántico
JUZGADO ONCE CIVIL CIRCUITO DE BARRANQUILLA

TABORDA entre el 29 de diciembre de 2011 y el 9 de enero de 2012, día en el que lamentablemente falleció.

Al revisar las atenciones de la CLINICA DE LA POLICIA el día 29 de diciembre de 2011, se tiene que en efecto el paciente acudió al centro médico por presentar dolor abdominal prolongado hasta el tórax y disnea, que con ocasión a la gravedad de sus síntomas la cirujana general ZULLY MARGARITA REALES FONTALVO y el equipo médico que lo estaba tratando decidido remitirlo a una clínica de tercer nivel como se observa en el documento:

FECHA EVOLUCIÓN 2011/12/29 4:49:06PM

“ATIENDO LLAMADO DE VALORACION DEL DR. VARGAS, INTERNISTA EN TURNO DE PACIENTE EN DELICADAS CONDICIONES DE SALUD CON ANTECEDENTE DE ANEMIA SIDEROBLASTICA HEREDITARIA, EL CUAL DESDE HACE TRES DIAS PRESENTA DISNEA Y DOLOR EN HEMIABDOMEN SUPERIOR QUE SE IRRADIA HACIA TORAX, Y ESPALDA., Y QUE SE HA INCREMENTADO EN LAS ULTIMAS HORAS ANTECEDENTES:

- TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA BILATERAL RECIDIVANTE MED-- DESFEROXAMINA 500X2 +WARFARINA 5 MG VO DIA*
- TROMBOSIS DE VENA MESENTERICA SUPERIOR EXTENSA Y DEGENERACION CAVERNOMATOSA DE LA PORTA*
- ESPLENECTOMIA*

AL EXAMEN FISICO: FC: 110 FR: 23 TA: 120/80

PALIDEZ MUCOCUTANEA GENERALIZADA CON OXIGENO POR CANULA NASAL ABDOMEN LEVEMENTE DISTENDIDO. CON EQUIMOSIS EN HIPOCONDRIO DERECHO EN N2. DOLOROSO A LA PALPACION EN TODOS LOS CUADRANTES, CON SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL. SIENDO DE MAYOR DOLOR EL HEMIABDOMEN IZQUIERDO.

SE CONSIDERA QUE EL PACIENTE PODRIA ESTAR CURSANDO CON ISQUEMIA INTESTINAL DADO SUS ANTECEDENTES Y CLINICA, ACTUALMENTE ESTA CURSANDO CON UNA ARRITMIA CARDIACA REFLEJADA EN EL EKG. DEBE SER REMITO DE CARACTER URGENTE A III / IV NIVEL DE COMPLEJIDAD, PARA MANEJO POR MEDICINA INTERNA / HEMATOLOGIA Y CIRUGIA GENERAL.

SE HABLA CON PACIENTE Y FAMILIAR DE LA COMPLEJIDAD DE SU CUADRO CLINICO.”

Ahora, en el abordaje medico realizado en la CLINICA GENERAL DEL NORTE, revisada la historia clínica minuciosamente es evidente que el señor TABORDA fue debidamente valorado por las especialidades de hematología, cirugía vascular y cirugía general, además que fueron realizados los exámenes diagnósticos pertinente para poder tomar una decisión medica acorde a los síntomas del paciente, mas cuando el mencionado presentaba una grave complicación y deterioro de salud por su patología de base.

Al ser recibido el día 29 de diciembre de 2011 es recibido por la CLINICA GENERAL DEL NORTE, por presentar dolor abdominal agudo conforme se lee en la historia clínica:

FECHA: 29 DE DICIEMBRE DEL 2011 HORA 08:26 P.M.

“PACIENTE REMITIDO DE LA POLICIA POR CLINICA DE 3 DIAS DE DOLOR ABDOMINAL ASOCIADO A NAUSEAS, SIN FIEBRE, QUE HA PERSISTIDO SIN MEJORIA EN LAS ULTIMAS HORAS CON EACERBACIÓN DEL DOLOR POR LO QUE CONSULTO A CLINICA DE LA POLICIA REALIZAN EKG QUE MUESTRA FA Y CON



Consejo Superior de la Judicatura
Consejo Seccional de la Judicatura del Atlántico
JUZGADO ONCE CIVIL CIRCUITO DE BARRANQUILLA

HALLAZGOS DE ABDOMEN AGUDO CON HEMOGRAMA QUE EVIDENCIA LEUCOSITOSIS CON NEUTROFILIA MOTIVO POR LO QUE ES REMITIDO PARA VALORACIÓN Y MANEJO. MANIFIESTA QUE EL DOLOR ABDOMINAL ES DIFERENTE A LOS PREVIOS QUE HA PRESENTADO POR SUS TROMBOSIS MESENTERICAS.

AUSENCIA DE DEPOSICIÓN DURANTE 2 DIAS

ANTECEDENTES PATOLOGICOS: ANEMIA ASIDEROBLASTICA, ARRITMIA CARDIACA, TVP CRONICA Y TROMBOSIS MESENTERICA RECURRENTES.

ANTECEDENTE QUIRURGICO: ESPLENECTOMIA”

Al examen físico se registra en la historia clínica:

“ASPECTO GENERAL: ALERTA, CONCIENTE, AFEBRIL

TORAX: RUIDOS CARDIACOS ARITMICOS SIN SOPLO CONA DECUADA VENTILACIÓN PULMONAR.

ABDOMEN: CON DOLOR A LA PALPACIÓN EN MESOGASTRIO EN FOSA ILIACA DERECHA BLUMBERG POSITIVO NO PALPO MASA NI VISCEROMEGALIAS”

Que con posterioridad al ingreso fue debidamente atendido por el galeno YOHANA MANTILLA MORALES, quien ordena exámenes de laboratorio, electrocardiograma y tac de abdomen total y pelvis, ecografía de abdomen total y en efecto en la clínica le efectuaron los exámenes diagnósticos señalados por la profesional de la salud.

De las atenciones por las diferentes especialidades se pueden ver en la historia clínica de la siguiente manera:

30-12-2011 07:00 am cirugía general. Paciente refiere mejoría parcial de dolor.

Examen físico: frecuencia cardíaca 88 por minuto frecuencia 16 por minuto

Abdomen no distendido perístasis positiva, con dolor leve a la palpación en todos los cuadrantes, no signos e irritación peritoneal, no masas palpables.

Análisis paciente evolucionando hacia la mejora laboratorios dentro de límite normal, se espera serie de abdomen agudo y se solicita ecografía de abdomen total

Dra. Carlos duran

30-12-2011 10: 00 am cirugía general

Paciente con mejoría de cuadro de dolor abdominal. No nauseas, no emesis afebril, al valorar abdomen leve dolor a la palpación profunda epigastrio, no irritación peritoneal. Resultados ecografía abdominal: no colección abdominal.

Plan hospitalizar

Seguimiento medicina interna, cirugía general se solicita valoración por cirugía vascular.

Dr. tomas rivera.

30-12-2011 01: 00 cirugía general

Masculino de 36 años cuadro de 3 días con dolor abdominal difuso asociado a nauseas, deposiciones y flatos (+)

Antecedentes personales patológicos anemia sideroblástica, isquemia intestinal en varias ocasiones, trombosis venosa profunda fibrilación auricular, cirugía: esplenectomía

Alergias: niega.

Examen físico: frecuencia cardíaca 88 por minuto fr. 14 por minuto Cabeza, cuello mucoso oral húmeda

Tórax cardiopulmonar normal

Abdomen no distendido peristalsis (+) con dolor difuso a la palpación, no signos de irritación peritoneal no masan palpables.

Análisis; paciente con antecedente de isquemia intestinal en varias ocasiones con dolor abdominal difuso no ocluido, sin signos de abdomen agudo quirúrgico se deja en observación, se solicitan laboratorios serie de abdomen agudo, tac de abdomen contrastado.

30-12-2011 11:50 Hematología



Consejo Superior de la Judicatura
Consejo Seccional de la Judicatura del Atlántico
JUZGADO ONCE CIVIL CIRCUITO DE BARRANQUILLA

Masculino 36 años, tiene hemocromatosis hereditaria (un hermano) también en tratamiento con quelante del hierro oral deferisirox 1g día. Tiene trombosis de vena mesentérica.

Recibe tratamiento con warfarina

Laboratorios; anemia grado II leucocitosis (19000) con neutrófilos, plaquetas, transaminasas normales, TP aumentada.

Regular estado

Abdomen blando con signo rebote positivo

Hemocromatosis muy probable nuevo episodio de trombosis venosa mesentérica.

Plan: Manejo por cirugía verificación diagnóstica, recomendando interconsulta por cirugía vascular ante posibilidad quirúrgica, revertir efecto de warfarina, vitamina K 5mg intravenoso lento y continuar con enoxaparina.

