



REPUBLICA DE COLOMBIA - RAMA JUDICIAL DEL PODER
PÚBLICO

Juzgado De Circuito - Civil 0011 Barranquilla

Estado No. 133 De Jueves, 17 De Agosto De 2023



FIJACIÓN DE ESTADOS

Radicación	Clase	Demandante	Demandado	Fecha Auto	Auto / Anotación
08001405300120200042401	Apelación Auto	Arturo Iglesias Martinez	Aleida Cecilia Villa Muñoz	16/08/2023	Auto Ordena - De Manera Inmediata Devolver El Expediente Al Juzgado Primero Civil Municipal De Barranquilla
08001315301120230015100	Procesos Ejecutivos	Angiografia De Colombia S En C.	Cajacopi Eps S.A.S.	16/08/2023	Auto Ordena - Decretar Embargo Y Retención
08001315301120230015100	Procesos Ejecutivos	Angiografia De Colombia S En C.	Cajacopi Eps S.A.S.	16/08/2023	Auto Ordena - No Acceder A Librar Orden De Pago
08001315301120190001200	Procesos Verbales	Samuel Santos Correa	Caja Nacional De Prevision Social Cajanal, Cajacopi E.P.S.	16/08/2023	Sentencia - Negar Pretensión De La Demanda- Condenar Costa
08001315301120230012300	Procesos Verbales	Transaga S.A.S.	Axa Colpatria Seguros Colpatria	16/08/2023	Auto Reconoce - Personería Jurídica

Número de Registros: 5

En la fecha jueves, 17 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

2711bc62-16f4-4c44-8092-c332a67857d5



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

Dieciséis (16) de Agosto del Dos Mil Veintitrés (2023)

RADICACION No. 2019-00012-00.

PROCESO: VERBAL – RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA

DEMANDANTE: SAMUEL SANTOS CORREA Y OTROS

DEMANDADO: CAJACOPI, OINSAMED S.A.S., Y ELIECER VILLAMIZAR.

LLAMADO EN GARANTIA: LA PREVISORA SEGUROS Y ELIECER VILLAMIZAR DE LA HOZ

DECISION: SENTENCIA

Procede el Despacho a decidir la presente demanda VERBAL presentada por los señores SAMUEL SANTOS CORREA, ENITH DEL CARMEN MORENO ANDRADE (en representación de su hijo menor RAFAEL DE JESÚS SANTOS MORENO), MANUEL DE JESÚS SANTOS MORENO, RAFAEL GUSTAVO MORENO CARMONA, EVELSA SANTOS CORREA, TERESA SANTOS CORREA, ABIMAEI SANTOS CORREA, AZAEL SANTOS CORREA, EVELIA SANTOS DE ANAYA, MARTÍN SANTOS CORREA, NIRIS DEL SOCORRO MORENO ANDRADE, DEWIS RAFAEL MORENO ANDRADE, LEILA ESTHER MORENO ANDRADE, CARLOS MARIO MORENO ANDRADES, LUIS EMIRO MORENO ANDRADE, MARÍA MARGARITA MORENO ANDRADE y YULISA PATRICIA MORENO ANDRADE, a través de apoderado judicial contra la sociedad CAJACOPI, OINSAMED S.A.S., Y ELIECER VILLAMIZAR DE LA HOZ. Para que previo los trámites legales propios del proceso verbal se hagan en sentencia las siguientes declaraciones:

PRETENSIONES DE LA DEMANDA

Se declare, que la CORPORACIÓN CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAJACOPI – ATLÁNTICO, en virtud del contrato de afiliación, tenían la obligación de administrar el riesgo en salud, de la menor fallecida D.C.S.M., bajo parámetros de calidad, idoneidad, suficiencia, etc., de conformidad con la ley y la constitución.

Se declare probada la culpa médica y/o el nexo causal entre el acto médico y el resultado dañino o la muerte de la menor D.C.S.M. por mala praxis médica de los demandados, cirujano cardiovascular ELIECER VILLAMIZAR DE LA HOZ, OINSAMED S. A. S. y la CORPORACIÓN CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAJACOPI – ATLÁNTICO.

Se declare, solidaria, y civilmente responsable, por responsabilidad médica contractual, a CORPORACIÓN CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAJACOPI – ATLÁNTICO; a OINSAMED S. A. S., y al cirujano cardiovascular, doctor ELIECER VILLAMIZAR DE LA HOZ; por los daños y perjuicios ocasionados a los familiares demandantes, con la muerte de la menor D.C.S.M., como consecuencia del servicio defectuoso, por ellos prestado.



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

Se condene, solidariamente, a los demandados, CORPORACIÓN CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAJACOPI – ATLÁNTICO; a OINSAMED S. A. S., y al cirujano cardiovascular, doctor ELIECER VILLAMIZAR DE LA HOZ; a cancelar al demandante SAMUEL SANTOS CORREA, por concepto de DAÑO EMERGENTE, por los gastos, en que se le hizo incurrir, para atender los efectos del daño y su reparación, con lo cual se socavó su patrimonio, generados con la ocurrencia del hecho, los cuales, se detallan así:

Auditoría médica historia clínica, para determinar mala praxis.	\$ 5.000.000.
Auditoría contable, para determinar perjuicios.	\$ 3.000.000.
Asesoría jurídica y gastos fase conciliación previa.	\$ 8.000.000.
Gastos de transporte, obtención de papelería y otros.	\$ 1.500.000.
	=====
Total, daño emergente, padre de la menor	\$ 17.500.000.

Se condene, solidariamente, a los demandados, CORPORACIÓN CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAJACOPI – ATLÁNTICO; a OINSAMED S. A. S., y al cirujano cardiovascular, doctor ELIECER VILLAMIZAR DE LA HOZ; a cancelar, a los demandantes, por concepto de LUCRO CESANTE, las sumas dejada de percibir, originada con la ocurrencia del hecho dañoso, lo cual se detalla así:

PARA SAMUEL SANTOS CORREA (Padre).

Datos Básicos de la Liquidación hasta la fecha final del padre con menor expectativa de vida :				Años que le hacían falta a la víctima para 25			
	AÑO	*MES	DÍA	9			
Fecha de la Liquidación:	2019	01	30				
Fecha de Nacimiento del Padre con menor expectativa de vida	1958	10	11	Sexo:	M	Edad:	67
Fecha en que ocurrieron hechos:	2016	12	15				
Salario mínimo a la fecha del accidente	\$ 689.455,00						
Salario mínimo a la fecha de Liquidación	\$ 828.116,00						
Más 25% Prestaciones sociales	\$ 207.029,00						
subtotal Base de Liquidación	\$ 1.035.145,00						
Menos 25% sostenimiento de la víctima	\$ 258.786,25						
Total Base de liquidación (Ra)	\$ 776.358,75						
50% Porcentaje para Padre:	\$ 388.179,38						
50% Porcentaje para Madre:	\$ 388.179,38						
Periodo Vencido (meses) n:	25,53						
Cálculo del Periodo Futuro hasta la fecha final del padre con menor expectativa de vida :							
	AÑO	*MES	DÍA				
Fecha final expectativa de vida	2034	5	6				
Fecha de la Liquidación:	2019	01	30				
Renta Mensual Actualizada (Ra):	\$ 388.179,38						
Periodo Futuro (meses) n:	183,27						
Indemnización Futura (S):	\$ 46.997.872,96						



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

PARA ENITH DEL CARMEN MORENO ANDRADE (Madre).

Datos Básicos de la Liquidación hasta la fecha final del padre con mayor expectativa de vida :				Años que le hacían falta a la víctima para 25			
	AÑO	*MES	DÍA	9			
Fecha de la Liquidación:	2019	01	30				
Fecha de Nacimiento del Padre con mayor expectativa de vida	1969	12	27	Sexo:	F	Edad:	55
Fecha en que ocurrieron hechos:	2016	12	15				
Salario mínimo a la fecha del accidente	\$ 689.455,00						
Salario mínimo a la fecha de Liquidación	\$ 828.116,00						
Más 25% Prestaciones sociales	\$ 207.029,00						
subtotal Base de Liquidación	\$ 1.035.145,00						
Menos 25% sostenimiento de la víctima	\$ 258.786,25						
Total Base de liquidación (Ra)	\$ 776.358,75						
50% Porcentaje para Padre:	\$ 388.179,38						
50% Porcentaje para Madre:	\$ 388.179,38						
Periodo Vencido (meses) n:	25,53						
Cálculo del Periodo Futuro hasta la fecha final del padre con mayor expectativa de vida:							
	AÑO	*MES	DÍA				
Fecha final expectativa de vida	2048	7	14				
Fecha de la Liquidación:	2019	01	30				
Renta Mensual Actualizada (Ra):	\$ 388.179,38						
Periodo Futuro (meses) n:	353,67						
Indemnización Futura (S):	\$ 65.434.383,24						

Total, lucro cesante, para ambos padres \$ 112.432.256,20.

Se condene, solidariamente, a los demandados, CORPORACIÓN CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAJACOPI – ATLÁNTICO; a OINSAMED S. A. S., y al cirujano cardiovascular, doctor ELIECER VILLAMIZAR DE LA HOZ; a cancelar, a los demandantes, por concepto de PERJUICIOS MORALES, por las graves afectaciones, ocasionadas al fuero interno de los padres y del resto de sus familiares, por la tristeza, el padecimiento, el dolor, la congoja o la aflicción, etc., las siguientes sumas de dinero, que conforme a los lineamientos del Consejo de Estado y la Corte Suprema de Justicia, y atendiendo el parentesco, los niveles, el porcentaje y la cantidad, se relacionan, así:

Grupo familiar	Parentesco	Porcentaje	SMMLV	Valor
Samuel Santos Correa	Padre	100%	100	\$ 78.124.200
Enith Del Carmen Moreno Andrade	Madre	100%	100	\$ 78.124.200
Rafael De Jesús Santos Moreno	Hermano	50%	50	\$ 39.062.100
Manuel De Jesús Santos Moreno	Hermano	50%	50	\$ 39.062.100
Rafael Gustavo Moreno Carmona	Abuelo Pat.	50%	50	\$ 39.062.100
Evelza Santos Correa	Tío paterno	35%	35	\$ 27.343.470
Teresa Santos Correa	Tío paterno	35%	35	\$ 27.343.470
Abimael Santos Correa	Tío paterno	35%	35	\$ 27.343.470
Azael Santos Correa	Tío paterno	35%	35	\$ 27.343.470
Evelia Santos De Anaya	Tío paterno	35%	35	\$ 27.343.470
Martín Santos Correa	Tío paterno	35%	35	\$ 27.343.470
Niris Del Socorro Moreno Andrade	Tío materno	35%	35	\$ 27.343.470
Dewis Rafael Moreno Andrade	Tío materno	35%	35	\$ 27.343.470
Leila Esther Moreno Andrade	Tío materno	35%	35	\$ 27.343.470
Carlos Mario Moreno Andrades	Tío materno	35%	35	\$ 27.343.470
Luis Emiro Moreno Andrade	Tío materno	35%	35	\$ 27.343.470
María Margarita Moreno Andrade	Tío materno	35%	35	\$ 27.343.470
Yulisa Patricia Moreno Andrade	Tío materno	35%	35	\$ 27.343.470
Totales			805	\$ 628.899.810

Total, daños morales

\$ 628.899.810



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

Se condene, solidariamente, a los demandados, CORPORACIÓN CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAJACOPI – ATLÁNTICO; a OINSAMED S. A. S., y al cirujano cardiovascular, doctor ELIECER VILLAMIZAR DE LA HOZ; a cancelar, a los demandantes, por concepto de DAÑO A LA VIDA DE RELACIÓN, ocasionados a los padres y hermanos de la fallecida, por la disminución o deterioro de sus calidades de vida, en lo relacionado con las actividades placenteras y rutinarias, por lo cual, atendiendo la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia, y con la intención de mitigar, paliar o atenuar, en la medida de lo posible las secuelas o padecimientos, las siguientes sumas de dinero, que atendiendo el grado de consanguinidad y el máximo de los salarios establecidos, se tasan de la siguiente manera:

Padre: Samuel Santos Correa	100 SMLMV	=	\$ 78.124.200.
Madre: Enith Moreno Andrade	100 SMLMV	=	\$ 78.124.200.
Hermano: Rafael Santos Moreno	100 SMLMV	=	\$ 78.124.200.
Hermano: Manuel Santos Moreno	100 SMLMV	=	\$ 78.124.200.
			=====
Total, daño a la vida de relación			\$ 312.496.800

Se condene, solidariamente, a los demandados, CORPORACIÓN CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAJACOPI – ATLÁNTICO; a OINSAMED S. A. S., y al cirujano cardiovascular, doctor ELIECER VILLAMIZAR DE LA HOZ; a cancelar, a los demandantes, por concepto de DAÑO A LA SALUD; ocasionado por vía de excepción a las víctimas indirectas (padres y hermanos), y se refiere a las alteraciones psicofísicas o complicaciones emocionales ocasionadas por la muerte de la menor, que de conformidad con los criterios de las Altas Cortes (C. E. y C. S. J.), y atendiendo los salarios establecidos y la gravedad de la lesión, indistintamente de no existir calificación, se relacionan así:

Padre: Samuel Santos Correa	40SMLMV	=	\$ 31.252.000.
Madre: Enith Moreno Andrade	40SMLMV	=	\$ 31.252.000.
Hermano: Rafael Santos Moreno	40SMLMV	=	\$ 31.252.000.
Hermano: Manuel Santos Moreno	40SMLMV	=	\$ 31.252.000.
			=====
Total, daño a la salud			\$ 125.008.000

Se condene a los demandados a pagar las costas, agencias en derecho, y demás erogaciones que se produzcan en virtud de este proceso.

FUNDAMENTA LA DEMANDA EN LOS SIGUIENTES HECHOS:

1. El señor SAMUEL SANTOS CORREA, y la señora ENITH DEL CARMEN MORENO ANDRADE, son esposos, entre sí, y procrearon, entre otros, a la menor D.C.S.M.
2. La menor D.C.S.M., se encontraba vinculada en salud a la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAJACOPI – ATLÁNTICO, a través del régimen subsidiado, desde el mes de noviembre de 2.005.
3. La menor D.C.S.M., por presentar ahogos, el 1º de noviembre de 2.016, solicitó los servicios de salud, siendo ingresada por urgencias, a la Clínica La Misericordia

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

internacional, establecimiento de comercio de propiedad de la demandada OINSAMED S. A. S.

4. La menor, antiguamente, había sido diagnosticada con malformación congénita del canal aurícula ventricular parcial, manejada quirúrgicamente a los cuatro años con plastia y corrección del canal.

5. El doctor ELIECER VILLAMIZAR DE LA HOZ, cirujano cardiovascular, que atendió a la menor paciente, consignó en la historia clínica, el diagnóstico antiguo, y en la actualidad, por su estado de descompensación aguda, la diagnosticó con insuficiencia cardíaca aguda severa con clasificación NYHA III/IV.

6. El cirujano cardiovascular indicó y ordenó con carácter prioritario y urgente, cirugía para reemplazo de válvula mitral por prótesis biológica de larga duración.

7. Que los progenitores de la menor, gestionaron ante la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAJACOPI – ATLÁNTICO, la autorización de la orden médica de cirugía o reemplazo de la válvula.

8. Que El 8 de noviembre de 2.016, CAJACOPI, autorizó erradamente “reemplazo de válvula aórtica y aorta ascendente sod”, diferente de lo ordenado por el médico tratante.

9. Que los padres de la menor, una vez recibieron la autorización de la orden de cirugía, la presentaron para su recepción, a la Clínica La Misericordia Internacional, la cual es rechazada, precisamente, por estar errada, por lo que regresan inmediatamente a CAJACOPI, donde les reciben la información, y les manifiestan, que se quedaban con la orden errada, para su trámite, y que posteriormente, tan pronto estuviese lista, les llamarían, para su entrega, sin embargo, pese de la insistencia de los padres de la paciente, CAJACOPI, ni les llamó, ni les expidió la autorización o corrección de la misma.

10. que el día 25 de noviembre de 2016, la paciente, presenta empeoramiento severo del ahogo por lo que reingresa a la urgencia de la Clínica La Misericordia Internacional.

11 que la entidad CAJACOPI autorizó la orden sólo hasta el 9 de diciembre de 2.016, por lo que el cirujano, programó la cirugía, para el 12 de diciembre de 2.016.

12. El 12 de diciembre de 2016, la paciente ingresa a quirófano, iniciándose el procedimiento quirúrgico, el cual duró de las 8:00 de la mañana, hasta las 5:30 de la tarde.

13. Que con posterioridad al procedimiento quirúrgico la menor presentó falla hemodinámica y renal que implicó, la implementación de otro procedimiento, como la diálisis, para lo cual, era necesario la colocación de un catéter.

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

14. Que, en el procedimiento de implementación del catéter, se cometieron serias irregularidades, que finalmente desencadenaron, en la muerte de la paciente, con la cual se ocasionaron graves perjuicios de orden material e inmaterial a los hoy demandantes.

ACTUACIONES PROCESALES

La presente demanda fue presentada el día 28 de enero de 2019, por haber cumplido los requisitos exigidos por la ley, fue admitida por medio de auto a día de 31 de enero del 2019, ordenándose correr el traslado de la demanda.

Efectuadas las diligencias de notificación, la demandada OINSAMED S.A., por medio de su apoderado, quien en su contestación de la demanda se opuso a las pretensiones incoadas en su contra, y propuso las excepciones de mérito las cuales denominó: LEGITIMACION EN CAUSA POR PASIVA, PRESCRIPCION, INEXISTENCIA DE LA OBLIGACION, CARENCIA DE ACCION, MALA FE, las cuales no se tuvieron en cuenta debido a que se declaró contestada por fuera de termino habiéndose agotado el termino de traslado de la demanda.

Una vez resuelto el recurso presentado y la nulidad por parte de la demandada OINSAMED S.A, se continuo con el debido tramite.

Los demandantes presentaron reforma de la demanda la cual fue admitida el día 14 de abril del 2021, efectuadas las diligencias de notificación, la demandada, la demandada OINSAMED S.A.S., por medio de su apoderado nuevamente presentó contestación con Excepciones de mérito denominados: LEGITIMACIÓN EN CAUSA POR PASIVA, PRESCRIPCIÓN, INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN, CARENCIA DE ACCIÓN y MALA FE.

ELIECER VILLAMIZAR DE LA HOZ, por su parte en la contestación de la demanda no presentó excepciones.

El demandado OINSAMED S.A. llamó en garantía a LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS y a ELIECER VILLAMIZAR DE LA HOZ. LA PREVISORA S.A, presentó de excepciones: INEXISTENCIA DE LOS PRESUPUESTOS PARA QUE SE CONFIGURE RESPONSABILIDAD DE OINSAMED SA.S., IMPROCEDENCIA DE LA SOLICITUD DE LUCRO CESANTE POR EL FALLECIMIENTO DE LA MENOR D.C.S.M., IMPROCEDENCIA DE RECONOCIMIENTO POR DAÑO A LA SALUD, EXCESIVA TASACIÓN DE LOS DAÑOS EXTRAPATRIMONIALES (DAÑO MORAL Y DAÑO A LA VIDA DE RELACIÓN) y LA GENERICA. Y frente al llamamiento en garantía presentó las siguientes: INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD POR PARTE DE LA PREVISORA SA. COMPAÑÍA DE SEGUROS, SUBLIMITE AL VALOR ASEGURADO Y DEDUCIBLE PACTADO e IMPROCEDENCIA DE UNA CONDENA CONTRA LA PREVISORA S.A COMPAÑÍA DE SEGUROS.

La parte demandante presenta objeción a la contestación de la demanda presentada por OINSAMED la cual se le descorre el traslado y ya tramitados en

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

debida forma los distintos medios de defensa propuestos por los demandados, a través de auto, se fijó fecha llevar a cabo audiencia de que trata el artículo 372 del Código General del Proceso, la cual se llevó a cabo en las siguientes fechas; 19 de abril, 14 de junio, 22 de julio, 30 de agosto, 26 de septiembre, 31 de octubre y 23 de noviembre del 2022.

Posteriormente el día 25 de enero de 2023, se inicia la audiencia del que trata el art 373 del Código General del Proceso, siendo reanudada los días 26 de enero, 22 de febrero, 21 y 24 de marzo, 18 de mayo, 8 y 15 de junio del 2023 agotándose en esta última fecha los alegatos de conclusión, por lo que se emitió sentido del fallo.

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.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA JURIDICO

Corresponde a este despacho determinar si son civilmente responsable los demandados; CAJACOPI, OINSAMED S.A.S., Y ELIECER VILLAMIZAR DE LA HOZ, por los perjuicios materiales e inmateriales sufridos por los demandantes a causa del fallecimiento de la menor D.C.S.M. (Q. E. P. D), en caso de llegar a determinar una mala praxis médica en la atención y tratamiento médico de la menor, en consideración a su diagnóstico médico de insuficiencia cardíaca aguda.

LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA

La parte demandante está legitimada por activa con los registros civiles de nacimiento y defunción, que demuestran que son padres, tíos, abuelo y hermano de la joven fallecida.

En cuanto a legitimación por pasiva, están demandados, el doctor; ELIECER VILLAMIZAR DE LA HOZ y las entidades CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR – CAJACOPI (E.P.S. a la que estaba vinculada la menor), y OINSAMED S.A.S. implicadas en el tratamiento y gestión medica de la menor fallecida, y LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS en calidad de llamada en garantía, la cual tiene con la aquí demandada OINSAMED S.A.S un contrato de seguro, quedando así demostrada su legitimación.

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:



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

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.

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



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

(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 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.

RESPONSABILIDAD CIVIL DE LAS EMPRESAS PRESTADORAS DE SALUD (EPS)

A términos del artículo 48 de la Constitución Política "[l]a seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la ley".

En desarrollo de ese mandato, la Ley 100 de 1993 consagró que el "sistema de seguridad social tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana mediante la protección de las contingencias que la afectan"; y que dicho sistema comprende "las obligaciones del Estado y la sociedad, las instituciones y los recursos destinados a garantizar la cobertura de las prestaciones de carácter



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

económico, de salud y servicios complementarios, materia de esta ley (...)” (art. 1º; se subraya).

A su turno, el artículo 2º de ese ordenamiento jurídico explicitó que dicho servicio “se prestará con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad, integralidad, unidad y participación” y precisó que el primero de ellos comporta “la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles para que los beneficios a que da derecho la seguridad social sean prestados en forma adecuada, oportuna y suficiente”

Debe tenerse en cuenta, además, que el Título II de la ley, desarrolló el referido sistema “EN SALUD”, uno de los componentes que, como se vio, lo integran. Cabe afirmar, entonces, que la seguridad social en salud es un servicio público regido por los principios de “eficiencia” y “calidad” en todas sus interfaces, como son la “promoción, prevención y recuperación”; y que, por lo mismo, su prestación siempre debe ser “adecuada, oportuna y suficiente”.

Es en ese contexto que deben interpretarse, de un lado, la totalidad de las normas de la Ley 100 de 1993 y, de otro, las específicas de la seguridad social en salud, concretamente, los artículos 177, 178 y 179, a que se refirió la censura.

Por consiguiente, propio es entender que el deber a cargo de las Entidades Promotoras de Salud de “garantizar, directa o indirectamente, la prestación de Plan de Salud Obligatorio a los afiliados”, según las previsiones del primero de tales preceptos, traduce su obligación de velar porque tal prestación lo sea con plena sujeción a los indicados principios -eficiencia y calidad- y en las condiciones atrás advertidas, es decir, se reitera, de manera “adecuada, oportuna y suficiente”.

En este punto, debe memorarse que la Corte Constitucional, al decidir sobre la constitucionalidad de la referida garantía, entre muchas otras consideraciones, estimó que con la diferenciación entre Entidades Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Salud “el legislador, obrando dentro del ámbito de sus facultades, ha pretendido garantizar la prestación eficiente y oportuna del servicio a todos los integrantes de la comunidad” (C-616 del 13 de junio de 2001; se subraya), no desvirtuarlo para las primeras, como pareciera sugerirlo el recurrente.

Añádase que el artículo 178, al señalar las funciones de las citadas empresas, les impuso las de “[o]rganizar la forma y mecanismos a través de los cuales los afiliados y sus familias puedan acceder a los servicios de salud en todo el territorio nacional” y “[e]stablecer procedimientos para controlar la atención integral, *eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud*” (se subraya).

Nítido es, por lo tanto, que la obligación que recae en las Entidades Prestadoras de Salud no se limita a garantizarle a sus afiliados y a los beneficiarios de éstos, la simple y llana prestación del servicio de salud, sino que va más allá, en tanto implica el deber de que dicha prestación se realice en condiciones de “eficiencia” y “calidad” que, conforme lo definió expresamente la propia ley, supone que lo sea “en forma adecuada, oportuna y suficiente”.



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

Al respecto la corte suprema ha hecho un estudio pormenorizado que se trae a colación:

“En nuestro Estado Social de Derecho la seguridad social en salud es un servicio público orientado por el principio constitucional del respeto a la dignidad humana, por cuya virtud la vida de las personas y su integridad física y moral se conciben como los bienes jurídicos de mayor valor dentro del ordenamiento positivo, lo que se traduce en la obligación de brindar una atención en salud de calidad, así como en una menor tolerancia frente a los riesgos que por mandato legal el paciente traslada a las EPS. Este replanteamiento del servicio sanitario ha introducido un cambio de visión que concibe la salud como un derecho inalienable de las personas y no como un acto de beneficencia del Estado hacia el ciudadano.

Además de los postulados consagrados en la Constitución Política (arts. 48 y 49), el servicio público de salud se rige por los principios de universalidad, solidaridad, igualdad, obligatoriedad, prevalencia de derechos, enfoque diferencial, equidad, calidad, eficiencia, participación social, progresividad, libre escogencia, sostenibilidad, transparencia, descentralización administrativa, complementariedad y concurrencia, corresponsabilidad, irrenunciabilidad, intersectorialidad, prevención y continuidad. (Artículo 3º de la ley 1438 de 2011, que modificó el artículo 153 de la ley 100 de 1993).

Uno de los atributos fundamentales del Sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) es la calidad de la atención integral en salud que se brinda a la población, la cual involucra aspectos tales como la accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad del servicio.

La calidad del servicio de salud implica estándares sobre estructuras y procesos de atención para todas las organizaciones y personas que prestan servicios de salud; criterios objetivos de ingreso y permanencia en el sistema de salud; guías de atención que describen parámetros explícitos de pertinencia clínica, administrativa y financiera; e indicadores explícitos de medición de resultados en la prestación de los servicios.

El numeral 3.8 del artículo 3º de la Ley 1438 de 2011 estableció: «Calidad. Los servicios de salud deberán atender las condiciones del paciente de acuerdo con la evidencia científica, provistos de forma integral, segura y oportuna, mediante una atención humanizada». Está disposición ordena la prestación de una atención en salud oportuna y de calidad, sustentada en criterios científicos, a partir de un enfoque sistémico e integral.

De conformidad con los artículos 178, 179 y 180 de la ley 100 de 1993, las entidades promotoras de salud tienen el control sobre la calidad de la prestación del servicio de salud: «Las EPS tienen la obligación de establecer los procedimientos para controlar y evaluar sistemáticamente la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad de los servicios prestados por las instituciones prestadoras de servicios de salud» (art. 178).

Si bien es cierto que la prestación del servicio de salud de calidad a todos los habitantes de Colombia es una medida gradual, también lo es que el SGSSS comenzó a regir hace más de 23 años, por lo que hoy en día no hay ninguna justificación para que el servicio de salud siga ofreciéndose dentro de niveles de baja calidad.

Desde 1993 se expidieron una serie de normas con el fin de que la progresividad del servicio no fuera un simple ideal y se materializara en resultados concretos, es decir en una atención



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

en salud de estándares medios con tendencia perpetua a la alta calidad dentro del marco del Sistema Obligatorio de Garantía de Salud de Calidad.

A tal respecto, el artículo 227 de la Ley 100 dispuso: «Es facultad del Gobierno Nacional expedir las normas relativas a la organización de un sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud, incluyendo la auditoría médica de obligatorio desarrollo en las entidades promotoras de salud, con el objeto de garantizar la adecuada calidad en la prestación de los servicios. La información producida será de conocimiento público».

El marco legal de la obligatoriedad de la atención en salud de calidad se constituyó formalmente con el Decreto 2174 de 1996, que organizó el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Posteriormente se expidió el Decreto 2309 de 2002, que definió el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud.

Según este último, el SOGC de la atención de salud es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos, deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

Las características más importantes de este sistema son: a) Accesibilidad: posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema general de seguridad social. b) Oportunidad: posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. c) Seguridad: conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías, basadas en evidencia científicamente probadas, que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias. d) Pertinencia: grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, de acuerdo con la evidencia científica, y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales. e) Continuidad: grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico (artículo 5º).

Posteriormente el Ministerio de la Protección Social profirió la Resolución 1043 de 2006, que estableció las condiciones que deben cumplir los prestadores de salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención; fijó estándares de capacidad tecnológica y científica; y definió parámetros de suficiencia patrimonial y financiera, así como las condiciones técnico-administrativas del prestador.

El Decreto 1011 de 2006 derogó el 2309 de 2002 al establecer el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Este estatuto definió la atención en salud como «el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población». A su vez, entiende por 'calidad de la atención de salud' «la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios». (Art. 2º).

Este decreto fijó las normas, requisitos y procedimientos que están obligados a cumplir los prestadores de servicios de salud (incluidos los particulares o independientes), las



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

instituciones y los servicios de traslado de pacientes, con el fin de brindar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación del servicio.

El artículo 3º del Decreto 1011 de 2006 reiteró que el SOGCS está orientado a mejorar la atención en salud, más allá de la verificación o acreditación formal de estructuras, procesos y documentación, centrando la calidad en los resultados obtenidos por los usuarios. Por ello impuso a los agentes promotores y prestadores la obligación de cumplir con las siguientes características:

- 1. Accesibilidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.*
- 2. Oportunidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.*
- 3. Seguridad. Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.*
- 4. Pertinencia. Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.*
- 5. Continuidad. Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico».*

Por su parte, la Circular 30 de 2006, emanada de la Superintendencia Nacional de Salud, dio instrucciones en materia de indicadores de calidad para evaluar la oportunidad, accesibilidad, continuidad, pertinencia y seguridad en la prestación de los servicios de salud de las instituciones prestadoras; los indicadores de calidad; los respectivos estándares en los procesos prioritarios de atención en salud y los requerimientos de información en las entidades promotoras de salud, cualquiera sea su naturaleza jurídica y el régimen que administren, incluyendo las empresas de medicina prepagada.

A su vez, la Resolución 1446 de 2006 del Ministerio de la Protección Social definió el Sistema de Información para la calidad y adoptó los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

La ley 1122 de 2007 introdujo algunas modificaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud y dictó disposiciones en materia de calidad, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Al describir la organización del aseguramiento inherente al SOGC, esta ley consagró la garantía del acceso efectivo a la salud de calidad, en los siguientes términos:

«Organización del Aseguramiento. Para efectos de esta ley entiéndase por aseguramiento en salud, la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario. Lo anterior exige que el asegurador



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

asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones establecidas en los Planes Obligatorios de Salud»

Por expreso mandato legal, las Entidades Promotoras de Salud en cada régimen son las responsables de cumplir las funciones indelegables del aseguramiento, la representación de los afiliados ante las instituciones prestadoras, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la asunción del riesgo transferido por el usuario.

Finalmente, la ley 1438 de 2011 estableció parámetros para fortalecer el SGSSS «a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país». (Art. 1º)

Entre los criterios técnicos mínimos para el cumplimiento de resultados en la atención de salud de calidad, la mencionada ley incluyó la prevalencia e incidencia de la morbilidad y mortalidad materna perinatal e infantil; la incidencia de enfermedades de interés en salud pública; la incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles y de las precursoras de eventos de alto costo; la incidencia de enfermedades prevalente transmisibles e inmuno-prevenibles; y el acceso efectivo a los servicios de salud. (Art. 2º)

Esta ley modificó el artículo 153 de la ley 100 de 1993, señalando los principios que orientan el SGSSS, entre los cuales se encuentran el de igualdad (garantiza el acceso al servicio de salud a todos los residentes del territorio colombiano, sin discriminación por razones de cultura, sexo, raza, origen nacional, orientación sexual, religión, edad o capacidad económica, sin perjuicio de la prevalencia constitucional de los derechos de los niños); prevalencia de derechos (es obligatorio el cuidado, protección y asistencia en salud a las mujeres en estado de embarazo y en edad reproductiva, a los niños, las niñas y adolescentes, para garantizar su vida, su salud, su integridad física y moral y su desarrollo armónico e integral); enfoque diferencial (reconoce que hay poblaciones con características particulares en razón de su edad, género, raza, etnia, condición de discapacidad y víctimas de la violencia para las cuales el Sistema General de Seguridad Social en Salud ofrecerá especiales garantías y esfuerzos encaminados a la eliminación de las situaciones de discriminación y marginación); calidad (los servicios de salud deberán atender las condiciones del paciente de acuerdo con la evidencia científica, provistos de forma integral, segura y oportuna, mediante una atención humanizada); prevención (es el enfoque de precaución que se aplica a la gestión del riesgo, a la evaluación de los procedimientos y la prestación de los servicios de salud); entre otros. (Ley 1438 de 2011, Art. 3º)

El marco legal que se ha resumido en líneas precedentes consagró un sistema obligatorio de garantía del servicio de salud que comporta un verdadero cambio de paradigma, pues ya no es posible seguir concibiendo la atención en salud como una labor de beneficencia, como ocurrió hasta finales de la década de los 80 del siglo pasado; dado que a partir de la constitucionalización de la salud y la entrada en vigencia del sistema general de seguridad social en salud y del sistema obligatorio de garantía de la calidad de la atención en salud, ésta es un derecho superior de los habitantes del territorio, que se patentiza en los resultados constatables y medibles en el servicio eficaz que reciben los usuarios o destinatarios finales del sistema.

Es cierto que la atención de calidad es una obligación que las entidades y agentes del sistema general de seguridad social en salud tienen que cumplir de manera progresiva. No obstante, la gradualidad no es una mera 'idea regulativa' o un 'principio general no



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

susceptible de aplicación inmediata', ni mucho menos un pretexto para justificar una atención en salud retardada, deficiente, mediocre o rezagada con relación a los avances científicos y tecnológicos, sino que es una característica concreta del SGSSS que se patentiza en el mantenimiento de los criterios de calidad actuales y en el mejoramiento permanente de los estándares existentes de tecnología, administración, operación y trato humano que permiten materializar el mandato constitucional y legal de un servicio de salud de alta calidad que redunde en mejorar las condiciones de vida de la población.

Los estándares de calidad son el conjunto de políticas, reglas, instrucciones y procedimientos establecidos por las entidades que conforman el SGSSS y el SOGC para todas las operaciones principales, tanto administrativas como asistenciales, los cuales sirven de guía o parámetro de acción a los miembros de la organización para desempeñar sus labores con eficacia. La clave del éxito de la calidad del servicio de salud es el mejoramiento constante y en marcha que involucra a todos los componentes del sistema (alta administración, gerentes, coordinadores, médicos, paramédicos y operarios) para desarrollar procesos estandarizados orientados a resultados.

Los parámetros explícitos y concretos de pertinencia clínica se encuentran en las guías de atención del Ministerio de Salud y las distintas entidades territoriales; siendo su acatamiento una obligación legal y no una simple facultad de los agentes prestadores del servicio de salud, quienes tienen que ceñirse a ellas con el fin de brindar un servicio de verdadera calidad conforme a las condiciones personales del usuario, la cultura de seguridad del paciente, la práctica de la medicina basada en la evidencia científica y la atención integral, segura, oportuna y humanizada, tal como lo ordena el artículo 3º de la ley 1438 de 2011.

La cultura de calidad total del servicio de salud y seguridad del paciente tiene repercusiones directas en el derecho de la responsabilidad civil, pues en el entorno del sistema obligatorio de calidad de la atención en salud las demoras en la prestación del servicio; el uso de tecnología obsoleta; la ausencia de tratamientos y medicamentos de utilidad comprobada por la medicina evidencial; la despreocupación por la satisfacción del cliente y la falta de atención de sus necesidades asistenciales; la falta de disciplina en el acatamiento de reglamentos tales como guías, normas técnicas y reglas de diligenciamiento de la historia clínica; la insuficiencia de continuidad e integralidad del servicio; la complacencia frente a malas prácticas y su ocultamiento; y en fin, la carencia de un pensamiento orientado al proceso y desarrollo de estrategias que aseguren un mejoramiento continuo e interminable del servicio de salud que involucre a todas las personas de los distintos niveles de la jerarquía, son circunstancias constitutivas de responsabilidad organizacional por deficiente prestación del servicio cuando lesionan con culpa la integridad personal del paciente; lo que afecta la sostenibilidad económica del sistema por mayores costos de tratamientos de eventos adversos y pagos de indemnizaciones por daños ocasionados a los usuarios. (CSJ, SC 9193 del 28 de junio de 2017, Rad. n.º 2011-00108-01; se subraya).

ANALISIS CASO CONCRETO

Sea lo primero indicar, que, en este caso, Las pruebas aportadas y practicadas por este Despacho fueron las siguientes:

PRUEBAS DOCUMENTALES:

1. Registro civil de nacimiento y de defunción de la menor D.C.S.M. (ver doc. 01 folio 57-58 C.P)



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

- Santa Fe – República Argentina. (ver doc. 09 C. REFORMA DE LA DEMANDA)
25. Parte del Manual de Medicina Intensiva de los autores internacionalmente reconocidos: J. C. MONTEJO, A. GARCÍA DE LORENZO, P. MARCO y C. ORTÍZ. Editorial EL SEVIER. 4ª Edición. Carátula y página 315. Sobre recambio de catéter utilizando guía y retirada del catéter (ver doc. 10 C. REFORMA DE LA DEMANDA)
26. Parte del Libro de Medicina de Terapia Intensiva de la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva. Editorial Panamericana. 4ª Edición. Carátula y páginas 658 y 688 cuadro VII-11-8. Sobre cambio de catéter venoso central y/o con guía. (ver doc. 11 C. REFORMA DE LA DEMANDA)
27. Parte Libro de Medicina de GUÍAS PRÁCTICAS CHURCHILL CUIDADOS INTENSIVOS. 3ª Edición de los autores internacionalmente reconocidos: SIMON M. WHITELEY, ANDREW BODENHAM y MARK C. BELLAMY. Caratula y páginas 341 y 387. Sobre procedimientos prácticos, para cambio de catéteres sobre una guía y retirada de catéteres venosos centrales. (ver doc. 12 C. REFORMA DE LA DEMANDA)
28. Parte del Protocolo, para Cambio de Líneas Periférica Venosas y Centrales de la Clínica la Misericordia Internacional – Proceso: Unidad Crítica de Atención Adulto – Código: PR-UCIA-710. (ver doc. 13 C. REFORMA DE LA DEMANDA)
29. Guía de Práctica Clínica, para la Prevención de Infecciones Intrahospitalarias Asociadas al Uso de Dispositivos Médicos de la Asociación Colombiana de Infectología, publicada en la Revista Infecto 2010. (ver doce 14 C. REFORMA DE LA DEMANDA)
30. Guías, para la Prevención, Control y Vigilancia Epidemiológica de Infecciones Intrahospitalarias – Guía para la prevención de Infecciones Asociadas a Dispositivos Intravasculares de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D. C. Dirección de Salud Pública. (ver doce 15 C. REFORMA DE LA DEMANDA)
31. Guías clínicas de la Sociedad Gallega de Medicina Interna – Prevención de Complicaciones Infecciosas relacionadas con catéteres intravenosos. (ver doc. 16 C. REFORMA DE LA DEMANDA)
32. Revisión de Bibliográfica de 2.011 a 2.020, sobre el Catéter Venoso Central y sus Complicaciones de Medicina Legal de Costa Rica. (ver doc. 17 C. REFORMA DE LA DEMANDA)
33. Reporte de un caso y revisión de la literatura de la Clínica Universitaria, Universidad de la Sabana, Bogotá, Colombia. – Iatreia Vol. 26 (2): 215-220, abril-junio 2013. Sobre Síndrome de Pinzamiento Costoclavicular: Neil Valentín Vega Peña¹, Eduart Iván Valbuena Hernández. (ver doc. 18 C. REFORMA DE LA DEMANDA)
34. Derecho de petición presentado a varias entidades médicas. (ver doc. 21 C. REFORMA DE LA DEMANDA)-
35. Derecho de petición dirigido a la clínica la misericordia, debidamente recibido. (ver doc. 21 C. REFORMA DE LA DEMANDA)
36. Derechos de petición dirigido a la alcaldía distrital de barranquilla. (ver doc. 21 C. REFORMA DE LA DEMANDA)



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

COLOMBIANA DE INFECTOLOGÍA - COLEGIO COLOMBIANO DE HEMODINAMIA E INTERVENCIONISMO CARDIOVASCULAR - SECRETARÍA DE SALUD DISTRITAL DE BARRANQUILLA – OFICINA DE GARANTÍA DE CALIDAD.