Se comentó lo anterior al paciente y esposa. Dr. Roberto Vargas

31-12-2011 07 am cirugía general

Paciente con impresión diagnóstica 1) dolor abdominal 2) trombosis mesentérica 3) hemocromatosis 4) derrame pleural.

Paciente refiere pasar buena noche, leve dolor abdominal no irritación peritoneal.

Examen físico frecuencia cardíaca 88 por minuto frecuencia respiratoria 20 por minuto tensión arterial 110/80mmHg

Palidez mucocutánea, cuello móvil, tórax pulmones con leve disminución del murmullo vesicular en base pulmonar derecho, ruidos cardíacos rítmicos, no soplos. Abdomen presente globoso por pániculo adiposo. Se ausculta motilidad intestinal, efectiva, se palpa abdomen blando depresible, actualmente no signos clínicos de irritación peritoneal.

Análisis: paciente actualmente no signos de irritación peritoneal, estable hemo dinámicamente, mejoría del cuadro del dolor abdominal.

Plan: hospitalizar

Líquidos endovenosos solución salina 0,9% 1500cc + dextrosa al 5% 1000cc pasar a 24 horas.

Omeprazol 20 mg intravenoso cada 24 horas Metoclopramida 10 mg intravenoso cada 12 horas Se solicita cuadro hemático, PCR control Pendiente reporte de tac

Vigilar evolución clínica Seguimiento hematología Valoración cirugía vascular. Dr. Tomas rivera.

31-12-2011 07:30 am cirugía general

Se revalora paciente conocido, persiste con dolor abdominal difuso asociado a rebote en todos los cuadrantes positivo con leucocitosis 19140.

Ecografía y tac derrame pleural bilateral más marcado de lado derecho por hallazgos anteriores, se considera abdomen agudo quirúrgico. Plan laparotomía.

Se explica a paciente y esposa (Cassandra Piedrahita) CC. 22623887 de Sabanagrande)

Diagnóstico conducta quirúrgica, riesgos si es llevado a cirugía peritonitis-muerte.

Riesgos elevados de morbimortalidad por acto anestésico quirúrgicos riesgos e sangrado por patología de base.

“El 31 de diciembre el Cirujano Dr. Tomás Rivera, al examen físico del paciente establece una indicación de probable laparotomía exploratoria. Sin embargo, el doctor Reales, una vez el paciente es llevado a quirófano se interroga y le hace nuevamente el examen físico. Confirma el antecedente personal de hemosiderosis y que podría tener datos también de hemocromatosis hereditaria y que ha tenido trombosis a nivel del sistema cavernomatosis portal. Por lo tanto, como ya tenía antecedentes de trombosis mesentérica frecuentes, incluyendo la de nivel portal. Él encuentra que no tiene signos de irritación peritoneal, decide seguir con el manejo médico y suspende esa indicación de laparotomía exploratoria”

Para el abordaje de su patología, los galenos determinaron después de exámenes diagnósticos y físicos que debía realizarse una laparotomía, ya que se sospechaba una peritonitis, sin embargo, ante la respuesta del paciente y teniendo en cuenta sus antecedentes médicos, le fue suspendida la cirugía y se determinó que se trataba de otro episodio de su enfermedad de base, por lo que se cierra la



Consejo Superior de la Judicatura
Consejo Seccional de la Judicatura del Atlántico
JUZGADO ONCE CIVIL CIRCUITO DE BARRANQUILLA

consulta por cirugía general y se remite para que siga siendo valorado por medicina hematológica, la cual fue abordado y tratado por esa especialidad.

Así se observa en la nota medida del día 31 de diciembre de 2011, en donde es valorado por el Dr. Real:

31-12-2011 10:45 am cirugía general Dr. real revalora paciente en la unidad de cuidados post anestésicos y encuentro paciente consciente hidratado, lucido en posición decúbito y quien espontáneamente se incorpora para dar información acerca de su compleja enfermedad hemocromatosis hereditaria asociada a trombosis cavernomatosa de la porta que se esplenectomizo hace 2 años en el hospital universitario pablo Tobón desde entonces ha sido manejado con

anticoagulación (warfarina) y los episodios de dolor que ha presentado en abdomen se le han tratado con morfina.

*Signos vitales tensión arterial 93/66 frecuencia cardíaca 121 por minuto
Cardiopulmonar hipo ventilación en ambos bases pulmonares sin crépitos ni roncus, abdomen cicatriz de laparotomía para esplenectomía, leve dolor al palpar los diferentes cuadrantes, pero no hay signos de irritación peritoneal, se palpa, hepatomegalia derecha y Murphy (+) peristalsis presente hoy hizo deposición normal. Edema leve de miembros inferiores ante todo lo anterior y luego de revisar los paraclínicos y el tac abdominal considero se trata de: 1) episodio de angina o isquemia mesentérica y que como los episodios que ha presentado en otras ocasiones así debe tratarse. 2) el proceso inflamatorio de la vesícula biliar debe tratarse con analgésica y antiinflamatorias no esteroideos y antibióticos, 3) ser valorado por cirugía vascular periférica 4) no transfundir el plasma ya que no se necesita revertir anticoagulación. 5) hospitalizar. 6) se le puede iniciar vía oral con dieta líquida a tolerancia y si no presenta problemas avanzar a dieta normal. No tiene indicación de cirugía en este momento.*

La anterior decisión es tomada por el galeno teniendo en cuenta su experticia y las condiciones médicas del paciente, recuérdese que es el galeno quien esta valorando al paciente y de acuerdo a las ayudas de laboratorio, valoración física y antecedentes médicos, indica el tratamiento a seguir y la necesidad o no de una intervención quirúrgica y así lo hizo el Dr. Real, quien al revalorar al paciente prescindió del procedimiento médico.

Con posterioridad a la suspensión de la laparotomía exploratoria se observa que el día 1 de enero de 2012 es nuevamente atendido por el cirujano general quien decide cerrar la interconsulta por no ser procedente como ya se explicó una intervención quirúrgica así reza en el documento clínico:

01-01-2012 cirugía general 11 am

Masculino de 36 años con dolor abdominal resuelto. Hemocromatosis, tolera vía oral. a febril no sangrado, signos vitales estables abdomen blando serie de abdomen agudo. No signos de respuesta inflamatoria, no sepsis, no irritación peritoneal. Se cierra interconsulta por cirugía general. Continuar manejo por hematología

le fueron realizados los exámenes imagenológicos respectivos para estabilizar al paciente, por lo que ese mismo día se le practica rayos X que arroja los siguientes resultados:

El 01 de enero del 2012 a las 23:13 se practica RX PORTATIL cuyas observaciones registraron: "PCTE CON DIFICULTAD RESPIRATORIA, CONSIENTE, ORIENTADO, RECIBIENDO OXIGENO POR VENTURY, CON FC 135 POR MINT, POR LO QUE DECIDO RX TORAX PORTATIL. Dra. JULIA MIRIAM MACHADO SALAZAR"

El resultado del RX de TORAX PORTATIL fue:



Consejo Superior de la Judicatura
Consejo Seccional de la Judicatura del Atlántico
JUZGADO ONCE CIVIL CIRCUITO DE BARRANQUILLA

*“OPACIDAD DE UN 80% DE PULMÓN DERECHO QUE ESTA EN RELACIÓN A PROCESO BRONCONEUMONICO, SILUETA CARDIACA ENSANCHADA POR POSICIÓN, EL RESTO DE ESTRUCTURA DEL TORAX DE ASPECTO NORMAL. FAVOR VALORAR CON DATOS CLINICOS
DR. WILIAM SABBAG Medico Radiólogo”*

Posterior a los resultados anteriores, el día 2 de enero de 2012 es valorado por cirugía cardiovascular, hematología y cirugía general quienes revisaron los exámenes practicados al señor TABORDA CERVANTES y encontraron que para el padecimiento por el cual había consultado, había sido superado y que la dificultad respiratoria se encontraba controlada por lo que fue dado de alta de cada una de las especialidades que lo estaban tratando, así se lee en la historia clínica las notas medicas de los galenos:

02-01-2012 cirugía vascular

Paciente con antecedente de arritmia cardiaca, anemia sideroblástica, esplenomegalia y esplenectomía en el 2009, anticoagulado con Warfarina, con antecedente de trombosis mesentéricas intestinal, anasarca, con pulsos distales positivos. Deambulando por sus propios medios. Considero paciente no amerita tratamiento quirúrgico. De alta por la especialidad.

Julio daza Cirugía vascular.

02-01-2012 12am cirugía general

Se trata de paciente masculino de 36 años de edad con diagnostico conocido. Paciente refiere dolor a nivel de tórax bilateral sin irradiación acompañado de dificultad respiratoria. fc 120 por minuto fr 26 por minuto t 37.

No diaforético, ruidos cardiacos rítmicos taquicárdicos, disminución de la ventilación en campo pulmonar derecho, extremidades eutróficas con edema grado 1. Se ordena electrocardiograma y radiografía de tórax que muestra borramiento de ángulo costo frénico, se ordena oxígeno por ventury y furosemida 40 mg intravenosos ahora y repetir a 20 mg intravenosos cada 8 horas. Posterior a la administración de furosemida y analgésico paciente con mejoría de dificultad respiratoria y dolor torácico.

Plan: 1) furosemida 20 intravenosos con dosis única

Resto de órdenes medicas iguales

Dra. julia machado.

Por lo tanto, ante las decisiones de las decisiones de los especialistas tratantes el Dr. Néstor Morales prescribe la salida del paciente con recomendaciones medicas y signos de alarma que en caso de presentarse debía retornar el paciente a la clínica:

La EPICRISIS muestra que el egreso de la clínica se registró a las 2:10 P.M. por el Dr. Néstor Morales, indicando lo siguiente:

“EVOLUCION A LA MEJORIA, ESTABLE HEMODINAMICA Y VENTILATORIAMENTE, CIRUGIA GENERAL Y VASCULAR, CONSIDERAN NO PATOLOGIA QUIRURGICA POR LO CUAL EGRESAN CON PRESCRIPCION Y CONTROL POR CONSULTA”

Indicando que los SIGNOS DE ALARMA serian:

“DOLOR, AUSENCIA DE FLATOS Y DEPOSICIONES, VOMITOS, FIEBRE, SANGRADOS, PALPITACIONES, DIFICULTAD RESPIRATORIA”.

Además, indicaron una DIETA BLANDA LAXANTE y recomendaron ELEVAR MIEMBROS INFERIORES y REPOSO RELATIVO.

Dentro de los signos de alarma llama la atención a este Despacho que se encuentra dificultad respiratoria y fiebre, lo que a la postre presentó el señor TABORDA



Consejo Superior de la Judicatura
Consejo Seccional de la Judicatura del Atlántico
JUZGADO ONCE CIVIL CIRCUITO DE BARRANQUILLA

CERVANTES, por lo que al día siguiente al presentar dicho sintomatología, el paciente debió ser llevado a la CLINICA GENERAL DEL NORTE, centro médico que días antes había tratado al mencionado SEÑOR y que había señalado los signos de alarma para su reingreso, y es que de acuerdo a lo expuesto por los médicos CARLOS OVALLE y JUANY ALVAREZ a este tipo de pacientes no es conveniente mantenerlos hospitalizados, porque pueden adquirir bacterias e infecciones fácilmente en los centros hospitalarios, por lo que se les da de alta hospitalaria, sin embargo el tratamiento y seguimiento continua, por ello le son indicados los signos de alarma para su reingreso, por lo que no se considera un desacierto la decisión medica tomada por los profesionales médicos de la CLINICA GENERAL DEL NORTE, de dar salida al paciente para que continúe tratamiento en casa, es importante traer a colación lo explicado por los galenos:

Dr. CARLOS LAVALLE CASTAÑEDA MÉDICO INTERNISTA

En la Clínica General del Norte: se ingresó y se tomó una conducta adecuada que fue hospitalizarlo, allí se decide dar de alta porque las condiciones clínicas del paciente habían mejorado, fue una conducta acertada porque el ambiente hospitalario es peligroso porque se está expuesto a; gérmenes, infecciones. Es por eso que los médicos decidimos mantenerlos no por mucho tiempo para evitar exposición. Ahora bien, si el motivo por el cual fue hospitalizado, su condición clínica mejoró y ha sido resuelto. Los médicos toman la decisión de dar salida para evitar infecciones intrahospitalarias.

Dra. JUANY ALVAREZ DIRECTORA MEDICO DE LA IPS CLÍNICA GENERAL DEL NORTE

Cuando se le preguntó por parte del despacho, si en consideración a las patologías que presentaba el señor Taborda, no era mejor que permaneciera hospitalizado, ella indicó que los pacientes con enfermedades raras, con patologías de curso crónico suelen agudizarse y tener muchas hospitalizaciones por la agudización de sus cuadros, que es, generalmente, por las manifestaciones que da la enfermedad.

La médico generó el alta considerando que se había dado solución, manejo y alivio a su motivo de consulta y enfermedad actual, generó y aseguró unas órdenes médicas que dieran continuidad al manejo y le informó al paciente, de acuerdo a lo que dice la Epicrisis, signos y síntomas de alerta para re consultar, que en la historia lo que se refiere es a que al paciente se le maneja la disnea que tiene en el episodio súbito, como una sobrecarga hídrica, pensando en serositis y en afectación de base pulmonar. Y como mejora sus síntomas y signos, entonces se ve cumplido la meta de mejorar la parte de abdomen y se ve cumplida la meta de mejorarle los síntomas respiratorios, que de acuerdo a lo que está escrito en la historia son secundarios también a ese proceso inflamatorio abdominal que tuvo manejo médico.

Los criterios para dar de alta en un paciente con enfermedad huérfana catastrófica o, por ejemplo, pacientes con cirugías grandes, están relacionadas a la evaluación de su compensación, deben continuar vigilados en sus programas ambulatorios. Con continuidad al manejo, se da un alta, pero esa alta hospitalaria significa que se le dan unas órdenes que tiene que continuar, unos signos y síntomas que tiene que vigilar y empieza un proceso también de corresponsabilidad, de vigilarse de los síntomas, los signos. Entonces porque la enfermedad no sea tan catastrófica, si ya está controlada en la parte aguda y el profesional en salud dice, que cumple los criterios de alta se da el egreso. No necesariamente quiere decir que el paciente no sigue vigilándose del mismo y también el programa que pertenezca de acuerdo a la corte de la enfermedad.

Resulta que una de las inconformidades del demandante es que el derrame pleural pese haber sido diagnosticado no fue tenido en cuenta para ser tratado y no se estudió en la atención que le fue brindada en la CLINICA GENERAL DEL NORTE



Consejo Superior de la Judicatura
Consejo Seccional de la Judicatura del Atlántico
JUZGADO ONCE CIVIL CIRCUITO DE BARRANQUILLA

lo que posteriormente desencadenó la sepsis pulmonar que llevo al fatídico desenlace.

En cuanto al derrame pleural, el cual fue encontrado desde el primer examen diagnóstico, es decir, si revisamos las diferentes tomografías y RX realizados al señor Taborda, el 30 de diciembre de 2011, se establece que: DERRAME PLEURAL DERECHO, ese mismo día a otro examen se encuentra: El resultado de la TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE ABDOMEN Y PELVIS CON CONTRASTE y su resultado fue: *DERRAME PLEURAL BASAL BILATERAL CON COLAPSO PULMONAR PASIVO*, El 01 de enero del 2012 a las 23:13 *El resultado del RX de TORAX PORTATIL fue: "OPACIDAD DE UN 80% DE PULMÓN DERECHO QUE ESTA EN RELACIÓN A PROCESO BRONCONEUMONICO, SILUETA CARDIACA ENSANCHADA POR POSICIÓN, EL RESTO DE ESTRUCTURA DEL TORAX DE ASPECTO NORMAL. FAVOR VALORAR CON DATOS CLINICOS.*

En la literatura médica se establece que:

El derrame pleural: Es una acumulación de líquido entre las capas de tejido que recubren los pulmones y la cavidad torácica.

Causas: Su cuerpo produce líquido pleural en pequeñas cantidades para lubricar las superficies de la pleura. Este es el tejido delgado que recubre la cavidad torácica y rodea los pulmones. Un derrame pleural es una acumulación anormal y excesiva de este líquido.

Hay dos tipos de derrame pleural:

El derrame pleural transudativo es causado por líquido que se filtra hacia el espacio pleural. Esto se debe a una presión elevada en los vasos sanguíneos o a un contenido bajo de proteínas en la sangre. La causa más común es la insuficiencia cardíaca.

El derrame exudativo es causado por vasos sanguíneos o vasos linfáticos bloqueados, inflamación, infección, lesión al pulmón o tumores.

Los factores de riesgo de un derrame pleural pueden incluir:

Fumar y beber licor, ya que estos pueden causar enfermedad cardíaca, renal, pulmonar y hepática, las cuales puede provocar un derrame pleural

Historial de contacto con asbesto

El derrame pleural se divide en dos tipos, según su origen:

Trasudado: el líquido se filtra a causa de la presión elevada de la sangre. La pleura, en estos casos, está sana. Suele estar originado por una insuficiencia cardíaca y, en algunos casos, por cirrosis hepática.

Exudado: la procedencia varía, aunque las más frecuentes son: bloqueo de los vasos, tuberculosis, neumonía, lesiones pulmonares o tumores.