2. Se ofició a la Clínica CARI y Clínica General Del Norte para que presenten historias clínicas transcritas legibles de la menor D. C. S. M.
3. Se ofició a FUNDACIÓN LUGAR SOLIDARIO, remitir al despacho todos los seguimientos realizados desde el momento de su inscripción e ingreso, hasta el último momento en que se tenga algún reporte de ella o de la familia.

Es necesario en este punto que la EPS CAJACOPI no conteste la demanda en el termino legal establecido por la norma procesal por lo que este despacho dará aplicación a lo contenido en el artículo 97 del estatuto adjetivo de tener por cierto los hechos susceptibles e confesión contenidos en la demanda y se circunscribirá al análisis de las pruebas aportadas por las partes en litigio dentro del termino procesal contrastado con los elementos de la responsabilidad medica establecidos por la jurisprudencia colombiana

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.

Por lo que se procede a mirar entre los hechos de la demanda y de las pruebas aportadas por el demandante si en ellas se constituyen los elementos indispensables para que se dé la responsabilidad médica.

Las pruebas que buscan probar la responsabilidad médica están soportadas en la Historia clínica aportadas con la demanda, en ella están todos los servicios médicos prestados a la menor fallecida D. S. M. (Q. E. P.D.)

La historia clínica resulta ser parte fundamental del acervo probatorio gracias a su idoneidad para que la entidades de salud demuestre su actuar médico, pues es el documento en que por exigencia legal “se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención”, razón por la cual este Despacho por haber sido aportada la historia clínica de la Clínica la Misericordia Internacional, solicito a la entidad que la enviara transcrita, debido a que era indispensable determinar el actuar médico y las causas del deceso.

El Despacho entra a estudiar las historias clínicas de la atención prestada a la menor para hacer un recuento de las causas del fallecimiento del menor:



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

ANTECEDENTES MÉDICOS (Desde los 4 años que fue operada, hasta los controles de los 15 años)

A folio 93 del expediente encontramos Historia Clínica de la CLINICA LA MISERICORDIA INTERNACIONAL del día 01 de noviembre de 2016 en la cual fue ingresado a urgencia por los siguientes síntomas:

ENFERMEDAD ACTUAL:

Paciente de 16 años con DX malformación congénita canal AV parcial manejada quirúrgicamente a los 4 años con plastia y corrección del canal AV, refiere que actualmente tiene episodios de disnea de pequeños esfuerzos, con insuficiencia cardiaca severa clase funcional III/IV. En tratamiento con enalapril 5MG día.

ANALISIS

“Paciente de 16 años con DX de malformación congénita canal AV parcial manejada quirúrgicamente a los 4 años con plastia y corrección del canal AV, refiere que actualmente tiene episodios de disnea de pequeños esfuerzos con insuficiencia cardiaca severa clase funcional III/IV en tratamiento con enalapril 5 mg al día.

Trae reporte de ecocardiográfico de 09-09-2016 que muestra

- 1-pop de corrección de canal AV
- 2- dilatación severa de la aurícula izquierda
- 3-doble lesión valvular mitral insuficiencia severa y estenosis moderada
- 4-insuficiencia tricúspidea leve
- 5- No trombos intracavitarios.

Cateterismo cardiaco muestra posquirúrgico alejado de canal AV, doble lesión mitral severa, dilatación severa de la aurícula izquierda HTP leve.

Paciente con indicación de reemplazo de válvula mitral por estenosis e insuficiencia severa de forma prioritaria ya que presentó síncope y se encuentra en clase funcional III/IV.

Se solicita orden de reemplazo de válvula mitral con prótesis biológica de larga duración de forma urgente, se les comunica a pacientes riesgos y beneficios y está acepta la cirugía, se le avisan los riesgos a paciente que si los presenta debe ingresar por urgencia.

PLAN Y MANEJO

Se solicita orden de reemplazo de válvula mitral con prótesis biológica de larga duración de forma urgente.

Evolución realizada por: ELIECER VILLAMIZAR DE LA HOZ. Fecha: 01/11/16 ”

Día de atención 25 de noviembre de 2016

La menor es ingresada por urgencias el día 25 de noviembre de 2016 y según las notas (folio 95) del galeno ALEXANDER VEGA se entiende lo siguiente:

ANALISIS

Paciente femenina de 16 años de edad con antecedentes de POP corrección de canal AV completo hacen 12 años, quien ingresa el día de hoy por cuadro de dificultad respiratoria progresiva y vértigo después de episodio sincopal el día de hoy por lo cual consulta, por lo cual se decide ingresar para manejo y valoración por el servicio de cirugía cardiovascular (Dr. Villamizar médico tratante)

Ese mismo día es valorada en horas de la tarde por el galeno JOAQUIN RODRIGUEZ GOMEZ quien deja la siguiente nota (folio 109):

(25-11-2016 - 18:12:31 PM)

Paciente femenina de 16 años llega a sala cardiovascular procedente del servicio de urgencias con DX de malformación congénita canal AV parcial manejada quirúrgicamente a los 4 años con plastia y corrección del canal AV, actualmente tiene episodios de disnea



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

de pequeños esfuerzos, sensación de mareos y episodios de síncope, trae reporte de ecotranassosofgico de 09-09-2016 que muestra: 1- pop de corrección de canal AV 2- dilatacion severa de la aurícula izquierda 3- doble lesión valvular mitral insuficiencia severa y estenosis modera 4- insuficiencia tricúspidea leve 5- No trombos intracavitarios. Cateterismo cardiaco muestra posquirúrgico alejado de canal AV, doble lesión mitral severa, dilatación severa de la aurícula izquierda HTP leve.

Valorada por el servicio de CX cardiovascular (Dr. Villamizar) quien da indicación para reemplazo de válvula mitral por estenosis e insuficiencia severa por prótesis biológica de larga duración de forma urgente ya que paciente se encuentra en regulares condiciones generales dado por disnea súbita, cifras tensionales dentro de las metas, se indica cirugía cardiovascular.

Paciente debe continuar en sala completando protocolo de CX cardiovascular.

PLAN

1. ESTÁNCIA EN CARDIOVASCULAR
2. ATI
3. DIETA CARDIOSALUDABLE
4. MEDICAMENTOS:

-O2 POR VENTURY 50% A NECESIDAD

-ENALAPRIL 5 MG DIA

SSPARACLINICOS

SS ECOCARDIOGRAMA TE

RESERVAR HEMODERIVADOS

SE SOLICITA HOLTER CARDIACO

VALORACION POR CARDIOÑOIA

SEGUIMIENTO CIRUGIA CARDOVASCULAR DR VILLAMIZAR.

A folio 112 y con fecha de 25-11-2016 – 18:51:49 nuevamente el galeno JOAQUIN RODRIGUEZ GOMEZ deja la anotación:

NOTA DE INGRESO

18:00 INGRESA AL SERVICIO DE CARDIOVASCULAR PACIENTE DE SEXO FEMENINO DE 16 AÑOS DE EDAD, EN SILLA DE RUEDAS. CONCIENTE ORIENTADA, PROCEDENTE DEL SERVICIO DE URGENCIA ACOMPAÑADA DE FAMILIAR, AUXILAR CLINICO Y ENFERMERA JEFE CON DX ICC CF III NYHA, POP DE CORRECCION DE CANAL AV DILATACION SEVERA DE LA AURICULA IZQUIERDA DOBLE LESION VALVULAR MITRAL INSUFICIENCIA SEVERA Y ESTENOSIS MODERADA, INSUFICIENCIA TRICUSPIDEA LEVE

AL EXAMEN FISICO SE OBSERVA, normocéfalo, pupilas reactivas a la luz, mucosa oral húmeda cuello móvil sin adenopatías, tórax simétricos, abdomen blando, no doloroso a la palpación extremidades superiores eutróficas simétricas. canalizada en miembro superior izquierdo con abocat 20 con ATI, genitales normocofigurados. extremidades inferiores eutróficas simétricas móviles no edematizadas riesgo bajo de caída según escala de morse y riesgo bajo según escala de braden.

A folio 116 y con fecha de 26/11/2016 a 11:29:07 la médica NADIA CASTRO MANUEL realizo revisión de la paciente donde deja constancia que:

ANALISIS: PACIENTE FEMENINA DE 16 AÑOS CON DIAGNOSTICOS Y ANTECEDENTES CARDIOVASCULARES DESCRITOS. ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, REFIERE HABER PASADO BUENA NOCHE, AFEBRIL, NO ANGOR, REFIERE DISNEA DE ESFUERZO. TOLERANDO O2 AMBIENTE, EN PROTOCOLO DICACION PARA REEMPLAZO DE VALVULA MITRAL POR ESTENOSIS E INSUFICIENCIA SEVERA POR PROTESIS BIOLOGICA DE LARGA DURACION, VALORADA EN RONDA DEL DR VILLAMIZAR. SE ESPERA AUTORIZACION POR



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

PARTE DE LA EPS PARA INTERVENCION QX, CIFRAS TENSIONALES Y FRECUENCIA CARDIACA EN METAS, FAMILIARES Y PACIENTE ALTAMENTE INFORMADOS. PACIENTE DEBE CONTINUAR EN SALA COMPLETANDO PROTOCOLO DE CX CARDIOVASCULAR.

PLAN

-ESTÁNCIA EN CARDIOVASCULAR

-ATI

DIETA CARDIOSALUDABLE

-MEDICAMENTOS:

-02 POR VENTURY 50% A NECESIDAD

-ENALAPRIL 5 MG DIA

PENDIENTE ECOCARDIOGRAMA TE

-RESERVAR HEMODERIVADOS

-PENDIENTE HOLTER CARDIACO

-SEGUIMIENTO CIRUGIA CARDIOVASCULAR DR VILLAMIZAR

El médico ANDRES DE LA CRUZ POLO realizo la evolución medica el día 27/141/2016 –

08:42:42 que consta a folio 120-121:

EVOLUCION MÉDICO

PACIENTE FEMENINA DE 16 AÑOS DE EDAD EN SALA CARDIOVASCULAR CON ID DE:

1. ICC CF NYHA

1. POP DE CONNECCION DE CANAL AV

2-DILATACION SEVERA DE LA AURICULA IZQUIERDA

3-DOBLE LESION VALVULAR MITRAL INSUFICIENCIA SEVERA Y ESTENOSIS MODERADA

4- INSUFICIENCIA TRICUSPIDEA LEVE

EXAMEN FISICO: TA 120/69 FC 70 FR 19 SAT DE 02: 98% TOLERANDO OZ AMBIENTE

NORMOCEFALO MUCOSA ORAL HUMEDA CUELLO MOVIL NO ADEPATIAS

CUELLO MOVIL NO ADENOPATIAS. NO IY

7J.0 *HOSVITAL*

CARDIOPULMONAR SOPLO SISTOLICO GRADO 1, PULMONES CLAROS

ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO

EXTREMIDADES EUTROFICAS SIN EDEMA

G/U DIURESIS POSITIVA

SNO SIN DEFICIT APARENTE.

A folió 125 el galeno LINIS HERNANDEZ BULA con fecha 28/11/2016 a las 11:11:07 realizo nota indicando lo siguiente:

PALPACION, GENITALES COMPLETOS, DIURESIS VOLUNTARIA; EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES HIPOTROFICAS, MOVILES, SIN EDEMA NI DEFICIT APARENTE; ACCESO VENOSO EN MIEMBRO SUPERIOR DERECHO MÁS CATETER HEPARINIZADO PARA TRATAMIENTO. TIMBRE DE LLAMADO DE ENFERMERIA A LA MANO+ BARANDAS ELEVADAS POR SU SEGURIDAD.

SEGUIMIENTO POR CARDIOVASCULAR

07:30 SIGNOS VITALES TOMADOS Y ANOTADOS

08:20 PACIENTE TRANQUILA EN SU UNIDAD

EN ESPERA DE ESTUDIO CON ORDEN DE NADA VIA ORAL

09:30 PACIENTE TRANQUILA EN SU UNIDAD

10:10 DEAMBULA POR LA UNIDAD EN COMPANIA DE FAMILIAR



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

10:30 SE TRASLADA PACIENTE EN SILLA DE RUEDA TRANQUILA CONSCIENTE PARA REALIZACION DE ESTUDIO PARA EL SERVICIO DE HEMODINAMIA ACOMPAÑADA DE ENFERMERIA, AUXILIAR CLINICO Y FAMILIAR

EVOLUCION MEDICA:

PACIENTE FEMENINA DE 16 AÑOS DE EDAD EN SALA CARDIOVASCULAR CON ID DE: 1. ICC CF NYHA

1. POP DE CORRECCION DE CANAL AV

2- DILATACION SEVERA DE LA AURICULA IZQUIERDA

3-DOBLE LESION VALVULAR MITRAL INSUFICIENCIA SEVERA Y ESTENOSIS

MODERADA 4- INSUFICIENCIA TRICUSPIDEA LEVE

EXAMEN FISICO: TA :108/06 FC: 77 FR 19 SAT DE 02: 98% TOLERANDO 02

AMBIENTE NORMOCEFALO MUCOSA ORAL HUMEDA CUELLO MOVIL NO

ADEPATIAS

CUELLO MOVIL NO ADENOPATIAS. NO IY

A lo cual la evolución realizada por NADIA CASTRO MANUEL Fecha: 28/11/16 12:32:04 indicó a folio 126:

CARDIOPULMONAR SOPLO SISTOLICO GRADO L. PULMONES CLAROS ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO

EXTREMIDADES EUTROFICAS SIN EDEMA

G/U DIURESIS POSITIVA

SNC SIN DEFICIT APARENTE

ANALISIS: paciente femenina de 16 años de edad con diagnósticos y antecedentes cardiovasculares descritos, estable hemodinamicamente, refiere haber pasado buena noche. Asintomática tolerando 02 ambiente. no angor, se encuentra en protocolo de cx cardiovascular para para reemplazo de válvula mitral por estenosis-insuficiencia severa por prótesis biológica, en espera de autorización por parte de la EPS para intervención qx, con cifras tensionales y frecuencia cardiaca econtroladas, se espera reporte de ecocardiograma t.e, continua igual manejo en sala cardiovascular, familiares y paciente altamente informados sobre plan y conducta a seguir, pronostico sujeto a evolución

PLAN:

-ESTÁNCIA EN CARDIOVASCULAR

-ATI

-DIETA CARDIOSALUDABLE

-MEDICAMENTOS:

-ENALAPRIL 5 MG DIA

-PENDIENTE REPORTE DE ECOCARDIOGRAMA TE

-RESERVAR HEMODERIVADOS

-PENDIENTE HOLTER CARDIACO

-SEGUIMIENTO CIRUGIA CARDIOVASCULAR DR VILLAMIZAR

A folio 131 se observa las anotaciones realizadas el 29/11/2016 a las 13:13:20 realizadas por NADIA CASTRO MANUEL en las que indicó:

ANALISIS: paciente femenina de 18 años de edad con diagnósticos y antecedentes cardiovasculares descritos. estable hemodinamicamente, refiere haber pasado buena noche, tolerando 02 ambiente. sin disnea, sin angor. afebril tolerando vía oral, no edema, diuresis positiva, se encuentra en protocolo de CX CARDIOVASCULAR para para reemplazo de válvula mitral por estenosis-insuficiencia severa, se ordena terapia de rehabilitación cardiaca, a la espera de reporte de EKG HOLTER cardiaco en 24 horas. continua igual manejo en sala general, familiares informados sobre plan y conducta a seguir, pronostico sujeto a evolución.

PLAN:



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

- ESTÁNCIA EN CARDIOVASCULAR
- ATI
- DIETA CARDIOSALUDABLE
- MEDICAMENTOS:
- ENALAPRIL 5 MG DIA
- TERAPIA DE REHABILITACION CARDIOPULMONAR
- RESERVAR HEMODERIVADOS
- PENDIENTE REPORTE DE HOLTER CARDIACO
- SEGUIMIENTO CIRUGIA CARDIOVASCULAR DR VILLAMIZAR

Evolución realizada por: NADIA CASTRO MANUEL-Fecha: 29/11/16 03:45:42

NOTAS ENFERMERIA

07:00 RECIBO PACIENTE FEMENINA MENOR DE EDAD 18 AÑOS DE EDAD. EN UNIDAD EN CAMA MEDICA EN COMPAÑIA DE FAMILIAR, CON DX ICC CF III NYHA + POP DE CORRECCION DE CANAL AV+DILATACION SEVERA DE LA AURICULA IZQUIERDA+ DOBLE LESION VALVULAR MITRAL INSUFICIENCIA SEVERA Y ESTENOSIS MODERADA+ INSUFICIENCIA TRICUSPIDEA LEVE. TOLERANDO OXIGENO AMBIENTE. CONSCIENTE, ORIENTADA TRANQUILA, AL EXAMEN FISICO SE OBSERVA NORMOCEFALO, PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ. CONJUNTIVAS HIPOCROMICAS, MUCOSA ORAL HUMEDA, CUELLO MOVIL, SIN ADENOPATIAS CON IY, TORAX: SIMETRICO, CON HOLTTER CARDIACO 24 HORAS INSTALADO, ABDOMEN: SIMETRICO, BLANDO, DEPRESIBLE, GU: NORMOCONFIGURADO EXTERNAMENTE. DIURESIS POSITIVA, EXTREMIDADES: SIMETRICAS. EUTROFICAS, CON VIA PERFERICA EN MIEMBRO INFERIOR DERECHO CON CATETER HEPARINIZADO PERMEABLE PARA ADMINISTRACION DETTO, NO DIFICULTAD PARA LA MARCHA.

07:20 RONDA POR ENFERMERIA

08:00 CONTROL DE SIGNOS VITALES TOMADOS Y ANOTADOS.

A folio 132 en anotación a cargo de NADIA CASTRO MANUEL 29/11/16 13:16:49 se indicó: EVOLUCION MÉDICO

PACIENTE FEMENINA DE 16 AÑOS DE EDAD EN SALA CARDIOVASCULAR CON ID DE:

1. ICC CF NYHA

1. POP DE CORRECCION DE CANAL AV

2-DILATACION SEVERA DE LA AURICULA IZQUIERDA

3- DOBLE LESION VALVULAR MITRAL INSUFICIENCIA SEVERA Y ESTENOSIS MODERADA

4- INSUFICIENCIA TRICUSPIDEA LEVE

EXAMEN FISICO: TA:97/52 FC: 70LPM FR 18 SAT DE 02: 98% TOLERANDO 02 AMBIENTE

NORMOCEFALO MUCOSA ORAL HUMEDA CUELLO MOVIL NO ADEPATIAS

-CUELLO MOVIL NO ADENOPATIAS. NO IY

CARDIOPULMONAR SOPLO SISTOLICO GRADO I. PULMONES CLAROS

ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO

EXTREMIDADES EUTROFICAS SIN EDEMA

G/U DIURESIS POSITIVA

SNC SIN DEFICIT APARENTE

ANALISIS: paciente femenina de 16 años de edad con diagnósticos y antecedentes cardiovasculares descritos. estable hemodinamicamente, refiere haber pasado buena noche. tolerando 02 ambiente, sin disnea, sin angor. afebril tolerando vía oral, no edema, diuresis positiva, se encuentra en protocolo DE CX CARDIOVASCULAR para para



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

reemplazo de válvula mitral por estenosis insuficiencia severa, se ordena terapia de rehabilitación cardiaca, a la espera de reporte de EKG HOLTER cardiaco en 24 horas, continua igual manejo en sala general, familiares informados sobre plan y conducta.

PLAN:

- ESTÁNCIA EN CARDIOVASCULAR
- ATI
- DIETA CARDIOSALUDABLE
- MEDICAMENTOS:
- ENALAPRIL 5 MG DIA
- TERAPIA DE REHABILITACION CARDIOPULMONAR
- RESERVAR HEMODERIVADOS
- PENDIENTE REPORTE DE HOLTER CARDIACO
- SEGUIMIENTO CIRUGIA CARDIOVASCULAR DR VILLAMIZAR

A folio 133 con fecha de 29/11/2016 13:53:46 el MÉDICO tratante Dr. ELECER VILLAMIZAR DE LA HOZ indico en la evolución realizada que:

EVOLUCION MÉDICO

PACIENTE FEMENINA DE 16 AÑOS DE EDAD EN SALA CARDIOVASCULAR CON ID DE:

1. ICC CF III NYHA
 1. POP DE CORRECCION DE CANAL AV
 - 2- DILATACION SEVERA DE LA AURICULA IZQUIERDA
 - 3-DOBLE LESION VALVULAR MITRAL INSUFICIENCIA SEVERA Y ESTENOSIS MODERADA
 - 4-INSUFICIENCIA TRICUSPIDEA LEVE
- PACIENTE FEMENINA DE 16 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICOS Y ANTECEDENTES CARDIOVASCULARES DESCRITOS, ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, TOLERANDO 02 AMBIENTE, SIN DISNEA, SIN ANGOR, AFEBRIL TOLERANDO VIA ORAL, NO EDEMA, DIURESIS POSITIVA. PACIENTE SE ENCUENTRA EN PROTOCOLO DE CX CARDIOVASCULAR PARA PARA REEMPLAZO DE VALVULA MITRAL POR ESTENOSIS E INSUFICIENCIA SEVERA CON PROTESIS BIOLOGICA DE LARGA DURACION. SE ORDENA TERAPIA DE REHABILITACION CARDIACA, A LA ESPERA DE REPORTE DE EKG HOLTER CARDIACO EN 24 HORAS Y ECOCARDIOGRAMA PACIENTE QUIEN SE ENCUENTRA A LA ESPERA DE AUTORIZACION POR PARTE DE SU EPS PARA REALIZACION DE PROCEDIMIENTO QUIRURGICO, CONTINUA IGUAL MANEJO EN SALA GENERAL. FAMILIARES INFORMADOS SOBRE PLAN Y CONDUCTA A SEGUIR, PRONOSTICO SUJETO A EVOLUCION.

A folio 136-137 con fecha 30/11/2016 14:12:05 hay constancia de:

TERAPIA

Cantidad:1

Descripción: TERAPIA DE REHABILITACION CARDIACA
SUBJETIVO

paciente femenina de 16 años de edad en sala cardiovascular con diagnóstico médico icc cf nyha, pop de corrección de canal av, dilatación severa de la aurícula izquierda, doble lesión valvular mitral insuficiencia severa y estenosis moderada, insuficiencia tricúspide leve que se encuentra en el servicio de hospitalización sin soporte de oxígeno.

OBJETIVO

TA:100/50

FC: 68

FR 20



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

SAT: 98%

CARDIOPULMONAR SOPLO SISTOLICO GRADO L, PULMONES MURMULLO VESICULAR PRESENTE SIN AGREGADOS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NC DOLOROSO LA PALPACION, EXTREMIDADES EUTROFICAS SIN EDEMA.

ANALISIS

SE REALIZA REHABILITACION CARDIACA CON EJERCICIOS RESPIRATORIOS 10 REPETICIONES+ EJERCICIOS DIAGFRACMATICOS 10 REPETICIONES+INCENTIVO RESPIRATORIOS DIVIDIDOS EN 3 SECCIONES DE 10 REPETICIONES LOGRANDO EN LA INSPIRACION 600CC Y ESPIRACION 900CC+ RECOMENDACIONES

TA:100/60

FC: 68

FR 22

SAT: 99%

PLAN

PACIENTE TOLERA EL PROCEDIMIENTO EN COMPAÑIA DE FAMILIAR

TA:100/60

FC: 68

FR 21

SAT: 99%

Realizado Por: 1129518222 YULEIDIS RODELO

A folio 144 -145 se deja anotaciones por NADIA CASTRO MANUEL en la historia clínica las cuales indicaron:

TERAPIAS: Cantidad 1

Descripción: TERAPIA DE REHABILITACION CARDIACA

Fecha y Hora de Aplicación: 01/12/2016 14:13:49

Resultados:

HORA DEL PROCEDIMIENTO 10:30

SUBJETIVO

PACIENTE FEMENINA DE 16 AÑOS DE EDAD EN SALA CARDIOVASCULAR CON DIAGNOSTICO MÉDICO ICC CF III NYHA, POP DE CORRECCION DE CANAL AV, DILATACION SEVERA DE LA AURICULA IZQUIERDA, DOBLE LESION VALVULAR MITRAL, INSUFICIENCIA SEVERA Y ESTENOSIS MODERADA, INSUFICIENCIA TRICUSPIDEA LEVE QUE SE ENCUENTRA EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION SIN SOPORTE DE OXIGENO.

OBJETIVO

TA:100/70

FC: 70 FR 18

SAT :99%

CARDIOPULMONAR SOPLO SISTOLICO GRADO L, PULMONES MURMULLO VESICULAR PRESENTE SIN AGREGADOS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NC DOLOROSO LA PALPACION, EXTREMIDADES EUTROFICAS SIN EDEMA.

ANALISIS

SE REALIZA REHABILITACION CARDIACA CON EJERCICIOS RESPIRATORIOS 10 REPETICIONES EJERCICIOS DIAGFRACMATICOS 10 REPETICIONES + INCENTIVO RESPIRATORIOS DIVIDIDOS EN 3 SECCIONES DE 10 REPETICIONES LOGRANDO EN LA INSPIRACION 600CC Y ESPIRACION 300CC+MARCHA 4 VUELTAS AL CORREDOR DE CARDIOLOGIA+EJERCICIOS DE BOMBEO 10 REPETICIONES POSICION BIPEDA+ RECOMENDACIONES.

TA:100/75 FC: 70

FR 20

SAT: 99%



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

PLAN

PACIENTE TOLERA EL PROCEDIMIENTO EN COMPAÑIA DE FAMILIAR.

TA:100/75

FC: 70

FR 19

SAT: 99%

Realizado Por: 1129518222 YULEIDIS RODELO

A folio 196 del expediente se halla la anotación en fecha 09/12/16 12:36:59 realizada por el Dr. ELIECER VILLAMIZAR DE LA HOZ que indica lo siguiente:

EVOLUCION MÉDICO

EVOLUCION CX CARDIOVASCULAR

1. ICC CF III NYHA

1. POP DE CORRECCION DE CANAL AV

2- DILATACION SEVERA DE LA AURICULA IZQUIERDA

3-DOBLE LESION VALVULAR MITRAL INSUFICIENCIA SEVERA Y ESTENOSIS MODERADA

4- INSUFICIENCIA TRICUSPIDEA LEVE

paciente femenina de 16 años de edad con diagnósticos y antecedentes cardiovasculares descritos, estable hemodinamicamente. cardiovascular, tolerando O2 ambiente. afebril, no datos clínicos de sirs, no edema, diuresis conservada, cifras tensionales y frecuencia cardiaca controlada, quien se encuentra en protocolo de cx cardiovascular para realización de procedimiento quirúrgico, se programa para el día 12-12-16 a las 07:00 horas para realización de cirugía cardiovascular de remplazo de válvula mitral por insuficiencia severa y estenosis moderada con prótesis biológica de larga duración, paciente quien continua igual manejo en sala general, familiares y paciente informados sobre plan y conducta a seguir. pronostico sujeto a evolución.

A lo cual a folio 298 consta el acta de la cirugía realizada a la menor fallecida que consta de la siguiente información:

NOMBRE DE LA CIRUGIA: REEMPLAZO VALVULAR Y CIRUGIA DE AORTA (AORTICO, MITRAL, TR ICUSPIDEA) CON CIRUCULACION EXTRACORPOREA O SIN CIRCULACION EXTRACORPOREA CON TECNICA DE MINIMA INVASIVIDAD.

Cirujano: ELECER VILLAMIZAR DE LA HOZ

Vía: ABDOMINAL

Dx Postoperatorio: I052 ESTENOSIS MITRAL CON INSUFICIENCIA

Tipo de Herida: LIMPIA

Cantidad de Sangrado:0 ml

Tipo de Anestesia: ENDOVENOSA

Tipo de Cirugía: PROGRAMADA

Fecha Inicio 12/12/16 08:00:00

Fecha Final 12/12/16 15:30:00

Tiempo de Perfusión: 227 min.

Tiempo de Clamp: 93 min.

Descripción Quirúrgica:

PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA Y BAJO ANESTESIA GENERAL, SE REALIZA ESTERNOTOMIA MEDIANA SOBRE INCISION ANTERIOR.

ESTERNON DE MUY MAL ASPECTO, FRACTURADO.

EN LA DISECCION FIBRILA, POR LO QUE SE DECIDE REALIZAR CANULACION FEMORAL IZQUIERD, Y ARTERIAL

DERECHA, CON CANULA 21 ARTERIAL ENDOVASCUALR, Y CANULA MULTIFENESTRADA VENOSA. PARA CIRUGIA DE MINIMA INVASIVIDAD, GUIADA



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

POR ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFAGICO, POSICIONADA LAS FENESTRAS EN REGION DE VENA CAVA SUPERIOR E INFERIOR, SIN COMPLICACIONES.
SE INICIA CIRCULACION EXTRACORPOREA, PARA REALIZAR DISECCION, DE ESTRUCTURAS ADHERIDAS, DE VENTRICULO DERECHO, Y AURICULA DERECHA E IZQUIERDA.
SE VISUALIZA AORTA, Y SE REALIZA CLAMP, CARDIOPLEGIA SANGUINEA 4:1 APERTURA DE AURICULA IZQUIERDA.
SE OBSERVA VALVULA MITRAL ESTENOTICA CON ANILLO PEQUEÑO, SE PASAN PUNTOS, ANILLO NUMERO 25 PARA VALVULA ST JUDE, EPIC.
SE CIERRA AURICULOTOMIA IZQUIERDA.
SE DESCLAMPEA, SE DEAIREA CAVIDADES IZQUIERDAS, SALE EN RITMO SINUAL AUNQUE CON BLOQUEOS MBZ 2. SE ASISTE CON MARCAPASO, DROGAS VASOACTIVAS. SALE SIN DIFICULTAD DE BOMBA.
SE REVISAS HEMOSTASIA, SE COLOCA COOSEL (2 TUBOS) PARA CONTROL DE HEMOSTASIA.
SE CIERRA ESTERNON CON TECNICA DE ROOVISEK.
CIERRE SIN COMPLICACIONES.
SE DEJA TUBO DE MEDIASTINO (2) 2 HILOS DE MARCAPASO.
SE TRASLADA PACIENTE A UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.
GRUPO QUIRURGICO:
CIRUJANO PRINCIPAL: DR. ELECER VILLAMIZAR
SEGUNDO CIRUJANO: DR. RENATO ORTIZ
ANESTESIOLOGO CARDIOVASCULAR: DR. JOSE POMARES
INSTRUMENTADORA CARDIOVASCULAR: MILENA SANCHEZ
PERFUSIONISTA: LIND LANCHEROS
Complicaciones: NO

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

ELIECER VILLAMIZAR DE LA HOZ - Esp. CIRUGIA CARDIOVASCULAR

Cantidad: 1

Descripción: REEMPLAZO VALVULAR Y CIRUGIA DE AORTA (AORTICO, MITRAL, TRICUSPIDEA) CON CIRUCULACION EX

Realizado Fecha y Hora de Aplicación: 12/12/2016 17:54:16

Resultados: Cirugía Realizada

Conclusiones: Cirugía Realizada

Realizado Por: 72194046 ELIECER VILLAMIZAR DE LA HOZ

Continuando de folio 210-214, 216 se encuentra realizadas las anotaciones en historia clínica que indican lo siguiente:

NOTAS ENFERMERIA

01.00 RONDA POR ENFERMERIA Y SE OBSERVA PACIENTE DORMIDA TRANQUILA

02.00 CONTINÚA DURMIENDO EN COMPAÑIA DE FAMILIAR

03.00 ELIMINA ESPONTANEO

04.00 RONDA DE ENFERMERIA Y SE OBSERVA DORMIDA EN COMPANIA DE FAMILIAR

05.00 RECIBE BAÑO GENERAL EN DUCHA CON JABON LÍQUIDO PREQUIRURGICO CLOREXIDINA

05.30 CONTROL DE SIGNOS VITALES TOMADOS Y REGISTRADOS

06.00 SE TRASLADA PACIENTE FEMENINA CONCIENTE TRANQUILA ORIENTADA EN SILLA DE RUEDA EN COMPAÑIA DE JEFE DE ENFERMERIA, AUXILIAR CLINICO Y FAMILIAR AL SERVICIO DE CIRUGIA PARA PROCEDIMIENTO PROGRAMADO (REMPALZO VALBULAR), CON VENA CANALIZADA EN MSD CON LINEA DE



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

ESTENCION, LLAVE DE TRES VIAS EQUIPO MACRO MÁS LEV SSN0.9% 500CC CERRADOS.

Nota realizada por: MARINEL MORALES CORONADO Fecha: 12/12/16 06:00:00

Fecha y Hora de Aplicación: 12/12/2016 17:09:41

Resultados:

SE LE TRANSFUNDIÓ 1 UNIDAD DE PLAQUETAS POBRES EN LEUCOCITOS Realizado Por: 55231481 MARIA REGINA HERRERA FERNANDEZ

Fecha y Hora de Aplicación: 12/12/2016 17:09:50

Resultados:

SE LE TRANSFUNDIÓ 1 UNIDAD DE PLAQUETAS POBRES EN LEUCOCITOS Realizado Por: 55231481 MARIA REGINA HERRERA FERNANDEZ

Fecha y Hora de Aplicación: 12/12/2016 17:10:02

Resultados:

SE LE TRANSFUNDIÓ 1 UNIDAD DE PLAQUETAS POBRES EN LEUCOCITOS Realizado Por: 55231481 MARIA REGINA HERRERA FERNANDEZ

Fecha y Hora de Aplicación: 12/12/2016 17:10:15

Resultados:

SE LE TRANSFUNDIÓ 1 UNIDAD DE PLAQUETAS POBRES EN LEUCOCITOS Realizado Por: 55231481 MARIA REGINA HERRERA FERNANDEZ

Fecha y Hora de Aplicación: 12/12/2016 17:10:27

Resultados:

SE LE TRANSFUNDIÓ 1 UNIDAD DE PLAQUETAS POBRES EN LEUCOCITOS Realizado Por: 55231481 MARIA REGINA HERRERA FERNANDEZ

6 PROCESAMIENTO UNIDAD DE CRIOPRECIPITADO

Fecha y Hora de Aplicación: 12/12/2016 17:06:50

Resultados:

SE LE TRANSFUNDIÓ 1 UNIDAD DE CRIOPRECIPITADO

Realizado Por: 55231481 MARIA REGINA HERRERA FERNANDEZ

Fecha y Hora de Aplicación: 12/12/2016 17:07:00

Resultados:

SE LE TRANSFUNDIÓ 1 UNIDAD DE CRIOPRECIPITADO

Realizado Por: 55231481 MARIA REGINA HERRERA FERNANDEZ

Resultados:

SE LE TRANSFUNDIÓ 1 UNIDAD DE CRIOPRECIPITADO Realizado Por: 55231481 MARIA REGINA HERRERA FERNANDEZ

Fecha y Hora de Aplicación: 12/12/2016 17:07:25

Resultados:

SE LE TRANSFUNDIÓ 1 UNIDAD DE CRIOPRECIPITADO Realizado Por: 55231481 MARIA REGINA HERRERA FERNANDEZ

Fecha y Hora de Aplicación: 12/12/2016 17:08:34

Resultados:

SE LE TRANSFUNDIÓ 1 UNIDAD DE CRIOPRECIPITADO

Realizado Por: 55231481 MARIA REGINA HERRERA FERNANDEZ

Fecha y Hora de Aplicación: 12/12/2016 17:08:54

Resultados:

SE LE TRANSFUNDIÓ 1 UNIDAD DE CRIOPRECIPITADO

Realizado Por: 55231481 MARIA REGINA HERRERA FERNANDEZ

PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE GLOBULOS ROJOS O ERITROCITOS LEUCORREDUCIDOS O DESLEUC Realizado Fecha y Hora de Aplicación: 12/12/2016 17:05:44

Resultados:



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

SE LE TRANSFUNDIÓ 1 UNIDAD DE GLÓBULOS ROJOS DESLEUCOCITADOS
Realizado Por: 55231481 MARIA REGINA HERRERA FERNANDEZ

Fecha y Hora de Aplicación: 12/12/2016 17:05:57

Resultados:

SE LE TRANSFUNDIÓ 1 UNIDAD DE GLOBULOS ROJOS DESLEUCOCITADOS
Realizado Por: 55231481 MARIA REGINA HERRERA FERNANDEZ

Fecha y Hora de Aplicación: 12/12/2016 17:06:10

Resultados:

SE LE TRANSFUNDIÓ 1 UNIDAD DE GLÓBULOS ROJOS DESLEUCOCITADOS
Realizado Por: 55231481 MARIA REGINA HERRERA FERNANDEZ

Fecha y Hora de Aplicación: 12/12/2016 17:06:22

SE LE TRANSFUNDIÓ 1 UNIDAD DE GLÓBULOS ROJOS DESLEUCOCITADOS
Realizado Por: 55231481 MARIA REGINA HERRERA FERNANDEZ

PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE PLASMA FRESCO

Fecha y Hora de Aplicación: 12/12/2016 17:11:00

Resultados:

SE LE TRANSFUNDIO 1 UNIDAD DE PLASMA FRESCO

Realizado Por: 55231481 MARIA REGINA HERRERA FERNANDEZ

Fecha y Hora de Aplicación: 12/12/2016 17:11:12

Resultados:

SE LE TRANSFUNDIÓ 1 UNIDAD DE PLASMA FRESCO Realizado por: 55231481 MARIA
REGINA HERRERA FERNANDEZ

Fecha y Hora de Aplicación: 12/12/2016 17:11:21

Resultados:

SE LE TRANSFUNDIÓ 1 UNIDAD DE PLASMA FRESCO Realizado Por: 55231481 MARIA
REGINA HERRERA FERNANDEZ

Fecha y Hora de Aplicación: 12/12/2016 17:11:32

Resultados:

SE LE TRANSFUNDIÓ 1 UNIDAD DE PLASMA FRESCO Realizado Por: 55231481 MARIA
REGINA HERRERA FERNANDEZ

Fecha y Hora de Aplicación: 12/12/2016 17:11:42

Resultados:

SE LE TRANSFUNDIÓ 1 UNIDAD DE PLASMA FRESCO Realizado Por: 55231481 MARIA
REGINA HERRERA FERNANDEZ

Fecha y Hora de Aplicación: 12/12/2016 17:11:52

Resultados:

SE LE TRANSFUNDIÓ 1 UNIDAD DE PLASMA FRESCO

Realizado Por: 55231481 MARIA REGINA HERRERA FERNANDEZ

DESCRIPCIÓN CIRUGÍA

Diagnóstico Preoperatorio: 1052 ESTENOSIS MITRAL CON INSUFICIENCIA

Diagnóstico Postoperatorio: 1052 ESTENOSIS MITRAL CON INSUFICIENCIA

Tipo de Herida: LIMPIA

Realización Acto Quirúrgico: 12/12/2016 Hora Inicio 08:00:00 Hora Final 15:30:00

Tiempo de Perfusión: 227 min. Tiempo de Clamp: 93 min.

Descripción Quirúrgica:

PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA Y BAJO ANESTESIA GENERAL, SE REALIZA
ESTERNOTOMIA MEDIANA SOBRE INCISION ANTERIOR. ESTERNON DE MUY MAL
ASPECTO. FRACTURADO.

EN LA DISECCION FIBRILA, POR LO QUE SE DECIDE REALIZAR CANULACION
FEMORAL IZQUIERD. Y ARTERIAL DERECHA. CON CANULA 21 ARTERIAL
ENDOVASCUALA, Y CANULA MULTIFENESTRADA VENOSA, PARA CIRUGIA DE

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

MINIMA INVASIVIDAD. GUIADA POR ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFAGICO. POSICIONADA LAS FENESTRAS EN REGION DE VENA CAVA SUPERIOR E INFERIOR. SIN COMPLICACIONES.

SE INICIA CIRCULACION EXTRACORPOREA, PARA REALIZAR DISECCION, DE ESTRUCTURAS ADHERIDAS, DE VENTRICULO DERECHO, Y AURICULA DERECHA E IZQUIERDA.

SE VISUALIZA AORTA, Y SE REALIZA CLAMP, CARDIOPLEGIA SANGUINEA 4:1 APERTURA DE AURICULA IZQUIERDA.

SE OBSERVA VALVULA MITRAL ESTENOTICA CON ANILLO PEQUENO. SE PASAN PUNTOS. ANILLO NUMERO 25 PARA VALVULA ST JUDE. EPIC.

SE CIERRA AURICULOTOMIA IZQUIERDA.

SE DESCLAMPEA, SE DEAIRA CAVIDADES IZQUIERDAS, SALE EN RITMO SINUAL, AUNQUE CON BLOQUEOS MBZ 2. SE ASISTE CON MARCAPASO, DROGAS VASOACTIVAS. SALE SIN DIFICULTAD DE BOMBA.

SE REVISAS HEMOSTASIA, SE COLOCA COOSEL (2 TUBOS) PARA CONTROL DE HEMOSTASIA.

SE CIERRA ESTERNON CON TECNICA DE ROOVISEK.

CIERRE SIN COMPLICACIONES.

SE DEJA TUBO DE MEDIASTINO (2) 2 HILOS DE MARCAPASO.

SE TRASLADA PACIENTE A UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.

GRUPO QUIRURGICO:

CIRUJANO PRINCIPAL: DR. ELIECER VILLAMIZAR

SEGUNDO CIRUJANO: DR. RENATO ORTIZ

ANESTESIOLOGO CARDIOVASCULAR: DR. JOSE POMARES INSTRUMENTADORA

CARDIOVASCULAR: MILENA SANCHEZ PERFUSIONISTA: LINO LANCHEROS

Resultados:

PACIENTE FEMENINA DE 16 AÑOS DE EDAD, QUE INGRESA AL SERVICIO DE UCI ADULTO, PROVENIENTE DE LA SALA DE CIRUJIA ACOMPAÑADA DE MÉDICO EN TURNO Y AUXILIAR DE ENFERMERIA, BAJO EFECTOS DE SEDOANALGESIA, INTUBADO CON TUBO OROTRAQUEAL # 8.0 FIJADO EN 22 CMS COMISURA DERECHA, RECIBIENDO OXIGENO POR RESUCITADOR MANUAL CONECTADO A FUENTE DE OXIGENO, SE OBSERVA BUENA EXPANSION TORAXICA, SATURACIONES EN METAS, SE CONECTA A VENTILACION MECANICA EN MODO VOLUMEN CONTROLADO CON LOS SIGUIENTES PARAMETROS VC 430 FR 16, PEEP 5, FI02 50%. CON SIGNOS VITALES FC 82, FR 22, SO2 100%, TA 138/98/109. SE TOMA MUESTRA PARA GASES ARTERIALES. PAFI DE 462

SE CONECTA TUBOS MEDIASTINALES A SUCCION NEGATIVA CONTINUA Y SE TOMA GAS ARTERIALES DE INGRESO. SIGNOS VITALES FC 124, FR 24, SO2 99%, TA 146/101/116.

Conclusiones: POR ORDEN MEDICA SE LE REALIZA TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL CON DRENAJE POSTURAL+ HIGIENE BRONQUIAL A TRAVES DE SONDA DE SUCCION CERRADA EN MODERADA CANTIDAD DE ASPECTO MUCOIDE+ ASPIRACION DE SECRECIONES POR BOCA EN ESCASA CANTIDAD, SE MANTIENE CABECERA A 40 GRADOS.

PARA EL PROCEDIMIENTO SE UTILIZA SONDA NELATON #14, JERINGA DE 10CC, CLORURO DE 100ML, GUANTES ESTERIL #7.5. +1 CIRCUITO DE VENTILACION ADULTO + 1 FILTRO ANTIBACTERIAL ADULTO+ 1 LAINER 1500CC+4 CAUCHO DE SUCCION CULMINA SESION SIN COMPLICACION, QUEDA ESTABLE EN SU UNIDAD, CONTINUA BAJO SEGUIMIENTO INTERDISCIPLINARIO. Realizado Por: 1045709996 KATHERINE CASTELLAR

Fecha y Hora do Aplicación: 12/12/2016 22:18:55



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

Resultados:

PACIENTE FEMENINA DE 16 AÑOS DE EDAD, QUE ES ATENDIDA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL ADULTO, CON DIAGNOSTICO MÉDICO CONOCIDO, SOPORTE VENTILATORIO INVASIVO (TUBO OROTRAQUE AL #8.0) FIJADO A 22 CMS, PRESION DEL NEUMOTAPONADOR DE 28 MMHG, POSICIONADO VISTO EN LA RADIOGRAFIA DE TORAX, CONECTADA A VENTILACION MECANICA EN MODO A/C BAJO PARAMETROS DINAMICOS VC 430 FR 16 PEEP 5, FIO2 50%, SE OBSERVA BUEN PATRON RESPIRATORIO, TORAX SIMETRICO EXPANSIBLE, A LA AUSCULTACION PRESENTA MURMULLO VESICULAR AUDIBLE. CON SIGNOS VITALES DE FC 59, FR 16, SAT 100% TA 126/75/102. SE ACTUALIZA HOJA DE SEGUIMIENTO VENTILATORIO.

POR ORDEN MEDICA SE LE REALIZA TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL CON DRENAJE POSTURAL + HIGIENE BRONQUIAL A TRAVES DE SONDA DE SUCCION CERRADA EN ESCASA CANTIDAD DE ASPECTO MUCOIDE+ ASPIRACION DE SECRECIONES POR BOCA EN ABUNDANTE CANTIDAD. PARA EL PROCEDIMIENTO SE UTILIZA SONDA NELATON #14. JERINGA DE 10CC, CLORURO DE 100ML. GUANTES ESTERIL #7.5 CULMINA SESION SIN COMPLICACION, QUEDA ESTABLE EN SU UNIDAD, CONTINUA BAJO SEGUIMIENTO INTERDISCIPLINARIO.

Realizado Por: 1045698106 PAOLA MERCADO ARRIETA

Así mismo en anotaciones relevantes de la historia clínica a folio 221 encontramos lo siguiente:

EVOLUCION MÉDICO

EVOLUCION UCI DR CARLOS REBOLLEDO-DR RICARDO GAMEZ

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA:

- 1.- POP REEMPLAZO VALVULA MITRAL POR PROTESIS BIOLOGICA (CEC 230 MINUTOS, CLAMP 90 MINUTOS).
- 2.- CARDIOMIOPATIA VALVULAR+ DILATACION AURICULA IZQUIERDA SEVERA.
- 3.- CARDIOPATIA CONGENITA, PLASTIA VALVULAS AURICULOVENTRICULAR A LOS 4 AÑOS DE EDAD POR ANTECEDENTES.

PACIENTE FEMENINA DE 16 AÑOS DE EDAD, (CON CARACTERISTICAS ANTROPOMORFICAS QUE SE MANTIENE POR FUERA DEL LIMITE PARA LA EDAD DE 16 AÑOS) INGRESO A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PROCEDENTE DE QUIROFANOS, LUEGO DE REEMPLAZO DE VALVULA MITRAL SE TRATA DE PACIENTE CON HISTORIA DE CARDIOMIOPATIA CONGENITA A QUIEN SE LE REALIZO PLASTIA DE VALVULAS AURICULO-VENTRICULARES A LOS 4 AÑOS, VENIA CON DATOS DE FALLA CARDIACA DESCOMPENSADA, LUEGO DE ESTUDIOS IMAGENOLOGICOS DECIDEN REEMPLAZO VALVULA MITRAL, ES LLEVADA A CIRUGIA HOY, A SU INGRESO A UCI INTUBADA, BAJO SOPORTE VENTILATORIO Y SOPORTE VASOACTIVO CON CRISTALOIDES BAJO SEDACION, CON PUPILAS REACTIVAS EN 2 mm, FUE TRANSFUNDIDA CON HEMODERIVADOS INTRAOPERATORIAMENTE, SE CONTINUA MANEJO EN UCI; CON CONDICIONES CLINICAS DELICADAS CON ALTO RIESGO DE COMPLICACIONES, LO CUAL SE HA INFORMADO A LOS FAMILIARES.

ACTO QUIRURGICO:

- TIEMPO QUIRURGICO: 8 HORAS.
- CEC 230 MINUTOS, CLAMP 90 MINUTOS.
- LÍQUIDOS ADMINISTRADOS: 1.500CC.
- DIURESIS: 450CC.
- SANGRADO: 1.000CC (POR ENTREGA DE ANESTESIOLOGIA).
- TRANSFUSION DE 4UD GLOBULOS ROJOS DESPLASMATIZADOS, 6UD PLASMA, 6 CONCENTRADOS DE PLAQUETAS, GUD CRIOPRECIPITADOS INTRAOPERATORIO.



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

TA: 124/51 mmHg. PAM 69 mmHg FC: 57 LPM. FR: 16 RPM TEMP: 36°C. Sat O2: 100%
DIURESIS: 300CC/2 HORAS
PLEUROVAC IZQUIERDO: 120 CC/3 HORAS

A folio 209 se halla la anotación del MEDICO INTERNISTA DR CARLOS EDUARDO REBOLLEDO MALDONADO con fecha de 12 de Diciembre de 2016 a las 18:49:43: PACIENTE FEMENINA DE 16 AÑOS, QUE ES ATENDIDA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL ADULTO, CON DIAGNOSTICO MEDICO CONOCIDO, SOPORTE VENTILATORIO INVASIVO (TUBO OROTRAQUEAL #8.0) FIJADO A 22 CMS, PRESION DEL NEUMOTAPONADOR DE 26MMHG, POSICIONADO VISTO EN LA RADIOGRAFIA DE TORAX, CONECTADA A VENTILACION MECANICA EN MODO A/C BAJO PARAMETROS DINAMICOS VC 430 FR 16 PEEP 5, FL02 50%, SE OBSERVA BUEN PATRON RESPIRATORIO, TORAX SIMETRICO EXPANSIBLE, A LA AUSCULTACION PRESENTA MURMULLO VESICULAR AUDIBLE, CON SIGNOS VITALES DE FC 65, FR 16, SAT 100% TA 128/78/100. SE ACTUALIZA HOJA DE SEGUIMIENTO VENTILATORIO. SE TOMAN VARIOS GASES CONTROLES DURANTE LA NOCHE. POR ORDNE MEDIC SE LE REALIZA TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL CON DRENAJE POSTURAL + HIGIENE BRONQUIAL A TRAVES DE SONDA DE SUCCION CERRADA EN ESCASA CANTIDAD DE ASPECTO MUCOIDE+ ASPIRACION DE SECRECIONES POR BOCA EN ABUNDANTE CANTIDAD. PARA EL PROCEDIMIENTO SE UTILIZA SONSA NELTON #14, JERINGA DE 10CC, CLORURO DE 100 ML, GUANTES ESTERIL #7.5 CULMINA SESION SIN COMPLICACION, QUEDA ESTABLE N SU UNIDAD, CONTINUA BAJO SEGUIMIENTO INTERDISCIPLINARIO.

A folio 212 se halla anotado unas NOTAS DE ENFERMERIA realizadas por la auxiliar de enfermería MARIA CARPINTERO VILORIA con fecha 12/12/2016 con hora 19:58:11:

QUEDA EN LA UNIDAD EN SU PRIMER DIA DE POP DE REPLAZO DE VALVULA MITRAL BAJO EFECTO DE ANESTESIA SOMONOLIENTA CON PUPILAS ISOCORICAS REACTIVAS A LA LUZ MUCOSA ORAL HUMEDA CUELLO MOVIL TORAX SIMETRICO POSICION SEMIFLOWER AFEBRIL EN BUEN ESTADO MUSCULO NUTRICIONAL CON PALIDEZ GENERALIZADA CON TUBO OROTRAQUEAL CONECTADA A VENTILACION MECANICA CON PARAMETROS DINAMICOS ESTABLECIDOS FUNCIONANDO MONITOREO ELECTRONICO CONTINUO PARA MEDICION HORARIA FUNCIONANDO CON CATETER CENTRAL EN REGION SUCLAVIOA LADO DERECHO PASANDO SOLUCION HARTMAN 1000 CC A 100 CC/HORA MAS INFUSION CON NITROGLICERINA A 35 CC/HORA POR BOMBA DE INFUSION MAS INTRODUTOR DE MARCAPASO CERRADO PERMEABLE MIEMBROS SUPERIORES COMPLETOS CON VENA PERIFERICA EN MIEMBRO SUPERIOR DERECHO PERMEABLE CON LINEA ARTERIAL EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO FUNCIONANDO VENDAJES EN REGION TORAXICA CUBRIENDO HERID QUIRURGUCA MAS TUBOS MEDIASTINALES A PLEUROBAX OSCILANDO ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE A LA PALPACION GENITALES NORMOCONFIGURADOS CON SONDA VESICAL A DRENAJE LIBRE A CYSTOFLO MIEMBROS INFERIORES COMPLETOS SIN EDEMAS CON ESCALA DE BRADEN DE ALTO RIESGO 12% Y DE MORSE DE ALTO RIESGO 85% QUEDA BAJO CUIDADO MEDICO Y DE ENFERMERIA

A folios 228-229 se halla anotado las terapias realizadas a la menor con fecha 13/12/2016 con hora 11:16:29:
TERAPIAS



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

Cantidad: 4

Descripción: TERAPIA RESPIRATORIA

Fecha y Hora de Aplicación: 13/12/2016 11:16:29

Resultados:

PACIENTE FEMENINA DE 16 AÑOS DE EDAD, QUE ES ATENDIDA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL ADULTO, CON DIAGNOSTICO MÉDICO CONOCIDO, SOPORTE VENTILATORIO INVASIVO (TUBO OROTRAQUEAL #8.0) FIJADO A 22 CMS, PRESION DEL NEUMOTAPONADOR DE 28 MMHG, POSICIONADO VISTO EN LA RADIOGRAFIA DE TORAX, CONECTADA A VENTILACION MECANICA EN MODO A/C BAJO PARAMETROS DINAMICOS VC 430 FR 16 PEEP 5, FIO2 50%, SE OBSERVA BUEN PATRON RESPIRATORIO, TORAX SIMETRICO EXPANSIBLE. A LA AUSCULTACION PRESENTA MURMULLO VESICULAR AUDIBLE. CON SIGNOS VITALES DE FC 59. FR 16. SAT 100% TA 120/75/102. SE ACTUALIZA HOJA DE SEGUIMIENTO VENTILATORIO.

POR ORDEN MEDICA SE LE REALIZA TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL CON DRENAJE POSTURAL + HIGIENE BRONQUIAL A TRAVES DE SONDA DE SUCCION CERRADA EN ESCASA CANTIDAD DE ASPECTO MUCOIDE+ ASPIRACION DE SECRECIONES POR BOCA EN ABUNDANTE CANTIDAD. PARA EL PROCEDIMIENTO SE UTILIZA SONDA NELATON #14, JERINGA DE 10CC, CLORURO DE 100ML, GUANTES ESTERIL #7.5 CULMINA SESION SIN COMPLICACION, QUEDA ESTABLE EN SU UNIDAD, CONTINUA BAJO SEGUIMIENTO INTERDISCIPLINARIO.

Fecha y Hora de Aplicación: 13/12/2016 16:27:41

Resultados:

PACIENTE FEMENINA DE 16 AÑOS DE EDAD, QUE ES ATENDIDA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL ADULTO, CON DIAGNOSTICO MÉDICO CONOCIDO, SOPORTE VENTILATORIO INVASIVO (TUBO OROTRAQUEAL, 28.0) FIJADO A 22 CMS, PRESION DEL NEUMOTAPONADOR DE 28 MMHG, POSICIONADO VISTO EN LA RADIOGRAFIA DE TORAX, CONECTADA A VENTILACION MECANICA EN MODO A/C BAJO PARAMETROS DINAMICOS VC 430 FR 16 PEEP S. FIO2 50%, SE OBSERVA BUEN PATRON RESPIRATORIO, TORAX SIMETRICO EXPANSIBLE, A LA AUSCULTACION PRESENTA MURMULLO VESICULAR AUDIBLE, CON SIGNOS VITALES DE FC 59, FR 16, SAT 100% TA 126/75/102. SE ACTUALIZA HOJA DE SEGUIMIENTO VENTILATORIO.

POR ORDEN MEDICA SE LE REALIZA TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL CON DRENAJE POSTURAL+HIGIENE BRONQUIAL A TRAVES DE SONDA DE SUCCION CERRADA EN ESCASA CANTIDAD DE ASPECTO MUCOIDE+ ASPIRACION DE SECRECIONES POR BOCA EN ABUNDANTE CANTIDAD. PARA EL PROCEDIMIENTO SE UTILIZA SONDA NELATON #14, JERINGA DE 10CC, CLORURO DE 100ML, GUANTES ESTERIL #7.5 CULMINA SESION SIN COMPLICACION, QUEDA ESTABLE EN SU UNIDAD, CONTINUA BAJO SEGUIMIENTO INTERDISCIPLINARIO.

Realizado Por: 44160504 YORLSELY ARTUZ

Fecha y Hora de Aplicación: 13/12/2016 20:32:27

Resultados:

PACIENTE FEMENINA DE 16 AÑOS DE EDAD. QUE ES ATENDIDA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL ADULTO, CON DIAGNOSTICO MÉDICO CONOCIDO, SOPORTE VENTILATORIO INVASIVO (TUBO OROTRAQUEAL #8.0) FIJADO A 22 CMS, PRESION DEL NEUMOTAPONADOR DE 28 MMHG, POSICIONADO VISTO EN LA RADIOGRAFIA DE TORAX, CONECTADA A VENTILACION MECANICA EN MODO A/C BAJO PARAMETROS DINAMICOS VC 400 FR 16 PEEP 5. FIO2 50%. SE OBSERVA BUEN PATRON RESPIRATORIO, TORAX SIMETRICO EXPANSIBLE, A LA



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

AUSCULTACION PRESENTA MURMULLO VESICULAR AUDIBLE, CON SIGNOS VITALES DE FC

64, FR 16, SAT 100% TA 123/47/62. SE ACTUALIZA HOJA DE SEGUIMIENTO VENTILATORIO.

POR ORDEN MEDICA SE LE REALIZA TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL CON DRENAJE POSTURAL+ HIGIENE BRONQUIAL A TRAVES DE SONDA DE SUCCION CERRADA EN ESCASA CANTIDAD DE ASPECTO MUCOIDE + ASPIRACION DE SECRECIONES POR BOCA EN ABUNDANTE CANTIDAD. PARA EL PROCEDIMIENTO SE UTILIZA SONDA NELATON #14, JERINGA DE 10CC, CLORURO DE 100ML, GUANTES ESTERIL #7.5 CULMINA SESION SIN COMPLICACION, QUEDA ESTABLE EN SU UNIDAD, CONTINUA BAJO SEGUIMIENTO INTERDISCIPLINARIO.

Realizado Por: 1044422112 WALTER TRUJILLO BOLIVAR

Fecha y Hora de Aplicación: 14/12/2016 06:53:52

Resultados:

PACIENTE FEMENINA DE 16 AÑOS DE EDAD, QUE ES ATENDIDA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL ADULTO, CON DIAGNOSTICO MÉDICO CONOCIDO, SOPORTE VENTILATORIO INVASIVO (TUBO OROTRAQUEAL, #8.0) FIJADO A 22 CMS, PRESION DEL NEUMOTAPONADOR DE 28 MMHG, POSICIONADO VISTO EN LA RADIOGRAFIA DE TORAX, CONECTADA A VENTILACION MECANICA EN MODO A/C BAJO PARAMETROS DINAMICOS VC 400 FR 16 PEEP 5, FIO2 50%, SE OBSERVA BUEN PATRON RESPIRATORIO, TORAX SIMETRICO EXPANSIBLE, A LA AUSCULTACION PRESENTA MURMULLO VESICULAR AUDIBLE, CON SIGNOS VITALES DE FC 64, FR 16, SAT 100% TA 123/47/62. SE ACTUALIZA HOJA DE SEGUIMIENTO VENTILATORIO.

POR ORDEN MEDICA SE LE REALIZA TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL CON DRENAJE POSTURAL+ HIGIENE BRONQUIAL A TRAVES DE SONDA DE SUCCION CERRADA EN ESCASA CANTIDAD DE ASPECTO MUCOIDE+ ASPIRACION DE SECRECIONES POR BOCA EN ABUNDANTE CANTIDAD.

PARA EL PROCEDIMIENTO SE UTILIZA SONDA NELATON #14, JERINGA DE 10CC, CLORURO DE 100ML, GUANTES ESTERIL #7.5 CULMINA SESION SIN COMPLICACION, QUEDA ESTABLE EN SU UNIDAD, CONTINUA BAJO SEGUIMIENTO INTERDISCIPLINARIO.

Realizado Por: 1044422112 WALTER TRUJILLO BOLIVAR

Y con evolución medica siguiente a folios 230 - 237 contempla la evolución medica fechada a día 13/12/2016 con hora 02:13:42:

EVOLUCION MÉDICO

EVOLUCION MEDICINA CRITICA NOCHE

DR. LEONADRO CAMPO - DR. ARGEMIRO HERNANDEZ

IMPRESION DIAGNOSTICA:

1.- POP REEMPLAZO VALVULA MITRAL POR PB (CEC 230 MINUTOS, CLAMP 90 MINUTOS).

2-CARDIOMIOPATIA VALVULAR+ DILATACION AI SEVERA.

3.- ANTEC: CARDIOPATIA CONGENITA, PLASTIA VALVULAS AV A LOS 4 AÑOS.

PACIENTE FEMENINA DE 16 AÑOS DE EDAD EN SUS PRIMERA HORAS POSTOPERATORIO EN MALAS CONDICIONES GENERALES INESTABLE HEMODINAMICAMENTE, CON CIFRAS TENISONALES AL PRINCIPIO MUY HIPERTENSAS UE REQUIERIO NTG EN ESTOS MOMENTO CON TAM <60, QUE NO MEJORAN AL USO DE CRISTALOIDES SE INDICA PORTAL MOTIVO INICIAR NOREPINEFRINA A DOSIS RESPUESTA EN INFUSION. CON LACTATO DE 12 AL INGRESO Y DE 16 CONTROL AHORA, ADEMÁS DE DELTA DE CO2 > 6. SAT VENOSA:



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

58%, SE DECIDE INICIAR ADEMÁS SOPORTE CON MILRRINONA PARA MEJORAR CONTRACTILIDAD MIENTRAS QUE SE REPONE VOLEMIA-LLAMA LA ANTENCION BLOQUEO AV DE 200 GRAOD MOBITZI SE INDICA COLOCACION DE MARCAPASOS EPICARDICO PARA OPTIMIZAR FRECUENCIAS CARDIACA, CURSA CON DEBITO POR TUBOS DE 100 ML X HORA-LO QUE SUGIERE HIPOVOLEMIA IMPORNTANTE SE INDICA TRANSFUNDIR 2 UNIDADES DE GRE,+6 UNIDADES DE PLASMA-TENIENDO EN CUENTA DURACION EN CIRCULACION EXTRACORPOREA DE 230 MIN EL CONCUMO PLAQUETARIO Y DETERIORO DE LAS MISMÁS AUMENTAN POR LO QUE SE DECIDE TRANSFUNDIR 7 UNIDADES DE PLAQUETAS Y SE ORDENA CORTICOIDE PARA MEJORAR ADHESION Y ADEMÁS GLUCONATO DE CALCIO TENDIENTE EN CUENTA LA POLITRNAFUSION, EN ESTE MOMENTO DEPENDEINTE DE VENTILACION EMCANICA CON BUENOS INDICES DE OXIEGNACION EN ESTOS MOMENTO SIN INDICACION DE DESTETE SE INDICA SEDOANALGESIA.PACIENTE CON DIURESIS DISMINUIDA COMO SIGNO DE HIPOPERFUSION-PACIENTE EN ESTE MOMENTO, CONTINUA EN LA UNIDAD CON ALTO RIESGO DE MORTALIDAD.

O/ SIGNOS VITALES:

"TA: 90/45 mmHg. "TAM: 42 "FC: 45 LPM. "FR: 16 RPM "TEMP: 36.5°C. "Sat O2: 99% LACTATO: 16

PVC: 15

GU: 1,2 CC/KG/HORA (9 HORAS)

DEBITO X TUBO DERECHO: 360 ML-0.5 CC/KG/HORA (9 HORAS)

DEBITP X TUBO IZQUIERDO: 250 ML-0.3 CC /KG/HORA (9 HORAS)

EXAMEN FISICO:

-CCC. CONJUNTIVAS HIPOCROMICAS, MUCOSA ORAL HUMEDA, TOT NORMOFUNCIÓNANTE.

-C/P: HERIDA DE ESTERNOTOMIA CUBIERTA, A LA AUSCULTACION RSCRS, PULMONES CON BUENA ENTRADA DE AIRE, SIN AGREGADOS.

-ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE. NO DOLOROSO A LA PALPACION.

-EXTREMIDADES: EUTROFICO, NO EDEMA, BUENA PERFUSION DISTAL - NEUROLOGICO: RASS-5

PARACLINICOS:

GLICEMIA: 127, BUN-16, CREA: 1,24

K: 3.57, NA: 150. CL: 102

LEUCOS: 22.16, HG: 9.1 HTO: 27.2 PLT: 71,000

PARACLINICOS:

PACIENTE FEMENINA DE 16 AÑOS EN SU POP COMPLICADO EN MALAS CONDICIONES GENERALES, EN ESTE MOMENTO CON SIGNOS DE CHOQUE CALROS-SE INDICA REANIMACION HIDRICO Y APOYO INOVASOPRESOR-CON PARACLINICOS QUE MUESTRAN MAL CONTROL METABOLICO, CON FUNCION RENAL CONSERVADA, AHORA SIN TRASNTORNOS HIDRICOELECTROLITICOS, CON DATOS PARACLINICOS DE SIRS, EN EL MOMENTO CON HG Y HTO EN METAS PARACLINICAS PERO CON CLINICA DE SANGRADO Y ANEMIA AGUDA SE INDICA REPONER 2 UNIDADES DE GRE TROMBOCITOPENIA X CEC PROBABLEMNTSE SE REPONEN PLAQUETAS.

PLAN:

SUSPENDER NTG

INFUSION DE NOREPONEFRINA A DR INSUFION DE MILRRINONE A DR

ACIDO TRANEXAMICO 1 G IV AHORA

HIDROCORTISONA 200 MG IV AHORA

GLUCONATO DE CALCIO 1 G IV CADA 8 HORAS

TRANSFUNDIR 2 UNIDADES DE GRE

TRANSFUNDIR 6 UNIDADES DE PLASMA



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

TRANSFUNDIR 7 UNIDADES DE PLAQUETAS

Evolución realizada por: LEONARDO CAMPO-Fecha: 13/12/16 02:13:45

NOTAS ENFERMERIA

12/12/2016

07:00 INGRESA A SALA DE CIRUGIA NS FEMENINA MENOR DE 16 AÑOS DE EDAD EN CAMILLA EN COMPAÑIA DE AUXILIAR DE ENFERMERIA DESPIERTA TRANQUILA CONSCIENTE PALIDEZ GENERALIZADA MUCOSA ORAL HUMEDA CUELLO MOVIL TORAX SIMETRICO BUEN PATRON RESPIRATORIO VIA PERIFERICA EN MIEMBRO SUPERIOR DERECHO LEV PERMEABLES SSN 0.9% 500CC ABDOMEN BLANDO A LA PALPACION GENITALES Y MIEMBROS INFERIORES NORMALES. SE INSTALA EN MESA QUIRURGICA Y SE MONITORIZA.

07:05 SE ADMINISTRA VANCOMICINA 1GR+MEROPONEM 1GR PARA PROFILAXIS POR ORDEN MEDICA.

SE REALIZA ASEPSIA Y ANTISEPSIA EN MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO CON CLORHEXIDINA JABON Y SOLUCION.

07:10 PROCEDE EL ANESTESIOLOGO DR JOSE POMARES A TOMAR LINEA ARTERIAL RADIAL UTILIZANDO LEDERCATH E INSTALA SSN 0.9% 500CC

HERARINIZADA

07:30 INICIA INDUCCION DE ANESTESIA POR EL DR POMARES QUIEN UTILIZA SEVORANE POR MÁSCARA INHALATORIA Y ADMINISTRAS ANESTSESICOS IV ETOMITADO FENTANILO + MIDAZOLAM + VECURONIO COLOCA TUBO ENDOTRAQUEAL 8.0 C/B Y FIJA A VENTILADOR DE MAQUINADE ANESTESIA SE REALIZA ASEPSIA Y ANTISEPSIA EN CUELLO CON CLORHEXIDINA JABON Y SOLUCION

07.45 PROCEDE EL DR POMARES A COLOCAR INTRODUTOR SWANG 8.5FR+ CATETER VENOSO CENTRAL TRILUMEN YUGULAR DERECHO Y FUA A

PIEL CON SEDA

SE REALIZA ASEPSIA Y ANTISEPSIA EN GENITALES CON CLORHEXIDINA JABON Y SOLUCION

SE COLOCA SONDA VESICAL FOLEY N16 A LIBRE DRENAJE CONECTADA A CYSTOFLO

SE COLOCA PLACA DE ELECTRO

SE REALIZA ASEPSIA Y ANTISEPSIA EN TORAX ABDOMEN MIEMBROS INFERIORES CON CLORHEXIDINA JABON Y SOLUCION

SE VISTE CON CAMPOS QUIRURGICOS ESTERILES POR INSTRUMENTADORA MILENA SANCHEZ

08:20 INICIA INFUSION DE REMIFENTANILO 4MG EN SSN 0.9% 250CC POR BOMBA DE INFUSION+ NOREPINEFRINA SMG EN SSN 0.9% 250CC

POR BOMBA DE INFUSION+ NITROGLICERINA 10 ML. EN SSN 0.9% 250CC POR BOMBA DE INFUSION

08:30 INICIA PROCEDIMIENTO QUIRURGICO DE REEMPLA VALVULAR Y AORTA POR EL DR ELIECER VILLAMIZAR CON AYUDA DEL DR RENATO QUIEN PROCEDE A REALIZAR ESTERNOTOMIA MEDIANA

REALIZA INCISION EN REGION FEMORAL DERECHA E IZQUIERDA

09:05 SE INICIA INFUSION DE MILRINONA 10ML EN SSN 0.9% 100CC POR BOMNA DE INFUSION

09:10 SE REALIZA GASES ARTERIALES ACT 139 GLUCOMETRIA 93

09:40 USO DE ECOGRAFO POR EL DR POMARES



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

10:10 SIGNOS VITALES T/A 102/59 FC 100XMIN SPO 100%
10:14 SE ADMININTRA 21.000 UNIDADES DE HEPARINA POR EL DR POMARES
10:20 SE REALIZA GASES ARTERIALES ACT 1310 GLUCOMETRIA 149
10:55 SIGNOS VITALES T/A 86/53 FC 101XMIN SPO 100% TEMP 36.5°C
11:10 DR POMARES ADMININTRA METROPOROL IV IDULIDO Y LENTO
11:16 INICIA CIRCULACION EXTRA CORPOREA POR PERFUSIONISTA LINO LANCHEROS
11:20 SE DESFRIBILA A 20 Y 50 JOULES
11.30 SE DESOCUPA CYSTOFLO CON 75CC DE ORINA CLARA
11:33 SE ADMININTRA 2AMPOLLAS DE AMIODANORA EN BOMBA
11:55 SE REALIZ ACT GASES ARTERIALES Y GLUCOMETRIA 195
12:05 SE ADMINISTRAN 4 UNIDADES DE GLOBULOS ROJOS EN BOMBA
12:30 SE CONTINUA CON INFUSIONES DE NOREPINEFRINA 8MG+ REMIFENTANILO 2MG EN SSN 0.9% 250CC POR BOMBA DE INFUSION 12:34 SE TOMA MUESTRA Y SE PREPARA PARA ENVIO DE ESTUDIO DE PATOLOGIA
13:19 SE CAMPLEA
13:40 EN BOMBA
13:55 COLOCACION DE VALVULA JUDE N25MM
14:20 SE CONTINUA PROCEDIMIENTO QUIRURGICO
14:52 SE DESCAMPLEA
15:00 DRPOMARES INICIA INFUSION DE ADRENALINA 8ML EN SSN 0.9% 250CC POR BOMBA DE INFUSION
15:04 FIN DE CIRCULACION EXTRA CORPOREA SIN COMPLICACION
15:07 SE DESOCUPA CYSTOFLO CON 290CC DE ORINA CLARA
15:10 SE CONTINUA PROCEDIMIENTO EN REGION FEMORAL DERECHA E IZQUIERDA
15:25 DR POMARES ADMINISTRA 6 AMPOLLAS DE PROTAMINA IV DILUIDO Y LENTO
15:30 SIGNOS VITALES T/A 97/56 FC 65XMIN SPO 100% TEM 36.5°C
15:36 INICIA UNIDAD DE PLAQUETAS
15:38 SEGUNDA UNIDAD DE PLAQUETAS 15:40 TERCERA UNIDAD DE PLAQUETAS
15:42 CUARTA UNIDAD DE PLAQUETAS 15:44 QUINTA UNIDAD DE PLAQUETAS 15:46 SEXTA UNIDAD DE PLAQUETAS
15:47 INICIA UNIDAD DE CRIOS
15:50 COLOCACION DE TUBOS DE MEDIASTINO Y PLEURAL
15:49 SEGUNDA UNIDAD DE CRIOS
15:51 TERCERA UNIDAD DE CRIOS 15:53 CUARTA UNIDAD DE CRIOS 15:55 QUINTA UNIDAD DE CRIOS 15:57 SEXTA UNIDAD DE CRIOS 16:10 INICIA UNIDAD DE PLASMA
16:13 SEGUNDA UNIDAD DE PLASMA 16:16 TERCERA UNIDAD DE PLASMA 16:19 CUARTA UNIDAD DE PLASMA 16:22 QUINTA UNIDAD DE PLASMA
16:25 SEXTA UNIDAD DE PLASMA
SE VERIFICA HEMOSTASIA CONTEO DE COMPRESAS E INSTRUMENTAL COMPLETO
CIERRE DE ESTERNON HASTA PIEL
16:26 SE REALIZA ACT GLUCOMETRIA
16:30 TERMINA PROCEDIMIENTO QUIRURGICO POR EL DR VILLAMIZAR SIN COMPLICACIONES PACIENTE TOLERA ACTO QUIRURGICO SE LIMPIA HERIDA QUIRURGICA Y SE CUBRE CON APOSITO ESTERIL
SE INSTALA EN CAMA DE TRASLADO
17:00 SE TRASLADA A UCI ADULTO FEMENINDA MENOR DE EDAD EN CAMILLA CONECTADA A MONITOR DE SIGNOS VITALES EN CAMILLA EN COMPAÑIA DE AUXILIAR DEENFERMERIA Y ANESTESIOLOGO DR POMARES PALIDEZ GENERALIZADA MUCOSA ORAL HUMEDA CUELLO MOVIL CON



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

INTRODUCTOR+CATETER CENTRAL LEV PERMEABLES SSN 0.9% 500CC + INFUSION DE NITROGLICERINA 10ML EN SSN 0.9% 250CC POR BOMBA DE INFUSION CON TUBO ENDOTRAQUEAL CONECTADO A AMBU CON OXIGENO POR BALA PORTATIL HERIDA QUIRURGICA EN ESTERNON CUBIERTA CON APOSITO ESTERIL CON DOS HILOS DE MARCAPASOS TUBOS DE MEDIASTINO Y PLEURA CONECTADOS A PLEUROVAC LINEA ARTERIAL EN MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO CONECTADA A SSN 0.9% 500CC HEPARINIZADA ABDOMEN BLANDO A LA PALPACION HERIDAS QUIRURGICA EN REGION FEMORAL DERECHA E IZQUIERDA CUBIERTA CON APOSITOS + FIXOMULL SONDA VESICAL A LIBRE DRENAJE CONECTADA A CYSTOFLO GENITALES Y MIEMBROS INFERIORES NORMALES HC COMPLETA (SE ENTREGA SOLAPAS DE LEDERCHAT CATETER CENTRAL E INTRODUCTOR, REPORTE DE ECOCARDIOGRAFO OSADO EN CIRUGIA).

Nota realizada por: NOHEMY BRITO RODRIGUEZ Fecha: 13/12/16 02:30:29

NOTAS ENFERMERIA

12/Diciembre/2016 NOTA DE INGRESO a uci adulto cardiovascular

17:15, ingresa paciente al servicio de cuidados intensivos plena cardiovascular de esta institución, en su post operatorio inmediato, en camilla clínica con barandas elevadas, en compañía de jefe de turno, Aux enfermería, y anestesiólogo de turno ya ux clínico, en muy malas condiciones clínicas, bajo efectos de sedoanalgesia escala de rass-5 sin ninguna respuesta a estímulos extremos, al examen físico se observa con pupilas isocóricas reactivas a la luz, mucosas húmedas, tubo endotraqueal permeable con soporte de oxígeno por ambu conectado a bala de oxígeno manejado por anestesiólogo de turno, cuello móvil con introductor para marcapaso transitorio en yugular derecho permeable fijado con puntos de sutura cubierto con apósitos estériles y secos sellado, cateter venoso central trilumen en subclavia derecha permeable fijado con puntos de sutura cubierto con apósitos estériles pasando infusión de nitroglicerina 50mg +250cc de ssn 0.9% a 70cc/hr en bomba de infusión, tórax con herida quirúrgica por estereotomía cubierta con apósitos estériles y secos, más hilo de marcapaso epicardio no funcionando cubierto, tubo de drenaje mediastinal conectado a pleurovac con débito de aproximadamente 90cc, v tubo a tórax lado izquierdo conectado a pleurovac con débito de aproximadamente 50cc, abdomen blando a la palpación, vía periférica en miembro superior derecho permeable con tapón venoso, línea arterial o braquial izquierdo funcionando conectado a monitor, genitales externos normales eliminando por sonda vesical conectada a cystoflo a drenaje libre, extremidades inferiores presentes con herida ax por zafenectomía bilateral (derecha e izquierda) cubiertas ambas con apósitos estériles y secos más vendaje compresivo, resto de piel íntegra, se instala en la unidad y se continúa monitoreo hemodinámico de signos vitales, lo recibe médico de turno quien da indicaciones que se cumplen de inmediato, se conecta a ventilador mecánico con parámetros dinámicos establecidos por médico, se conectan tubos de drenaje a succión continua por terapeuta de turno.

Se toma de inmediato muestra de sangre para exámenes médicos ordenados y se llevan a laboratorio en espera de resultado, se administra morfina 3mg iv staff por indicación médica, se toma ekg de ingreso se reporta a médico y queda soporte en historia clínica, se toma muestra de sangre por terapeuta de turno para gases arteriales y se llevan a laboratorio en espera de resultados.