(<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000086.htm>)

Este hallazgo encontrado en sus exámenes diagnósticos, según la literatura médica, puede ser originada por varias causas y no solo se relaciona con una infección de origen pulmonar, es que, los padecimientos que sufría el señor Taborda por sus enfermedades de base, se encuentran documentadas que pueden generar un derrame pleural, asociados con problemas hepáticos, tales como cirrosis (que se encontraba padeciendo el señor Taborda), traen como posible consecuencia los derrames en la pleura, contrastado esto con la declaración del representante legal de las demandadas, así como los médicos que fueron llamados a declarar, en donde al abordar el tema del derrame, explicaron que es, como se produce y como tal circunstancia estaba asociada a la enfermedad que estaba padeciendo el mencionado señor, enfermedades, que además estaban en un estado avanzado y generaron grandes complicaciones en la salud del paciente.



Consejo Superior de la Judicatura
Consejo Seccional de la Judicatura del Atlántico
JUZGADO ONCE CIVIL CIRCUITO DE BARRANQUILLA

La causa del fallecimiento del señor Tadorda, está relacionado con sus padecimientos de origen, el incremento de sus enfermedades, que, para este estrado judicial, no deja de lamentar tan temprano fallecimiento, pero no puede dejar de lado que nos encontramos ante un paciente crónico, que además se le fue extraído el bazo, lo que lo hacía vulnerable a la evolución crítica de su enfermedad.

Al respecto se precisa que al revisar la historia clínica se tiene que en efecto el presentaba líquido en el abdomen y posteriormente ocasiono un derrame pleural en base pulmón, pero cuando los galenos que lo atendieron entre los días 29 de Diciembre de 2011 y enero 2 de 2012, no encontraron que ocasionara una dificultad respiratoria alarmante que conllevara a que continuara hospitalizado, expuesto a bacterias e infecciones, sino que al haber presentado mejoría era pertinente dar salida hospitalaria, mas no médica, pues se itera debía continuar con tratamiento y habían sido indicado signos de alarma.

Respecto del dictamen pericial presentado por la parte activa para probar la negligencia médica endilgada al actuar de la CLINICA GENERAL DEL NORTE, relacionado a un diagnóstico erróneo, lo que conllevo a tomar decisiones tales como darle de alta hospitalaria el día 2 de enero de 2012, tenemos que antes de valorar a fondo el peritazgo del Dr. EDGAR CARDONA AMARILES, galeno especialista en medicina interna, demos establecer si esta especialización era la idónea para emitir conceptos en cuanto a la enfermedad de base del paciente, habida cuenta que fue cuestionado por la apoderada demandada en sus alegatos, la cual lo sustenta con un pronunciamiento jurisprudencia, como precedente de obligatorio acatamiento.

El mencionado pronunciamiento de la Corte Suprema de Justicia en sentencia SC5186-2020 con ponencia del magistrado LUIS ARMANDO TOLOSA VILLABONA:

"...En su sentir el examen del fundamento de la experticia "indispensable para garantizar la fiabilidad de su resultado", implica el estudio de aspectos como (i) la regla científica, técnica o artística aplicada; (ii) su empleo en los hechos del caso; (iii) y las calidades del experto:

"Sabido es que el fundamento de la fuerza probatoria de un dictamen pericial regularmente producido y libre de tacha por error grave, en la perspectiva propia del recurso de casación, descansa sobre tres bases que, en la práctica del oficio de juzgamiento en el proceso civil, operan como auténticas presunciones, a saber: La primera, que los peritos han sido sinceros, veraces y que el dictamen por ellos rendido es con toda probabilidad acertado; la segunda, que esas mismas personas son capaces y expertas en la materia a la que pertenecen las cuestiones sobre las cuales dictaminan y la tercera, en fin, que han analizado debidamente esas cuestiones, efectuando sus observaciones de los hechos y de la evidencia disponible con eficiencia, y asimismo han expuesto su opinión y realizado las inferencias pertinentes, empleando las reglas técnicas, científicas o artísticas que la experiencia conoce y aplica para tales fines

En suma, si la firmeza y calidad del dictamen, la otorgan la fuerza expositiva de los razonamientos, la ilación lógica de las explicaciones y conclusiones, así como la calidad de las comprobaciones y métodos utilizados por el experto, quedaría en una mera opinión personal de éste, el trabajo que, cual se aprecia en los que se dejaron resumidos, sólo se sustenta (...) en conclusiones subjetivas que no tienen apoyo en basamento alguno, que resulte comprobable respecto de las conclusiones o resultados que plantea -a partir de la información y la metodología que detalla- de cara al estado del arte o ciencia de que se trate, y suficientemente consistente en sus conclusiones desde la perspectiva de la lógica



Consejo Superior de la Judicatura
Consejo Seccional de la Judicatura del Atlántico
JUZGADO ONCE CIVIL CIRCUITO DE BARRANQUILLA

formal; soporte que, se repite, siempre debe explicitarse en el dictamen, a efectos de que, sin dejar de ser -a fin de cuentas- una opinión del perito, se sostenga ella en reglas, métodos, procedimientos técnicos, científicos o artísticos que la tornen lo más objetiva posible, y, por ese camino, que le brinden al trabajo realizado por el experto, la fuerza persuasiva necesaria para su acogimiento, en tanto es un juicio racional emitido con base en el conocimiento especializado acerca de un hecho cuya valoración es necesaria en el proceso y no pertenece a la órbita del derecho ni cae en el ámbito de la información media o común..."
(...)

En el caso particular del señor Taborda, fue atendido por varias especialidades de la medicina, aunque su enfermedad inicial la cual genero todas las demás afecciones, era hemocritos, generando la anemia sideroblástica, el cual la especialidad que debía ser tratada era la hematología, sin embargo, dado a que el paciente desarrollo varias afecciones que generaban un abordaje multidisciplinario, lo que para esta judicatura un solo concepto de un galeno no toma todas las circunstancias de salud que estaba atravesando el mencionado señor, eso no exime a este despacho que valore lo expuesto por el galeno experto en aras de determinar si logro la parte demandante acreditar la falla medica que alega en el libelo de la demanda

En el peritazgo aportado el galeno frente a uno de las preguntas del cuestionario manifestó:

Determinar si hubo falta de diagnóstico oportuno, pues este paciente fue atendido en varias entidades clínicas y finalmente falleció.

RESPUESTA: en la Clínica del Norte hubo una falta de diagnóstico oportuno de la infección respiratorio que tenía el paciente. Pienso que los médicos se concentraron en la evaluación del dolor abdominal y en si era de tratamiento quirúrgico o no y se olvidaron de sus manifestaciones clínicas de tipo respiratorio. La placa de tórax que les diagnosticó la posible neumonía no fue interpretada y fue dado de alta sin el tratamiento adecuado. Un día después del alta estaba de nuevo hospitalizado con una sepsis de origen respiratorio que le causó la muerte. Tampoco se interpretó en forma correcta otra ayuda diagnostica como el hemograma.

Considero que la atención del paciente en las otras instituciones fue adecuada.

Respecto de tales aseveraciones, se tiene que el perito se queda corto al explicar que en la placa de tórax había una posible neumonía que no fue interpretada y ocasiono el shock séptico pulmonar que ocasiono la muerte, primero porque no explica científicamente porque el paciente tenía una infección respiratoria que no fue identificada por los médicos y que fue lo que ocasionó el derrame pleural, al revisar la historia clínica se tiene que no existe ninguna nota medica que indique que el paciente presentara alguna infección de tipo respiratorio, por el contrario si está documentado que inicialmente el paciente presento liquido en el abdomen que fue desplazándose hasta la pleura, y que como lo explicaron los médicos fue causa de su patología base, así lo explico el hematólogo ROBERTO VARGAS en su declaración:

*(...) que venía prescrito con un medicamento, pero que en dicha enfermedad el organismo a pesar de la sobrecarga no tiene mecanismo para su evacuación, por lo que se asemeja una cirrosis hepática, que, así como afecta el hígado, puede afectar el corazón, **puede causar derrame pleural como en el caso del paciente.***

Así mismo lo indico el Dr. CARLOS LAVALLE, médico internista de la CLINICA MURILLO, quien señalo que no está claro el origen del derrame pleural, sin



Consejo Superior de la Judicatura
Consejo Seccional de la Judicatura del Atlántico
JUZGADO ONCE CIVIL CIRCUITO DE BARRANQUILLA

embargo, si encontraron que el señor TABORDA atravesaba un proceso de PANCREATITIS que pudo haber ocasionado el derrame pleural

(...) ¿Cuál fue la casusa del fallecimiento?

La causa de la muerte es falla orgánica multisistémica. Ahora bien, ¿cuál es el origen o por qué el paciente llegó a presentar dicha falla? Responde: Por el curso del proceso infeccioso severo, no se puede precisar si fue respiratorio o abdominal a nivel pulmonar, no hubo ningún dato clínico que el origen fue pulmonar sino abdominal, además, se muestra que había una pancreatitis.