NOTA ACLARATORIA (está nota corresponde a el ingreso a cuidados intensivos cardiovascular en su post operatorio)

Nota realizada por: EDUAR RAFAEL SARMIENTO AVILA Fecha: 13/12/16 00:00:00

NOTAS ENFERMERIA

19:00 HRS PACIENTE EN LA UNIDAD EN CAMILLA EN DELICADO ESTADO DE SALUD, CON PALIDEZ FACIAL, PUPILAS ISOCORICAS REACTIVAS A LA LUZ, MUCOSAS



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

HUMEDAS, CON SOPORTE VENTILATORIO POR TUBO OROTRAQUEL CONECTADO A VENTILADOR MECANICO BAJO PARAMETROS ESTABLECIDOS, CUELLO MOVIL, CON INTRODUTOR EN REGION YUGULAR CERRADO, MÁS CATETER VENOSO CENTRAL TRILUMEN EN REGION SUBCLAVIA DERECHA PASANDO INFUSION DE NITROGLICERINA TO MG, MÁS 250 CC DE SOLUCION SALINA 0,9% A 35 CC HORA, SOLUCION HARTMAN 1000 CC A 100 CC HORA, POR BOMBA DE INFUSION, EXTREMIDADES SUPERIORES COMPLETAS MÁS LINEA ARGTERIAL EN REGION BRAQUIAL IZQUIERDA INVASIVA FUNCIONAL. Y VIA PERIFERICA EN ANTEBRAZO DERECHO CON ATI, TORAX CON HERIDA QUIRURGICA MÁS CABLE EPICLARDICO CUBIERTO CON APOSITOS ESTERILES MÁS TUBOS MEDIASTINALES CONECTADOS A PLEUEOVAC CON SUCCION CONTINUA. ABDOMEN BLANDO AL TACTO, CON HERIDA QUIRURGICA EN REGION HINGUINAL VILATERAL CUBIERTA CON APOSITOS, ELIMINANDO POR SONDA VESICAL A LIBRE DRENAJE COMECTADA A BOLSA RECOLECTORA, EXTREMIDADES INFERIORES EN ASIMETRIA PIEL INTEGRAL, SE HACE VALORACION DE ESCALA DE BRADEN Y DE MORSE Y SE IMPLEMENTAN MEDIDAS PREVENTIVAS.

19:30 HRS SE LE TOMA MUESTRA DE SANGRE PARA EXAMENES DE LABORATORIO MÁS GACES ARTERIALES Y VENOSOS. 20:00 HRS CONTROL VITALES Y DIURESIS ANOTADOS, SE LE ADMINISTRA TRATAMIENTO DIPIRONA 1 GR IV DILUIDO, SE LE INSTALA PVC INVASIVA.

21:00 HRS CONTROL VITALES Y DIURESIS ANOTADOS. POR ORDEN MEDICA SE LE INICIA INFUSION DE MIDAZOLAM 150 MG. MÁS 250 CC DE SOLUCION SALINA 0.9% A 5 CC HORA MÁS INFUSION DE FENTANILO 2 MG, MÁS 250 CC DE SOLUCION SALINA 0,9% A 10 CC HORA POR BOMBA DE INFUSION.

22:00 HRS CONTROL VITALES Y DIURESIS ANOTADOS. SE OBSERVA NORMOTENSA SE LE CIERRA LA INFUSION DE NITROGLICERINA, SE LE ADMINISTRA TRATAMIENTO CEFAZOLINA 1 GR, TRAMADOL 50 MG, GLUCONATO DECALCIO 1 GR, HIDROCORTIZONA 200 MG, ACIDO TRANEXAMICO 1 GR TODOS IV DILUIDOS, SE LE TOMA MUESTRA DE SANGRE PARA GACES ARTERIALES Y VENOSOS.

22:40 HRS SE OBSERVA CON TENSIONES ARTERIALES TENDIENTES A LA HIPOTENSION POR ORDEN MEDICA SE LE ADMINISTRA 500 CC DE SOLUCION HARTMAN IV A CHORRO, SE LE REATIRA VIA PERIFERICA DE ANTEBRAZO DERECHO.

23:00 HRS CONTROL VITALES Y DIURESIS ANOTADOS, SE LE ATRANSFUNDE UNA UNIDAD DE GLOBULOS ROJOS MÁS DOS UNIDAES DE PLAQUETAS SIN COMPLICACIONES, MÉDICO LE ISTALA MARCAPASOS TRANSITORIO.

23:30 HRS PACIENTE HIPOTENSA POR ORDEN MEDICA SE LE INICIA INFUION DE NOREPINEFRINA 8 MG MÁS 250 CC DE SOLUCION SALINA 0,9% A D/R.

00:00 HRS CONTROL VITALES Y DIURESIS ANOTADOS, POR ORDEN MEDICA SE LE TRANSFUNDEN 4 UNIDADES DE PLASMA SIN COMPLICACIONES.

01:00 HRS CONTROL VITALES Y DIURESIS ANOTADOS. SE LE AUMENTA A 30 CC EL GOTEIO A LA INFUSION DE NOREPINEFRINA, SE LE REALIZA GLUCOMETRIA REPORTE 115 MG/DL.

02:00 HRS CONTROL VITALES Y DIURESIS ANOTADOS. SE LE AUMENTA A 40 CC EL GOTEIO A LA INFUSION DE NOREPINEFRINA, Y SE LE INICIA INFUSION DE MILRINONA 20 MG, MÁS 100 CC DE SOLUCIONSALINA 0,9% A 4,4 CC HORA POR BOMBA DE INFUSION.

03:00 HRS CONTROL VITALES Y DIURESIS ANOTADOS, POR ORDEN MEDICA SE LE TRANSFUNDE UNA UNIDAD DE GLOBULOS ROJOS SIN COMPLICACIONES.

-POR ORDEN MEDICA SE LE ADMINISTRA UN BOLO DE 500 CC DE SOLUCION HARTMAN IV.



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

04:00 HRS CONTROL VITALES Y DIURESIS ANOTADOS, POR ORDEN MEDICA SE LE TRANSFUNDE 4 UNIDADES DE PLAQUETAS, SE LE ADMINISTRA TRATAMIENTO DIPIRONA 1 GR, TRAMADOL 50 MG. IV DILUIDOS. TECNICO LE TOMA RX DE TORAX.

-SE LE TOMA MUESTRA DE SANGRE PARA EXAMENES DE LABORATORIO ORDENADOS.

05:00 HRS CONTROL VITALES Y DIURESIS ANOTADOS, RECIBE BANC GENERAL EN CAMA MÁS CAMBIO DE SABANAS, HIGIENE ORAL LUBRICACION DE PIEL. JEFE LE REALIZA CURACIONES DE HERIDAS QUIRURGICAS MÁS CATETERY INTRODUTOR.

06:00 HRS CONTROL VITALES Y DIURESIS ANOTADOS, SE LE ADMINISTRA TRATAMIENTO OMEPRAZOL 40 MG, CEFAZOLINA 1 GR. GLUCONATO DE CALCIO 1 GR TODOS IV DILUIDOS.

07:00 HRS CONTROL VITALES Y DIURESIS ANOTADOS, QUEDA PACIENTE EN LA UNIDAD EN CAMILLA EN DELICADO ESTADO DE SALUD. CON PALIDEZ FACIAL, PUPILAS ISOCORICAS REACTIVAS A LA LUZ, MUCOSAS HUMEDAS, CON SOPORTE VENTILATORIO POR TUBO OROTRAQUEL CONECTADO A VENTILADOR MECANICO BAJO PARAMETROS ESTABLECIDOS, CUELLO MOVIL, CON INTRODUTOR EN REGION YUGULAR CERRADO. MÁS CATETER VENOSO CENTRAL TRILUMEN EN REGION SUBCLAVIA DERECHA PASANDO INFUSION DE NOREPINEFRINA 8 MG, MÁS 250 CC DE SOLUCION SALINA 0,9% A 40 CC HORA, INFUSION DE MIDAZOLAM 150 MG, MÁS 250 CC DE SOLUCION SALINA 0,9% A 5 CC HORA, INFUSION DE FENTANILO 2 MG, MÁS 250 CC DE SOLUCION SALINA 0,9% A 10 CC HORA, INFUSION DE MILRINONA 20 MG, MÁS 100 CC DE SOLUCION SALINA 0.9% A 4.4 CC HORA, SOLUCION HARTMAN 1000 CC A 100 CC HORA, TODOS POR BOMBA DE INFUSION, MÁS PVC INVACIVA FUNCIONAL, EXTREMIDADES SUPERIORES COMPLETAS MÁS LINEA ARTERIAL EN BRAQUIAL IZQUIERDA INVASIVA FUNCIONAL. TORAX CON HERIDA QUIRURGICA MÁS CABLE EPICLARDICO CONECTADO A MARCAPASOS TRANSITORIO Y CUBIERTO CON APOSITOS ESTERILES MÁS TUBOS MEDIASTINALES CONECTADOS A PLEUEOVAC CON SUCCION CONTINUA, ABDOMEN BLANDO AL TACTO, CON HERIDA QUIRURGICA EN REGION HINGUINAL VILATERAL CUBIERTA CON APOSITOS, ELIMINANDO POR SONDA VESICAL A LIBRE DRENAJE COMECTADA A BOLSA RECOLECTORA, EXTREMIDADES INFERIORES EN ASIMETRIA PIEL INTEGRAL, BAJO TRATAMIENTO MÉDICO Y CUIDADOS DE ENFERMERIA.

Nota realizada por: LUZ ESTELLA MESTRA MIRANDA Fecha: 13/12/16 07:00:00

Continuamente a folios 241-242 hay constancia de evolución medica correspondiente al turno de la mañana del día 13/12/2016 en la cual consta:

EVOLUCION MÉDICO

IMPRESION DIAGNOSTICO:

- 1.- CHOQUE MIXTO HIPOVOLEMICO-CARDIOGENICO EN MANEJO
- 2-POP REEMPLAZO VALVULA MITRAL POR PB (CEC 230 MINUTOS, CLAMP 90 MINUTOS).
- 3.- CARDIOMIOPATIA VALVULAR+ DILATACION AI SEVERA
- 4.- SINDROME ANEMICO SECUNDARIO A 1 Y 2
- 5.- TROMBOCITOPENIA EN MANEJO
- 6-CARDIOPATIA CONGENITA, PLASTIA VALVULAS AV A LOS 4 AÑOS.

PACIENTE FEMENINA DE 16 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTES Y DIAGNOSTICOS PREVIAMENTE ANOTADOS, QUIEN SE ENCUENTRA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTO EN SU PRIMER DIA DE ESTÁNCIA, EN MALAS CONDICIONES GENERALES, EN EL MOMENTO AFEBRIL. CON PROTOCOLO DE



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

SEDOANALGESIA. BAJO SEDOANALGESIA MIDAZOLAM- FENTANILO RASS-4, HEMODINAMICAMENTE INESTABLE CON CIFRAS TENSIONALES DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALES, DADO A REQUERIMIENTO DE SOPORTE VASOPRESOR TIPO NOREPINEFRINA A DOSIS DE 0,2MCG/KG/MIN, MILRRINONA 0.2MCG/KG/MIN, CON EVIDENCIA DE ELECTRODOS EPICARDICOS, EN EL MOMENTO EVIDENCIANDO RITMO DE MARCAPASO NORMOCAPTANTE. BAJO VENTILACION MECANICA ASISITIDA, ACOPLADA, SIN DESATURACIONES PERIFERICAS. METABOLICAMENTE COMPENSADA, CON PRESENCIA DE SONDA VESICAL, DIURESIS+, CON PRESENCIA DE SONDA VESICAL.

EXAMEN FISICO:

-CCC: NORMOCEFALA, CONJUNTIVAS HIPOCROMICAS, PUPILAS NORNMOREACTIVAS A LA LUZ, NERINAS PERMEABLES, MUCOSA ORAL HUMEDA, CON PRESENCIA DE TUBO ENDOTRAQUEAL, CUELLO SIN TUMORACIONES, SE MOVILIZA SIN LIMITACION.

-TORAX: SIMETRICO, EXPANSIBLE, CON MECANICA RESPIRATORIA ADECUADA, CON ARM DINAMICA LOS RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, PULMONES BIEN VENTILADOS EN AMBOS CAMPLOS PULMONARES, CON PRESNECIA DE TUBOS MEDIASTINALES DERECHO 280 CC IZQUIERDO: 305 CC EN 14 HORAS.

- ABDOMEN: PLANO. PERISTALSIS+, BLANDO DEPRESIBLE.

-GENITOURINARIO: GENITALES FEMENINOS FENOTIPICAMENTE, DIURESIS POSITIVA CLARA A CISTFLO.

-EXTREMIDADES: SIN EDEMÁS.

-SNC: BAJO SEDOANALGESIA MIDAZOLAM-FENTANILO RASS-4

- PARACLINICOS:

-HEMOGRAMA: HB: 7,40GR/DL-HTO:22,9%- PLAQ: 62,000 LEUCO: 15,800-NEU: 94%

-FUNCION RENAL: CRE: 1,16MG/DL-BUN: 15,5MG/DL-UREA:33,2

-ELECTROLITOS SERICOS: POTASIO: 4.01 mmol/L-SODIO: 151 mmol/L - CLORO: 108mmV/L

-GLUCEMIA: 116 mg/dl

-TIEMPOS DE COAGULACION: TP: 15/ 10.7-TPT: 43/26.7

PACIENTE CON PARACLINICOS DEL DIA DE HOY EN EL CUAL SE EVIDENCIAN HEMOGRAMA CON LINEA ROJA CON ANEMIA NORMOCITICA NORMOCROMICA, PLAQUETOPENIA MODERADA, CON LEUCOCITOSIS Y NEUTROFILIA LEVE, ELECTROLITOS SERCIOS CON HIPERNATREMIA LEVE. RESTOS DENTRO DE LA NORMALIDAD, GLUCEMIA CENTRAL NORMAL, TIEMPOS DE COAGULACION CON TPT LIGERAMENTE PROLONGADO CON EVIDENICA DE SANGRADO ACTIVO POR TUBOS MEDIASTINALES, FUNCION RENAL CONSERVADA.

EN RONDA MEDICA DEL DIA DE HOY CON ESPECIALISTA EN TURNO SE DECIDE COLOCACION DE CORTICOIDE, CONTINURA CON DESTETE DE VASOPRESOR A TOLERANCIA, LEV 0,45%, TRANSFUNDIR HEMODERIVADOS, Y CONTINUAR CON IGUAL MENEJO MÉDICO INSTAURADO. PACIENTE DEBE PERMANECER EN LA UNIDAD BAJO SEGUIMIENTO POR MEDICINA CRITICA-CX CARDIOVASCULAR, VIGILAR DEBITO DE TUBOS MEDIASTINALES. MANEJO MÉDICO INSTAURADO. VIGILANCIA Y MONITORIZACION CARDIOHEMODINAMICA ESTRICTA, PRONOSTICO RESERVADO, FAMILIARES AMPLIAMENTE INFORMADOS DE LAS CONDICIONES CLINICAS DEL PACIENTE.

Evolución realizada por: ABDEL FELIPE PEREZ NAVARRO

-Fecha: 13/12/16 14:15:21

A folio 245 encontramos notas de enfermería realizadas por la enfermera YELIS YOHANA AVILA TABORDA a fecha 13/12/2016 19:58:41, donde cabe destacar el mal estado en el que queda la paciente pos operación:



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

NOTAS ENFERMERIA

07:00 RECIBO PCTE FEMENINA MENOR DE EDAD EN SU UNIDAD EN MALAS CONDICIONES GENERALES DE SALUD, CABECERA 35°, EN POSICION SEMIFOWLER CON RESTRICION DE MOVILIDAD POR INESTABILIDAD HEMODINAMICA, CON RASS DE-4, AL EXAMEN FISICO SE OBSERVA NORMOCEFALO, AFEBRIL, CON EDEMA GENERALIZADO, PUPILAS ISOCORICAS REACTIVAS A LA LUZ, MUCOSA ORAL HUMEDA CON TUBO OROTRAQUEAL CONECTADA A VENTILACION MECANICA CON PARAMETROS DINAMICOS ESTABLECIDOS, CUELLO MOVIL, CATETER CENTRAL EN YUGULAR DERECHO CON LUMENES PERMEABLE PASANDO LEV SOL HARTMAN 500CC A 100CC/H + INFUSION DE NOREPINEFRINA 8MG EN 250CC DE SSN A DIR A RAZON DE 40CC/H+ INFUSION DE MILRINONA 2 AMPOLLAS EN 100CC A DIRA RAZON DE 4.4CC/H+ INFUSION DE FENTANIL 2MG EN 250CC DE SSN A DIRA RAZON DE 10CC/H+ INFUSION DE MIDAZOLOAN 150MG EN 250CC DE SSN A DIRA RAZON DE SCC/PASANDO TODO POR BOMBA DE INFUSION,+ PVC FUNCIONANTE, INTRODUTOR EN YGULAR DERECHO PERMEABLE, TORAX SIMETRICO, CON HERIDA QX EN ESTERNON EN BUEN ESTADO CUBIERTO CON APOSITOS, HILO EPICARDICO FUNCIONANTE CONECTADO A MARCAPASO TRANSITORIO FC: 80X' CON EQUIPOS DE MONITOREO HEMODINAMICO CONTINUO PARA CONTROL DE SIGNOS VITALES. TUBOS MEDIASTILAEES BILATERAL CONECTADOS A PLEUROBACS CON SUCCION CONTINUA, LINEA ARTERIAL CONECTADA A MONITOR FUNCIONANTE. ABODMEN BLANDO A LA PALPACION, GENITALES CON EDEMA, CON Sonda VESICAL CONECTADA A CISTOFLO A DRENAJE LIBRE, MIEMBROS INFERIORES PRESENTES, CON PEQUENA HERIDA EN FEMORAL DERECHO CUBIERTO CON APOSITOS. BARANDAS DE PROTECCION ELEVADAS, RIESGO DE CAIDA ALTO SEGUN ESCALA DE MORSE CON UN PUNTAJE DE 65, RIESGO DE ESCASRA ALTO SEGUN ESCALA DE BRADEM CON UN PUNTAJE DE 11, BAJO TTO MÉDICO Y CUIDADOS DE ENFERMERIA.

ES VALOARADA POR MÉDICO DE TURNO QUIEN DEJA ORDENES A SEGUIR

08:00 CONTROL DE SIGNOS VITALES CONTROL DIURESIS.

SE REALIZA GLUCOMETRIA CONTROL.

SE REALIZA ECOTT.

SE ADMINISTRATTO BICARBONATO GAMPOLLAS IV+ HIDROCRTIZONA 100MG IV POR ORDEN MEDICA.

NO SE REALIZA CAMBIO DE POSICION POR RESTRICION POR INESTABILIDAD HEMODINAMICA.

09:00 CONTROL DE SIGNOS VITALES CONTROL DIURESIS.

RONDA MEDICA.

PCTE REALIZA CAMBIOS EN LA ESCALA DE RASS Y PASA A RASS DE-3.

10:00 CONTROL DE SIGNOS VITALES CONTROL DIURESIS.

NO SE REALIZA CAMBIO DE POSICION POR RESTRICION POR INESTABILIDAD HEMODINAMICA

11:00 CONTROL DE SIGNOS VITALES CONTROL DIURESIS.

PCTE REALIZA CAMBIOS EN LA ESCALA DE RASS Y PASA A RASS DE-2.

RECIBE VISITA DE FAMILIARES + REPORTE MÉDICO

12:00 CONTROL DE SIGNOS VITALES CONTROL DIURESIS

NO SE REALIZA CAMBIO DE POSICION POR RESTRICION POR INESTABILIDAD HEMODINAMICA 13:00 CONTROL DE SIGNOS VITALES CONTROL DIURESIS

RONDA MEDICA

13:40 INICIA TRANSFUCION DE CRIOPRESIPITADOS 6UND + TRANSFUCION DE PLASMA 2UND 14:00 CONTROL DE SIGNOS VITALES CONTROL DIURESIS

SE ADMINISTRA TTO CEFAZOLINA 1GR IV + GLUCONATO DE CALCIO 1 AMPOLLA IV



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

NO SE REALIZA CAMBIO DE POSICION POR RESTRICCION POR INESTABILIDAD HEMODINAMICA 15:00 CONTROL DE SIGNOS VITALES CONTROL DIURESIS TERMINA TRANSFUCION

16:00 CONTROL DE SIGNOS VITALES CONTROL DIURESIS SE REALIZA GLUCOMETRIA CONTROL

NO SE REALIZA CAMBIO DE POSICION POR RESTRICCION POR INESTABILIDAD HEMODINAMICA RECIBE VISITA DE FAMILIARES

17:00 CONTROL DE SIGNOS VITALES CONTROL DIURESIS

18:00 CONTROL DE SIGNOS VITALES CONTROL DIURESIS

NO SE REALIZA CAMBIO DE POSICION POR RESTRICCION POR INESTABILIDAD HEMODINAMICA 19:00 CONTROL DE SIGNOS VITALES CONTROL DIURESIS

QUEDA PCTE FEMENINA MENOR DE EDAD EN SU UNIDAD EN MALAS CONDICIONES GENERALES DE SALUD, CABECERA 35°, EN POSICION SEMIFOWLER CON RESTRICCION DE MOVILIDAD POR INESTABILIDAD HEMODINAMICA, CON RASS DE-2, AL EXAMEN FISICO SE OBSERVA NORMOCEFALO, AFEBRIL. CON EDEMA GENERALIZADO. PUPILAS ISOCORICAS REACTIVAS A LA LUZ. MUCOSA ORAL HUMEDA CON TUBO OROTRAQUEAL CONECTADA A VENTILACION MECANICA CON PARAMETROS DINAMICOS ESTABLECIDOS, CUELLO MOVIL, CATETER CENTRAL EN YUGULAR DERECHO CON LUMENES PERMEABLE PASANDO LEV SOL HARTMAN 500CC A 100CC/H+ INFUSION DE NOREPINEFRINA 8MG EN 250CC DE SSN A DIRA RAZON DE 20.5CC/H+ INFUSION DE MILRINONA CERRADA+ INFUSION DE FENTANIL 2MG EN 250CC DE SSN A DIR A RAZON DE 5CC/H+ INFUSION DE MIDAZOLAN CERRADA PASANDO TODO POR BOMBA DE INFUSION,+ PVC FUNCIONANTE, INTRODUTOR EN YGULAR DERECHO PERMEABLE, TORAX SIMETRICO, CON HERIDA QX EN ESTERNON EN BUEN ESTADO CUBIERTO CON APOSITOS, HILO EPICARDICO FUNCIONANTE CONECTADO A MARCAPASO TRANSITORIO APAGDO. CON EQUIPOS DE MONITOREO HEMODINAMICO CONTINUO PARA CONTROL DE SIGNOS VITALES, TUBOS MEDIASTILAES BILATERAL CONECTADOS A PLEUROBACS CON SUCCION CONTINUA, LINEA ARTERIAL CONECTADA A MONITOR FUNCIONANTE, ABODMEN BLANDO A LA PALPACION, GENITALES CON EDEMA, CON Sonda VESICAL CONECTADA A CISTOFLO A DRENAJE LIBRE, MIEMBROS INFERIORES PRESENTES, CON PEQUEÑA HERIDA EN FEMORAL DERECHO CUBIERTO CON APOSITOS. BARANDAS DE PROTECCION ELEVADAS, RIESGO DE CAIDA ALTO SEGUN ESCALA DE MORSE CON UN PUNTAJE DE 65, RIESGO DE ESCASRA ALTO SEGUN ESCALA DE BRADEM CON UN PUNTAJE DE 11, BAJO TTO MÉDICO Y CUIDADOS DE ENFERMERIA.

Nota realizada por: YELIS YOHANA AVILA TABORDA Fecha: 13/12/16 19:00:00

En folios 247-248 se inscribió la evolución medica realizada tanto por el Dr. ELIECER VILLAMIZAR a fecha 13/12/2016 21:25:27 y el Dr. LEONARDO CAMPO a fecha 13/12/2016 22:09:16 en la cual indico la evolución de la menor dos días previos a su fallecimiento:

EVOLUCION MÉDICO

POP DE CIRUGIA REOPERACION POR CARDIOPATIA CONGENITA COMPLEJA DE CORRECCION DE CANAL ATRIOVENTRICULAR PARCIAL CORREGIDO A LOS 4 AÑOS, QUIEN ESTUBVO ADEMÁS EN ASISTENCIA VENTRICULAR.) REEMPLAZO VALVULAR MITRAL POR PROTESIS BIOLOGICA NUMERO 25.

EVOLUCION EN EL POSPERATORIO CON SINDROME VASOPLEJICO POR BOMBA PROLONGADA, EN RESOLUCION, EN ESTE MOMENTO EN EOT, DESPIERTA EN DESTETE VENTILATORIO, SANGRADO DISMINUIDO, DIURESIS POSITIVA CON CREATININA NORMAL, PLACA DE TORAX CON IMAGENES DE TORAX EXPANDIDOS.



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

MEDICAMENTOS VAOSACTIVOS NOREPINEFRINA CON BAJAS DOSIS, CONTINUA IGUAL MANEJO EN LA UCI.

Evolución realizada por: ELIECER VILLAMIZAR DE LA HOZ-Fecha: 13/12/16 21:25:27

EVOLUCION MÉDICO

UCI ADULTO

EVOLUCION NOCHE

DR CAMPO /DRA CANTILLO

DIAGNOSTICOS:

1.- INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA. EN ARM.

2-POP REEMPLAZO DE VALVULA MITRAL POR PB (CEC 227 MINUTOS Y CLAMP 93 MINUTOS).

3.- SINDROME VASOPLEJICO.

4-CARDIOMIOPATIA VALVULAR+ DILATACION SEVERA AI.

5.- ANTEC: CARDIOPATIA CONGENITA, PLASTIA DE VALVULAS AV A LOS 4 AÑOS.

PACIENTE FEMENINA DE 16 AÑOS DE EDAD, QUIEN SE HALLA EN UCI EN SU POSTQUIRURGICO MEDIATO DE REEMPLAZO VALVULAR MITRAL, NEUROLOGICAMENTE HIPOALERTA, SE HALLA EN VENTILACION MECANICA EN MODO A/C, MANEJANDO CIFRAS TENSIONALES MÁS CONTROLADAS CON SOPORTE VASOPRESOR TIPO NOREPINEFRINA A 0.1MCG/KG/MIN, OLIGURICA POR LO QUE SE INDICA FORZAR DIURESIS CON DIURETICO DE ASA.

SIGNOS VITALES:

TA: 138/58 mmHg. FC: 65 LPM. FR: 18 RPM. TEMP: 36.5°C. SaO2: 98%.

GU 0.4 CC/KG/HORA

-CARDIOVASCULAR: CIFRAS TENSIONALES CON APOYO VASOPRESOR CON NOREPINEFRINA.

-PULMONAR: CON BUENA ENTRADA DE AIRE, SIN AGREGADOS.

-ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, PERISTALTISMO POSITIVO.

-EXTREMIDADES: EUTROFICA, EDEMA GRADO II, LLENADO CAPILAR 3 SEG.

-NEUROLOGICO: HIPOALERTA, OBEDECE ORDENES.

PACIENTE FEMENINA DE 18 AÑOS DE EDAD, QUIEN SE HALLA EN SU PRIMER DIA POSTQUIRURGICO, EN DELICADAS CONDICIONES GENERALES, SE HALLA CON MEJOR CONTROL DE CIFRAS TENSIONALES, EN EL MOMENTO PRESENTA EPISODIO EMETICO POR LO QUE SE INICIA METOCLOPRAMIDA, SE DECIDE FORZAR DIURETICO, CON GASES ARTERIALES QUE EVIDENCIAN MEJORIA EN NIVELES DE LACTATO SERICO. SE CONSIDERA PACIENTE CON ALTO RIESGO DE COMPLICACION. PRONSOTICO RESERVADO. FAMILIARES ENTERADOS.

Evolución realizada por: LEONARDO CAMPO-Fecha: 13/12/16 22:09:16

A folio 241 del expediente reposa la siguiente nota de enfermería realizada por la auxiliar de enfermería YELIS YOHANA AVILA TABORDA con fecha 13/12/2016 con hora 19:00:00

QUED PACIENTE FEMENINA EN SU UNIDAD EN MALAS CONDICIONES GENERALES DES ALUD, CABECERA 35°, EN POSICION SEMIFLOWERCON RESTRICCION DE MOVILIDAD POR INESTABILIDAD HEMODINAMICA RASS DE -2, AL EXAMEN FISICO SE OBSERVA NORMOCEFALO, AFEBRIL, CON EDEMA GENERALIZADO , PUPILAS ISOCORICAS REACTIVAS A LA LU. MUCOSA ORAL HUMEDA CON TUBO OROTRAQUEAL CONECTADA A VENTILACION MECANICA CON PARAMETROS DINAMICOS ESTABLECIDOS, CUELLO MOVIL, CATETER CENTTAL EN YUGULAR DERECHO CON LUMENES PERMEABLE PASANDO LEV SOL HARTMAN 500 CC A 100 CC/H + INFUSION DE NOREPINEFRINA 8MG EN 250 CC DE SSN A D/R A RAZON DE 20.5 CC/H+ INFUSION DE MILRINONA CERRADA +INFUSION DE FENTANIL 2MG EN 250CC DE SSN A D/R RAZON DE 5CC/H+INFUSION DE MIDAZOLAN CERRADA



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

OPASANDO TODO POR BOMBA DE INFUSION +PVC FUNCIONANTE, INTRODUTOR EN YGULAR DERECHO PERMEABLE, TORAX SIMETRICO, CON HERID QXEN ESTERNON EN BUEN ESTADO CUBIERTO CON APOSITOS, HILO EPICARDICO FUNCIONANTE CONECTADO A MARCAPASO TRANSITORIO APGDO. CON EQUIPOS DE MONITOREO HEMODINAMICO CONTINUO PARA CONTROL DE SIGNOS VITALES , TUBOS MEDIASTALES BILATERAL CONECTADOS A PLEUROBACS CON SUCCION CONTINUA, LINEA ARTERIAL CONECTADA A MONITOR FUNCIONANTE , ABDOMEN BLANDO A LA PALPACION, GENITALES CON EDEMA, CON SONDA VESICAL CONECTADA A CISTOFLO A DREBAJE LIBRE, MIEMBROS INFERIORES PRESENTES, CON PEQUEÑA HERIDA EN FEMORAL DERECHO CUBIERTO CON APOSITOS. BARANDAS DE PROTECCION ELEVADAS, RIESGO DE CAIDA ALTO SEGÚN ESCALA DE MORSE CON UN PUNTAJE DE 65, RIESGO DE ESCASRA ALTO SEGÚN ESCALA DE BRADEM CON UN PUNTAJE DE 11, BAJO TTO MEDICO Y CUIDADOS DE ENFERMERIA.

A folio 248 del expediente se encuentra la nota de enfermería elaborada por la auxiliar de enfermería YELIS AVILA TABORDA en fecha 14/12/16 con hora 7:00:00: RECIBO PCTE FEMENINA MENOR DE EDAD EN MALAS CONDICIONES GENERALE DE SALUD, CABECERA 35°, EN POSICION SEMIFOWLER CON RESTRICCION DE MOVILIDAD POR INESTABILIDAD HEMODINAMICA, CON RASS DE -4 AL EXAMEN FISICO SE OBSERVA NORMOCEFALEO, AFEBRIL CON EDEMA GENERALIZADO, PUPILAS ISOCORICAS REACTIVAS A LA LUZ, MUCOSA ORAL HUMEDA CON TUBO OROTRAQUEAL CONECTADA A VENTILACION MECANICA CON PARAMETRO DINAMICOS ESTABLECIDOS, CUELLO MOVIL, CATETER CENTRAL EN YUGULAR DERECHO CON LUMENES PERMEABLE PASANDO LEV SOL 0.45% 500CC A 100CC/H +INFUSION DE NOREPINEFRINA 8MG EN 250CC DE SOL 0.45% A D/R A RAZON DE 40CC/H +INFUSION DE MILRINONA 2 AMPOLLAS EN 100CC SOL 0.45% A D/R A RAZON DE 4.4 CC/H+INFUSION DE FENTANIL 2MG EN 250CC DE SOL 0.45% A D/R A RAZON DE 10CC/H+INFUSION DE MIDAZOLAN 150MG EN 250CC DE SOL 045% A D/R A RAZON DE 5CC/ PASANDO TOO POR BOMBA DE INFUSION +PVC FUNCIONANTE, INTRODUTOR EN YGULAR DERECHO PERMEABLE , TORAX SIMETRICO CON HERIDAS QX EN ESTERNON EN BUEN ESTADO CUBIERTO CON APOSITOS, HILO EPICARDICO FUNCIONANTE CONECTADO A MARCAPASO TRANSITORIO FC: 80X CON EQUIPOS D EMONITOREO HEMODINAMICO CONTINUO PARA CONTROL DE SIGNOS VITALES, TUBOS MEDIASTAES BILATERAL CONECTADOS A PLEUROBACS CON SUCCION CONTINUA, LINEA ARTERIAL CONECTADA A MONITOR FUNCIONANTE, ABDOMEN BLANDO A LA PALPACION, GENITALES CON EDEMA, CON SONDA VESICAL CONECTADA A CISTOFLO A DRENAJE LIBR, MIEMBROS INFERIORES PRESENTES, CON PEQUEÑA HERIDA SATURADAS EN FEMORAL DERECHO E IZQUIERDO CUBIERTO CON APOSITO, BARANDAS DE PROTECCION ELEVADAS, RIESGO DE CAIDA ALTO SEGÚN ESCALA DE MORSE CON UN PUNTAJE DE 65, RIESGO DE ESCARSA ALTO SEGÚN ESCALA DE BRADEM CON PUNTAJE DE 11, BAJO TTO MEDICO Y CUIDADOS DE EFERMERIA

A folio 247 se encuentra la nota de enfermería de la auxiliar de enfermera LEIDIS TRUYOL RUA con fecha 14/12/16 con hora 10:00:58: EN SU UNIDAD, ESTANCIA HOSPITALARIA INTENSIVA, HEMODINAMICAMNETE INESTABLE, SOMNOLIENTA, APERTURA OCULAR AL LLAMADO, GLASGOW DE 10/15 NORMOCEFALEO CABELLOS BIEN IMPLANTADOS PUPILAS ISOCORICAS REACTIVAS A LA LUZ TUBO ENDOTRAQUEAL (DIA 2) CONECTADO A VENTILACION MECANICA INVASIVA BAJO PARAMETROS DINAMICOS ESTABLECIDOS. MUCOSA



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

ORAL HUMEDA. CUELLO MOVIL SIN AENOPATIAS, INTRODICTOR (DIA 2) EN YUGULAR EXTERNO CUBIERTO PASANDO INFUSION DE FENTANIL 2 MGRD DILUIDO EN 250 CC DE SSN 0.9 % A 5CC/H, D/R PASANDO POR BOMBA DE INFUSION. CATETER VENOSO CENTRAL (DIA 2) PASANDO LEV S HARTMAN 500 CC A 100 CC/H INFUSION DE NOREPINEFRINA 8 MGR DILUIDO EN 250 CC DE SSN 0.9% A 20.5 CC/H D/R PASANDO PO BOMBA DE INFUSION. TORAX SIMETRICO EXPANDIBLE, ESTERNOTOMIA CUBIERTA. HILO EPICARDICO CUBIERTO TUBOS A MEDIATINO Y PLEURA (DIA 2) A LIBRE DRENAJE CONECTADOS A SISTEMA DE DRENAJE CON SUCCION CONTINUA. MONITOREO HEMODINAMICO NO INVASIVO CONTINUO PARA CONTROL DE SIGNOS VITALES. MANILLA DE IDENTIFICACION ABDOMEN BLANDO A LA PALPACION. LINEA ARTERIAL (DIA 1) RADIAL IZQUIERDA CONECTADA A TRANSDUCTOR E INTERFASE PARA MONITOREO INVASIVO DE TENSION ARTERIAL GENITALES NORMOCONFIGURADOS ELIMINANDO POR SONDA FOLEY (DIA 2) A LIBRE DRENAJE CONECTADA A SISTEMA DE DRENAJE (CISTOFLO), PCTE OLIGURICA, MIEMBROS INFERIORES COMPLETOS Y SIMETRICOS.

A folios 258-259 consta las evoluciones médicas realizadas TANTO POR EL Dr. VILLAMIZAR como por el MD de planta, horas posteriores en con fecha 14/12/2016 en horas entre 11:52:08 – 14:42:46

EVOLUCION MÉDICO

PACIENTE FEMENINA DE 16 AÑOS CON POP DE CIRUGIA REOPERACION POR CARDIOPATIA CONGENITA COMPLEJA (DE CORRECCION DE CANAL ATRIOVENTRICULAR PARCIAL CORREGIDO A LOS 4 AÑOS, QUIEN ESTUVO ADEMÁS EN ASISTENCIA VENTRICULAR.) REEMPLAZO VALVULAR MITRAL POR PROTESIS BIOLOGICA NUMERO 25.

PACIENTE QUIEN SE ENCUENTRA EN ESTE MOMENTO EN ESTE MOMENTO EN EOT CON SANGRADO DISMINUIDO, CON MEJOR CONTROL DE CIFRAS TENSIONALES, CON MENOS DOSIS DE VASOACTIVOS CREATININA EN AUMENTO POR LO QUE SE SOLICITA VALORACION POR NEFROLOGIA PARA POSIBILIDAD DE HEMODIAFILTRACION SANGRADO DISMINUIDO, PACIENTE QUIEN CONTINUA BAJO VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO MÉDICO ESTRICTO EN UCI PRONOSTICO SUJETO A EVOLUCION CLINICA.

Evolución realizada por: ELIECER VILLAMIZAR DE LA HOZ

Fecha: 14/12/16 12:16:19

EVOLUCION MÉDICO

TURNO CORRIDO 14 DICIEMBRE/2016

DR. ABDEL PEREZ (MD. ESP)-DR ARGEMIRO HERNANDEZ (MD. PLANTA)

PACIENTE FEMENINA DE 16 AÑOS DE EDAD, CURSA ESTÁNCA EN UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA, CON IMPRESION DIAGNOSTICO:

- 1.- CHOQUE MIXTO HIPOVOLEMICO-CARDIOGENICO EN MANEJO
- 2-POP REEMPLAZO VALVULA MITRAL POR PB (CEC 230 MINUTOS, CLAMP 90 MINUTOS).
- 3.- CARDIOMIOPATIA VALVULAR+ DILATACION AI SEVERA,
- 4.- SINDROME ANEMICO SECUNDARIO A1Y2
- 5.- TROMBOCITOPENIA EN MANEJO
- 6.- CARDIOPATIA CONGENITA, PLASTIA VALVULAS AV A LOS 4 AÑOS.

PACIENTE FEMENINA DE 16 AÑOS DE EDAD CON DX ANOTADOS EN MALAS CONDICIONES GENERALES, EN ESTE MOMENTO CURSAHEMODINAMIACAMENTE MUY INESTABLE CON CIFRAS TENISOANELS TENDIENTES A LA HIPOTENSION CON APOYO AUN DE NOREPINEFRINA 0,2 MCG/KG/MIN QUE NO HA SIDO POSIBLE EL DESTETE DEL MISMO. AUN CON LACTATO DE 5,0, CON SIGNO DE HIPOPERFUCION



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

LO QUE SUGIERE QUE PACIENTE PERSISTE EN CHOQUE INICIALMENTE EN EL CONTEXTO DE VASOPLEJIA SIN EMBARGO SE REALIZA ECO FAST TRACK QUE EVIDENCIA POCA MOTILIDAD DE PARED NTERIOR DEL VD CON HIPOQUINESIA IMPORNTANTE DEL APICE DEL VI, EN ESE ORDEN DE IDEAS SE DECIDE REINICAR APOYO CON MILRRINONE A DOSIS BAJAS PARA MEJORAR TONTEO MIOCARDICO, OLIGURICA QUE NO MEJORA CON DIURETICO DE ASA, CON ELEVACION DE AZOPADOS Y CAIDA DEL GASTO URINARIO CON BALANCE POSITIVO DE & LAPROXIMADAMENTE SE SOLICITA VALORACION X NEFROLOGIA, EN ESTE MOMENTO CON ALTO RIESGO DE DETERIORO CLINICO MAYOR, CONTINUA EN LA UNIDAD.

SIGNOS VITALES:

TA: 111/74 FC: 90 X'. FR: 16 X, SAT 02: 99%

GLUCOMETRIAS: 80 MG/DL

DIURESIS: 800 CC EN 24 HORAS

ANTIBIOTICO: CEFAZOLINA D2

TUBOS MEDIASTINALES: DERECHO 260 CC-IZQUIERDO: 550 CC EN 24 HORAS

EAMEN FISICO: -CCC: NORMOCÉFALA, CONJUNTIVAS HIPOCROMICAS, PUPILAS NORNMOREACTIVAS A LA LUZ, NERINAS PERMEABLES. QUEMOSIS CONJUNTIVAL MUCOSA ORAL HUMEDA, CON PRESENCIA DE TUBO ENDOTRAQUEAL, CUELLO SIN TUMORACIONES, SE MOVILIZA SIN LIMITACION.

-TORAX: SIMETRICO, EXPANSIBLE, CON MECANICA RESPIRATORIA ADECUADA, CON ARM DINAMICA LOS RUIDOS CARDIACOS RITMICOS. PULMONES BIEN VENTILADOS EN AMBOS CAMPLOS PULMONARES. CON PRESNECIA DE TUBOS MEDIASTINALES DERECHO 280 CC IZQUIERDO: 305 CC EN 14 HORAS.

- ABDOMEN: PLANO, PERISTALSIS+, BLANDO DEPRESIBLE.

- GENITOURINARIO: GENITALES FEMENINOS FENOTIPICAMENTE, DIURESIS POSITIVA CLARA A CISTFLO.

-EXTREMIDADES: SIN EDEMÁS.

-SNC: BAJO SEDOANALGESIA MIDAZOLAM- FENTANILO RASS-4 PARACLINICOS

GLICMA: 126. BUN: 33.69. CREA: 1.9

K: 6,23, NA: 147, CL: 104

LEUCOS: 22.62, HG: 8.6, HTO: 26.6. PLT: 67,000

COMENTARIO:

LINEA ROJA CON ANEMIA NORMOCITICA NORMOCROMICA, TROMBOCITOPENIA SEVERA, CON LEUCOCITOSIS X CIRUGIA, ELECTROLITOS SERCIOS CON HIPERNATREMIA AUN SE INDICA DEXTROSA CON KATROL Y MAGNESIO, GLUCEMIA CENTRAL NORMAL. TIEMPOS DE COAGULACION NORMLES FUNCION RENAL ALTERADA, CON AOZADOS EN ASCENSO, P/ VALORACION X NEFROLOGIA SE INDICA AUN TRANFUNDIR HEMODERIVADOS. PACIENTE DEBE PERMANECER EN LA UNIDAD BAJO SEGUIMIENTO POR MEDICINA CRITICA-CX CARDIOVASCULAR, CON VIGILANCIA Y MONITORIZACION CARDIOHEMODINAMICA ESTRICTA, PRONOSTICO RESERVADO. FAMILIARES AMPLIAMENTE INFORMADOS DE LAS CONDICIONES CLINICAS DEL PACIENTE.

A folio 255 del expediente se observa la nota de enfermería realizada por la auxiliar de enfermería LEIDIS TRUYOL RUA con fecha 14/12/2016 hora 14:42:46 :

09:30 RONDA MEDICA DR ABDEL QUIEN INDICA FUROSEMIDA 20 GR IV AHORA. HIDROCORTIZONA 100 MGR IV CADA 8 HORAS. GLUCONATO DE CALCIO 1 AMP IV CAD A 12 HORAS. MILRRIONE 20 GR EN 100 CC DE SSN INFUSION CONTINUA A 0.2 MCGR/K/MIN

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

09:55 SE CUMPLE INDICACION MEDICA SE ADMINISTRA FUROSEMIDA 20 MGR IV DILUIDO EN 10 CC DE SSN 0.9% LENTO HIDROCORTIZONA 100 MGR IV DILUIDO EN 10 CC DE SSN 0.9% LENTO

10:00 CONTROL DE SIGNOS VITALES ANOTADOS. SE ADMINISTRA TTO ORDENADO METOCLOPRAMIDA 20 MGR IV DILUIDO EN 10 CC DE SSN 0.9% LENTO. NO SE MOVILIZA PCTE POR INESTABILIDAD HEMODINAMICA E INDICACION MEDICA. SE INICIA INFUSION DE MILRRINONE 20 MGR IV DILUIDO EN 100 CC DE SSN 0.9% A 5 CC/H (0.2 MCGR/K/MIN) POR BOMBA DE INFUSION SE SUSPENDE LEV POR INDICACION MEDICA

11:00 CONTROL DE SIGNOS VITALES ANOTADOS. RECIBE VISITA DE FAMILIARES REPORTE MEDICO SE INICIA TRANSFUSION DE UNIDAD DE PLAQUETAS. SE AUMENTA REQUERIMIENTO DE INFUSION DE NOREPINEFRINA A 43.7 CC/H

11:10 FINALIZA TRANSFUSION DE UNIDAD DE PLAQUETAS CON VOLUMEN TOTAL DE 64 ML SE INICIA TRANSFUSION DE UNIDAD DE GRE.

12:00 CONTROL DE SIGNOS VITALES ANOTADOS. NO SE MOVILIZA PCTE POR INESTABILIDAD HEMODINAMICA E INDICACION MEDICA

13:00 CONTROL DE SIGNOS VITALES ANOTADOS. ASPIRACION DE SECRECIONES. SE PASA POR SONDA OROGASTRICA

13:30 FINALIZA UNA UNIDAD DE GRE CON VOLUMEN TOTAL DE 290 ML SE AUMENTA REQUERIMIENTO DE NOREPINEFRINA A 50 CC/H

14:00 CONTROL DE SIGNOS VITALES ANOTADOS. SE ADMINISTRA TTO ORDENADO TRAMADO 50 MGR IV DILUIDO EN 100 CC DE SSN 0.9%

Ese mismo día se hizo una interconsulta por NUTRICION y tal valoración fue efectuada por la nutricionista DIANA CAROLINA GALLO YANCE el día 14 de diciembre de 2016 a las 17:10:44:

PACIENTE FEM DE 16 AÑOS DE EDD CON LOS SGTES DX:

1. INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA, EN ARM

A- S.D.R.A POST CIRCULACION ETRACORPOREA VS TRALI

B- 2- POP REEMPLAZO DE VALVULA MITRAL POR PB

2.1 SIRS POST BOMBA (CEC 227 MINUTOS Y CLAMP 93 MINUTOS)

3. SIINDROME VASOPLEJICO

4. CARDIOMIOPATIA VALVULAR+ DILATACION SEVERA AL

5 IRA AKIN III EN TERAPIA RENAL SUSTITUTIVA

5. ANTEC: CARDIOPATIA CONGENITA, PLASTIA DE VALVULAS AV A LOS 4 AÑOS.

ENCUENTRO PACIENTE FEMENINA DE 16 AÑOS DE EDAD, EN SU 3ER DIA DE POP DE REEMPLAZO VALVULAR, BAJO SOPORTE DE MENTILACION MECANICA.

INVASIVO EN EL MOMENTO ACOPLADA, ANURIA BAJO TERAPIA RENAL SUSTITUTIVA, ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, PERISTALTISMO POSITIVO.

EXTREMIDADES: EUTROFICA, EDEMA GRADO III, LIGERA PALIDEZ MUCOCUTANEA, ABUNDANTE CABELLO, BRILLANTE, PIEL INTACTA, HIDRATADA CON SIGNOS DE DESNUTRICION.

LABORATORIOS:

GLICEMIA:66

BUN: 48

CREA: 3.31

K: 6.55

NA.145

HB: 8.4



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

RESULTADOS DE LABORATORIOS EVIDENCIA ANEMIA, HIPOGLICEMIA, FUNCION RENAL ALTERADA CON AZOADOS LIGERAMENTE ELEVADOS.
SE REALIZA VALORACION NUTRICIONAL NUTRICIONA GLOBAL SUBJETIVA POR ORDEN MEDICA
DX NUTRICIONAL: NORMAL CON RIESGO NUTRICIONAL MODERADO
PLAN: INICIO DE SOPORTE NUTRICIONAL ENTERAL POR SONDA OROGASTRICA CON AMINOACIDOS ESENCIALES ESPECIALES PARA PCTE EN TERAPIA RENAL.

Continuamente a folios 263 y siguientes se trata las horas críticas de la menor previo fallecimiento donde se encuentra consignado tanto el inicio de la falla renal, como el desprendimiento del catéter (folios 269) en el procedimiento que se le estaba realizando y su condición crítica horas previas a su fallecimiento (folio 291-293), anotado por el personal médico que interviene en cada procedimiento, revisión y evolución médica:

Folio 263 (FALLA RENAL):

EVOLUCION MÉDICO

NEFROLOGIA DRA MARLYN SUAREZ

PACIENTE MUJER DE 16 AÑOS DE EDAD EN POP DE REEMPLAZO DE VALVULA MITRAL BIOLOGICA QUE PRESENTA CAIDA DEL GASTO URINARIO MOTIVO POR EL CUAL SOLICITAN INTERCONSULTA POR NEFROLOGIA

DESDE HACE 12 HORAS OLIGURIA SIN MEJORIA A VOLUMEN NI A DIURETICOS.

A LA EXPLORACION FISICA SEDADA DOBLE SOPORTE, EN VMI

TA 98/55 FC 86 LPM

GASTO URINARIO 0.1 CC/K/HORA

PESO ACTUAL 83 KG

PESO DE INGRESO 73 KG

BALANCE ACUMULADO +9 LT

DRENAJES TORACICOS 360 CC EN 10 HORAS

EDEMA DIFUSO EN EXTREMIDADES

ANALITICAMENTE CR 1.99, POTASIO 6.23, UREA 72.

LEUCOCITOSIS CON NEUTROFILIA. PLAQUETAS 67000/MM3

TP 16'TPT 29.4", INR NORMAL

GASES ARTERIALES Ph 7.2, BICA 18, EXCESO DE BASE -7, SaO2 65%

POR TANTO, PACIENTE CON FRACASO RENAL AGUDO AKIN III CON ACIDOSIS METABOLICA, SOBRECARGA DE MÁS DEL 10% DE PESO INICIAL Y ALTERACIONES SEVERAS DEL MEDIO INTERNO CON SOPORTE VENTILATORIO, INOTROPICO. VALORADA CONJUNTAMENTE CON MD TRATANTES PACIENTE EN RIESGO VITAL QUE REQUIERE INICIO DE TERAPIA RENAL SUSTITUTIVA, DADA SU INESTABILIDAD HEMODINAMICA Y ALTO RIESGO DE COMPLICACIONES, LA PACIENTE ES SUBSIDIARIA DE INICIO DE TERAPIA RENAL SUSTITUTIVA MEDIANTE TECNICAS LENTAS TIPO HEMODIAFILTRACIÓN. POR TROMBOPENIA PENDIENTE DE TRANSFUNDIR PLAQUETAS Y EVALUANDO RIESGO/BENEFICIO SE SOLICITA CANALIZACION DE CATETER MAHURKAR ECOGUIADO Y/O POR CX VASCULAR.

PLAN: SS CANALIZACIÓN DE CATETER MAHURKAR ECOGUIADO Y/O POR CX VASCULAR HEMODIAFILTRACION VENO VENOSA CONTINUA

FILTRO ABL 414

FLUJO SANGUINEO 180 ml/min

L DIALIZANTE 800 mil horas BGK 4/2.5

L SUSTITUCION 800 mil horas

PERDIDA DE PESO INICIAR A 80 CC/HORA E IR AUMENTANDO DEPENDIENDO DE TAM



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

HEPARINA 10000 UI EN BOLO PARA CEBADO DEL CIRCUITO Y POSTERIORMENTE
HEPARINA 350 CC/HORA MANANA CONTROL DE CALCIO, UREA, CREATININA,
IONOGRAMA, MAGNESIO, HEMOGRAMA.

CONTROL DE TP/TPT Y GASES ARTERIALES A LAS 6 HORAS DE INICIADO LA
TERAPIA

Evolución realizada por: MARLYN JANELLA SUAREZ VARGAS

Fecha: 14/12/16 17:17:44

A folio 265 (POS FALLA RENAL):

EVOLUCION MÉDICO

DR REBOLLEDO-DR GAMEZ- UCIA-EVOLUCION DE LA TARDE- TURNO 1PM-7PM.

DIAGNOSTICOS:

1.- INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA, EN ARM.

A-S.D.R. A POST CIRCULACION EXTRACORPOREA VS TRALI.

2.- POP REEMPLAZO DE VALVULA MITRAL POR PB (CEC 227 MINUTOS Y CLAMP 93
MINUTOS).

3.- SINDROME VASOPLEJICO.

4.- CARDIOMIOPATIA VALVULAR+ DILATACION SEVERA AI.

5.- ANTEC: CARDIOPATIA CONGENITA, PLASTIA DE VALVULAS AV A LOS 4 ANOS.

S/ PACIENTE FEMENINA DE 16 AÑOS DE EDAD, EN SU 200 DIA DE POP, EN
VENTILACION MECANICA, MODO A/C, BAJO SEDOANALGESIA, RASS-3, AFEBRIL,
CON SOPOTE CON NOREPINEFRINA A 0.4MCG/KG/MIN, MILRRINONE
0.2MCG/KG/MIN, GASES ARTERIALES CONTROL CON HIPOXEMIA PAFI 126,
EDEMATIZADA CON MALA DISTRIBUCION DE LÍQUIDOS, ANURICA EN 12 HORAS,
CON TROMBOCITOPENIA, DADO LO ANTERIOR SE MODIFICAN PARAMETROS
VENTILATORIOS, NIVEL DE PEEP Y FIO2, Y SE BRINDARA SOPORTE TERAPIA
REEMPLAZO RENAL SE COLOCARA CATETER DE DIALISIS ECODIRIGIDO POR
CIRUGIA VASCULAR (DR VILLAMIZAR).

SE SOLICITA PCR POR LEUCOCITOSIS Y NEUTROFILIA.

PROBLEMÁS:

-RESPIRATORIO: PACIENTE CON DATOS DE SDRA, CON COMPROMISO DE 4
CUADRANTES. PAFI 126, COMPLIANCE DINAMICA 15. COMPLIANCE ESTÁTICA 8.1,
PLATAU 28, PROBABLEMENTE POR INJURIA POST BOMBA Y/O TRALI.

-CARDIOVASCULAR: CON DATOS DE TENDENCIA A LA HIPOTENSION A PESAR DE
SOPORTE VASOPRESOR CON NOREPINEFRINA E INOTROPICO CON MILRRINONE,
PROBABLEMENTE POR MIOCARDIO HIBERNADO, CON TIEMPO DE CLAMP Y
PARADA CARDIACA DE 93 MINUTOS. PENDIENTE REPORTE DE ECOCARDIO TT
CONTROL.

-NEFROLOGICO: ANURICA INSUFICIENCIA RENAL AGUDA, AKIN III, POR PROBABLE
NECROSIS TUBULAR AGUDA POR ISQUEMIA POST
BOMBA.

-HEMATOLOGICO: TROMBOCITOPENIA DEBIDO A TIEMPO PROLONGADO DE
CIRCULACION EXTRACORPOREA, ANEMIA DADA LAS CARACTERISTICAS DE LA
CIRUGIA IMPLANTADA.

-METABOLICO: GLUCOMETRIAS EN RANGOS ADECUADA PARA LA CONDICION
QUIRURGICA CARDIOVASCULAR, CON LIGERA HIEPRNATREMIA E HIPERKALEMIA
LEVE. GASES ARTERIALES DE LAS 14:38 CON ACIDOCIS MIXTA, LACTACIDOSIS E
HIPOXEMIA.

ANALISIS Y PLAN: PACIENTE FEMENINA DE 16 AÑOS DE EDAD, EN SU 2do DIA DE
POP, CON TIEMPO DE BOMBA Y CLAMPEO PROLONGADOS, ACTUALMENTE EN
VENTILACION MECANICA, MODO A/C, CON SEDOANALGESIA, APOYO
VASOPRESOR CON NOREPINEFRINA A 0.4MCG/KG/MIN Y MILRRINONE



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

0.2MCG/KG/MIN, SE MANTIENE AFEBRIL, CON TROMBOCITOPENIA POR LO QUE FUE TRANSFUNDIDA, GASES ARTERIALES MUESTRAN HIPERLACTACIDEMIA, CURSANDO CON DISTRES RESPIRATORIO, INJURIA MIOCARDICA, E INJURIA RENAL. ALTERACIONES METABOLICAS, CON EVOLUCION CLINICA DELICADA, CON MAL PRONOSTICO PARA LA VIDA Y LA FUNCION, SE HA MANTENIDO INFORMADA A LA FAMILIAR SU MADRE. DE LA CONDICION CLINICA ESTABLECIDA Y DEL PESIMO PRONOSTICO PARA LA VIDA. LO CUAL VERIFICAMOS QUE LA MADRE COMPRENDA A PESAR DE LA SITUACION.

PLAN:

- LÍQUIDOS ENDOVENOSOS.
- SOPORTE VASOACTIVO.
- SOPORTE VENTILATORIO.
- TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL.
- CUBRIMIENTO ANTIBIOTICO (MEROPENEM + VANCOMICINA).
- SEDACION Y ANALGESIA. SOPORTE CON HEMOTERAPIA. - SOPORTE NUTRICIONAL.
- GLUCOMETRIAS CADA 6 HORAS. PROQUINETICOS.
- MONITOREO.
- CUIDADOS DE ENFERMERA.
- SEGUIMIENTO CON NEFROLOGIA.
- SEGUIMEINTO CON CIRUGIA CARDIOVASCULAR.

Evolución realizada por: CARLOS EDUARDO REBOLLEDO MALDONADO

Fecha: 14/12/16 18:37:20

A folio 262 se observa en la nota de enfermería realizada por la auxilia de enfermera LEDIS TRUYOL RUA se observa el monitoreo que le hacían a la paciente el 14/12/2016 con hora 18:57:13

(...) MONITOREO HEMODINAMICO NO INVASIVO CONTINUO PARA CONTROL DE SIGNOS VITALES. MANILLA DE IDENTIFICACION. ABDOMEN BLANDO A LA PALPACION. LINEA ARTERIAL (DIA 1) BRAQUIAL IZQUIERDA CONECTADA A TRANSDUCTOR EE INTERFASE PARA MONITOREO INVASIVO DE TENSION ARTERIAL. GENITALES NORMOCONFIGURADOS ELIMINANDO POR SONDA FOLEY (DIA 2) A LIBRE DRENAJE CONECTADA A SISTEMAS DE DRENAJE (CISTOFLO).

Folio 269(desprendimiento catéter):

EVOLUCION MÉDICO

POP DE CARDIOPATIA COPNGENITA COMPLEJA. REEMPLAZO VALVULAR MITRAL POR PROTESIS BIOLOGICA.

SE INTENTA COLOCAR CATETER MAJURKAL ATREVES DE YUGUALNR INTERNA DERECHA, CON GUIA, SE CORTA DE LA BASE DEL INTRODUTOR, Y MIGRA, SE INTENTA RECUPERAR 'PERO NO FUE POSIBLE. SE TOMA RX DE TORAX NO SE LOGRA VISUALIZAR EL SITIO EN EL CUELLO. POR LO QUE AVISA A HEMODINAMIA PARA INTENTAR RECUPERAR POR VIA ENDOVASCUALR, PERO POR INESTABILIDAD HEMODINAMICA Y CONDICION CRITICA CONSIDERAMOS DEJAR PARA MÁS ADELANTE LA RECUPERACION DEL CATEGTER.

SE COLOCA CATETER MAJURKAL, EN REGION INGUINAL DERECHA, SIN COMPLICACIONES (SE UTILIZA OTRO MAJURKAL DEBIDO QUE ENM EL PRIMERO SE DAÑO LA GUIA.

Evolución realizada por: ELIECER VILLAMIZAR DE LA HOZ (Negrillas fuera de texto original)

Fecha: 14/12/16 22:22:16



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

Folio 270:

EVOLUCION MÉDICO
DR PADILLA-DR GAMEZ
DIAGNOSTICOS:

1.- INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA, EN ARM,
A.-C.D.N.A POOT CIRCULACION EXTRACORPOREA VS TRALI.
2-POP REEMPLAZO DE VALVULA MITRAL POR PB (CEC 227 MINUTOS Y CLAMP 93 MINUTOS).

3.- SINDROME VASOPLEJICO.

4.- CARDIOMIOPATIA VALVULAR+ DILATACION SEVERA AI

5.- ANTEC: CARDIOPATIA CONGENITA, PLASTIA DE VALVULAS AV A LOS 4 AÑOS.
S/ PACIENTE FEMENINA DE 16 AÑOS DE EDAD, EN SU 200 DIA DE POP, VENTILADA, MODO A/C, BAJO SEDOANALGESIA, RASS-3. AFEBRIL. PERISSTE HIPOTENSA PESE A SOPORTE CON NOREPINEFRINA A 0.8MCG/KG/MIN, GASES ARTERIALES CONTROL DE LA NOCHE ACIDEMIA METABOLICA (PH 7.20, HCO3 16, PCO2 42), CON PEEP 10, FIO2 80%, EDEMATIZADA CON MALA DISTRIBUCION DE LÍQUIDOS, ANURICA EN 18 HORAS, POR LO QUE DR VILLAMIZAR REALIZA COLOCACION DE CATETER MAHURKA, INTENTACAMBIAR CATETER INTRODUTOR YUGULAR INTERNO DERECHO, PERO AL CORTARLO ESTE SE VA AL TORRENTE CIRCULATORIO SIN POSIBILIDADES DE EXTRACCION, SE HABLA CON HEMODINAMIA, PROGRAMAN PARA MAÑANA EXTRACCION DE ESTE.

"ANALISIS Y PLAN: PACIENTE FEMENINA DE 16 ANOS DE EDAD, EN SU 2do DIA DE POP, CON TIEMPO DE BOMBA Y CLAMPEO PROLONGADOS, ACTUALMENTE EN VENTILACION MECANICA, MODO A/C, CON SEDOANALGESIA, APOYO VASOPRESOR CON NOREPINEFRINA A 0.8MCG/KG/MIN SE MANTIENE AFEBRIL, CON TROMBOCITOPENIA POR LO QUE FUE TRANSFUNDIDA, GASES ARTERIALES CONTROL DE LA NOCHE ACIDEMIA METABOLICA, PAFI 181, HIPERLACTACIDEMIA 7.0, CURSANDO CON DISTRES RESPIRATORIO, INJURIA MIOCARDICA, E INJURIA RENAL, ALTERACIONES METABOLICAS, CON EVOLUCION CLINICA DELICADA, CON MAL PRONOSTICO PARA LA VIDA Y LA FUNCION, SE HA MANTENIDO INFORMADA A LA FAMILIAR SU MADRE, DE LA CONDICION CLINICA ESTABLECIDA Y DEL PESIMO PRONOSTICO PARA LA VIDA, LO CUAL VERIFICAMOS QUE LA MADRE COMPRENDA A PESAR DE LA SITUACION.

Evolución realizada por: DARIO DE JESUS PADILLA CANTILLO

Fecha: 14/12/16 23:41:08

A folios 275-277:

NOTAS ENFERMERIA

NOCHE 14/Diciembre/2016 desde las 19:00 hasta las 7am de 15/Diciembre/2016

19:00, Recibo paciente en su unidad en muy malas condiciones de salud, bajo efectos de sedoanalgesia, con escala de rass -4 con mínima respuesta a estímulos externos, bajo estricta vigilancia médica, at examen físico se observa con pupilas isocóricas reactivas a la luz, mucosas húmedas, sonda orogástrica permeable y cerrada, tubo endotraqueal numero 8 conectado a ventilador mecánico con parámetros A/C vt 380 fr 20 peep 10 fio2 100% acoplada a ventilación mecánica, cuello móvil con leve edema, con introductor de marcapaso transitorio permeable y

cerrado fijado con puntos de sutura cubierto con apositivos estériles y secos sin evidenciar signos de infección, catéter venoso central permeable en subclavia derecha fijado con puntos de sutura cubierto con tegaderm sin evidenciar signos de infección pasando infusión de norepinefrina 8mg + 250cc de ssn 0.9% a 62.3cc/hr, midazolam 150mg + 250cc de ssn 0.9% a 10cc/hr, fentanyl 2mg + 250cc de ssn 0.9% a Scc/hr, infusión de milrinona cerrada



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

todos en bomba de infusión, más monitoreo de PVC funcionante conectado a monitor, tórax con herida quirúrgica por

esternotomía cubierta con apósitos estériles y secos con equimosis alrededor de herida, más hilo de marcapaso epicardio no funcionante cubierto, tubo de drenaje mediastinal conectado a pleurovac con succión continua debitando escasamente, tubo a tórax lado izquierdo permeable conectado a pleurovac con succión continua debitando escasamente, abdomen blando ala palpación, extremidades superiores presentes y edematizadas más heridas quirúrgicas en ambas inguinales cubiertas con apósitos estériles, con línea arterial en braquial izquierda funcionante conectado a monitor, se evidencia leve enrojecimiento en región sacra, genitales externos normales eliminando por sonda vesical conectada a cystoflo a drenaje libre, extremidades inferiores presentes y normales, resto de piel integra, se continua control de signos vitales diuresis tomados y anotados, en anuria y tendiente a la hipotensión médico de turno enterado

20:00, control de signos vitales + diuresis tomados y anotados, paciente que se valora por cx cardiovascular para colocación de catéter mahurka para diálisis continua, se realiza asepsia y antisepsia con técnicas asépticas y materiales estériles, médico cx cardiovascular corta punta de catéter para introductor de marcapaso transitorio con migración endovascular del lumen del mismo se intenta recuperar por sus propios medios utilizando técnicas quirúrgicas con apoyo de equipo de pequeña cirugía sin éxito se observa leve sangrado se comunica de inmediato con equipo de hemodinamia para recuperación del mismo quienes indican intervendrán se sella punto de inserción con punto de sutura se deja cubierto con apósitos estériles y secos se administra hidrocortisona 100mg iv diluido y lento, meropenem 1gr iv diluido y lento, se aumenta goteo de infusión de norepinefrina por indicación médica a 80cc/hr debido a hipotensión sostenida.

21:00, control de signos vitales + diuresis tomados y anotados, no se realiza cambio de posición por inestabilidad hemodinámica bajo indicación médica se realiza solo cuidados y lubricación de piel, se valora n ronda medica por especialista en turno de mañana quien deja indicaciones que se siguen de inmediato, se administra bolo de ss hartman 500cc por indicación médica debido a hipotensión sostenida.

22:00, control de signos vitales + diuresis tomados y anotados, se continua nueva infusión de norepinefrina 8mg + 250cc de son 0.9% a 80cc/hr en bomba de infusión, se administra gluconato de calcio 1amp iv diluido y lento, vancomicina 1gr iv diluido y lento.

20:10, se realiza asepsia y antisepsia por jefe de turno en femoral derecho para colocación de catéter para diálisis, el cual se coloca por cardio endovascular con éxito posterior a 3 intentos usando nuevo catéter mahurka, se deja permeable se fija con puntos de sutura cubierto con apósitos estériles y secos, se comunica de inmediato con servicio de terapia renal quienes acuden al llamado y preparan máquina de hemodiafiltración venovenosa continua por 72hrs jefe de turno pasa reporte de evento adverso y queda soporte en historia clínica.

23:00, control de signos vitales diuresis tomados y anotados, recibe cuidados y lubricación de piel, paciente persiste en delicadas condiciones clínicas bajo estricta vigilancia médica, paciente se conecta a máquina de hemodiafiltración venovenosa continua por 72hrs bajo indicación de nefrología por jefe de área renal con técnicas asépticas aun persistiendo hipotensión de la paciente, se modifica parámetros ventilatorios por topista de turno bajo indicación médica fio2 80% peep 8.

00:00, control de signos vitales + diuresis tomados y anotados, se toma glucometría control tomada y anotada, se modifica infusión de norepinefrina se prepara norepinefrina 16MG + 250cc de ssn 0.9% a 58.5cc/hr en bomba de infusión por indicación médica.

1am: (15/Diciembre/2016) control de signos vitales + diuresis tomados y anotados, paciente persiste con inestabilidad hemodinámica no se realiza cambio de posición bajo indicación médica se realiza solo cuidados y lubricación de piel.



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

2am: control de signos vitales + diuresis tomados y anotados, se revalora en ronda medica por especialista en turno de noche quien deja indicaciones médicas que se cumplen de inmediato, se administra metoclopramida 10mg iv diluido y lento.

3am: paciente continua en la unidad en iguales condiciones clínicas, bajo estricta vigilancia médica, tendiente a la hipotensión, se continuo control intensivo de signos vitales + diuresis tomados y anotados, se realiza solo cuidados y lubricación de piel paciente conectada a máquina de diálisis.

4am: control de signos vitales + diuresis tomados y anotados, se toma muestra de sangre por jefe de turno para exámenes médicos ordenados y se llevan a laboratorio en espera de resultados, se administra hidrocortizona 100mg iv diluido y lento, meropenem 1gr iv diluido y lento, con leve tolerancia a terapia de diálisis, se continua nueva infusión de fentanyl 2mg+ 250cc de ssn 0.9% a 5cc/hr en bomba de infusión
3am: control de signos vitales + diuresis tomados y anotados, recibe aseo general en cama + cuidados y lubricación de piel + lavado bucal + cambio de pañal desechable y aplicación de crema antiescara + cambio de tendidos y arreglo de la unidad, paciente con inestabilidad hemodinámica bajo estricta vigilancia médica.

5:30am, se realiza curación de herida por estemotomía y por tubos de drenaje mediastinales y inguinales por jefe de turno utilizando técnicas asépticas y materiales estériles, se dejan cubiertas con apósitos estériles y secos.

6am: control de signos vitales + diuresis tomados y anotados, se continua nueva infusión de norepinefrina 16mg +250cc de ssn 0.9% a 5835cc/hr en bomba de infusión, se administra omeprazol 40mg iv diluido y lento, se toma ekg control por jefe de turno y se deja soporte en historia clínica se le notifica a médico de turno, se continua nueva infusión de midazolam 150mg + 250cc de ssn 0.9% a 10cc/hr en bomba de infusión.

6:45am, se inicia nueva infusión de adrenalina 10mg+ 100cc de ssn 0.9% a 15cc/hr en bomba de infusión por indicación médica debido a hipotensión sostenida

7am: queda paciente en su unidad en muy malas condiciones de salud, bajo efectos de sedoanalgesia, con escala de rass -5 sin respuesta a estímulos externos, bajo estricta vigilancia médica, al examen físico se observa con pupilas isocóricas reactivas a la luz, mucosas húmedas, sonda orogástrica permeable y cerrada, tubo endotraqueal número 8conectado a ventilador mecánico con parámetros A/C vt 380 fr 20 peep 8 fio2 80% acoplada a ventilación mecánica, cuello móvil con leve edema, con punto de sutura en yugular derecho por evento adverso ya mencionado sin evidenciar sangrado, catéter venoso central permeable en subclavia derecha fijado con puntos de sutura cubierto con tegaderm sin evidenciar signos de infección pasando infusión de norepinefrina 16mg + 250cc de ssn 0.9% a 58.5cc/hr, midazolam 150mg +250cc de ssn 0.9% a 10cc/hr, fentanyl 2mg + 250cc de ssn 0.9% a 5cc/hr, adrenalina 10mg + 100cc de ssn 0.9% a 15cc/hr en bomba de infusión todos, más monitoreo de PVC funcionando conectado a monitor, tórax con herida quirúrgica por estemotomía cubierta con apósitos estériles y secos con equimosis alrededor de herida, más hilo de marcapaso epicardio no funcionando cubierto, tubo de drenaje mediastinal conectado a pleurovac con succión continua debitando escasamente, tubo a tórax lado izquierdo permeable conectado a pleurovac con succión continua debitando escasamente, abdomen blando ala palpación, extremidades superiores presentes y edematizadas más heridas quirúrgicas en ambas inguinales cubiertas con apósitos estériles, con línea arterial en braquial izquierda funcionando conectado a monitor, se evidencia leve enrojecimiento en región sacra, genitales externos normales eliminando por sonda vesical conectada a cystoflo a drenaje libre, extremidades inferiores presentes y normales, resto de piel integra, queda bajo seguimiento médico y cuidados de enfermería con barandas elevadas.

p/ valoración por área de hemodinamia para extracción de lumen de int de marcapaso trans
Nota realizada por: SILVANA CAMPANELA

Fecha: 15/12/16 07:00:00



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

Fecha: 15/12/16 16:06:50

EVOLUCION MÉDICO

"INTERCONSULTA POR NUTRICION"

PACIENTE FEM DE 16 AÑOS DE EDAD CON LOS SGTES DX:

- 1.- INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA, EN ARM.
- A.-S.D.R.A POST CIRCULACION EXTRACORPOREA VS TRALI.
- 2.- POP REEMPLAZO DE VALVULA MITRAL POR PB
- 2.1 SIRS POSTBOMBA (CEC 227 MINUTOS Y CLAMP 93 MINUTOS).
- 3.- SINDROME VASOPLEJICO.
- 4.- CARDIOMIOPATIA VALVULAR+ DILATACION SEVERA AI.
5. IRA AKIN III EN TERAPIA RENAL SUSTITUVA

6.- ANTEC: CARDIOPATIA CONGENITA, PLASTIA DE VALVULAS AV A LOS 4 AÑOS.
ENCUENTRO PACIENTE FEMENINA DE 16 AÑOS DE EDAD, EN SU 3ER DIA DE POP DE REEMPLAZO VALVULAR, BAJO SOPORTE DE MENTILACION MECANICA INVASIVO EN EL MOMENTO ACOPLADA, ANURICA BAJO TERAPIA DE RENAL SUSTITUTIVA, ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, PERISTALTISMO POSITIVO.
EXTREMIDADES: EUTROFICA, EDEMA GRADO III. LIGERA PALIDEZ MUCOCUTANEA, ABUNDANTE CABELLO, BRILLANTE, PIEL INTACTA, HIDRATADA, SIN SIGNOS DE MALNUTRICION.

LABORATORIOS:

GLICEMIA: 66

BUN: 48

CREA: 3.31

K: 6.55

NA: 145

HB 8.4

RESULTADOS DE LABORATORIOS EVIDENCIA ANEMIA, HIPOGLICEMIA, FUNCION RENAL ALTERADA CON AZOADOS LIGERAMENTE ELEVADOS SE REALIZA VALORACION NUTRICIONAL NUTRICIONA GLOBAL SUBJETIVA POR ORDEN MEDICA DX NUTRICIONAL: NORMAL CON RIESGO NUTRICIONAL MODERADO PLAN: INICIO DE SOPORTE NUTRICIONAL ENTERAL POR SONDA OROGASTRICA CON AMINOACIDOS ESCENCIALES ESPECIALES PARA PCTE EN TERAPIA RENAL.

3 DOSIS/DIA DE 237ML C/U ESQUEMA: 6PM-9PM-6AM VELOCIDAD: 70CC/HR

APORTANDO: 1275 KCAL/DIA

PROTEINA: 19.1KCAL

GRASA: 68.1KCAL/DIA

CHO: 113.7 KCAL/DIA

VERIFICAR TOLERANCIA Y MODIFICAR

CONTINUA SEGUIMIENTO POR NUTRICION

A folios 290-293 en la cual consta en registro anotado las causas del fallecimiento y las maniobras realizadas por el personal clínico para mantenerla con vida, tal como consta en:

EVOLUCION MÉDICO

NOTA RETROSPECTIVA PARADA CARDIACA.

PACIENTE CON IMPRESIONES DIAGNOSTICAS Y SOPORTES ESTABLECIDOS, PRESENTA PARADA CARDIACA SE INICIAN MANIOBRAS DE RCCP DURANTE 40 MINUTOS, SIN OBTENER RESULTADOS, SE DECLARA FALLECIDA 16:10 HORAS, SE AVISA A LOS FAMILIARES, SE LLENA ACTA DE DEFUNCION NUMERO 71084773-0.

Evolución realizada por: CARLOS EDUARDO REBOLLEDO MALDONADO

Fecha: 15/12/18 17:00:23



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

NOTAS ENFERMERIA D.C.S.M.SANTOS

15 DICIEMBRE 2016

07:00 recibo paciente femenina en su unidad en muy malas condiciones de salud, bajo efectos de sedo analgesia, escala de rass-5 sin respuesta a estímulos extremos, bajo estricta vigilancia médica, al examen físico se observa con pupilas isocóricas en 2mm reactivas a la luz, mucosas húmedas, sonda orogástrica permeable y cerrada, tubo endotraqueal numero 8 conectado a ventilador mecánica con parámetros establecidos fic2 al 100% acoplada a ventilación mecánica, cuello móvil con edema, con punto de sutura en yugular derecho por evento adverso sin evidenciar sangrado, catéter venoso central permeable en subclavia derecha fijado con puntos de sutura cubierto con tegaderm sin evidenciar signos de infección pasando infusión de norepinefrina 16mg +250cc de ssn 0.9% a 58.5cc/hr, midazolam 150mg + 250cc de ssn 0.9% a 10cc/hr, fentanyl 2mg + 250cc de ssn 0.9% a 10cc/hr, adrenalina 10mg+ 100cc de ssn 0.9% a 10cc/hr todo por bomba de infusión, medición de PVC funcionante conectado a monitor, tórax con herida quirúrgica por esternotomía cubierta con apósitos estériles y secos con equimosis alrededor de herida, más hilo de marcapaso epicardico no funcionante cubierto, tubo de drenaje mediastinal conectado a pleurovac con succión continua debitando escasamente, tubo a tórax lado izquierdo permeable conectado a pleurovac con succión continua debitando escasamente, abdomen blando a la palpación, extremidades superiores presentes y edematizadas más heridas quirúrgicas en ambas inguinales cubiertas con apósitos estériles, catéter mahurcar en femoral derecho conectado a máquina de hemodiálisis línea arterial en braquial izquierda funcionante conectado a monitor, se evidencia leve enrojecimiento en región sacra, genitales extremos normales eliminando por sonda vesical conectada a cystofio a drenaje libre anúrica, extremidades inferiores presentes edematizadas se observa clausis distal, resto de piel integra.

07:40 PACIENTE PRESENTA TV POR ORDEN MEDICA SE ADMINISTRA 1AMP. DE AMIODARONA, POR ORDEN MEDICA SE SUBE GOTEO INFUSION DE NOREPINEFRINA.

07:50 CONTINUA CON TV POR ORDEN MEDICA SE ASMINISTRA 1AMP, IV DE AMIODARONA.

08:00 CONTROL DE SIGNOS VITALES ANOTADOS. ANURICA, NO SE REALIZA CAMBIO DE POSICION POR INESTABILIDAD HEMODINAMICA. GLUCOMETRIA CONTROL 76MG/DL.

08:15 PACIENTE CONTINUA HIPOTENSO POR ORDEN MEDICA SE SUBE GOTEO DE INFUSION DE VASOPRESINA.

08:30 PACIENTE PRESENTA FRIBRILACION VENTRICULAR POR ORDEN MEDICA SE INICIA INFUSION DE AMIODARONA 600MG EN 100CC SSN 0.9% A SCC/H POR BOMBA DE INFUSION.

08:40 PACIENTE CONTINUA HIPOTENSA 88/45 MEDIA 51 SE SUBE GOTEO INFUSION DE NOREPINEFRINA.

09:00 CONTROL DE SIGNOS VITALES ANOTADOS. ANURICA. POR ORDEN MEDICA SE INICIA INFUSION DE DOBUTAMINA 1AMP. EN 100CC SSN 0.9% A 3CC/H. SE REALIZA GLUCOMETRIA CONTROL 42MG/DL POR ORDEN MEDICA SE ADMINISITRA DEXTROSA AL 50% 50CC EN BOLO.

09:05 PACIENTE PRESENTA PARADA CARDIACA TIPO TAQUICARDIA VENTRICULAR SE REALIZA MANIOBRAS DE RCP POR MÉDICO EN TURNO ORDENA SUSPENDER ADRENALINA Y SE INCIA SULFATO DE MAGNESIO, SUSPENDE HEMODIALISIS. POR ORDEN MEDICA SE INICIA INFUSION DE VASOPRESINA ZAMP. EN 100CC SSN 0.9% A 10CC/H.



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

09:10 POR ORDEN MEDICA SE ADMINISTRA GLUCONATO DE CALCIO SAMP. IV EN BOLO. PACIENTE CONTINUA POR ORDEN MEDICA SE SUBE GOTEIO DE INFUSION DE VASOPRESINA.