¿Cuál sería el concepto clínico en la evolución del paciente? es posible que haya iniciado un proceso inflamatorio a nivel abdominal ya que fue el motivo de consulta en las clínicas tenía en ese momento un proceso inflamatorio abdominal que era pancreatitis, ocasionando el derrame pleural.

No está documentado la casusa específica que causó el proceso inflamatorio, termino con sepsis, no lo está.

El mismo criterio fue sustentado por el Dr. **BOHANERGES DIAZ** director médico de la **IPS CLÍNICA MURILLO** en su declaración:

En la historia clínica se consignó una serie de infecciones. La infección pulmonar estaba consignada, revisadas las causas de muerte del señor ORLANDO ALFREDO TABORDA CERVANTES y los estudios paraclínicos no podría afirmar que la infección pulmonar fue la causa de muerte. La posible causa de fallecimiento, y según lo consignado falla organiza multisistémica, sepsis de origen abdominal.

(...) Que en la tomografía hecha al señor ORLANDO ALFREDO TABORDA CERVANTES no describió en ningún momento neumonías, nada más allá del derrame pleural, se describen algunos hallazgos que estaban a nivel abdominal había una alteración hepática, un vaso que no estaba, un líquido libre en la cavidad, incluso a través de un proceso de inflamación en el hígado, que está del lado derecho. Indicó que el hígado se separa del pulmón solamente por un musculo muy delgado que es el diafragma, el cual participa en uno mecanismo de la respiración, de hecho, muchos de los fenómenos que se producen a nivel abdominal, sobre todo en ese lado derecho (en el que está en contacto el hígado con el pulmón), pueden originar un edema, ese ese derrame sin que realmente la causa principal esté a nivel pulmonar, sino que está a nivel abdominal.

Encuentra este despacho judicial, que contrastado lo manifestado por el perito, el cual deja duda sobre la posible causa del derrame al establecer que posiblemente se trataba de una neumonía, es decir, que para este galeno no estaba especificado claramente que se tratara de una infección pulmonar, al analizar las declaraciones de los médicos tratantes, lo que directamente fueron los que valoraron al paciente, no solo de una especialidad médica, sino un grupo de interdisciplinario, los que revisar cada una de las ayudas diagnosticas, además de la revisión física del paciente, lo cual los llevo a determinar según su experticia que el paciente estaba presentando una crisis por su enfermedad de origen, además que habiendo estabilizado al señor Taborda, era mas riesgoso su estadía en una unidad hospitalaria, por sus padecimientos unidos a su condición de extracción del bazo, lo cual lo hacia mas vulnerable a las infecciones o bacterias hospitalarias, es que el perito solo es una especialización de las muchas que las que vieron y decidieron en el caso particular del paciente.

Es que el perito nada dice sobre el origen del derrame pleural, desde una explicación



Consejo Superior de la Judicatura
Consejo Seccional de la Judicatura del Atlántico
JUZGADO ONCE CIVIL CIRCUITO DE BARRANQUILLA

de las posibles causas que podría generarlo, y mucho menos hacer una asociación de las enfermedades padecidas por el señor Taborda, que generaran una asociación con el derrame como está documentado en la literatura médica y tal como lo explico los médicos que trataron al paciente.

Asi como tampoco explica el porqué de su afirmación de que se trataba de una neumonía (posible), la cual no fue tratada en la Clínica General del Norte.

Ahora bien, nada se dice en el peritazgo, sobre el hecho que el paciente al darle de alta hospitalaria, es decir, con tratamientos y signos de alarma, debía ser llevado al centro médico, circunstancia que no se dio, porque al presentar nuevamente un episodio de dolor abdominal, la cual además presentaba estado febril y deficiencia respiratoria, (síntomas que estaban detallados en los signos de alarma dados al paciente), no obstante lo anterior, el señor Taborda fue llevado a la Clínica de la Policía, mas no a la clínica General del Norte donde conocían sus antecedentes y tratamientos.

Es que si revisamos la declaración dada por la demandante (esposa del señor Taborda), la cual manifiesta que era su querer que a su esposo no se le llevara a la clínica General del Norte, sino que fuera remitido a otro centro hospitalario.

Por otra parte, si miramos la declaración de la señora CASANDRA MARIA PIEDRAHITA AVENDAÑO, sobres sus reparos a las atenciones prestadas a su esposo en la Clínica General del Norte, esta hace una serie de manifestaciones que esta judicatura no quiere dejar sin pronunciamiento:

En cuanto a la llegada del señor Taborda a la institución de salud (C. General del Norte), la señora manifiesta como una negligencia que ella tuvo que decir sobre extracción del bazo, lo cual lo hacía vulnerable al estar en urgencia, sin embargo, en la historia clínica se encontraba anotada esta condición, al igual que manifiesto que a ella le toco el día que le había programado la cirugía hablar con el médico para establecer que se trataba un paciente que tenía medicamentos para la coagulación lo que para ella fue la causa por la cual no se le práctico la cirugía, no obstante, se encuentra documentado en la historia clínica que el paciente estaba hiendo medicado con anticoagulante además de los padecimientos del señor Taborda, es que, en la historia clínica se establece como antecedente la ESPLENECTOMIA, es decir, la cirugía de extracción del bazo, desde el mismo momento de llegada del paciente a la institución médica, en cuanto a la droga anticoagulante, en la historia clínica de la Clínica de la Policía y de la General del Norte, estaba documentada que el señor ORLANDO ALFREDO TABORDA CERVANTES, estaba siendo tratado con Warfarina, medicamento anticoagulante, por lo que ante estas dos circunstancias, que hace reproche la demandante estaban establecidas y conocidas por la institución al encontrarse anotadas en la historia clínica.

Es más, antes de la programación de la cirugía, este medicamento anticoagulante, se le había suspendido para poder llevarlo al quirófano.

De lo analizado en cuanto a la atención medica brindada por la CLINICA GENERAL DEL NORTE, encuentra esta judicatura que no fue debidamente demostrado por la parte activa que el egreso hospitalario que fue ordenado el día 2 de enero del 2012 al señor TABORDA CERVANTES haya ocasionado su deceso, tampoco fue probado que la causa del shock séptico con foco pulmonar haya sido una infección



Consejo Superior de la Judicatura
Consejo Seccional de la Judicatura del Atlántico
JUZGADO ONCE CIVIL CIRCUITO DE BARRANQUILLA

respiratoria no diagnosticada o tratada en la CLINICA GENERAL DEL NORTE, pues recuérdese que corresponde a las partes probar los supuestos de hechos que sustenta su demanda, así lo dispone el artículo 167 del estatuto adjetivo.

En lo que atañe a la CLINICA MURILLO, al revisar el libelo demandatorio encuentra esta judicatura que el extremo demandante no reprocha las atenciones brindadas por la institución médica, ni mucho menos que en esta institución se cometiera una falla dentro del actuar de la institución y su equipo médico que atendieron al señor TABORDA CERVANTES, desde el 4 de enero de 2012 hasta el día que falleció 9 de enero del mismo año, tampoco en las pruebas aportadas logra demostrar que la clínica MURILLO, cometió un error en las atenciones brindadas en la UCI del centro médico.

Su único reproche fue que el citado señor fue atendido en esa institución de salud.

Como ya se dijo, tratándose de culpa probada, le corresponde al demandante probar que a) Un comportamiento del médico -activo o pasivo-; b) Una conducta dolosa o culposa -violación o desconocimiento del deber de asistencia y cuidados propios de la profesión, negligencia e impericia-; c) El daño, -daño a la vida o integridad personal que causa perjuicio patrimonial o extra patrimonial a la víctima o a sus causahabientes; y d) La relación de causalidad adecuada entre el daño sufrido y el comportamiento médico.

Después del análisis de las pruebas allegadas al proceso, se puede establecer que en la atención recibida por el señor TABORDA CERVANTES, el comportamiento médico fue el adecuado, cosa diferente es que la patología base del mencionado señor y su estado avanzado impidiera la recuperación de su estado de salud, muy a pesar de todo lo realizado por el equipo interdisciplinario que valoro al paciente en la CLINICA GENERAL DEL NORTE y posteriormente en la CLINICA MURILLO.

Es evidente, que el estado de salud del paciente estaba deteriorado producto de la anemia sideroblástica que había afecta al hígado ocasionando cirrosis hepática e hipertensión en las venas portal, además de una serie de afecciones más, y es que al revisar la historia clínica completa se tiene que el señor TABORDA había tenido bastantes ingresos durante el periodo comprendido de octubre de 2009 a diciembre de 2011, es más después de la ligadura de venas y esplenectomía, presentaba un dolor recurrente abdominal y sangrado que ocasionaba que le hicieran transfusiones de sangre constantemente, lo que evidencia que la enfermedad base avanzaba y deterioraba cada vez más el organismo del paciente.