09:30 POR ORDEN MEDICA SE ADMINISTRAN 10AMP. DE BICARBONATO EN BOLO.
09:40 SE REALIZA GLUCOMETRIA CONTROL 22MG/DL POR ORDEN MEDICA SE ADMINISTRA DEXTROSA AL 50% 100CC EN BOLO.

09:50 POR ORDEN MEDICA SE ADMINISTRA 1AMP. DE CALCIO IV, 2AMP, DE AMIODARONA IV.

10:00 CONTROL DE SIGNOS VITALES ANOTADOS. ANURICA, POR ORDEN MEDICA SE REALIZA EKG POR JEFE EN TURNO. SE REALIZA GLUCOMETRIA LA CUAL REGISTRA LO POR ORDEN MEDICA SE ADMINISTRA DEXTROSA AL 50% BOLO 250CC.

11:00 CONTROL DE SIGNOS VITALES ANOTADOS. PACIENTE ANURICA POR ORDEN MEDICA SE ADMINISTRA 2AMP. DE CALCIO. CONTINUA CON HIPOGLICEMIA SOSTENIDA SE ADMINISTRA BOLO DEXTROSA AL 50% 250CC.

11:10 SE REALIZA ECOCARDIOGRAMA T/T POR LA DOCTORA LEIDY AGAMEZ.

11:20 POR ORDEN MEDICA SE ADMINISTRAN 10AMP. DE BICARBONATO EN BOLO.

11:45 SE REALIZA GLUCOMETRIA CONTROL 422MG/DL.

12:00 CONTROL DE SIGNOS VITALES ANOTADOS, PACIENTE CONTINUA ANURICA. PACIENTE REALIZA CAMBIO PUPILAR A 4MM NEGATIVOS.

12:20 SE REALIZA ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFOGICOCO POR LA DOCTORA LEIDY AGAMEZ. PACIENTE POR ORDEN MEDICA SE ADMINISTRA VECURONID ACC IV.

12:30 SE ADMINISTRA VECURONIO 4CC IV POR ORDEN MEDICA.

13:00 CONTROL DE SIGNOS VITALES ANOTADOS, PACIENTE CONTINUA ANURICA. GLUCOMETRIACONTROL 149MG/DL.

14:00 CONTROL DE SIGNOS VITALES ANOTADOS, GLUCOMETRIA CONTROL LO POR ORDEN MEDICA SE ADMINISTRA BOLO DEXTROSA AL 50% DILATA PUPILAS A 8MM NEGATIVAS. PACIENTE CONTINUA ANURICA. NO SE REALIZA CAMBIO DE POSICION POR INESTABILIDAD HEMODINAMICA. PACIENTE CONTINUA HIPOTENSA SE SUBE GOTEIO DE INFUSION DE VASOPRESINA.

14:30 PACIENTE PERSISTE CON HIPOGLICEMIA POR ORDEN MEDICA SE ADMINISTRA BOLO DEXTROSA 100CC POR BOMBA DE INFUSION.

14:35 POR ORDEN MEDICA DR. ROBOLLEDO SE RECONECTA PACIENTE A MAQUINA DE DIALISIS.

15:00 CONTROL DE SIGNOS VITALES ANOTADOS, PACIENTE CONTINUA ANURICA. PACIENTE REALIZA PARADA CARDIORESPIRATORIA SE ACTIVA CODIGO AZUL, MÉDICO EN TURNO DR. REBOLLEDO TOMA LIDERAZGO, SE SUSPENDE DIALISIS, SE CIERRA INFUSION DE AMIODARONA, SE REALIZA MANIOBRAS DE RCP, MASAJE CARDIACO, SE ADMINISTRA ADRENALINA 1MG CADA 3MIN POR ORDEN MEDICA, SE CONTINUA REANIMACION SE ADMINISTRA 1AMP. DE GLUCONATO DE CALCIO Y 10AMP. DE BICARBONATO PACIENTE PERSISTE SIN SIGNOS VITALES Y ASISTOLIA, MÉDICO CONTINUA CON MASAJE CARDIACO CONTINUO LUEGO DE 40 MINUTOS MÉDICO EN TURNO DECLARA FALLECIMIENTO A LAS 16:10 DEL 15 DICIEMBRE DEL 2016 DA AVISO A LOS FAMILIARES. SE RETIRAN DISPOSITIVOS MÉDICOS, SE ALISTA CUERPO PARA TRASLADO A LA MORGUE.

Nota realizada por: YELIS LAMBRANO FLEREZ

Fecha: 15/12/16 19:00:00

Se procede a analizar los interrogatorios y testimonios recepcionados en el transcurso de las audiencias adelantadas por este despacho, encontrando como relevante lo siguiente:

INTERROGATORIOS DE PARTE:

En el interrogatorio practicado al señor **SAMUEL SANTOS CORREA**, se puede extraer lo siguiente: el fundamento de su demanda es por la negligencia que tuvo la clínica, la entidad prestadora de servicio y el médico, manifiesta el declarante que la menor estuvo enferma el día 1 de noviembre del 2016 donde fue llevada a la clínica la misericordia donde fue atendida por el doctor Villamizar, la menor no podía caminar, convulsionaba, el doctor la examino y le receto unos medicamentos y fue dada de alta, luego el 25 de noviembre del 2016 la menor fue llevada a la clínica donde se quedó hospitalizada.

El núcleo familiar de la menor fallecida estuvo conformando por Enith moreno Andrade, Rafael de Jesús, Manuel de Jesús, y Samuel santos. A los 16 años de edad falleció, manifiesta el declarante que a la menor en el año 2005 le fue predicada una operación de corazón, quien realizo su seguimiento fue el doctor Luco Méndez.

Manifiesta el declarante que la menor comenzó a tener sus complicaciones desde el año 2014, dichas complicaciones eran leves, como mareos, salía a caminar se cansaba rápido, reafirmando lo que decía el doctor Lupo Méndez antes de cumplir los 18 años debía predicarse otra cirugía, y además dicto una orden para que a la menor la atendiera un especialista, dicha orden fue dictada en el año 2016 pero no se conoce el día exacto. CAJA COPI era consciente de la patología de la paciente y que su condición era especial, por lo que a veces la atendían bien o se le daba el paseo de la muerte, para el declarante la preposición antes mencionada consistía en la menor era internada en la clínica y la EPS no le daba la orden a tiempo esperando la orden se acercaba su fallecimiento.

El padre de la menor compartía techo con la fallecida, lo que le permitía evidenciar como primera persona la condición médica de su hija, la menor no tenía un estado de salud estable, un día estaba bien al otro mal, es por esa razón que se decidió llevarla por segunda vez y de allí se quedó hospitalizada en la clínica misericordia, las dos veces que fue llevada a la clínica quien la asistió fue la madre de la menor, luego de estar hospitalizada se le realizo una operación, en la intervención quirúrgica le dejaron un catéter de forma irregular dentro de su cuerpo, según sus declaraciones, los familiares nunca solicitaron que se le hiciera una necropsia y la familia nunca fue informada sobre el objeto que se le quedo dentro del cuerpo de la menor, manifiesta el padre que la forma en que obtuvo la información acerca del mal procedimiento fue a raíz de los murmullos que se pronunciaban en los pasillos de la clínica.

Continuando con el interrogatorio de la señora **ENITH DEL CARMEN ANDRADE**, madre de la menor fallecida, manifestó que los motivos que la impulsaron a presentar la demanda, fue a razón de que el 1 de noviembre del 2016, lleva a su hija a la clínica porque se encuentra muy mal de salud y es atendida por el doctor Villamizar, pero no la hospitaliza, sino que la devuelve para la casa con unas ordenes médicas para llevarlas a CAJA COPI, dichas ordenes contenían la práctica de una operación, el 8 de noviembre autorizan las ordenes, pero estás estaban erradas porque no era lo que la menor necesitaba. Manifiesta la EPS que debía esperar, expresa la madre de la menor que el tiempo que debió esperar fue desde



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

el 8 de noviembre hasta el 13 de diciembre del 2016, luego la menor se le complico su condición médica y fue llevada a la clínica hasta su fallecimiento.

Expresa la madre de la menor, que el médico tratante decía que el diagnóstico que lleva su hija era grave, además, se le debía practicar una cirugía lo más pronto posible, la madre de la menor era consciente del procedimiento que se le debía practicar a su hija, la primera cirugía que se le practico a la joven fue en el año 2005 por un soplo que tenía pero le quedo bien, realizada luego la otra cirugía fue a raíz de una obstrucción que tenía en su válvula y razón por la cual se le tenía que hacer el remplazo de su válvula mitral, el lapso de tiempo que tuvo la menor desde el año 2005 hasta el 2016 su comportamiento era de la de una adolescente normal, comenzó a presentar complicaciones médicas desde el año 2014, donde se desmayaba, se cansaba y la madre de la menor la lleva al médico para que se le realizaran sus controles médicos, antes de cumplir los 18 años de edad se le debía practicar el remplazo de válvula y que precisamente se le practica fecha previa antes de su fallecimiento.

Manifiesta la declarante que el primer motivo que indujo al fallecimiento de la menor fue el catéter que le dejaron dentro de su cuerpo, pero no fue el único motivo que existió para que falleciera la menor, expresa la madre que el catéter que le dejaron dentro del cuerpo de su hija, fue porque el médico tratante al momento de retirarlo lo corto muy corto y se incrusto en una de sus válvulas buenas, pero en la clínica no dijeron nada y expresa la declarante que lo sabe porque dichas afirmaciones consta en el expediente de la historia clínica, las otras razones fue porque CAJA COPII demoro mucho para dar las ordenes médicas y el médico al saber la condición mala de salud del paciente decidió mandarla para la casa con unos medicamentos y con absoluto reposo como consta en la historia clínica.

Según la madre de la menor se entera 3 meses después que los verdaderos motivos por los que se murió su hija, fue por una empleada que laboraba ahí, que se comunicó con ella y le dijo que su hija se la habían matado, y que no se había muerto como le hicieron creer en la clínica.

Así mismo en el interrogatorio de **RAFAEL DE JESUS SANTOS MORENO**, manifiesta el hermano de la menor que las razones que lo incitaron a la interposición de la demanda fue por lo demora que tuvo la EPS para autorizar la operación, primero se demoraron para la autorización de la orden médica, luego cuando la entregaron la orden medica está estaba equivocada debido a que no correspondía a la cirugía que necesitaba su hermana, manifiesta el familiar que se debió esperar un tiempo para que se le autorizara la orden correcta, dice el declarante que no sabía con certeza del procedimiento que se le debía practicar a la menor, pero que un catéter se quedó dentro del cuerpo de la menor de manera irregular, que se entera de los sucesos y del estado de salud de su hermana porque su madre estuvo presente y lo tenía informado de todo, y no pudo estar presente porque era menor de edad.

Manifiesta el familiar de la paciente que la menor tenía una cita programada para el 1 de noviembre del año 2016 la cual consistía en que debía quedad internada pero que el médico tratante no lo considero necesario, lo cual le receto unos medicamentos, que se le se fueron suministrados, pero siguió con desmayos, mareos, cansancio, lo que inquieto a la madre de la menor y decidió llevarla al médico el día 20 del mes de noviembre, recalca el declarante que su hermana antes



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

de la fecha de su fallecimiento asistía a todos sus controles y estaba estable con su enfermedad.

En el interrogatorio de **MANUEL DE JESUS SANTOS MORENO**, manifestó el hermano de la menor que los motivos que lo impulsaron para interponer la demanda fue por la negligencia que tuvo CAJA COPI por la demora que presentó la EPS para enviar la autorización de la cirugía y cuando la envió lo hizo de manera errónea, el familiar de la menor desconoce el tiempo que tardó la entidad prestadora de servicio para autorizar la correcta orden médica para la cirugía, pero uno que desconoce el tiempo exacto considera que si hubo lapso de tiempo considerable para que se expediera la orden correcta para que se practicara la cirugía aun cuando la hermana se encontraba mal de salud, la menor tuvo una eventualidad en el colegio donde se desmayó y se comunicaron con los familiares fue llevada al clínica y según declaraciones del pariente fue entendida por consulta externa y no por urgencia. La información la expresa con base a los conocimientos que le brindó un médico particular, pero desconoce el nombre del médico. Expresa el declarante que su hermana antes del evento que presentó su hermana en el colegio tenía una vida normal, como una adolescente normal.

En el interrogatorio de **RAFAEL GUSTAVO MORELO CARMONA** dispuso el abuelo de la menor, que los motivos que lo impulsaron a interponer la demanda fue a razón de que su nieta estuvo enferma del corazón, donde se la llevaron al hospital porque se estaba ahogando allí permaneció hospitalizada, tiempo después fue que la EPS autorizó la orden, pero cuando lo hizo ya era demasiado tarde, el pariente de la menor la visitaba cuando estaba en barranquilla. Según el abuelo dispone que mientras su instancia de vida la menor se encontraba en buenas condiciones, en un buen estado de salud, y tenía comportamientos de una joven normal, según manifiesta el pariente la menor, la niña fue operada cuando tenía 4 años, salió muy bien de su operación, estudiaba y se comportaba muy bien, la muchacha tenía problemas del corazón y necesitaba atención médica.

Expone el familiar lo que sucedió fue porque hubo mucha falta de atención por parte de los especialistas de la salud, después de haberla operado dice el declarante que los médicos le decían a sus parientes que ella se iba a mejorar y que iba a salir bien de todo, pero así no fue, el pariente no estuvo presente en ninguna cita médica con la menor, debido a que se tuvo que ir para su casa, dispone el abuelo de la menor que después de la cirugía fue se corrió la noticia que su nieta se había muerto.

Así mismo **EVELSA SANTOS CORREA** familiar de la menor manifestó que la razón que la motivo para impetrar la demanda fue porque hubo negligencia por parte de la EPS, del médico, y es por ese motivo que la menor falleció, para la declarante considera negligencia como la demora que presentó la EPS para atender diligentemente a la menor, dispone que, si hubiese sido atendida de manera oportuna no hubiese fallecido. Dispone el familiar de la menor que la niña siempre sufrió de problemas de salud, según el pariente que la EPS tuvo una demora para ser atendida, pero ella no estuvo con ella en la clínica, pero el conocimiento que tuvo del estado de salud de la menor fue porque la madre de la menor siempre le comunicó de su estado.



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

La señora **TERESA SANTOS CORREA** manifestó en su interrogatorio que tuvo para presentar la demanda, fue porque el señor **ELIECER** quien era el médico de la menor al momento de retirarle el catéter a la niña se le partió y se lo dejó ahí dentro de su cuerpo, el profesional no manifestó nada acerca de lo que había sucedido, el pariente tiene conocimiento de lo sucedido porque el papá de la menor le informaba, pero además recalca que en la EPS se comunicaron con la madre de la menor para que revisara la historia clínica y se dieran cuenta del porque había fallecido la niña, la tía de la menor era muy cercana de la niña, mantenía conversación muy frecuente por vía telefónica.

El señor **ABISMAEL SANTOS CORREA**, manifestó el pariente de la menor que los motivos que tuvo para presentar la demanda, fue por la negligencia que tuvo el médico al momento de retirarle el catéter y además se le dejó ir al corazón, expresa que tuvo comunicación de lo que le sucedió a la niña porque el padre de la menor le informaba de lo que sucedía, le comunicaba que la niña sufría del corazón, se asfixiaba y se desmayaba, mientras la instancia en vida de la menor el familiar tuvo contacto directo con ella como 3 ocasiones debido a que vivía lejos, pero por vía telefónica lo hacía frecuentemente.

Además el señor **AZAEEL SANTOS CORREA**, pariente de la menor que demandó al médico porque le dejó un catéter en el corazón, este suceso le originó la muerte a la niña además otro suceso que lo motivó a interponer de la demanda fue por la inoperancia que tuvo la EPS al momento de atender de manera oportuna a la niña, expresa el tío de la menor que tuvo conocimiento de lo sucedido porque el papá de la niña lo mantenía informado, el familiar estuvo con la menor en el año 2012, cuando la niña comenzó a presentar complicaciones médicas el pariente no estuvo presente.

MARTIN SANTOS CORREA, tío de la menor que presentó demanda contra el cirujano que atendió a la niña por el mal procedimiento de dejarle un catéter en el corazón, el tío de la menor tuvo conocimiento de lo actuado por el médico porque el padre se lo expresaba, pero este en ningún momento inspeccionó la historia clínica de la menor, pero le comentaron que la EPS tardó una semana para que le dieran la orden de operación, el pariente visitaba esporádicamente a la menor, pero se mantenía en contacto vía telefónica con ella, al momento del fallecimiento de la menor que no estuvo con ella al momento del suceso.

La señora **NIRIS DEL SOCORRO MORENO ANDRADE** declaró la declarante tía de la menor que los motivos que lo indujeron a presentar la demanda fue porque el médico no la atendió como debía hacerlo además dispone que el profesional de la salud después de la cirugía le dejó un catéter a la menor y este se fue vía al corazón, el familiar tuvo conocimiento de lo sucedido porque la madre de la menor le informaba y la mantenía al tanto, pero la tía no tenía mucha cercanía con su sobrina. La familiar era consciente de la patología que presentaba su sobrina además sabía que a la menor le tenía que realizar una operación cuando tuviera 14 a 15 años, pero que no sabe exactamente si le cambiaron la válvula que tenía en el corazón.



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

Así mismo, **LEILA ESTHER MORENO ANDRADE**, tía de la menor que los motivos que tuvo para interponer la demanda fue por la negligencia médica que se tuvo con la menor, considera como negligencia por el médico tratante no hospitalizo de manera inmediata a la menor, sino que espero hasta el día 25 de noviembre del 2016 para hospitalizarla, manifiesta la declarante que los motivos por el que no internaron a la niña fue porque el médico no considero la idea de hacerlo en ese momento, se debía esperar que CAJA COPII autorizara la cirugía pero dicha entidad no lo hizo de manera oportuna hasta el día 25 que la llevaron grave y la hospitalizaron. La tía de la menor estuvo con ella el día que la llevaron por urgencia hasta la fecha de su fallecimiento.

Expone la declarante que los motivos que existieron para que la menor falleciera fue por la demora que tuvo la EPS para autorizar la operación, además por el mal procedimiento que tuvo el médico al momento de retirarle el catéter por haber lo dejar ir al corazón y por la erróneas ordenes que autorizaba la EPS tiene ese conocimiento de lo sucedido porque la hermana la tenía informada pero no estuvo presente, la pariente se entera del objeto que se le quedo a la niña porque dicha información se encontraba detallada en la historia clínica, el médico en ningún momento informo que se le quedo un objeto muy irregular dentro de su cuerpo.

Declara la tía de la menor que estuvo presente cuando el médico le leyó los riesgos que se podían presentar dichos riesgos se lo manifestó de manera verbal, pero que además la tía de la menor noto cuando la madre firmo el consentimiento de dicha cirugía.

Declara **MARIA MARGARITA MORENO ANDRADE** la tía de la menor que los motivos que la incentivaron a interponer la demanda porque el cirujano no sustrajo el catéter que se le quedo en el corazón a la menor sino que se lo dejo ahí dentro de su corazón, además que la EPS demoro para que se le fuera suministrada la autorización a tiempo, lo que produjo el deceso la menor, la familiar de la menor estuvo con la niña un diciembre antes de su fallecimiento, cuando la pariente compartió tiempo con su sobrina ya notaba que la menor presentaba desmayos, ahogos y asfixias, la tía de la menor se comunicaba por vía telefónica muy frecuente. la pariente tiene conocimiento de la demora que tiene CAJA COPII para la expedición de la autorización por la comunicación que tenía su hermana y está la mantenía al tanto de todo lo que le sucedía a la menor.

Según **YULISA PATRICIA MORENO ANDRADE** las versiones de la tía de la menor interpuso demanda porque la clínica no atendió a la menor de manera correcta, porque la asistió por consulta externa a sabiendas que fue llevada por urgencias debiendo el especialista hospitalizarla, Pero las versiones de la tía no recuerdan exactamente en qué fecha la niña comenzó a presentar los mareos, los desmayos y presento a asfixiarse, CAJA COPII autorizo la cirugía 8 después de haberse remitido la orden, pero cuando fue autorizada fue realizada de manera incorrecta, la familiar tenía comunicación con la menor de manera telefónica, pero ella no estuvo presente en ningún procedimiento o cuando fue llevada por urgencia, y todo lo que le sucedió a la menor fue porque la madre se lo comunicaba.

Por parte de declaraciones de los demandados; CAJACOPI, OINSAMED S.A.S., Y ELIECER VILLAMIZAR DE LA HOZ, se puede extraer lo siguiente:



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

también unas fallas de sus padres, porque efectivamente lo que pudieron ver, era que venía con unas preexistencias con otras operaciones que fueron realizadas antes de llegar a la institución, más o menos lo que pude ver en la historia clínica desde el mes de junio del mismo año que ella fallece había tenido unas intervenciones, posteriormente en septiembre y hasta el mes de noviembre que ingresa a clínica es que los padres comienza pues, hacer la labor de llevar a la atención médica, porque la niña no hubiese podido hacerlo por ella misma, entonces hay unos tiempo anterior que debieron cumplirse de cuidado que lamentablemente se nota que no fueron cumplidos y desde el momento que llega a la institución, se cumplió con el deber de hacer, pero hubo unas preexistencias y unas fallas por parte de los padres de no haber dado la atención médica en los tiempos que la niña lo necesito.

La niña ingresa el 1 de noviembre, fue atendida por el Dr. Villamizar, quien le hace los estudios, el cual considero bajo su experiencia que no era necesario dejarla bajo los cuidados de la institución, dando le da a los padres para que busquen la autorizaciones que son de ley, cuando se tiene las autorizaciones es operada, el tiempo entre la autorización y la operación no fue prolongado ya que la niña fue operada el 12 de Diciembre, fue más tardío desde la intervención de junio, la segunda en septiembre, manifiesta que en la primera intervención de junio a la segunda de septiembre pasaron 3 meses, hace un comparativo entre estas intervenciones con la que ellos realizaron que es de un mes.

Manifiesta que una vez tuvo la autorización la niña fue operada, en cuanto a que la orden fuera devuelta, no declarante no tiene claridad al respecto.

Además, manifiesta que si la cirugía hubiera sido de urgencia el mismo noviembre se hubiera operado, el medico considero que se podía operar el 12 de diciembre, era una consideración del mismo médico, que se podía esperar ese tiempo, una cosa es la orden y otra la fecha en la cual efectivamente se programó la cirugía, la cual se cumplió.

Que la menor fue ingresada a la institución de salud el día 25 de noviembre por presentar quebrantos de salud, pero, aun así, no se consideró que debía ser operada ese día, por lo cual se estabilizo y se continuo con la programación de la cirugía del 12 de diciembre.

En el caso de la menor se realizó un comité médico y a la familia se le manifestó todo lo que conllevaba hacer la cirugía y los riesgos ante el estado de la menor, porque la niña tenía una preexistencia de una malformación genética, ella tuvo una intervención en el Hospital General de Barranquilla, el 13 de junio y otra 9 de septiembre, pero no aparece en el expediente que paso el día 13 de junio y si hubo seguimiento ante los médicos y el 9 de septiembre otra intervención en el Hospital Universitario, es decir, que la niña ya venía con cierta circunstancia que era desventajosa al momento de operarla, por lo que posterior a haber realizado un estudio clínico y una reunión de todo el personal médico se le advirtió a sus padres la delicadeza de la operación y ellos dieron su autorización.

Al serle preguntado por las intervenciones anteriores de las cuales ella narra, manifiesta que se encuentra en el expediente que el 13 de septiembre (por error dice septiembre cuando es junio), se le realizo un cateterismo cardiaco con un post quirúrgico y que hubo una severa dilatación de la aurícula izquierda y una intervención pulmonar, es decir, que ya tenía hallazgos delicados para la menor, y continua diciendo la declarante, que donde están los seguimientos que se le hicieron, que 9 de septiembre la paciente se le realiza un ecocardiograma realizada



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

en el hospital distrital, por el Dr. Fabián Ruiz, en el post operatorio hubo una corrección del canal, luego lo que presento para el mes de noviembre, manifiesta que desde el mes de septiembre a noviembre no se encuentra seguimiento médico soportado en la demanda, manifiesta que lo que está en el expediente demuestra que la niña cuando se sentía mal la llevaban al médico pero que no hay prueba de que se le hiciera seguimiento desde que nació hasta el lamentable fallecimiento. . En cuanto a pregunta del apoderado demandante, sobre la urgencia de la cirugía, manifestó que esa respuesta es netamente médica que ella solo responde de acuerdo la historia clínica, que por lo que vio la respuesta es que si, bajo el criterio del médico.

Manifiesta que si la situación de la menor hubiera sido para operarla de inmediato así se hubiera realizado por indicación del médico,

Al preguntársele sobre la autorización de la cirugía por CAJACOPI y la corrección de la autorización, manifestó que con la primera no se podía hacer la cirugía, porque se está en un sistema de salud si efectivamente se tiene un costo y hay unos valores que están autorizados, por lo cual CAJACOPI, cambio los costos, porque se está en un sistema que debe ser sostenible, pero efectivamente la menor nunca dejó de ser atendida aun esperando la orden.

Manifiesta que la orden si fue devuelta porque no cubrían los costos de la cirugía, con esa orden no se hubiera cobrado los costos de la cirugía, la institución le hubiera tocado asumir los costos, es que eso son códigos, autorizaciones, eso tiene un reglamento y tiene unos lineamientos, todo debe tramitarse en debida forma, pero dejo claro, que nunca se puso en riesgo la salud de la niña, ella permaneció en atención en la clínica, aun sin tener la autorización, se siguieron haciendo todos los procedimientos que tenían que hacerse y ese tiempo que duro se le hizo la preparación, por lo que el tiempo no la afecto en nada.

Declaración Dr. **ELIECER VILLAMIZAR DE LA HOZ**, que se puede resumir así:

Manifiesta que no estar de acuerdo con la demandan, con respecto al accionar profesional en cual estuve para el procedimiento que se realizó en la clínica la misericordia, ni en la parte profesional, asistencial, ni en la parte ética, ni mucho menos en la parte de algún desconocimiento que me respecta a mi actuar de mi profesión.

Normalmente nosotros hacemos una consulta que se llama consulta externa, de cirugía cardio vascular donde uno le llegan paciente de tipo ambulatorio, ella llevo a una consulta ambulatoria en la clínica la misericordia donde yo la atendí, ellos iban buscándome en otras clínicas donde yo ya no trabajaba y entonces fueron remitidos buscándome en mis servicios de cirujano cardio vascular ella programaron su consulta, me imagino con la orden de consulta externa emitida por CAJACOPI se programó, le llevo la consulta y ahí la conocí hice la consulta externa, con respecto a la enfermedad que ella tenía, le hice la valoración, luego después de la valoración solicite en la historia clínica, luego de haberle informado los riesgos y beneficios de la cirugía, si la mamá y la niña aceptaba, le explique y ellas consideraron que si en ese momento le solicite la autorización de la cirugía y pues ahí inicio todo el proceso.



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

no un procedimiento prioritario que es muy diferente a una urgencia y por ende esa niña se hizo el procedimiento se internó, se solicitó la cirugía como se solicitó como se hace con todos los pacientes y se hace el proceso normal para prepararla para que llegue en su mejor estado a su cirugía, porque la cirugía cardiaca como es una operación muy grande y se pudiera decir que es una de las cirugías más grandes y complicadas que existen, nosotros necesitamos llevar a los pacientes de una forma muy estable a la cirugía, a pesar de que venga graves, porque si nosotros los llevamos inestables, ya la probabilidad de muerte se triplica a un más siendo el estado del paciente en el caso de esta niña era prioritario más no era urgente y por ese motivo se solicitó la autorización de esa forma y por ese motivo se internó y por ese motivo se solicitó una válvula que se denominaba una válvula de larga duración que no se le coloca a todos los pacientes y que yo coloque en la misma historia está escrito donde se coloca solicito válvula de larga duración porque esa válvula de larga duración se coloca a pacientes como le explique a la niña y a la mamá, era una válvula biológica, y porque era una válvula biológica? Porque las válvulas mecánicas requieren auto coagulación y la niña estaba en edad productiva y si le colocáramos la válvula mecánica, el riesgo de quedar embarazada era muy alto que perdiera los bebés, como ella quería quedar embarazada teníamos que colocarle válvula biológica, pero las válvulas biológicas que se colocan todos los días para todos los pacientes, que normalmente se colocan a personas de mayores de 40 años esas válvulas biológicas se calcifican inmediatamente en niños como ellas que tenía una etapa bien temprana, entonces habían unas válvulas especiales que no se encuentran en todas las clínicas en el momento cuando uno indica la cirugía y se llaman válvulas de larga duración y esa fue la válvula que yo además de solicitar la cirugía prioritaria, solicite aparte la válvula biológica de larga duración para que la niña pudiera tener por lo menos uno no sabe, 3,4,5,6,7, años de edad o más, de pronto con la válvula biológica que hubiese permanecido porque normalmente esa de larga duración pueden demorar según lo que nosotros tenemos en la evidencia médica, pero sin embargo en ella era niña de 16 y la clasificación en ella era muy alta a un así yo pedí la válvula biológica de larga duración, una válvula especial es mucho más cara, no se encuentra en todos los lugares disponibles, porque si bien, uno en las clínicas tiene todas válvulas para operar, estas válvulas de larga duración no las hay casos excepcionales como el de ella se solicitó y este caso fue el que yo hice.

Al ser preguntado si la menor podía permanecer en casa hasta la cirugía, manifestó: probablemente si doctora, lo que sucede es una cosa nosotros colocamos prioritarios y nosotros bajo la prioridad podemos internar a los pacientes sobre todo el tipo de cirugía que ella tiene, pero la niña podía quedar en su casa esperando la autorización y esperando el procedimiento quirúrgico hasta que lo programáramos, la palabra prioritario en nosotros utilizamos dentro de las historias clínicas y que usamos dentro de nuestro argot médico porque nuestro argot que escribimos es totalmente técnico, la palabra prioritaria significa que tenemos un objetivo que debemos cumplir, pero la meta no está especificada cuando se debe hacer, a diferencia cuando uno escribe urgente, que yo no lo he escrito en una parte de la historia clínica porque la palabra urgente y emergente en medicina son palabras técnicas y cada una tiene un significado según la evidencia científica que nosotros manejamos, una urgencia debo resolverla máximo 24 hora, una emergencia yo



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

paciente nunca estuvo en un estado de gravedad porque de lo contrario, no porque yo lo diga, sino por todo el equipo multidisciplinario con el que trabajamos en una institución hospitalaria, hubiese dicho ella tiene indicación de estar en la unidad de estado intermedio o en la UCI, yo no la iba a meter a cirugía en un momento a otro así, entonces eso está mal por así decirlo mal direccionado por el punto de vista de que eso no existe, en medicina eso no existe.

Vuelvo y le explico ya le manifesté que prioritario fue lo que escribí y por eso por así decirlo, se podía esperar para el procedimiento quirúrgico, si yo hubiese escrito urgente porque en esa enfermedad, esa probable enfermedad que es una enfermedad valvular, para yo poder colocar que tenía que hacer de forma urgente ósea antes de 24 a 48 horas por X o por Y motivos, podían ser por varios motivos; 1. motivo que uno pudiera decir la estabilidad hemodinámica del paciente pero esa estabilidad hemodinámica que quiere decir, que se le baja la presión, se colocó mala yo no la iba llevar así inmediatamente a cirugía no, tenía que pasar a la UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVOS para estabilizarla ponerle medicamentos, ver porque se le bajo la presión, ver porque sucedió eso, probablemente hubiese habido por lo menos un cuadro urgente, en estos cuadros es que haya un taponamiento cardiaco que quiere decir un taponamiento cardiaco? Que por la insuficiencia cardiaca de la niña hubiese secretado mucho líquido dentro de la cavidad del corazón afuera, y ese líquido que se va acumulando porque la falla cardiaca está mal manejada por así decirlo en el sentido que se descompensó porque no se tomó los medicamentos o porque ya la enfermedad está demasiado severa y no hay nada que hacer y se repite y se repite el líquido acumulado en la cavidad pericárdica, ese líquido va aumentando según la inestabilidad del paciente y cuando el líquido aumenta presiona el corazón en ese caso es una conducta urgente y me toca aparte independiente de la enfermedad llevar a la paciente para nosotros operar de forma urgente en cirugía cardiaca, estoy hablando de cirugía cardiaca, en cirugía cardiaca los procedimientos urgentes son los taponamientos cardiacos un infarto agudo de miocardio que tapone una arteria y que produzca inestabilidad hemodinámica y por ende haya que hacerle después de todos los estudios como se hacen cateterismo y de uno determine también puede ser un procedimiento urgente dependiendo si es quirúrgico o no es quirúrgico, eso son los casos urgente en cirugía cardiaca, de resto doctora, todos los paciente de cirugía cardiaca son prioritarios ameritan la cirugía se deben programar, porque nosotros en cirugía cardiaca como es una cirugía que abrimos el pecho para que ustedes entendían abrimos el pecho, invadimos tantas cosa, invadimos arterias, invadimos todas las partes se intuba el paciente, ese un paciente que tiene alto riesgo de contaminación y de infección por ende el paciente cuando vaya a cirugía tiene que ir totalmente sin infección y nosotros con el protocolo que llevamos a nivel mundial nosotros le cogemos muestra a los pacientes, si nosotros vemos que el paciente tiene fiebre es un signo de alarma y nosotros decimos no se puede operar, entonces nosotros llevamos al paciente muy bien para el procedimiento quirúrgico para evitar que pueda tener una mayor complicación, además, de las complicaciones que tienen los pacientes, entonces eso en este caso no era el caso para nosotros decir que era una urgencia si fuese una emergencia, la emergencia hay que resolverla de forma inmediata y el corazón las únicas emergencia que existe es una herida por arma de fuego o por arma blanca, quiere decir un cuchillazo, una bala en el corazón que llega nosotros,



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

nosotros colocamos solicito cambio de válvula mitral más plastia de no sequé o más cambio de otra válvula o no seque, siempre colocamos nombres compuestos, cada procedimiento tiene un código dentro del tarifario que manejan las instituciones prestadoras de servicio y las entidades prestadoras de servicio, en nuestras especialidades somos muy minuciosos en pedir todo porque nosotros sabemos que administrativamente tanto la entidad que autoriza como la entidad que recibe el paciente ellos manejan sus procesos administrativos que nosotros los respetamos totalmente y en ese caso si la autorización que fue de repente mal transcrita, mal escrita no por mí, porque es difícil que nosotros hagamos algo diferente doctora, porque nosotros manejamos sistemas desde hace más de 15 años en el país, entonces, todas estas historias clínicas son sistematizadas y ya eso no se convierte con que la orden, porque el doctor no entendía como sucedía antes esto, ya no sucede, nosotros siempre emitimos la autorización sale de nuestro sistema cuando es ambulatorio, nosotros en el programa, nosotros elegimos el procedimiento que vamos hacer, elegimos el código y la orden sale con el código y con el procedimiento que el médico regularmente solicita, ya si la orden que emite la entidad prestadora de servicio por X o por Y motivo que uno no sabe y desconoce porque, entonces las entidades les toca devolver el procedimiento, como vuelvo y repito, la cirugía son prioritaria y aguanta este procedimentalismo entre comillas no es culpa de nadie, entonces puede hacerlo, en caso de que la cirugía hubiese sido urgente doctora, no existe autorización, no existe pedido, no existe EPS, no existe IPS, que le pueda decir al médico no opere porque yo en todos los lugares he operado sin ningún tipo de inconveniente, en ninguna institución hospitalaria del país, porque yo he operado en todo el país y ninguna institución prestadora de servicio del país, cuando nosotros colocamos urgente o emergente, nosotros operamos, yo todavía no recuerdo en mi tiempo de 27 años que tengo de médico de decir que yo no he entrado a un quirófano porque a mí una EPS me dijo que no o porque una IPS me dijo que no, no sé si seré el único médico con corona que tengo, pero yo voy al quirófano, y digo opero sin autorización es porque yo tengo la justificación médica para poder hacerlo en ese sentido doctora, no es motivo para mencionar si la autorización se devolvió o no se devolvió alguna cosa porque yo la hubiera operado, y la institución me hubiese dejado operarla a mí , en ese sentido se porque yo allá en ese clínica y en todas donde yo coloco y digo voy a operar es porque el paciente lo amerita doctora, entonces en ese sentido yo no le veo ninguna justificación a ninguna de las motivaciones que se están emitiendo.

En cuanto se le pregunto que, si la corrección de la orden de la cirugía puso en peligro la vida de la menor, manifestó: No señora, de ninguna manera porque vuelvo y lo repito no solamente soy yo como jefe en ese momento del equipo quirúrgico en el que yo estaba, no es por lo que yo diga no, porque es que inclusive está en la historia clínica operamos 2 cirujanos cardiovasculares, operamos un equipo quirúrgico altamente calificado, siempre, entonces si nosotros consideramos y nuestro criterio, porque una cosa es la autonomía y el criterio; el hecho es de ser autónomo que nos permite la ley ser autónomos en nuestro criterio está bien, pero el del que estábamos hablando es del criterio, nosotros tenemos el criterio médico de decir operamos mañana, allá se operaba mañana doctora, yo operaba en la clínica la misericordia y yo no recuerdo que me hayan dicho que no se opere por no tener la autorización si yo justifico que está sin autorización en la historia clínica eso



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

anestesiólogo, quiere decir AZA 5 que del 1 al 5 ella era la cirugía más grave, el antecedente de la cardiopatía congénita, el hecho de haber sido operada hacia 10 o 12 años atrás y haber demorado 12 horas eso hizo que tuviera un ritmo que ya estaba afectado en su primera cirugía en la etapa de la niñez, todas estas cuestiones contribuyeron a que el estado hemodinámico de ella después de cirugía era muy precario, nosotros hicimos todo el procedimiento como se hizo, que tenía que hacer, se cambió la válvula se hizo todo, pero el estado grave de la paciente sumo a que en la UCI tuviese un estado muy pero muy cebero lo que nosotros llamamos en postoperatorio un shock hemodinámico secundario a que estaba en un cuadro de que nosotros llamamos vaso dilatada para que ustedes entienda, cuando estaba vaso dilatada presión baja muchos medicamentos ella comenzó de nuevo a fallar el riñón como lógicamente podía suceder por el hecho del antecedente hacia 10 años de su cirugía anterior y eso iba a suceder entonces hubo la necesidad de cambiar un catéter, el mismo catéter que se encontraba arriba del cuello que había que cambiarlo por uno más grande, tiene un calibre mayor que se llama un catéter hemodiálisis, ya no solamente era para administrar medicamentos como el que habíamos colocado en el quirófano, sino que había que colocarle el de hemodiálisis, pero que sucedía este estado que estoy manifestado la paciente estaba en coagulopatía, esto quiere decir, que ella no coagulaba tenía todas las pruebas de laboratorio incoagulable sangraba por todos lados, necesitaba los médicos de la UCI que ella orinara, y aun con presión baja tenían que ponerle el catéter de hemodiálisis, ese catéter de hemodiálisis normalmente en la UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVOS lo colocan los nefrólogos o los mismos intensivistas pero el estado tan grave que estaba la paciente ninguno y el hecho que había sido operada 2 veces ya, que tenía cicatrices, que había sido puncionada por todos los lugares en la ingle, en todos los lugares, ningún especialista a pesar de la experticia se atrevía, entonces a mí me llamaron por el hecho de que pues yo tengo mucha experiencia en esto y tuve la necesidad que yo lo hiciera, pero decidimos no puncionarla porque si nosotros la puncionábamos agravábamos la situación, puncionar quiere decir que teníamos que puyarla con una aguja pero es que no la podíamos puyar porque cada que estímulo que hacíamos sangraba, entonces se decidió en cambiar el catéter que estaba en el cuello, para el cambio del catéter es un procedimiento que se hace y como yo mismo escribí, porque es que eso se sabe porque yo escribí, porque como vuelvo y repito uno escribe, porque uno tiene que hacer las cosas como deben ser, eso se encontró y se sabe porque yo, porque si yo no lo escribo nadie lo sabe, entonces yo lo escribí dentro de la historia clínica porque nosotros escribimos y describimos paso a paso lo que hacemos en cualquier procedimiento quirúrgico, más como cirujano que soy, entonces en la descripción yo coloque que precisamente para cambiar el catéter había que sacarlo y colocarle la guía que había que colocarle nueva para colocarle el catéter de mayor calibre, ese catéter de mayor calibre tiene una guía que es diferente a la otra guía y el hecho de que la paciente estaba con un problema de coagulación anatómicamente como lo llamamos nosotros, aquí una dificultad muy severa, el catéter no quedo adentro quedo fue la guía es una estructura maleable metálica que ella va por dentro del catéter para guiarnos la colocación del dispositivo en este momento la guía quedo adentro pero el catéter también quedo adentro porque necesitábamos, entonces en vista que el catéter se deslizó y quedo dentro en la vena cava superior a nivel función con el corazón que es normalmente donde queda los catéteres al quedar la guía ahí



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

y nosotros teníamos la urgencia de hacer la hemodiálisis el catéter los dejamos adentro para hemodializar, hicieron su procedimiento dialítico como debía hacerse de urgencia, porque lo necesitaba y se colocó el catéter de mayor calibre y el guía que estaba dentro cuando esos accidentes suceden nosotros normalmente llamamos a otros especialistas que se llaman hemodinamista, los hemodinamista son los que meten los catéteres los que de pronto hacen los cateterismo, los estén, todo este procedimiento eso fue como a las 2 de la mañana, entonces esos está escrito en la nota de enfermería, ellas llamaron al médico hemodinamista por vía telefónica y como es normal en todos estos procedimientos y que sucede porque estoy puede suceder, el hemodinamista dijo como está la paciente? Pregunto, se le dieron todos los datos igual como lo pensé yo pero yo en mi obligación si lo escribí para que se le avisara al hemodinamista por eso lo escribo porque si yo no lo escribo el hemodinamista no tiene por qué llamarlo, entonces yo tuve escribir para que se quedó dentro, para que el hemodinamista dijera el hemodinamista colocara algo que nosotros manejamos en la UCI sobre todo y en el quirófano de riesgo beneficio la paciente estaba demasiado grave para trasladarla a la unidad de hemodinamia que es la unidad que se puede sacar esas guías, por qué? Porque para eso hay unos implementos especiales que uno utiliza y uno coloca una pincita por dentro de la vena inferior y uno jala el catéter y esto sucede todos los días, no con todo los pacientes lógicamente e inclusive hay guías de estos que hay pacientes que han tenido esas guías durante mucho tiempo que nosotros cuando lo examinamos y miramos y hacemos los exámenes preferimos dejarlo adentro porque cuando ya ello se adhieren a la pared del vaso endotelial entonces ya nosotros preferimos no quitarlo porque puede presentar una complicación peor, entonces, todo esto está escrito ahí porque yo lo escribí doctora, que ese es el procedimiento normal eso fue un hallazgo yo no lo diría un a hallazgo incidental es un hallazgo mal intencionalmente dicho esto e informado a la persona porque esto es información médica que nosotros tenemos y que bien claramente esa historia clínica la puede auditar doctora, porque no tengo nada que esconder por eso lo escribí, si hubieran encontrado algún patólogo, como algún accidente y alguien hubiese dicho esa es la causa, ese es el único que puede decir que esa es la causa de hacer cualquier cosa pero nadie puede decir que el paciente se complicó por eso, porque eso es algo que sucede de día a día igual como van a encontrar en la misma historia van encontrar cosas y de pronto van a encontrar médicos que digan y tu porque no le colocaste 1.05 si yo quiero ponerle 1.04 son conductas manejos de los grupos quirúrgicos, de los grupos intensivista, de los grupos de las instituciones, cada uno tiene sus manejos y por eso protocolariamente las instituciones tienen sus manejos y se deben respetar los manejos protocolarios por eso nosotros los registramos ante la EPS, tenemos nuestro protocolo registrado y una cosa son los protocolos y otra cosa son las guías de manejo que son muy diferente, en ese sentido doctora reconozco todo lo que se está diciendo y le estoy manifestado como sucedió, es errado que está diciendo que es en el quirófano eso se quedó allá, todo está escrito en la historia y en la historia clínica se puede observar cada una de las cosas que estoy diciendo.

Al preguntársele si la razón de la muerte de la menor fue la guía o el catéter, manifestó: Muy poco probable doctora, ósea, la probabilidad es prácticamente nula y para poder alguien decir eso, tiene que hacer la necropsia del paciente y eso es



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

cambia mucha que otra cosa y yo le respondería con respecto a la guía colombiana que está establecida por ley, que es la que me corresponde responderle, porque de lo contrario ya aquella que usted está refiriéndose se hace como parte de la bibliografía que utilizamos los médicos, los especialistas para nutrirnos con las guías oficiales que en ese momento están emitidas por el ministerio de salud.

A la pregunta: ¿teniendo en cuenta la clasificación funcional 3, 4, realizada por usted y los episodios y los episodios de síncope presentados por la paciente referidos en la historia clínica de la consulta del 1 de noviembre del 2016 porque razón no ordeno inmediatamente el Holter electrocardiográfico y el ecocardiograma indicado en días de práctica clínica para determinar arritmias y su gravedad y el porcentaje de la fracción de eyección o bombeo cardíaco?, Manifestó: Vuelvo y repito, el criterio que está ahí es médico que está escrito, si hay alguna duda y es lo que nosotros hacemos las juntas médicas y probablemente hubiese estado escrito la indicación ya está realizada no solamente por mi sino un cardiólogo, que es el que me remite a la paciente para hacer la cirugía, porque los cirujanos cardiovasculares regularmente nosotros invitamos a la paciente para hacer la cirugía, porque los cirujanos cardiovasculares regularmente nosotros indicamos el procedimiento luego que un cardiólogo hace un primer diagnóstico, entonces, ya lo demás se convierte en un procedimiento médico, de manejo criterioso por parte de los especialistas, en que si bien, con toda la estructura que usted pueda hacerme o preguntarme, si la pregunta me la hace un debido perito médico de la parte del juzgado con gusto la contesto.

Doctora como lo respondo en términos médicos, está escrito el estado hemodinámico de la paciente y ahí está muy claro dentro de la historia clínica, en la historia clínica está escrito y esa es la indicación que hay del paciente la indicación médica de la paciente relacionada a todas las guías está relacionada al estado hemodinámico de la paciente, porque yo no opero a un libro, yo opero a un paciente, yo opero a una persona que examino y que tiene condiciones las cuales manifiesto dentro de una historia clínica, y la historia clínica es clara el estado hemodinámico del paciente lo escribí, está escrito y si alguna eventualidad hubiese estado en la misma historia clínica se dice si cambie o no la conducta porque es el examen físico el que con todo los exámenes manifiesta lo que yo voy hacer, no es el libro que va decir como lo voy hacer, el libro me guía, me dice, enseñamos no aprendemos, todos somos así, todos los médicos discutimos en base a la evidencia científica, es lo que nos defiende pero nosotros tenemos que ver el paciente y el paciente lo estaba viendo yo doctora.

Porque no estaba indicado doctor, esa indicación es presuntiva suya, no estaba indicado, si había alguien que debía indicar el holter era el cardiólogo y en ese momento si el internista ni nadie lo procedió no, porque yo ya tenía los exámenes suficientes para poder nosotros llegar a la cirugía.

Al preguntarle sobre la cirugía practicada a la menor fue exitosa, manifestó: Fue un éxito, lo que sucede es que independientemente cuando lo llamamos nosotros éxito doctora, cuando el paciente sale desafortunadamente dentro del quirófano no operado, sale con una complicación como la muerte probablemente, pero la cirugía



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

de cirugía cardíaca que se haga invasión hemodinámica de un paciente en el quirófano y salga del quirófano para la unidad de cuidados intensivos debidamente monitorizado y debidamente seguido por una unidad de cuidados intensivos de lo contrario ninguna institución puede prestar el servicio de cirugía cardíaca o estar habilitada para tal servicio porque la habilitación de servicio de salud se clasifican de 1,2,3,4 y 5 nivel, el 4 nivel de complejidad significa cirugía cardíaca y neurocirugía la institución donde estábamos operando, es una institución avalada para tener 4 nivel de complejidad el nivel de complejidad se hace solo para los pacientes con cirugía cardíaca, los pacientes con cirugía cardíaca que nosotros operamos normalmente tiene todos invasión hemodinámica para detectar todo lo usted en shock hemodinámica en cirugía cardíaca puede suceder por diferentes motivos primero por hipoglemia , segundo por sepsis, tercero puede suceder por un motivo externo cuando es en el caso de que se demora mucho la circulación extra corpórea y se produce una vasodilatación y está vasodilatación puede suceder en los pacientes y se puede confundir con el shock hemodinámico y también puede confundirse en un estado séptico que también puede estar confundiendo con el estado en shock hemodinámico del paciente por ende todas las conductas que nosotros hacemos los parámetros, hacemos el diagnóstico hacemos todo lo que tenemos que hacer se hace en base al trabajo transdisciplinario que hacemos en la unidad de cuidados intensivos no solamente con el cirujano, con el intensivista, con las enfermeras con todos los que tenemos que hacer para poder hacer un diagnóstico y corroborar varadamente que lo que usted está diciendo en su suposición es un shock hemodinámico y uno tenía que hacer lo que usted está mencionando bajo su supuesta opinión lógicamente porque usted no es médico y no lo debe entender por eso yo se lo explico de una manera muy fácil a mis pacientes porque yo no puedo venir a darle una charla a mis pacientes de esta forma porque simplemente hay que decirle que el paciente está grave, está esto porque es lo máximo que podemos decir, inclusive a un siendo persona muy letradas no podemos nosotros ir con parametrizaciones de estar discutiendo palabras o no palabras como la que usted está mencionando ya porque eso hace parte del argot médico, del argot técnico, del argot profesional del que inclusive no lo manejan todos los especialistas porque cada uno tenemos un grado y cada uno tenemos una actividad y una función para nosotros hacer, entonces bajo la suposición de lo que usted puede leer interpretar de esta forma en medicina nosotros no podemos hacer interpretaciones vagas, nosotros podemos tener una interpretación y esa interpretación puede tener 1, 2, 3, o 4 probabilidades pero hay una final que la única forma de poder demostrar es la patología y es la única forma que podemos dar una explicación probable a una consecuencia de un estadio fisiopatológico o algo que haya sucedido con un paciente entonces el estado hemodinámico todo es imposible, eso que usted está manifestando de esa forma y con todo el respeto, si como usted dice tiene que verlo un perito cirujano, cardiólogo, internista todo, pero a mí de verdad si alguien le menciona eso a usted para mí es ilógico que me esté haciendo está pregunta porque no tiene validez ninguna dentro de la medicina.

Al preguntársele, ¿ha si sea con interpretaciones erradas la no identificación del origen del shock evidenciado así sea vagamente en historia clínica y sus consecuencias fisiológicas pudo conllevar un manejo equivocado del mismo?



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

Respondió: es imposible que no se evidencie un shock dentro de la unidad de cuidados intensivos.

Al preguntar ¿shock mal manejado si esto pudo desencadenar en la falla renal aguda que presento la paciente en las primeras 48 horas? La respuesta: No.

Al serle preguntado en la anotación de la historia clínica, sobre el catéter, es una confesión de actuar negligente, imprudente o en exceso de confianza, manifestó: por ninguna de las 3 y también está equivocado que yo corte el catéter para que se migrara, porque lo que se quedó y como está escrito ahí la guía del catéter no he cortado el catéter quedo adentro haciendo su función yo lo introduje y el catéter lo dejaron haciendo su función para lo que correspondía.

Al preguntarle: ¿porque razón después de la ambulación del catéter o de la guía durante toda la noche del 14 y la madrugada del 15 de diciembre del 2016 no se hicieron controles de lactatos que hubiese permitido diagnosticar oportunamente la hipoperfusión su severidad su manejo y su seguimiento evitándose llegar a shock refractario o inmanejable evidenciado en la historia clínica? Manifestó: el manejo de la unidad de cuidados intensivos no me pertenece a mi especialidad soy cirujano cardio vascular estuve en el procedimiento como actor del procedimiento la unidad de cuidados intensivos no está a mi cargo sin embargo confié plenamente en cada uno de las conductas que los intensivistas y médicos especialistas que se encontraban en la UCI hicieron y por ende esa conducta que usted está manifestado si por ende o por algún X o Y motivo no lo hicieron y que no lo se porque no he revisado ese detalle corresponde a la conducta del manejo del protocolo que pertenece a la unidad de cuidados intensivos.

Al preguntarle que si estaba reconociendo que fue un mal manejo en UCI, manifestó: No señor, es un protocolo, eso es un protocolo todo lo que está escrito ahí es un protocolo, las veces que se repite un examen dentro de la historia clínica y se registre es un protocolo, las veces que se repita es un protocolo si lo queremos repetir antes que el protocolo diga es un criterio del criterio de los médicos que observa una complicación o algo que quieran hacer pero eso es una conducta un criterio médico seguido y que se sigue por un protocolo.

Al preguntársele si tenía conocimiento de lo que pasaba en la UCI, contesto: Todo el tiempo doctor, a pesar de que modestia aparte, todo lo que sucede en la UCI el cirujano lo sabe con respecto de sus pacientes no soy yo, son todos los cirujanos.

Al hacérsele la pregunta, ¿manifieste al despacho si el incremento severo del lactato sanguíneo con niveles progresivos de 9, 11 y 13 registrado en la historia clínica a partir de las 6:45 AM del 15 de diciembre del 2016 fue una consecuencia directa de la ambulación del catéter y la hipoperfusión presentada que conllevo a la muerte de la paciente? Contesto: totalmente falso.

Al hacerle la pregunta: ¿manifieste porque razón apartándose de la guía clínica intento usted implantar el catéter de hemodiálisis mediante guía metálica en el mismo lugar donde se encontraba implantado el catéter introductor de marca pasos en la vena yugular interna derecha? Manifestó: es un criterio médico.



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

¿teniendo en cuenta el desprendimiento y la embolización de la guía o del catéter que consta en historia clínica manifiesta porque razón no ordeno a la paciente la realización del indicado en guía de práctica clínica e imprescindible ecocardiograma inmediatamente para determinar la posición y su repercusión funcional y/o fisiopatología? Manifestó: Todo el manejo que está en ese momento pertenece a la unidad de cuidados intensivos, todo lo que este consignado, yo no soy el jefe de la unidad de cuidados intensivos, si existe o no algún procedimiento algún examen, alguna cosa que se necesitara yo era el que tenía que indicarlo, porque yo no soy el jefe de la unidad de cuidados intensivos, entonces una cosas es muy diferente cuando uno está de jefe en el quirófano y otra cosa es cuando uno es de jefe me llamaron para un procedimiento, se hizo, se escribió, se describió y se anotó, listo de ahí en fuera yo no puedo hacer más nada, ahora sí hicieron o no vuelvo y lo repito es un protocolo, es un manejo, totalmente claro decir en base a las anotaciones de la historia clínica que hubo un mal manejo o que hubo una conducta que no fue pues, nosotros en medicina no hacemos eso, nosotros eso solamente hacemos eso unas reuniones clínicos patológicas y nosotros no hacemos este tipo de discusiones ni siquiera para nosotros ser aprendizaje, entonces esto está totalmente de verdad que bueno.

¿si usted hubiese sabido con el ecocardiograma que el catéter, la guía o el cuerpo extraño que se embolizo en el corazón está alojado en la válvula tricúspide ocasionando insuficiente tricúspide severa con chorro de regurgitación que pegaba en pecho de la aurícula derecha, hubiese esperado en la estabilización de la paciente posponiendo el retiro del cuerpo extraño por hemodinamia o hubiese adoptado la conducta de retirarlo inmediatamente?, Contesto: Primero que todo, a la paciente se le cambio, porque estaba sumamente grave a punto de la muerte, se le iba a colocar un catéter de diálisis para intentar una intensión de salvamento dentro de la unidad de cuidados intensivos porque es o se llaman, es una intensión de salvamento para hacerle hemodiálisis porque estaba edematizada, con coagulopatía es imposible invadir a cualquier paciente, con coagulopatía es imposible indicar un procedimiento quirúrgico, con coagulopatía es imposible llevar un paciente de hemodinamia, con coagulopatía no se puede invadir y ese paciente lo que se le hizo fue un salvamento, el cambio del catéter porque los nefrólogos necesitaban hacerle el procedimiento de hemodiasis también como salvamento, entonces todo lo que se hizo la paciente estaba sumamente grave y no había forma que nosotros pudiéramos salir de ese estado, todo lo que se hizo, se realizó en base a maniobras de salvamento e indicaciones médicas totalmente asertivas en que la indicaciones fueron oportunas, porque inclusive eso fue a las 3:00 fueron oportunas a tiempo, pero nosotros no somos Dios, ninguno de nosotros somos Dios, nosotros hacemos lo que podemos y lo que hacemos, no hay hecho ningún motivo, nada ni de impericia, ni de haber hecho nada en retardado como usted lo dice anteriormente y eso que usted está mencionando totalmente es una suposición por algún comentario que alguien le hizo, porque es que ni siquiera lo tiene redactado en la demanda que usted coloco no lo tiene, y si lo tuviese redactado como usted está diciendo ahora ese conocimiento usted no lo tiene para decir una suposición de esas porque nosotros tenemos pacientes con guías de catéter todos los días que tenemos que retirarlos y tenemos que solicitar el procedimiento quirúrgico porque viven hasta con estos catéteres y tenemos que decir bueno dejémoslo ahí, miremos,



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

hagamos todo, eso que usted está diciendo para mí son acusaciones totalmente severas, falsas y fuera de fundamentos médicos científicos. Ningún paciente con coagulopatía se puede operar, ningún paciente con coagulopatía se puede llevar a hemodinamia, ningún paciente con coagulopatía se puede intervenir.

La declaración de Dr. HERNANDO HUMBERTO MUÑOZ RHENALS: en su declaración lo más relevante, se puede concretar así: que tiene vínculos desde hace años a una fundación Hogar Solidario que tiene sede en Soledad, que la fundación atiende a niños y a la comunidad pobre, que estando en fundación le consultaron el caso de la niña D.C.S.M. que había sido operada desde los 4 o 5 años de una malformación cardíaca, la cual se encuentra descrita en la historia clínica malformación del conducto atrio ventricular o auriculoventricular, por lo que le fue reconstruido en ese tiempo en el 2005, se recuperó y en los siguientes años estuvo asistiendo a consulta, con el paso de los años empezó a presentar insuficiencia cardíaca, ya pasado muchos años de la cirugía inicial, haciendo crisis a los 16 años, a partir de allí, acontecieron lo que le paso a ella, fue programada para una cirugía de remplazo de válvula mitral dañada, en el proceso del remplazo a los 16 años, la niña sufre unas complicaciones post operatoria y fallece, existen unas inconsistencias en el manejo que la niña recibió, tiene este conocimiento por que la familia le pidió que revisara la historia clínica.

Manifiesta que en la revisión que realizo encontró lo siguiente: Un retraso muy perjudicial para la niña, cuando ella es consultada con el Cardiólogo el doctor Lupo Méndez a la edad de 16 Años, debido a que considera que la falla cardíaca requiere intervención quirúrgica, él ordena su intervención la cual fue llevada a cabo el 1 de noviembre del año 2016, y esa es la primera vez que la ve dicho especialista cardiovascular, que con ese seguimiento le ordenan el cambio de la válvula por una válvula biológica mitral, dicha orden de cambio de válvula, fue por consulta externa, es decir, de que a pesar de decir que la orden que el Expedienta conllevo mucha demora, dado que se plantea el cambio de válvula siendo el primero de noviembre de 2016, no fue sino hasta 42 días después, el 12 de diciembre, por lo que fue un periodo muy prolongado, desde la consulta de especialista con verdaderos fallos, pero el trámite que se le da es como el de un procedimiento sin tanto riesgo, como sin esa patología tan avanzada, pero la menor llega a la clínica el primero de noviembre con muchos síntomas de descompensación de su falla cardíaca, además de un ahogo importante que iba pasando, ya prácticamente de los pequeños esfuerzos, con una sintomatología clínica y la falla cardíaca se valora en varios aspectos, primero el grado de ahogo, el grado de ahogo que va desde el ahogo que presenta una persona cuando hace unos esfuerzos grandísimos indica una falla cardíaca, aunque no tan grave, pero el ahogo en reposo con el que tenía la niña cuando llegó a la clínica, indicaba una gran descompensación de su falla cardíaca, además de que venía presentando episodios de desmayos. Los cuales se llama clínicamente, Síncope, La niña venía presentando episodios de síncope a la par de que venían empeorando los datos de su falla cardíaca. Dichos datos de la falla cardíaca asociados al Síncope, significaban que la niña estaba teniendo un bombeo cardíaco, un bombeo sanguíneo muy deficiente a distintos órganos incluido hacia el mismo cerebro y por eso estaba dando estos datos de desmayo. Es decir, es un factor o un síntoma que indica un estado de riesgo altísimo, aún con esto la



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

niña es manejada externamente, como si tuviera una patología, demora 42 días, a ella antes de la autorización, prácticamente le toca llegar a la clínica finales de noviembre el día 24 o 25 de noviembre según historia, sin haber conseguido la orden reingresa en refiriendo lo mismo, más ahogo, incluso en reposo, que se llama disnea de reposo, más episodios desmayos con pérdida absoluta de la conciencia. El desmayo y la falla cardíaca, en esa ocasión, Obligaron a lo que se debió hacer en un principio, hospitalizar a la niña y direccionarla internamente. Entonces, por lo que ya hospitalizada empiezan a gestionar la orden, además de que hubo un error con una autorización errada que se dio en un principio, y es por ello que retarda más el proceso, ya que pone a los familiares a dar vueltas para corregir la autorización equivocada y cuando se logró conseguir esto antes del ingreso después de haber sido ingresada en situación aguda de falla cardíaca el 25 de noviembre, que empieza a gestionarse internamente la orden y el retraso por está, la cual se obtiene el día 9 de diciembre, la cual se programa para el día 12 de diciembre, día que resulta la niña operada, como consecuencia de esa demora la menor tuvo deterioro significativo en esos 42 días, los cuales habiendo sido mandada por el cardiólogo Lupo Méndez para que fuera operada, días peligrosísimos hasta que hubo la operación, a lo cual tuvo un postoperatorio muy bizarro, como decimos, Medicamente quiere decir no fue normal, debido a que normalmente una persona que afronta una cirugía de estás en buenas condiciones generales, llegan sin datos en falla cardíaca llegan bombeando bien, estos pacientes se recuperan rápido y pueden tener un estado, de deficiencia, de bombeos muy transitoria, porque el aturdimiento miocárdico, se resiente por el efecto de la cirugía y bombeo, un poquito con menos potencia, por lo que a ella estaba multiplicado por la condición malísima con que llegó a la cirugía por 42 días de retraso y acto seguido, ella afrontó una situación de déficit de bombeo que fue agravándose.

Y cuando ha superado el curso operatorio, parece haber sido técnicamente bien, sin embargo, la niña empieza a tener un resultado adverso con una falla renal que se presentó, la cual desde el punto de vista médico, cuando el bombeo cardiaco es deficiente el flujo sanguíneo hacia los riñones se disminuye, por lo tanto dicha disminución empieza a producir datos de falla del riñón, por lo que, se queda con disminución del oxígeno, que es transportado por la sangre disminución de nutrientes, particularmente la glucosa y empieza a funcionar mal el riñón, esto ocurrió con la niña y tuvo mucho que ver el estado en que ella entró a la cirugía. Pues indicó que la mayoría de los pacientes operados de corazón no les da falla renal si están en buenas condiciones y el corazón bombea en condiciones óptimas para la operación, a pesar de que esté un poco aturdido por el acto quirúrgico, a lo cual la menor al tener falla renal a lo se debe remitir a programas de diálisis, ordenadas por parte del cirujano cardiovascular, a posterior valoración por nefrología y dicha valoración es llevada a cabo de 5 a 6 horas después, ya luego de ser valorada por nefrología, para realizar la diálisis se requiere un catéter grueso de alto flujo llamado CATETER MAHURKAR, y cuando se logre colocar se procedería a realizar la diálisis algo que se llevó a cabo luego de 6 horas desde la valoración de nefrología, ósea ya pasada la media noche, completándose dos días desde la cirugía.

Consecuencialmente, la falla renal es muy dañina para el organismo, así de grave que tuvo unas presentaciones de disturbios de órganos, donde el principal órgano que falla es la entrega de oxígeno a los tejidos, ya que condiciona una situación que



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

se llama acidosis metabólicas a causa de la no expulsión de sustancias ácidas se aumenta la acidez de la sangre, por lo que se pierde el oxígeno, ya que no se es capaz de retener en la sangre, generando un metabolismo anaeróbico, es decir no llega el oxígeno a los órganos que se ven afectados generando fallas en dichos órganos afectados, todo a raíz del retraso que tuvo en la realización de la diálisis. Sin dejar de lado el hecho del error en el médico al colocarle a la menor el Catéter Mahurkar, el cual se intentó introducir sobre el conducto de otro catéter distinto que ya estaba conectado a la vena yugular, a través de ese mismo catéter, introduciendo una guía y sacando el catéter para meter el nuevo catéter por ahí mismo, cosa que manifestó es peligrosa y tiene muchos riesgos, no se recomienda hacerlo. Al cirujano él mismo lo escribe en su nota, se le corta el catéter en la base y se va dentro del torrente sanguíneo, y se aloja dentro de la válvula tricúspide, que es una de las válvulas del lado derecho del corazón, la cual generó un desastre circulatorio de hemodinámica de flujo, es decir, hacia donde y en que presión debe ir los fluidos dentro del corazón al cuerpo interfiriendo ese flujo de sangre hacia los pulmones, debido a que dicho catéter estaba interfiriendo con la válvula del corazón afirmación sostenida con la ecografía que reposa en la historia clínica, algo que debía corregirse y extraerse por toda la repercusión que ocasiona el haberse desprendido dicho catéter.

Siendo así 3 puntos importante los que señala que concurren los hechos que llevaron al desenlace fatal de la menor, tal como el retraso de autorización de los procedimientos a la menor el cual fue de 42 días, además de la válvula del corazón dilatada por el catéter desprendido y alojado impidiendo el funcionamiento de esta y el retraso del manejo de la falla renal, todo está carga extra a la patología que ya presentaba la menor, algo que impedía que pudiera llevar a cabo una recuperación a la operación y condición delicada, por lo tanto ante tal situación lo urgente era proceder a retirar el catéter incrustado por catéter cardíaco, es decir, por ende vascular a través de una punción en una arteria, se hubiera logrado recuperar dicho paciente haciéndole que se pudiera estabilizar, que de haberse hecho hubiera sobrevivido. Sin dejar de lado las condiciones delicadas de la menor, sostuvo que el mal manejo y negligencia en la intervención del error cometido al desprenderse el catéter y alojarse en la válvula agravaba la situación como ya fue descrito generándole un shock que le genera la desestabilización final que conlleva a la muerte.

Así mismo, se enfatizó en las clasificaciones a las fallas cardíacas y en cuál de ellas presentaba la menor previa a su lamentable fallecimiento, a lo cual cada clasificación se da por grado uno (1) y dos (2), donde el paciente que lo presente usualmente no presenta síntomas evidentes unos muy ligeros, pero a partir del grado tres (3) ya parten síntomas los cuales su manejo debe estar en pro de hospitalizar eso si sujeta de otras cosas, y ya el grado cuatro (4), el paciente está prácticamente con una insuficiencia cardíaca terminal, que prácticamente está al borde de la muerte, tres y cuatro son las que necesitan en la mayoría de los casos, hospitalización. Indico que médico tratante se quedó corto en su actuar con el manejo de la menor, porque en la clasificación estructural, como le podemos llamar según la lesión cardíaca, que se clasifica con rango de A-D, donde A-B no tienen defectos estructurales, C, puede llegar a tener defectos estructurales, en cuanto a la clasificación funcional de 1 o 2 combinada con A o B es para dársele un manejo externamente ya que no hay ningún riesgo, pero un paciente con clasificación 3 con



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

clasificación estructural de C hay daño estructural manejable y en la D es un daño estructural para un manejo instantáneo, tal como el caso de la menor fallecida, sacando está clasificación de las guías de cardiología de americanas, las cuales se adoptan en el medio médico de este país.

Ahora bien, puntualizo que con respecto a que se le haya roto el catéter, el accidente es algo que no es tan infrecuente, es decir, que es un riesgo probable que el catéter se rompa y se vaya en el torrente sanguíneo, esto sin representar mayor riesgo, debido a que los catéter ingresan y se acomodan en los vasos sanguíneos sin curvarse, como paso con la niña, así mismo inmediatamente debe ser extraído por cateterismo sin problema, pero puntualmente, al hecho del desprendimiento es al momento de meter la guía, y tratar de sacar con la guía puesta, la guía es una varilla metálica delgadita, como un alambrito que se mete para dejar futurizado la vena donde se va a ponerlo, ahora bien, con la menor él intentó poner el catéter en el sitio donde ya había otro, eso se llama cambio por guía, entonces al catéter que ya tiene puesto meten una guía y saca el catéter y al momento en que saca el catéter con la guía metida, si la guía es de otras características distintas, como sucedió en este caso, lo más seguro es que la misma guía pueda producir una acodadura entre las costillas y la clavícula, que es un sitio estrecho, y ahí se tranca ya que a veces es difícil sacar la guía metálica, entonces, qué pasa si se realiza una atracción fuerte puede romper el catéter, desprende y se va en el camino, son muchos factores que influirían en que se desprenda, hay variadas causas probables. Por lo tanto, no es recomendado usar el mismo conducto de un catéter para insertar otro, todo esto para evitar accidentes o infecciones, solo como último recurso, sobre todo cuando es el MAHURKAR, que es uno totalmente distinto a los demás catéter, ósea, no son compatibles en cuanto a tamaño y flujo, sin embargo al desprenderse lo urgente es extraer y retirar el catéter sobre todo por la inestabilidad hemodinámica que traía la menor, por lo tanto era prioritario que se recuperara sobre todo para evitar que esto pudiera generar alguna interferencia como fue lo que ocurrió al interferir con la válvula la cual no presentaba nada, ninguna afección valvular antes de que se embolizara el catéter en ella, generando un shock, teniendo tres vasopresores.

La declaración de **PAOLA CATERINE REYES MUÑOZ**, la cual se resume así: que se desempeña como enfermera superior, que tiene experiencia en diálisis, manifiesta que hizo revisión de la historia clínica de la menor, manifestando que la remisión y tiempos en que se realizaron las terapias y procedimientos mientras estuvo la menor internada, se hicieron con retrasos que conllevo a que la menor llegara a un estado crítico, ya que el procedimiento debía realizarse de inmediato, dado las condiciones críticas del paciente, manifiesta que usualmente esos procedimientos se pueden demorar dos horas, pero en la paciente fue como 11 horas, lo que incide significativamente.

Además, manifestó, que introducir sobre un orificio donde anteriormente se encontraba un introductor de marcapaso, es irregular, ya sea por desconcentración, exceso de confianza o impericia, porque los tamaños son diferentes, porque el catéter de diálisis es más grueso que el de marcapaso, por lo que se debió realizar un acceso venoso nuevo, circunstancia que pudo influir con los resultados adversos que se tuvo. Manifiesta que es el nefrólogo quien coloca el catéter con apoyo de enfermera quien le asiste, manifiesta, además, que toda su declaración la realiza con base en la historia clínica, que no conocía a la menor y que es sobrina del apoderado demandante.



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

La declarante **LORENA PAOLA HERAS CABALLERO**, su declaración se puede resumir así: que trabaja como Psicóloga de la Fundación Lugar Solidario, la menor D.C.S.M. estaba afiliada a la fundación, que los niños afiliados a la fundación son niños de familias en estado de carencias económicas, los niños después de sus jornadas académicas recibían en la fundación tutorías, de dos a tres días a la semana, además, de que se le realizaba un acompañamiento a los menores de 2 a 22 años, con una atención integral con su núcleo familia cuando se requería, además, de un acompañamiento de la familia en duelo, como fue en este caso particular, una vez el fallecimiento de la menor, fue asignada para realizar el seguimiento a la familia SANTOS MORENO, realizando sesiones con respecto al duelo, manifestando que fue muy dura a nivel psicológico-familiar, no esperaba el fallecimiento de la menor, hubo un cambio drástico en la dinámica de la familia, en sus actividades, y en la armonía familiar y personal, dice que desde el fallecimiento hasta 2021, le hizo seguimiento y acompañamiento a la familia de manera mensual, dice que a D.C.S.M. no la atendió, pero la conocía en el entorno de las actividades de la fundación.

La declaración de **HORTENSIA BARBOSA DE RAMBAL**, se extrae de esta declaración lo siguiente: manifiesta que es vecina cercana de la familia de la fallecida, declaró que frecuentaba seguido el hogar de la familia SANTOS MORENO de hace muchos años, y así mismo recuerda a la menor fallecida, siendo muy alegre y juguetona con su familia y amigas, siendo muy entregada a sus estudios y planes a futuro. y a nivel familiar eran muy alegres, por lo que a hoy día se denota una tristeza y llanto en esa casa y a nivel familiar. Además de indicar que los conocimientos a nivel familiar son a causa de que la madre de la fallecida le cuenta.

Declaración de **SANDRA MILENA RIVERA SANTOS**, se extrae de esta declaración lo siguiente: Le conmovió mucho por el inesperado fallecimiento de la menor, ya que pese a que en el año 2016 se notaba una desmejoría de salud en cuanto a la actitud y una inquietud que manifestaba la menor sobre el cómo le iba a resultar la operación, la dinámica familiar antes del fallecimiento era agradable, compartían bastante y realizaban cenas y situaciones de alegría, tanto así que dos últimos años de vida de la menor, compartían cada fin de semana realizando diversas actividades familiares. Aunque ya a partir del fallecimiento seguían unidos, pero se les nota devastados, y en específico el hermano menor de la fallecida, se notó un cambio tremendo con respecto a su rendimiento en estudio y actitud, además al padre se le nota comportamientos extraños, porque actuaba como si ella estuviera presente aun y uno de sus hermanos se tatuó en honor de la fallecida y esperaba que en algún momento su hermana la llamara para hablar con él.

DR. NELSON EDUARDO MURILLO BENITEZ (PERITO)

El declarante quien fungió como perito de la entidad C & C Cabrera & Cerón Corporación a cargo del dictamen pericial realizado, el cual indicó que lo que se evidencio inicialmente D.C.S.M.SANTOS, fue una paciente, la cual fue crónicamente siendo vigilada por parte del tratante de cirugía cardiovascular y



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

cardiología pediátrica, aparentemente, por un cuadro de un prolapso de la válvula mitral de vieja data, un cuadro progresivo, es una paciente de 16 años que llegó a clínica la misericordia, el primero de noviembre de 2016, con antecedentes de procedimientos cardíaco, según la historia de la paciente, tuvo un cuadro clínico de progresión de la enfermedad, con la agudización de los síntomas y una falla cardíaca progresiva con una clase funcional tres sobre cuatro, quien consulta por deterioro fundamentalmente de su de su clínica cardíaca, con la trasera de la Aurícula, con insuficiencia mitral severa con este último era de la misma válvula de la colección de la misma y que es una paciente que requiere en la última valoración dada por sus siglas, cuando tratante por la presencia de deterioro funcional, presencia de síncope, repetición y claramente te lo de su falla cardíaca, es llevada a una cirugía e forma inmediata para un reemplazo valvular mitral, en lo que revisaron inicialmente sobre seguimiento de la paciente, es una paciente que empeoró progresivamente y hubo un tiempo entre el proceso de ingreso a la paciente hasta la última consulta donde la paciente tuvo que haber sido hospitalizada de forma urgente, sin embargo, en la historia clínica se evidencia un retraso en el tiempo de llegada hasta la cirugía, aproximadamente casi un mes, la paciente es llevada a cirugía el 12 de diciembre y cuando llega la paciente a cirugía escribieron muy bien el acto quirúrgico, aunque hay algunos baches en ella que no permite predecir claramente qué pasó intraquirúrgicamente, dado que es una bomba quirúrgica larga y presenta al post quirúrgico un soporte vasopresor importante, y con transfusión de dos unidad de Glóbulos rojos, 6 de plasma, 7 plaquetas, que hacen pensar que la paciente al momento de la cirugía llegó aparentemente en muy malas condiciones, dado que la falla cardíaca era muy importante. Con un lactato que es un marcador de daño celular y su marcador de noxa sobre sus tejidos es bastante elevado que hace pensar que en el acto quirúrgico la paciente está en muy malas condiciones.

Ya una vez a la paciente sale de su cirugía comienza una cascada de eventos, tiene ecocardiograma normal demuestra que la válvula es está bien colocada que el acto de la colocación de la válvula está bien, sin embargo, la paciente comienza con una serie de eventos que hace su proceso y el balance acumulado de toda está toxicidad y este daño en el post Químico, que fue muy importante, con crecimientos progresivos de las dosis de vasopresores que llaman nor epinefrina, que pasa de 0,18 microgramos hasta 0,4 microgramos ya cuatro veces más de la dosis, usualmente colocada, se mantuvo durante ese proceso, además hay algunos elementos como el estado de shock post quirúrgico de la paciente, Hipoperfusión de los tejidos y que requiere un incremento sustantivo de soporte vasopresor de forma progresiva. Además, sobre si la paciente debió haber sido mejor monitorizada, durante el acto quirúrgico o no, ya que cobra relevancia a punto de poder dirigir la reanimación trans quirúrgica y procedente la post quirúrgica con mejores resultados para orientarse sobre ello.

Siendo así, puntualizo sobre que complicaciones puede ocasionar la falta de monitoreo y el manejo inadecuado de ello, pues tuvo una bomba química bastante prolongada, bastante droga, dado que fue una paciente en estado crítico, con una falla cardíaca avanzada, indicando que las válvulas no se operan antes, sino que operan en su momento justo, el momento justo de la paciente es cuando llegó y se



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

presencia en el peor desenlace, posquirúrgico, además de que los pacientes que tiene daño estructural o noxa quirúrgica lo que cualquier cosa puede llevar a falla renal y el hecho que está inestable, pudo haber contribuido a un daño progresivo y eso obviamente que es el paciente termine Diálisis como fue el caso.

Continuando con la explicación rendida, refiere el perito que no hay claridad con respecto al porqué del retraso de la diálisis para la menor, si pese a tener falla renal, está se le realizo varias horas después a la indicada, sobre todo por su grado de deterioro presentado, pasando por retrasos tanto administrativo, ya que no se pidió la diálisis tempranamente y el otro retraso ya clínico, dado que por el desprendimiento del catéter retrasó igualmente el procedimiento, pues particularmente la paciente tuvo hipotensión severa, suspendiéndose así la diálisis, dado su baja presión,

Con respecto al desprendimiento del catéter, indico que se rompió el sistema que pegado a la punta del catéter que luego se embolizó, algo que puntualmente indico que es algo que puede pasar, pero que es algo grave para el paciente por lo tanto debe ser retirado inmediatamente por la gravedad de la misma, aunado a que se hubiera alojado el catéter en la válvula tricúspide algo muy raro que suceda, además de referir que no consigno los datos completos en la historia clínica sobre porque intentó colocar el catéter en el mismo conducto donde ya estaba anteriormente el catéter de marcapaso, a lo cual de ser el caso de la fractura del catéter MAHURKA, refirió que pudo haber sido por la calidad del mismo o por la fuerza o técnica usada por el especialista en el momento que se le intentaba colocar, efecto complejísimo, una falla ventricular derecha aguda por que el catéter quedó y dejó abierto toda la válvula, entonces toda la sangre comenzó a devolverse, así al ventrículo derecho por una falla ventricular derecha, a lo cual entró en Barrera, teniendo influencia en el estado crítico de la paciente, en cualquier situación, siendo ocasionado por no cerrar la válvula, siendo esta falla ventricular derecha la situación puntual crítica que ocasionó el deceso de la paciente, ya que no se le hizo la diálisis adecuadamente porque se retrasó, y ya venía con un proceso de soporte vasopresor, aumentando el lactato y dicho soporte, que ya arrastraba en el estado de la paciente, siendo varios factores los que llegaron a tal fatídico resultado, puntualizando, la delicada condición que traía la paciente al momento de ser internada, como la bomba quirúrgica que aumento el deterioro con el que salió además de diálisis, su retraso y el aumento de los vasopresores, además de que el catéter quedo en la posición que ocasiono la falla ventricular aguda, siendo este último el más crítico.