Es que si analizamos todo el proceder médico, el cual estaba compuesto por todo un equipo de especialistas en diferentes campos de la medicina, no dejaron a la suerte la salud del SEÑOR TABORDA CERVANTES, de hecho realizaron los exámenes diagnósticos adecuados, aplicaron el tratamiento acorde a su enfermedad de base y con el egreso hospitalario, buscaban que el paciente no estuviera expuesto a infecciones o bacterias hospitalarias, está claro que tomaron esa decisión con base en la evolución médica y los exámenes practicados, sin embargo, los familiares fueron informados los signos de alarma que en caso de causarse se debía reingresar al paciente, circunstancia que no se cumplió, muy a pesar del tratamiento el organismo del paciente no reaccionó positivamente a este tratamiento médico y por el contrario se complicó su estado de salud, produciéndose su muerte.



Consejo Superior de la Judicatura
Consejo Seccional de la Judicatura del Atlántico
JUZGADO ONCE CIVIL CIRCUITO DE BARRANQUILLA

Razón por la cual , no existe una relación de causalidad entre la muerte del señor ORLANDO TABORDA CERVANTES (Q.E.P.D) y el actuar médico, que pueda traer consecuencias de tipo patrimoniales a favor de los familiares demandantes, es que, como tantas veces se ha mencionado en este proveído, la muerte del señor TABORDA CERVANTES esta intrínsecamente relacionada con el avanzado estado de su patología de base que había afectado a varios órganos vitales de su organismo, ocasionando el derrame pleural que pese a ser tratado por los médicos que valoraron al mencionado en los diferentes centros médicos no lograron minimizarlo, y se desencadenó el shock séptico y la falla multisistémica que finalmente es la causa de su fallecimiento .

No habiéndose probados los elementos constitutivos de responsabilidad en cabeza de los aquí demandados, queda esta judicatura relevada a entrar al estudio de las excepciones presentadas por las partes pasivas.

Por las razones antes expuestas, el JUZGADO ONCE CIVIL DEL CIRCUITO de Barranquilla, administrando Justicia en nombre de la Republica y por Autoridad de la Ley

RESUELVE:

PRIMERO: Negar las pretensiones de la demanda presentada por los señores CASANDRA MARIA PIEDRAHITA AVENDAÑO Y KELVIN YAFAR TABORDA, a través de apoderado judicial contra la sociedad ORGANIZACIÓN CLÍNICA GENERAL DEL NORTE, E INVERCLINICAS S.A CLINICA MURILLO, por las razón expuesta en la parte motiva de esta providencia.

SEGUNDO: Condénese en costas a la parte demandante, inclúyanse como agencias en derecho la suma de DOCE MILLONES CIENTO OCHENTA Y TRES MIL TRECIENTOS CINCUENTA Y SIETE PESOS (\$12.183. 357.00) que corresponde al 5% de las pretensiones, de conformidad a lo dispuesto en el Acuerdo 10554 de 2016 expedido por el Consejo Superior de la Judicatura.

TERCERO: ejecutoriada la presente providencia, archívese la presente demanda.

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE,

JUEZ

NEVIS GOMEZ CASSERES HOYOS

Firmado Por:

Nevis De Jesus Gomez Casseres Hoyos

Juez
Juzgado De Circuito
Civil 11
Barranquilla - Atlantico

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica,
conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación: **7eec98f81c83694c67b7944515bcdd59814276a05b997442f8adbff894c53099**

Documento generado en 24/08/2023 11:40:25 AM

Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:
<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>



Consejo Superior de la Judicatura
consejo Seccional de la Judicatura del Atlántico
JUZGADO ONCE CIVIL CIRCUITO DE BARRANQUILLA

RAD. 080014053004-2021-00417-01
PROCESO: RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL
DEMANDANTE: ENRIQUE JADAD BECHARA.
DEMANDADOS: ÁNGELA MARÍA VÁZQUEZ DE SALAS y BANCO DAVIVIENDA S.A.
ASUNTO: AUTO AMPLIA TERMINO PARA SENTENCIA

Señora Juez:

Doy cuenta a Ud. Con el presente negocio, que el término para proferir el fallo de fondo que resuelva la apelación de sentencia puesta a su conocimiento, el cual se encuentra a punto de vencer, se hace necesario prorrogar el termino por seis (6) meses más, no sin antes ponerle a su conocimiento que en el mismo término no se incluyen los días correspondientes a vacancia judicial de fin de año y las comisiones de servicio y permisos otorgados por el Tribunal Superior de Barranquilla, al despacho para proveer.-
Barranquilla, Agosto 23 de 2023.-

La Secretaria,
Yuranis Pérez López

Barranquilla, Agosto, Veinticuatro (24) de Dos Mil Veintitrés (2023). -

Estando el presente proceso en curso, advierte el Despacho que los plazos previstos para tal menester aún no se encuentran superado de conformidad con el artículo 121 del Código General del Proceso.

No obstante, lo anterior encuentra el Despacho que muy a pesar del vencimiento del término que evidencia el presente proceso, dable es disponer por una sola vez la prórroga de dicho plazo para producir el respectivo fallo, pues existen circunstancias endógenas a la voluntad del despacho que ha hecho imposible dictar la referida sentencia en ese perentorio termino previsto en las normas anteriores.

Ahora bien, el juzgado halla posible lo anterior a partir de un trabajo hermenéutico extensivo que se consigue interpretando no solamente las citadas normas sino los artículos 627 en armonía con el 121- 5 de la Ley 1564 de 2012, que establece lo siguiente:

‘Excepcionalmente el juez o magistrado podrá prorrogar por una sola vez el termino para resolver la instancia respectiva, hasta por seis (6) meses más, con explicación de la necesidad de hacerlo, mediante auto que no admite recursos’-
A su turno el numeral 2 del artículo 627 de la ley 1564 de 2012, enseña que: “La prórroga del plazo de duración del proceso prevista en el artículo 121 de este Código, será aplicable, por decisión de juez o magistrado, a los procesos en curso, al momento de promulgarse esta ley”.

No existe duda que el proceso en cuestión a la fecha de promulgación de la ley 1564 de 2012 se halla en curso y pendiente del proferimiento de la sentencia, lo cual no ha sido posible dado el inculcable fenómeno de la congestión judicial que afecta a la rama judicial en toda su estructura jerárquica y por su puesto a este Juzgado en particular el cual, muy a pesar de estar en el nuevo sistema de oralidad, es tanto el cumulo de procesos que han entrado por reparto, tanto de



Consejo Superior de la Judicatura
consejo Seccional de la Judicatura del Atlántico
JUZGADO ONCE CIVIL CIRCUITO DE BARRANQUILLA

primera como de segunda instancia, para su conocimiento que para el caso bajo estudio el termino para dictar el fallo correspondiente está por vencerse, razón por la cual se hace necesario ampliar el término para emitir el fallo en derecho correspondiente.

Es del caso advertir como necesaria la ampliación del término para dictar la sentencia respetiva dentro de este proceso dado que la filosofía y lógica con la que se adelanta el proceso exige en la medida de lo posible que el impulso y decisión del asunto este a cargo del juez que ha tenido la intermediación de la tramitación del asunto.

En mérito de lo expuesto, el Juzgado,

RESUELVE,

1°. Ampliar hasta por seis (6) meses el término previsto en las normas arriba aludidas para proferir el respectivo fallo dentro de este proceso.

2°. Notificado este proveído vuelva inmediatamente el expediente al Despacho para el proferimiento de la sentencia.

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE

La Juez,

NEVIS GOMEZ CASSERES HOYOS

Walter

Firmado Por:

Nevis De Jesus Gomez Casseres Hoyos

Juez

Juzgado De Circuito

Civil 11

Barranquilla - Atlantico

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica,
conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación: **752bcd451a66c4b14b180bd6fb636ccfc48957edca747cc9e9db1f96ede6f8f2**

Documento generado en 24/08/2023 01:35:45 PM

Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:

<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>

Consejo Superior de la Judicatura
Consejo Seccional de la Judicatura del Atlántico
JUZGADO ONCE CIVIL CIRCUITO DE BARRANQUILLA

RADICACIÓN No. 00081 – 2022

PROCESO: VERBAL

DEMANDANTE: SHETTY JOHANNA YEPES ORTIZ Y OTROS

DEMANDADOS: NILTON JOSE JULIAO OJEDA Y OTROS

SEÑOR JUEZ:

Al despacho esta demanda VERBAL, informándole que la apoderada de la parte demandante interpuso recurso de apelación contra la sentencia de fecha JUNIO 23 del año 2023, dictada de manera escritural, dentro del término, a fin de que se pronuncie.

Barranquilla, Agosto 23 de 2023.

La Secretaria,

YURANIS PEREZ LOPEZ

JUZGADO ONCE CIVIL DEL CIRCUITO. Barranquilla, Veinticuatro (24) de Agosto del año Dos Mil Veintitrés (2023).

Por ser legal y procedente, se concederá el recurso de apelación interpuesto por la Dra. DAYANA SANTODOMINGO CONTRERAS, como apoderado judicial de los demandantes en la presente demanda VERBAL, contra sentencia de fecha JUNIO 23 del año 2023, dictada de manera escritural, para lo cual este Juzgado;

RESUELVE

1.- Conceder el Recurso de apelación interpuesto por la Dra. DAYANA SANTODOMINGO CONTRERAS, como apoderada judicial de los demandantes en el proceso VERBAL, contra la sentencia de fecha JUNIO 23 del año 2023, en el efecto SUSPENSIVO

2.- Remítase el presente proceso VERBAL, de manera virtual, al Honorable Tribunal Superior de Barranquilla, Sala Civil – Familia, para lo concerniente a la Segunda Instancia.

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE,

La Juez,

NEVIS GOMEZ CASSERES HOYOS

APV.

Firmado Por:

Nevis De Jesus Gomez Casseres Hoyos

Juez

Juzgado De Circuito

Civil 11

Barranquilla - Atlantico

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica,
conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación: **af585c78246cc56f866512a70d09d488fd3b1022f4f786757054035c5e818a54**

Documento generado en 24/08/2023 11:07:22 AM

Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:
<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>



Consejo Superior de la Judicatura
consejo Seccional de la Judicatura del Atlántico
JUZGADO ONCE CIVIL CIRCUITO DE BARRANQUILLA

RADICIACION: 2022-00176
PROCESO: EJECUTIVO
DEMANDANTE: LUIS ORLANDO ORTIZ IBAÑEZ
DEMANDADA: EMILIO JOSÉ TAPIA ALDANA Y JAIRO ELBERTO RODRÍGUEZ ARRIETA
ASUNTO: SE ADMITE INCIDENTE SANCIO A PAGADOR

Señora Juez:

Doy cuenta a usted con el presente negocio, informándole del escrito de Regulación de Honorarios presentado por el apoderado judicial del demandante, al despacho para lo de su cargo. -
Barranquilla, Agosto 23 de 2.023.-

La Secretaria,
Yuranis Pérez López

Barranquilla, Agosto, Veinticuatro (24) de Dos Mil Veintitrés (2023). -

Del escrito de solicitud de Sanción a la CONTRALORIA DEPARTAMENTAL DE SUCRE representada por el señor Contralor y/o Pagador o quién haga sus veces, presentada por el Dr. SERGIO DE JESUS GIRADO GUZMAN, actuando en su calidad de apoderado judicial del demandante, señor LUIS ORLANDO ORTIZ IBAÑEZ, correo electrónico: sergiogg83@hotmail.com, dentro del proceso EJECUTIVO arriba referenciado, dese en traslado por el término de tres (3) días, para que informen las razones por las cuales no han dado cumplimiento a la medida cautelar decretada en éste proceso, aporten y soliciten las pruebas que crean necesarias.

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE,
La Juez,

NEVIS GOMEZ CASSERES HOYOS

Walter

Firmado Por:

Nevis De Jesus Gomez Casseres Hoyos

Juez

Juzgado De Circuito

Civil 11

Barranquilla - Atlantico

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica,
conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación: **3ef56147e8a2d3b251de2c278ace3fa234201c9c9be4a088b0d7d22368d7762a**

Documento generado en 24/08/2023 01:32:17 PM

Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:
<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>

Consejo Superior de la Judicatura
Consejo Seccional de la Judicatura del Atlántico
JUZGADO ONCE CIVIL CIRCUITO DE BARRANQUILLA

RADICACIÓN No. 00311 – 2021.
PROCESO: VERBAL
EMANDANTE: USO SCS COLOMBIA LTDA
DEMANDADA: INTERNACIONAL ALLIANCE OF TRADE IMPORT & EXPORT
LTDA.

Al despacho la demanda verbal, informándole que se encuentra pendiente para el señalamiento de audiencia. Sírvase proveer.
Barranquilla, Agosto 23 del 2023.-

La Secretaria,
YURANIS PEREZ LOPEZ

JUZGADO ONCE CIVIL DEL CIRCUITO. Barranquilla, Veinticuatro (24) de Agosto del año Dos Mil Veintitrés (2.023).

Visto el informe secretarial, y revisado el presente proceso VERBAL, se advierte que se encuentra pendiente para el señalamiento de audiencia de que trata el Art. 372 del C. G. del Proceso.

Ante este evento se procede a fijar fecha para el día 13 de Octubre del año 2023 a las 8.30 A.M., a fin llevar a cabo la audiencia de que trata el Art. 372 del Código General del Proceso.

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE,
La Juez,

NEVIS GOMEZ CASSERES HOYOS

APV.

Firmado Por:

Nevis De Jesus Gomez Casseres Hoyos

Juez

Juzgado De Circuito

Civil 11

Barranquilla - Atlantico

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica,
conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación: **06fb0da0f0d23ff6509b4eb9ce706d0b67967dc2fd6856420957376cabaa6205**

Documento generado en 24/08/2023 10:10:30 AM

Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:
<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>



Consejo Superior de la Judicatura
consejo Seccional de la Judicatura del Atlántico
JUZGADO ONCE CIVIL CIRCUITO DE BARRANQUILLA

RADICACION: 2023-00122
PROCESO: EJECUTIVO
DEMANDANTE: BANCO BBVA COLOMBIA S.A.
DEMANDADOS: ISMAEL DE JESUS SIMANCAS PALLARES
DECISION: SE ORDENA SEGUIR EJECUCION

Señora Juez:

Doy cuenta a Ud. Con el presente negocio, informándole que el demandado se encuentra debidamente notificado, e igualmente que el bien dado en garantía se encuentra debidamente registrado, al despacho para lo de su cargo. -
Barranquilla, Agosto 23 de 2023.-

La Secretaria,
Yuranis Pérez López

Barranquilla, Agosto, Veinticuatro (24) de Dos Mil Veintitrés (2023).-

La sociedad SOLUCIONES FINANCIERA Y JURIDICAS INTERMEDIAR S.A.S. “” INTERMEDIAR”, CON Nit. No. 900824174-4 sociedad con domicilio en la ciudad de Santa Marta correo electrónico: juridica@intermediarsas.com y representada legalmente por la Dra. CLAUDIA GOMEZ MARTINEZ, mayor de edad y vecina de la ciudad de Santa Marta, actuando como apoderada judicial de apoderada del BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA S.A. “BBVA COLOMBIA S.A., Nit. 860.003.020-1, con domicilio en esta ciudad y representada legalmente por Luis Fernando Rivas Puerta, mayor de edad y vecino de la ciudad de Medellín y C. C. No. 98.493.289, correo electrónico: Luis.rivas@bbva.com, presentó demanda ejecutiva de mayor cuantía para la Efectividad de la Garantía Real contra el señor ISMAEL DE JESUS SIMANCAS PALLARES, C.C. No. 19.600.423 y correo electrónico: simans2006@hotmail.com, con el fin de resolver las pretensiones de la parte actora, a través de sentencia que las acoja o no.

Se procede entonces a efectuar el siguiente estudio.

ANTECEDENTES

Los hechos del libelo demandatorio pueden sintetizarse de la siguiente forma:

Manifiesta el demandante, a través de su apoderada judicial, que el demandado, señor JESUS SIMANCAS PALLARES, mayor de edad, e identificada con Cedula de Ciudadanía C.C. No. 19.600.423, conforme a la obligación contenida en el Pagaré No.00130098979600110737, prometió pagar, la suma de VEINTIDOS MILLONES SESENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y CINCO PESOS M.L. (\$22.065.985 M.L.).

Continúa diciendo el demandante, a través de su apoderada judicial, que el demandado, señor JESUS SIMANCAS PALLARES, mayor de edad, e identificada con Cedula de Ciudadanía C.C. No. 19.600.423, conforme a la



Consejo Superior de la Judicatura
consejo Seccional de la Judicatura del Atlántico
JUZGADO ONCE CIVIL CIRCUITO DE BARRANQUILLA

obligación la obligación contenida en el Pagaré No.9620202051, prometió pagar, la suma de CIENTO SESENTA MILLONES TRESCIENTOS QUINCE MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y TRES PESOS M.L. (\$160.315.243 M.L.).

Señala de igual manera el demandante, a través de su apoderada judicial, que el demandado, señor JESUS SIMANCAS PALLARES, mayor de edad, e identificada con Cedula de Ciudadanía C.C. No. 19.600.423, conforme a la obligación la obligación contenida en el Pagaré No.9620202176, prometió pagar, la suma de OCHO MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS TRECE PESOS M.L. (\$8.654.313 M.L.).

Señala de igual manera el demandante, a través de su apoderada judicial, que el demandado, señor JESUS SIMANCAS PALLARES, mayor de edad, e identificada con Cedula de Ciudadanía C.C. No. 19.600.423, conforme a la obligación la obligación contenida en el Pagaré No. 9620202242, prometió pagar, la suma de OCHO MILLONES TRESCIENTOS TREINTA MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y UN PESOS M.L. (\$8.330.341 M.L.).

Por último, señala que se trata de unas obligaciones clara, expresa y actualmente exigible de pagar una suma liquida de dinero y que provienen del deudor.

PETITUM

Dado lo anterior el accionante solicita lo siguiente:

Que se condene a la demandada a pagar a favor del demandante las sumas de dineros arriba señaladas, más los intereses durante el plazo y los moratorios, más los gastos del proceso incluidos los honorarios profesionales.

ACTUACION PROCESAL

Con fecha Junio 8 de 2023, se ordenó librar orden de pago por la vía ejecutiva contra el demandado, señor ISMAEL DE JESUS SIMANCAS PALLARES, mayor de edad, e identificada con Cedula de Ciudadanía No. 19.600.423, correo electrónico: simans2006@hotmail.com, tomando en consideración a que las obligaciones por el contraídas cumplen las exigencias de los Arts. 422 y 430 del C G. Del P., por las siguientes sumas de dinero:

Por la obligación contenida en el Pagaré No.00130098979600110737

- Por la suma de VEINTIDOS MILLONES SESENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y CINCO PESOS M.L. (\$22.065.985 M.L.), por concepto de capital, más la suma de Ochocientos Ochenta y Tres Mil Trescientos Ochenta y Seis Pesos M.L. (\$883.386 M.L.), por concepto de intereses corrientes liquidados desde el 19 de Febrero de 2023 al 11 de Mayo de 2023, más los intereses moratorios liquidados sobre el capital adeudado desde que se hicieron exigibles - Mayo 12 de 2023 y hasta cuando se verifique el pago total de la obligación, liquidados a la



Consejo Superior de la Judicatura
consejo Seccional de la Judicatura del Atlántico
JUZGADO ONCE CIVIL CIRCUITO DE BARRANQUILLA

tasa máxima legal permitida vigente art. 884 del C. de Co., costas del proceso y agencias en derecho. -

Por la obligación contenida en el Pagare No.9620202051.

- Por la suma de CIENTO SESENTA MILLONES TRESCIENTOS QUINCE MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y TRES PESOS M.L. (\$160.315.243 M.L.), por concepto de capital, más la suma de Siete Millones Seiscientos Cuarenta y Un Mil Doscientos Cincuenta Pesos M.L. (\$7.641.250 M.L.), por concepto de intereses corrientes liquidados desde el 24 de Febrero de 2023 al 11 de Mayo de 2023, más los intereses moratorios liquidados sobre el capital adeudado desde que se hicieron exigibles -Mayo 12 de 2023 y hasta cuando se verifique el pago total de la obligación, liquidados a la tasa máxima legal permitida vigente art. 884 del C. de Co., costas del proceso y agencias en derecho.-

Por la obligación contenida en el Pagare No.9620202176.

- Por la suma de OCHO MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS TRECE PESOS M.L. (\$8.654.313 M.L.), por concepto de capital, más la suma de Cuatrocientos Ochenta y Seis Mil Doscientos Siete Pesos M.L. (\$486.207 M.L.), por concepto de intereses corrientes liquidados desde el 24 de Febrero de 2023 al 11 de Mayo de 2023, más los intereses moratorios liquidados sobre el capital adeudado desde que se hicieron exigibles -Mayo 12 de 2023 y hasta cuando se verifique el pago total de la obligación, liquidados a la tasa máxima legal permitida vigente art. 884 del C. de Co., costas del proceso y agencias en derecho.-

Por la obligación contenida en el Pagare No.9620202242.

- Por la suma de OCHO MILLONES TRESCIENTOS TREINTA MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y UN PESOS M.L. (\$8.330.341 M.L.), por concepto de capital, más los intereses moratorios liquidados sobre el capital adeudado desde que se hicieron exigibles -presentación de la demanda Junio 7 de 2023 y hasta cuando se verifique el pago total de la obligación, liquidados a la tasa máxima legal permitida vigente - art. 884 del C. de Co., costas del proceso y agencias en derecho. -

La orden de pago arriba citada le fue notificada al demandado, al correo electrónico: simans2006@hotmail.com, el día 2023-06-15 hora:17:07 P.M. y Acuso Recibo Fecha: 2023 /06/15 17:08 Hora: 17:08 P.M. (Ver folio 008 del expediente virtual), quien vencido el termino de traslado, no propuso excepciones ni otra clase de incidentes, por lo que ha pasado el negocio al despacho para dictar sentencia y a ello nos encaminamos, previa comprobación de que en el plenario no gravita causal de nulidad que invalide lo actuado y haciendo unas breves por lo que ha pasado el negocio al despacho a dictar sentencia.

CONSIDERACIONES:



Consejo Superior de la Judicatura
consejo Seccional de la Judicatura del Atlántico
JUZGADO ONCE CIVIL CIRCUITO DE BARRANQUILLA

Para que la demanda ejecutiva tenga éxito debe reunir todos los requisitos exigidos por los Arts. 82, 83 y 84, 422, 430 del C. G. del P y a ella se acompañará

el documento o documentos que prestan mérito ejecutivo al tenor de lo dispuesto en la norma en cita, es decir, que contenga una obligación, clara, expresa y actualmente exigible y además que provenga del deudor y que constituya plena prueba contra él, lo que está muy acorde con el principio romano Nulla Executio Sine Titulo (No hay ejecución sin título).

El demandante cumple con su cargo cuando presenta un fallo ajustado a los requisitos consagrados en el artículo 422 del C. G. del Proceso y art. 621 y S. S. del C. de Comercio, con el cual podía ejercer la acción ejecutiva para de esta manera obtener coercitivamente su pago sin necesidad de reconocimiento de firma al presumirse su autenticidad.

Ahora bien, en el caso bajo estudio, todos esos requisitos se encuentran cumplidos a cabalidad.

En efecto los documentos esgrimidos como títulos de recaudo ejecutivo, constituyen plena prueba contra la demandada y la obligación de pagar una cantidad líquida de dinero, por consiguiente, presta mérito ejecutivo.

Por último, de conformidad con el Art. 440 del C. G. de P. si no se propusieren excepciones oportunamente, el juez dictará el auto que ordene llevar adelante la ejecución y practicar la liquidación del crédito.

En mérito de lo expuesto, el Juzgado Once Civil del Circuito de Barranquilla,

RESUELVE:

1. Ordenar seguir adelante la ejecución contra el demandado, señor ISMAEL DE JESUS SIMANCAS PALLARES, mayor de edad, e identificada con Cedula de Ciudadanía No. 19.600.423, correo electrónico: : simans2006@hotmail.com, tal como viene ordenado en el mandamiento de pago respectivo.
2. Requerir a las partes a que presente la liquidación del crédito conforme al numeral 1º. del Art. 446 y siguientes del C. G. del Proceso.
3. Condénese en costas a la parte demandada. Señálense como tal la suma de Catorce Millones Novecientos Mil Pesos M.L. (\$14.900.000 M.L.), suma ésta equivalente al 5% de la pretensión que se cobra de conformidad a lo dispuesto en el Acuerdo 10554 de 2016 expedido por el Consejo Superior de la Judicatura.
4. Practíquese el avalúo de los bienes trabados en este asunto si los hubiere y de los que posteriormente se llegaren a embargar.



Consejo Superior de la Judicatura
consejo Seccional de la Judicatura del Atlántico
JUZGADO ONCE CIVIL CIRCUITO DE BARRANQUILLA

5. Remátese los bienes trabados en este asunto y los que posteriormente se embarguen y con su producto páguese el crédito al ejecutante.
6. Ejecutoriado el presente auto, remítase la actuación al Juzgado de Ejecución Civil del Circuito para lo de su conocimiento.

NOTIFÍQUESE Y CUMPLASE

La Juez,

NEVIS GOMEZ CASSERES HOYOS

Walter

Firmado Por:

Nevis De Jesus Gomez Casseres Hoyos

Juez

Juzgado De Circuito

Civil 11

Barranquilla - Atlantico

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica,

conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación: **2d993e96aa9fda891ffab538865b724fbe318c1b4f5fd1405d318f159cf49b39**

Documento generado en 24/08/2023 01:42:19 PM

Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:
<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>