Así mismo, el perito realizó una descripción sobre los procedimientos y definición de: Reemplazo de válvula óptica y aorta ascendente, Y qué diferencia hay entre una válvula mitral con prótesis biológica de larga duración, indicando que el corazón tiene cuatro válvulas, tiene válvula aórtica, válvula mitral, válvula tricúspide y válvula pulmonar, están en posiciones diferentes, cuando se refiere a válvula aórtica con reemplazo válvula aórtica con tubo valbulado o la porción aortica es en otra posición y se reemplaza en la porción proximal de la aorta se llama cirugía de venta, que no es la cirugía de la paciente. Cuando se ve la de la paciente, la orden dice válvula mitral, larga duración, es una válvula biológica, lo que se llamaba válvula trifecta



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

que dura 20 a 25 años, a lo cual son dos sitios diferentes, son dos cirugías diferentes.

Y con respecto a las órdenes de los procedimientos quirúrgicos, y si tiene y poder utilizar con esa orden que dice reemplazo de válvula aórtica y aorta ascendente, se puede hacer una cirugía y poner una válvula mitral con prótesis biológica de larga duración según el análisis realizado indicó que no se puede realizar ningún procedimiento, porque primero hay un requisito administrativo, ya que si se llega con una orden, el autorizador que recibe la orden indica que va a realizar la que está contemplada en la orden, no se puede realizar otra, ya que dichas ordenes traen códigos diferentes, tienen códigos diferentes y tienen pagos diferentes. Por lo tanto, de realizar un procedimiento que no está descrito en la orden, no remiten el pago, porque el código es diferente, por diferencias de valores y procedimentales, porque la orden no coincide con el procedimiento ya que no hay conocimiento, pues, hay una falta de coherencia en el ordenamiento, porque no es lo que se indicó, del punto de vista de auditoría técnica, ni siquiera médica.

Finalizando así su declaración, reafirmando, que en la historia clínica hace falta entre atenciones y el porqué de cada intervención como por ejemplo por qué escogió el conducto que escogió para colocar el catéter, siendo esos datos relevantes para el entendimiento, siendo detalles los cuales se omitieron para su mejor entendimiento e intervención.

DR. LUPO RAMÓN MENDEZ DURÁN

El declarante manifiesta que su declaración es a razón de ser llamado como testigo al ser especialista en cardiología y haber “visto” a la fallecida D.C.S.M., además de haber hecho lectura de la historia clínica de la clínica CARI y ADELITA DE CHAR de barranquilla, en su momento por problemas cardiacos en válvula mitral, indico que fuera de las historias clínicas no recuerda precisamente las veces de atención que tuvo el hacia la fallecida, siendo muchas ocasiones de atención en años anteriores, reiterando que presentaba fallas en válvula mitral, con intermitencia tanto en la sintomatología, las cual se le refirió realizar un cateterismo, a lo cual no era necesario una cirugía propiamente, Porque era muy mínimo la cirugía que le hicieron a los 4 años fue corrección de un defecto congénito que se llama Canal Auriculoventricular, Y con esa insuficiencia se estuvo manejando prácticamente en todo su periodo, no logramos ver si necesitaban en ese momento que la cirugía, no estoy al tanto de la situación clínica de ese momento para decir si era menester o no operarla, pero hasta donde yo la vi en ese momento no había necesidad de someterla a acto quirúrgico.

Aunque refiriéndose a los meses previos al fallecimiento de la menor, en la cual se le diagnostica y se le remite a cirugía de cambio de válvula mitral, en agosto 19 de 2016 pero no fue hasta diciembre 12 del mismo año en que se realizó la intervención, la cual manifiesta que no logra influir de manera considerable en deterioro de su estado clínico, toda vez que no fue un acto muy agudo y era una niña que tenía la válvula mitral con insuficiencia que estaba tolerándose por la niña a lo cual un día más, un mes más o 3 meses más, no influyen en el pronóstico, al menos que en el momento en que se haya hecho el diagnóstico urgente, que hubiese estado la niña en cuidado intensivo o hubiese estado en cuidado delicado,



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

con asistencia respiratoria o algo por el estilo que ameritaba, reiterándolo nuevamente sobre el diagnóstico recibido el 1 de noviembre de 2016, en el cual se da el cambio de prioritario a urgente la intervención quirúrgica a la menor fallecida indicando igualmente que a menos de que este a situación crítica no representa mayor deterioro.

Así mismo, con respecto, la revisión de nefrología y orden de hemodiálisis ordenada a las 11 de la mañana pero que fue realizada a las 23 horas del mismo día, habiendo así un término de 12 horas desde la orden hasta su realización lo que indico fue que cuando se indica la diálisis o hemodiálisis o diálisis Peritoneal hay unos criterios bien establecidos, cuando se le aumenta la creatinina, cuando se aumenta la el PH, o la acidosis Metabólica. Cuando dejó de orinar o cuando aumenta lo que llaman un metabolito del potasio, un solo criterio que haya aumentado la creatinina un número determinado de no sé cuánto aumentó para decir si de pronto sí influyó si tuvo alteración neurológica, si tuvo efecto neurológico elevado, pero si no elevó los azoados por esa espera de 12 horas, no creo que haya influido en el deterioro o el desenlace final. Solamente hay que ver cómo estaba la creatinina, cómo estaba el ácido úrico, cómo estaba el potasio, cómo estaba la acidosis, por no decir sí influyó, no influyó, pero en términos generales un solo elemento permite determinar que la demora en el momento de la diálisis haya desencadenado este proceso.

Y además con respecto a que la menor no recibió el monitoreo invasivo tal como consta en la historia clínica, sino un monitoreo básico, al momento en que se le preguntó sobre si la ausencia de este monitoreo invasivo conllevo realizarle un manejo prácticamente empírico de los vasopresores y de todos los medicamentos que podían ayudar a controlar el show cardiogénico, por lo tanto el declarante indicó que, No puede indicar si el hecho de tener el monitor o un monitor haya empeorado la situación, lo que señala es que es extraño que no lo anotaron, porque si estando en la unidad de cuidados intensivos, estando en diálisis todo esos niños se monitorizan, o sea, tuvo que ver algún error humano, no escribir que estaba monitorizada pero no puede determinar si el hecho de tener el monitor o no in fluiría, lo que si es que debería mejorarse, a lo cual para verificar si el paciente se corrigió la acidosis, la única forma de saber si se corrigió no, es con un gas arterial los monitoreos desde que el niño entra a una sala de cuidados intensivos, siempre está monitorizado con monitor externo no invasivo. Todos los niños a nivel nacional y mundial están como es monitorizado.

Así mismo con respecto a ser preguntado sobre el desprendimiento de parte de del catéter, un Lumen del catéter el cual se alojó, en la válvula tricúspide, y si el médico tratante al adoptar la conducta de retirar el catéter al día siguiente por Hemodinamia, actuó de manera correcta, que, sin haber determinado la ubicación y la repercusión del catéter, haber postergado el retiro del Catéter. A lo cual el declarante indicó que si no estaba obstruyendo ese catéter, una vía de salida que estaba produciendo alteraciones en la movilidad de la niña, no es causa de descompensación aguda por ese catéter por la retirada, 1 hora antes o 1 hora después de que lo hayan retirado, todo dependía de si ese catéter obstruyó una vía principal de salida tenía que ser inmediato, pero si no produjo síntoma ni síntomas de hipertensión pulmonar o de arritmia, o de alteración de una baja de presión, no, no influía mucho en la retirada un día antes, 1 hora antes o unas horas antes.

Pero que al momento de ser alterados los indicadores después de la embolización del catéter, generando repercusión al estado hemodinámico de la paciente,



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

entonces se verifica con lo que tenía antes de migrar en el paciente, el catéter y lo que estaba después cuando migró, entonces se compara, se por ejemplo el paciente tenía una frecuencia cardíaca de 100 y con la migración del Catéter llegó a 180 tenía la presión en 90 y con el catéter llegó a 100 o bajó a cero. Tenía o no tenía sangrado y empezó a sangrar, tenía la orina disminuida y aumentó y la diferencia etc., todo eso se revisa clínicamente y se contrasta con los parámetros del monitor o del laboratorio, por lo que todo dependía de lo que tenía a la mano, porque de pronto con una radiografía de tórax, ya con eso bastaba, no sé en qué momento fue que le hicieron este diagnóstico de que estaba el catéter en la válvula tricúspide en el corazón, y ya con eso bastaba para indicar de que tenía el catéter de hemodiálisis e hizo migración, se le toma la radiografía ubicada en la aurícula derecha, y se llama cateterismo de rescate, se haga el cateterismo de rescate y retire el catéter donde está ubicado, por lo tanto, la conducta del médico que hizo la radiografía o la que lo interpretó, o el cardiólogo o el cirujano, determinó de pronto que en vez de ganarse la ecografía que él creía que estaba en corazón, porque en otro lado mejor iba para el cateterismo, no creo que hubiese influido mucho una ecografía en el para retirarlo en 1 hora o 2 horas antes, todo depende del médico cuando hizo el diagnóstico qué método de uso.

Para finalizar su declaración indica que la demora en el diagnóstico como la fue, remisión a cirugía el 1ero de noviembre de 2016 pero su realización fue el 12 de diciembre, conllevaba relevancia en si agudizaba su condición dependiendo del estado que presentaba la menor y la gravedad de síntomas la cual se debía determinar a partir de allí su proceder, y si era de urgencia el operar o no, pero en un inicio a la fecha de noviembre ya llevaba seis meses presentando los síntomas por lo que podía mantenerse estable en esos síntomas incluso un mes más, pero que ya al 25 de noviembre ya se presentaba variaciones considerables tales como vértigo, es decir, alterado su flujo a nivel cerebral, a lo que era prioritario hospitalizarla, para el reemplazo mitral o el que requiriera previos estudios, dado que la respuesta debía ser inmediata, dependiendo la situación clínica de ingreso.

VALORACIÓN PROBATORIA:

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

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.



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

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 la menor asistió a cita médica externa con la cirujana cardiovascular el día 1 de noviembre de 2016, remitida por su medica cardiólogo, para la cirugía de cambio de válvula mitral, que, por su sintomatología, debía ser operada de manera urgente, dentro de las 24 horas siguientes.
2. Que, en la mencionada orden de cirugía dada por el profesional de la medicina, da una orden de remplazo de válvula mitral biológica de alta duración de carácter urgente, sin embargo, la cirugía se da de forma prioritaria, causando una disparidad entre la orden de urgente y prioritaria.
3. Que la menor fue dada de alta para esperar la orden de cirugía desde casa, sin tener en cuenta su estado de salud.
4. Que, al recibir la orden de cirugía, la EPS donde estaba afiliada la menor, da una autorización diferente a la que le fue solicitada, por lo cual fue devuelta, ocasionando retrasos a la cirugía.
5. Que la menor sufrió un deterioro en su salud estando en su casa, por lo que tuvo que ser llevada de urgencia a la clínica la misericordia, aun así, no se le práctico la cirugía de manera urgente.
6. El deterioro de salud de D.C.S.M. era evidente, sin embargo, hospitalizada el 25 de noviembre de 2016, debió esperar hasta el día 12 de diciembre para la realización de la cirugía, empeorando su estado de salud.
7. El día 12 de diciembre la menor fue sometida a la cirugía, después de que su estado de salud estaba debilitado, por lo que llegó en malas condiciones al procedimiento quirúrgico.
8. La menor fue llevada a cuidados intensivos, sin el debido monitoreo invasivo que debía tener la menor, de acuerdo a su estado.
9. Aunado a todo lo anterior, al presentar problemas renales, hubo una demora desde que se ordenó la diálisis hasta que se realizó, causando un empeoramiento en la salud debilitada de la menor.
10. Que por error el médico, al utilizar el mismo sitio donde estaba colocado un catéter de marcapaso, trato de poner el catéter de diálisis, por lo que se fue la guía, causando daños en la humanidad de la menor, hasta llevarla a la muerte.

Como antecedentes de atención de la menor encontramos que, la joven presentaba una malformación congénita del canal auriculoventricular parcial, por lo que a la edad de 4 años fue intervenida quirúrgicamente con plastia y corrección del canal, circunstancia esta, que conlleva a que la menor se le hiciera seguimiento por cardiología por su enfermedad, con deterioro cardiaco desde temprana edad al respecto en el plenario reposan diversas atenciones efectuadas a la menor con ocasión a su enfermedad de base y con posterioridad a la primera cirugía de las cuales se extracta las siguientes:

CARDIOIMAGENES

23 MAYO 2006

ECOCARDIOGRAMA MODO M Y BIDIMENSIONAL



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

CONCLUSION:

POP CANAL AV CON BUENOS RESULTADOS, INSUFICIENCIA MITRAL MODERADA CON GRADIENTE DE 104 MMHG

19 DICIEMBRE 2008

1. LEVE DILATACION DE AURICULA IZQUIERDA

16 JULIO 2010

ECOCARDIOGRAMA MODO M Y BIDIMENSIONAL y DOPPLER COLOR

CONCLUSIONES:

1. LEVE DILATACION DE CAVIDADES CARDIACAS CON FUNCION SISTOLICA CONSERVADA
2. INSUFICIENCIA VALVULAR MITRAL GRADO MODERADO A SEVERO CON GRADIENTE DE 60MMHG
3. POP CANAL AV PARCIAL CON LEFT CON BUENOS RESULTADOS.

CAMINO UNIVERSITARIO DISTRITAL

10 DE FEBRERO DE 2014

Fue atendida por el cardiólogo infantil LUPO NMENDEZ DURAN y se dejaron las siguientes notas:

CONTROL POR POP DE CANAL AV

ACTUALMENTE CON INCAPACIDAD FISICA GRADO II, EUPNEICA, ROSADA R1+R2+, SS REG +3 QUE SE INTENSIFICA EN POSICION SUPINA

TRAE RX DE TORAX CON CRECIMIENTO VENTICULAR IZQUIERDO

ECOCARDIGRAMA DEL 2012 CON INSUFICIENCIA MITRAL SEVERA POR DOPPLER QUE NO SE CORRELACIONA CON LA CLINICA NI CON LA RX

06 OCTUBRE 2014

Le fueron realizado los siguientes procedimientos: cateterismo cardiaco izquierdo + angiografía coronaria + cateterismo cardiaco derecho+ ventriculografía y en el resumen de la atención se indicó lo siguiente:

Paciente femenina de 14 años con antecedentes de pop tardío de canal AV con deterioro de su clase funcional, con reporte de ecott 2012 con insuficiencia severa por lo que se realiza cateterismo cardiaco derecho concluyendo ausencia de insuficiencia de válvula mitral.

27 OCTUBRE 2014

Fue atendida por el cardiólogo infantil LUPO NMENDEZ DURAN y se dejaron las siguientes notas:

CONTROL POR POP DE CANAL AV

TRAE CAT NORMAL

ACTUALMENTE ROSADA EUPNEICA, 1R+2R+, SS REG -/3 HIGADO PULSOS NORMALES

PLAN CONTROL CLINICO EN 6 MESES

25 MAYO 2015

Fue atendida por el cardiólogo infantil LUPO NMENDEZ DURAN y se dejaron las siguientes notas:

PACIENTGE ROSADA EUPNEICA, 1R+2R+, SS REG +/3 CLICK HIGADO Y PULSOS NORMALES

SE SOLICITA RX TORAX



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

ECO 2D A COLOR
CITA CONTROL CON RESULTADOS

13 AGOSTO 2015

Fue atendida por el cardiólogo infantil LUPO NMENDEZ DURAN y se dejaron las siguientes notas:

CONTROLADA POR POST-OPERATORIO CANAL A-V TARDIO
PACIENTGE ROSADA EUPNEICA, 1R+2R+, SS REG +/3 EN LA PUNTA IZQUIERDA HIGADO Y PULSOS NORMALES
TRAE ESTUDIO DE
ECO 2D: DOBLE LESION MITRAL
RX DE TORAX: DILATACION DEL ARCO MEEDIO DE LA PULMONAR AURICULA IZQUIERDA Y FLUJO PASIVO AUMENTADO.
CONTROL EN 3 MESES
TTO MEDICO

También se observa que la menor tuvo algunos controles en el HOSPITAL GENERAL DE BARRANQUILLA que se detallan a continuación:

16 DICIEMBRE 2015

Fue atendida por el cardiólogo infantil LUPO MENDEZ DURAN y se dejaron las siguientes notas:

POP DE CANAL AV PARCIAL
PACIENTGE ROSADA EUPNEICA, 1R+2R+, SS REG +/3 HIGADO Y PULSOS NORMALES
ECO 2D A COLOR:
DOBLE LESION VALVULAR ESTENOSIS E INSUFICIENCIA MODERADA

10 MARZO 2016

Fue atendida por el cardiólogo infantil LUPO MENDEZ DURAN y se dejaron las siguientes notas:

POP DE CANAL AV PARCIAL
PACIENTGE ROSADA EUPNEICA, 1R+2R+, SS REG +/3 HIGADO Y PULSOS NORMALES
RX DE TORAX CON CRECIMIENTO AURICULAR DERECHO Y VENTRICULO IZQUIERDO AUMENTADO DE TAMAÑO SIN HIPERFLUJO PULMONAR
EKG CON CRECIMIENTO BIAURICULAR
PLAN:
ENALAPRIL 5MG 1 TAB AL DIA
CONTROL EN 6 MESES

25 DE ABRIL 2016

Fue atendida por el cardiólogo infantil LUPO NMENDEZ DURAN y se dejaron las siguientes notas:

PACIENTE ROSADA EUPNEICA 1R+2R+ NO SOPLOS HIGADO Y PULSOS NORMALES.
TRAE EKG: HBAL NORMAL
RX TORAX: NORMAL
SE ORDENA ECO 2D A COLOR, MESA BASCULANTE Y CITA CON RESULTADOS.

29 DE JUNIO 2016

Fue atendida por el cardiólogo infantil LUPO NMENDEZ DURAN y se dejaron las siguientes notas:



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

PACIENTE ROSADA EUPNEICA 1R+2R+SD+3 R4 EN PUNTA HIGADO Y PULSOS NORMALES

TRAE EKG: HBAL NORMAL

RX TORAX: NORMAL

TRAE RESULTADOS:

ECO 2D A COLOR (20 JUNIO 2016)

1. DILATACION DE AURICULA IZQUIERDA CON FUNCION SISTOLICA CONSERVADA.
2. DOBLE LESION VALVULAR MITRAL CON ESTENOSIS MODERADA A SEVERA E INSUFICIENCIA ÍDEM
3. POP DE CANAL AV CON RESULTADOS REGULARES MESA BASCULANTE (15 JUNIO 2016)

1. PRUEBA DE MESA BASCULANTE NEGATIVA PARA SINCOPE NEURALMENTE MEDICADO
2. PRUEBA NEGATIVA PARA HIPOTENSION ORTOSTATICA
3. PRUEBA NEGATIVA PARA TAQUICARDIA ORTOSTATICA POSTURAL

SE INDICA CATETERISMO CARDIACO PARA DESPUES INDICAR PLASTIA MITRAL Y ECO TRANSESOFAGICO.

19 AGOSTO 2016

Fue atendida por el cardiólogo CARLOS ALCALA MANJARREZ y se dejaron las siguientes notas

COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES: PACIENTE PARA REEMPLAZO VALVULA MITRAL PRIORITARIO

CONCLUSIONES:

- 1) POST QUIRURGICO ALEJADO DE CANAL A-V
- 2) DOBLE LESION MITRAL SEVERA, DILATACION SEVERA DE AURICULA IZQUIERDA H.T.P LEVE

20 SEPTIEMBRE 2016

Fue atendida por el cardiólogo infantil LUPO NMENDEZ DURAN y se dejaron las siguientes notas:

PACIENTE ROSADA EUPNEICA 1R+2R+SD+3 R4 EN PUNTA HIGADO Y PULSOS NORMALES.

TRAE RESULTADOS CATETERISMO CARDIACO 19 AGOSTO 2016

- 1) POSTQUIRURGICO ALEJADO DE CANAL A-V
- 2) DOBLE LESION MITRAL SEVERA, DILATACION SEVERA DE AURICULA IZQUIERDA H.T.P LEVE

TRAE RESULTADOS; ECOTRANSEOFAGICO 14 SEPTIEMBRE 2016

1. POP de corrección de canal AV completo
2. Dilatación severa de aurícula izquierda
3. Doble lesión válvula mitral insuficiencia severa y estenosis moderada
4. Insuficiencia tricúspide leve
5. No trombos intracavitarios

VALORACION POR CIRUGIA CADIOVASCULAR PARA REEMPLAZO VALVULA MITRAL

De las atenciones reseñadas, se extracta que para el año 2016, la menor presenta un agravamiento de su enfermedad de base, razón por lo cual sus médicos tratantes le ordenan una serie de procedimientos, tales como cateterismo y ecocardiograma, los cuales fueron realizados el primero el 19 de agosto y el segundo 14 de septiembre, razón por la cual, tanto el cardiólogo CARLOS ALCALA MANJARREZ como el



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

cardiólogo infantil LUPO NMENDEZ DURAN, ordenan la VALORACION POR CIRUGIA CADIOVASCULAR PARA REEMPLAZO VALVULA MITRAL, el primero de los médicos estableció que la cirugía era de carácter prioritaria.

Desde la atención realizada 20 septiembre 2016, donde se ordena la valoración por cirugía cardiovascular, no se encuentra ninguna actuación registrada en historia clínica hasta la del 1 de noviembre de 2016.

Procede entonces esta agencia judicial a realizar un análisis de historia clínica desde el 1 de noviembre de 2016.

En la atención recibida por la menor, se establece el padecimiento que presentaba la paciente el cual era una malformación congénita del canal AV parcial, la cual fue corregida al serle practicado una cirugía a los 4 años, con plastia y corrección de canal AV, manifiesta en esta atención que actualmente presenta episodios de disnea de pequeños esfuerzos con insuficiencia cardiaca severa, que se encuentra en clase funcional III/IV.

En el examen físico se encuentran los pulmones claros bien ventilados y ruidos cardiacos.

La menor a la consulta lleva informes de ecocardiograma y de cateterismo realizados anteriormente.

El abordaje del médico cardiovascular (Dr. Eliecer Villamizar), indica remplazo de válvula mitral por estenosis e insuficiencia severa de forma prioritaria, justificando su orden al encontrar la paciente con síncope y en clase funcional III/IV.

Para lo cual ordena la cirugía de cambio de válvula mitral por una válvula biológica de larga duración de carácter urgente, y le comunica a la paciente y familiares los beneficios y los riesgos de la cirugía, los cuales aceptan, así mismo se les informan los síntomas de riesgo, advirtiéndoles que en caso de presentarlos la menor debían acudir al servicio de urgencias.

Al comparar esta parte de la historia clínica con la declaración rendida por el Dr. Villamizar, en la cual manifiesta que en las condiciones en que se encontraba la menor, el galeno indicó que la menor ingresó a la consulta caminando, respirando por sí sola, por lo que no ameritaba remisión a Unidad de Cuidados Intensivos, razón esta por la que su decisión como especialista fue, que la intervención quirúrgica podía esperar a ser programada luego de obtener las autorizaciones, sin embargo, le fue informado a la menor y a su familiar los signos de riesgos a los que debía acudir por urgencia si lo presentaba, estableciendo que la cirugía era de carácter prioritario, el galeno en su declaración hace una explicación clara de cuando una cirugía es de carácter urgente, en la cual no se encontraba la menor, asegurando que si la menor hubiera estado en una unidad de cuidados intensivos, la cirugía tampoco se podía realizar inmediatamente, debido a que primero debía ser estabilizada, circunstancia que no se dio.



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

COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES: PACIENTE PARA REEMPLAZO VALVULA MITRAL PRIORITARIO

CONCLUSIONES:

- 1) POST QUIRURGICO ALEJADO DE CANAL A-V
- 2) DOBLE LESION MITRAL SEVERA, DILATACION SEVERA DE AURICULA IZQUIERDA H.T.P LEVE

Por lo que este juzgado no encuentra en este abordaje alguna irregularidad que hubiera puesto en peligro la vida de la menor, además de las pruebas documentales presentadas por la parte demandante, encontramos una revisión de la Historia Clínica, realizada por la Secretaria de Salud del Distrito de Barranquilla, en la cual se establece que en este abordaje no se encuentra irregularidad alguna.

En cuanto al tema de que si hubo un error al establecer en la orden que la válvula era urgente, pero en el abordaje de la cirugía se estableció prioritaria, encontrándose para la parte activa una incongruencia, sin embargo, en la explicación dada por el Dr. Villamizar, este manifiesta que lo urgente era la consecución de la válvula biológica de larga duración, que lo hizo así para que fuera más diligente la adquisición de esta, pero que la calificación de la cirugía según su criterio médico, basado en la evidencia medica era que debía hacerse de manera prioritaria, es decir, que la paciente podía esperar en casa a la orden de la misma, pero con recomendaciones y signos de alarma.

Ahora, en lo relacionado con la orden de la cirugía, la cual fue expedida por la EPS CAJACOPI, con un error, el cual fue devuelta y hubo que emitir una nueva, esta judicatura no deja de reconocer que hubo un actuar equivocado por parte de la EPS, al ordenar un procedimiento diferente al ordenado por el galeno, el cual difería en el procedimiento y en los costos de la cirugía, no fue acertado, y que por ende generó un retraso en la programación de la cirugía, al cual no debió ser sometida la menor, no obstante lo anterior, en las declaraciones obtenidas en este proceso, tanto por el cardiólogo tratante de la menor por varios años, como por el cirujano cardiovascular, este retraso no colocó en riesgo la salud de la menor, habida cuenta, que una vez la menor presentó un signo de riesgo, fue llevada a urgencia y desde ese momento hospitalizada y vigilada su patología en el centro médico, es tanto así, que si se procede a revisar la historia clínica en ella se encuentra documentada lo siguiente:

El día 25 de noviembre la paciente ingresa por urgencia, en la historia clínica se establece lo siguiente:

Paciente femenina de 16 años de edad con antecedentes de POP corrección de canal AV completo hacen 12 años, quien ingresa el día de hoy por cuadro de dificultad respiratoria progresiva y vértigo después de episodio sincopal el día de hoy por lo cual consulta, por lo cual se decide ingresar para manejo y valoración por el servicio de cirugía cardiovascular (Dr. Villamizar médico tratante)

Ese mismo día es valorada en horas de la tarde por el galeno JOAQUIN RODRIGUEZ GOMEZ quien deja la siguiente nota (folio 109):



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

(25-11-2016 - 18:12:31 PM)

Paciente femenina de 16 años llega a sala cardiovascular procedente del servicio de urgencias con DX de malformación congénita canal AV parcial manejada quirúrgicamente a los 4 años con plastia y corrección del canal AV, actualmente tiene episodios de disnea de pequeños esfuerzos, sensación de mareos y episodios de sincope, trae reporte de ecotranassosofgico de 09-09-2016 que muestra: 1- pop de corrección de canal AV 2- dilatacion severa de la aurícula izquierda 3- doble lesión valvular mitrakl insuficiencia severa y estenosis modera 4- insuficiencia tricúspidea leve 5- No trombos intracavitarios. Cateterismo cardíaco muestra posquirúrgico alejado de canal AV, doble lesión mitral severa, dilatación severa de la aurícula izquierda HTP leve.

Valorada por el servicio de CX cardiovascular (Dr Villamizar) quien da indicación para reemplazo de válvula mitral por estenosis e insuficiencia severa por prótesis biológica de larga duración de forma urgente ya que paciente se encuentra en regulares condiciones generales dado por disnea súbita, cifras tensionales dentro de las metas, se indica cirugía cardiovascular.

Paciente debe continuar en sala completando protocolo de CX cardiovascular.

AL EXAMEN FISICO SE OBSERVA, normocéfalo, pupilas reactivas a la luz, mucosa oral húmeda cuello móvil sin adenopatías, tórax simétricos, abdomen blando, no doloroso a la palpación extremidades superiores eutróficas simétricas. canalizada en miembro superior izquierdo con abocat 20 con ATI, genitales normocofigurados. extremidades inferiores eutróficas simétricas móviles no edematizadas riesgo bajo de caída según escala de morse y riesgo bajo según escala de braden.

El día 26 de la mismo mes y año se lee:

examen físico: ta 120/69 fc 70 fr 19 sat de 02: 98% tolerando oz ambiente normocéfalo mucosa oral húmeda cuello móvil no adepatias

cuello móvil no adenopatías. no iy

*7j.0 *hosvital**

cardiopulmonar soplo sistólico grado 1, pulmones claros

abdomen blando depresible no doloroso

extremidades eutróficas sin edema

g/u diuresis positiva

sno sin deficit aparente.

Los días posteriores a su ingreso por urgencia, del día 25 de noviembre de 2016, la paciente, en lo establecido en la historia clínica, no presenta complicaciones que alteren su estado de salud, es más, se establece como manejo para llevarla a cirugía una serie de terapias respiratorias, la cual la menor cumplió sin ninguna anotación adversa.

Si comparamos la Historia Clínica con lo manifestado por los médicos que trataron a la menor antes y después de su consulta en la clínica la Misericordia, encontramos que la menor, nunca estuvo internada en unidad de cuidados intensivos, previa a su cirugía, es decir, que su estado de salud, era controlado y estable.

Frente a los reparos realizados por los demandantes, en cuanto al abordaje de la salud de la menor, para esta judicatura, es claro que el medico que debía realizar la cirugía en su entender y dentro de su experiencia, por lo que determinó que la



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

menor, debía ser operada de manera prioritaria, que podría esperar la programación de la cirugía desde su casa, eso sí indicándole las recomendaciones sobre los signos de alarma, que en caso que se materializara alguno debía presentarse a la clínica por urgencia, cosa que fue cumplida por sus cuidadores, quienes al presentar desmayos se acercaron con la menor al servicio de urgencias de la CLINICA LA MISERICORDIA, lo cual, trajo como protocolo la hospitalización de la menor.

Que muy a pesar del error administrativo por parte de la EPS, este no fue la consecuencia del desenlace fatal de la menor, habida cuenta, que, al estar la niña hospitalizada, se le brindaron todos los tratamientos, terapias, laboratorios que la menor requería para ponerla en punta para llevarla a la cirugía, es que revisado las atenciones no se encuentra en ella, alguna anotación que determinara el mal estado de la menor, que requiriera de manera urgente la mencionada cirugía.

Ahora bien, la parte activa trae a este proceso una serie de guías y documento que establecen los procedimientos y métodos de abordaje de las patologías que presentaba la menor, llama la atención de esta judicatura, que, por parte del apoderado demandante, se ha establecido que estas guías son de imperioso cumplimiento, sin embargo, cuando revisamos la guía denominada:

Guía ESC 2016 sobre el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda y crónica

Se recomienda a los profesionales de la salud que tengan en consideración la presente guía de la ESC en la toma de decisiones clínicas en su ejercicio diario, así como en la determinación y la implementación de estrategias preventivas, diagnósticas y terapéuticas; no obstante, la decisión final sobre el cuidado de un paciente concreto, en consulta con dicho paciente y, si fuera necesario, con su representante legal, debe tomarla el médico responsable de su cuidado. Además, es responsabilidad del profesional de la salud comprobar la normativa aplicable a fármacos y dispositivos médicos antes de su prescripción. 2. INTRODUCCIÓN El objetivo de las guías de la ESC es ayudar a los profesionales de la salud a tomar decisiones en la práctica clínica diaria basadas en los datos disponibles. Pronto celebraremos el 30.º aniversario de los estudios clínicos que demostraron por primera vez y de manera incuestionable que la evolución de los pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) puede mejorarse significativamente². Desde entonces hemos sido testigos y hemos celebrado muchos más avances que retrocesos en el abordaje de la IC, que han llevado a un conocimiento más profundo de la fisiopatología de este síndrome clínico y, lo que es más importante, a una mejor atención de nuestros pacientes³. En 2016 nadie puede dudar de que, con la aplicación de los descubrimientos basados en la evidencia, la IC se ha convertido en una enfermedad más prevenible y más tratable.

Leída el inicio de esta guía, se determina que es un referente en el caso de insuficiencia cardiaca, pero establece que la decisión sobre el cuidado del paciente la tiene el profesional de la salud que la está tratando.

En otro de sus apartes, esta guía establece:

12.3.2. *Criterios para la hospitalización en planta o en la unidad de cuidados intensivos/cuidados coronarios • Los pacientes con disnea persistente y significativa o*



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

hospitalización antes de ser practicada la cirugía, es más, siempre se lee que la paciente estaba estable, entendida esa estabilidad con relación a su día a día en el hospital, pero presentando su enfermedad de base.

Es esta la razón por la cual esta judicatura no encuentra un incumplimiento al deber legal de la paciente en cuanto a su atención medica recibida antes de la cirugía.

Procedemos ahora a revisar si ocurrió una falla endilgable a la parte pasiva en cuanto a la cirugía practicada, en este estadio, se debe estudiar si existió algún incumplimiento a la debida atención de la menor, lo cual nos lleva nuevamente a la historia clínica, en las anotaciones del día 12 de diciembre de 2016, fecha en la cual se realizado la cirugía.

NOMBRE DE LA CIRUGIA: REEMPLAZO VALVULAR Y CIRUGIA DE AORTA (AORTICO, MITRAL, TR ICUSPIDEA) CON CIRUCULACION EXTRACORPOREA O SIN CIRCULACION EXTRACORPOREA CON TECNICA DE MINIMA INVASIVIDAD.

Cirujano: ELECER VILLAMIZAR DE LA HOZ

Via: ABDOMINAL

Dx Postoperatorio: I052 ESTENOSIS MITRAL CON INSUFICIENCIA

Tipo de Herida: LIMPIA

Cantidad de Sangrado:0 ml

Tipo de Anestesia: ENDOVENOSA

Tipo de Cirugía: PROGRAMADA

Fecha Inicio 12/12/16 08:00:00

Fecha Final 12/12/16 15:30:00

Tiempo de Perfusión: 227 min.

Tiempo de Clamp: 93 min.

Descripción Quirúrgica:

PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA Y BAJO ANESTESIA GENERAL, SE REALIZA ESTERNOTOMIA MEDIANA SOBRE INCISION ANTERIOR.

ESTERNON DE MUY MAL ASPECTO, FRACTURADO.

EN LA DISECCION FIBRILA, POR LO QUE SE DECIDE REALIZAR CANULACION FEMORAL IZQUIERD, Y ARTERIAL

DERECHA, CON CANULA 21 ARTERIAL ENDOVASCUALR, Y CANULA MULTIFENESTRADA VENOSA. PARA CIRUGIA DE MINIMA INVASIVIDAD, GUIADA POR ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFAGICO, POSICIONADA LAS FENESTRAS EN REGION DE VENA CAVA SUPERIOR E INFERIOR, SIN COMPLICACIONES.

SE INICIA CIRCULACION EXTRACORPOREA, PARA REALIZAR DISECCION, DE ESTRUCTURAS ADHERIDAS, DE VENTRICULO DERECHO, Y AURICULA DERECHA E IZQUIERDA.

SE VISUALIZA AORTA, Y SE REALIZA CLAMP, CARDIOPLEGIA SANGUINEA 4:1 APERTURA DE AURICULA IZQUIERDA.

SE OBSERVA VALVULA MITRAL ESTENOTICA CON ANILLO PEQUEÑO, SE PASAN PUNTOS, ANILLO NUMERO 25 PARA VALVULA ST JUDE, EPIC.

SE CIERRA AURICULOTOMIA IZQUIERDA.

SE DESCLAMPEA, SE DEAIREA CAVIDADES IZQUIERDAS, SALE EN RITMO SINUAL AUNQUE CON BLOQUEOS MBZ 2. SE ASISTE CON MARCAPASO, DROGAS VASOACTIVAS. SALE SIN DIFICUALTAD DE BOMBA.

SE REVISIA HEMOSTASIA, SE COLOCA COOSEL (2 TUBOS) PARA CONTROL DE HEMOSTASIA.

SE CIERRA ESTERNON CON TECNICA DE ROOVISEK.



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

CIERRE SIN COMPLICACIONES.

SE DEJA TUBO DE MEDIASTINO (2) 2 HILOS DE MARCAPASO.

SE TRASLADA PACIENTE A UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.

GRUPO QUIRURGICO:

CIRUJANO PRINCIPAL: DR. ELECCER VILLAMIZAR

SEGUNDO CIRUJANO: DR. RENATO ORTIZ

ANESTESIOLOGO CARDIOVASCULAR: DR. JOSE POMARES

INSTRUMENTADORA CARDIOVASCULAR: MILENA SANCHEZ

PERFUSIONISTA: LIND LANCHEROS

Complicaciones: NO

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

ELIECER VILLAMIZAR DE LA HOZ - Esp. CIRUGIA CARDIOVASCULAR

Cantidad: 1

Descripción: REEMPLAZO VALVULAR Y CIRUGIA DE AORTA (AORTICO, MITRAL, TRICUSPIDEA) CON CIRUCULACION EX

Realizado Fecha y Hora de Aplicación: 12/12/2016 17:54:16

Resultados: Cirugía Realizada

Conclusiones: Cirugía Realizada

Realizado Por: 72194046 ELIECER VILLAMIZAR DE LA HOZ

Sea lo primero establecer que, la cirugía fue realizada el día indicado, que la misma tuvo una duración de 8 horas, que se manifiesta que fue realizada sin complicaciones, en la descripción del procedimiento se establece:

“...REOPERACION DE CIRUGIA CARDIACO POR DEFECTO ATRIOVENTRICULAR PARCIAL, CORRECCION DE CIA CON PLASTIA DE VALVULA MITRA. ANTECEDENTES DE CIRUGIA A LOS 4 AÑOS DE EDAD DE 8 HORAS CON ASISTENCIA, POR DIFICULTAD DE SALIDA DE BOMBA.

EN LA ENTRADA SE ENCUENTRA ESTERNOTOMIA, COVIDADES MUY ADEHERIDAS AL HEMITORAX DERECHO, AURICUAL DERECHA Y VENTRICULO DERECHO HACIENDO ARRITMIA AL INICIO DE DISECCIO, FIBRILACION, MOTIVO POR EL CUAL SE DECIDE REALIZAR DISECCION ARTERIAL Y VENOSA EN REGION INGUINAL Y SE ENTRA EN CIRCULACION EXTRACORPORES PARA DISECAR LAS AREAS ADEHERIDAS Y ARRITMOGENICAS, LA AURICUAL IZQUIERDA GIGANTE MUY POSTERIOR, CON ISOMERISMO DE AURICULAS, ESTRUCTURAS DESPLAZADAS ANATOMICAMENTE POR SU PATOLOGIA DE BASE.”

Por lo que se aprecia que muy a pesar de las posibles dificultades de la cirugía por sus preexistencias y de la extensa duración, el procedimiento fue realizado y la menor salió del quirófano con los cuidados de cualquier paciente que haya sido sometida a una cirugía de esta índole, sin embargo, en las anotaciones de recibo de la menor para ser trasladada a la UCI, se puede leer que se encontraba en un estado muy delicado, circunstancia que se prolongó y agravó en su evolución postquirúrgico.

Después de la cirugía, encontramos varias anotaciones en la historia clínica e indicaciones de haber realizado terapia respiratoria ordenada por el médico, en las que tiene que ver con el estado de la paciente se puede leer:

EVOLUCION MÉDICO



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

EVOLUCION UCI DR CARLOS REBOLLEDO-DR RICARDO GAMEZ
IMPRESIÓN DIAGNOSTICA:

- 1.- POP REEMPLAZO VALVULA MITRAL POR PROTESIS BIOLOGICA (CEC 230 MINUTOS, CLAMP 90 MINUTOS).
- 2.- CARDIOMIOPATIA VALVULAR+ DILATACION AURICULA IZQUIERDA SEVERA.
- 3.- CARDIOPATIA CONGENITA, PLASTIA VALVULAS AURICULOVENTRICULAR A LOS 4 AÑOS DE EDAD POR ANTECEDENTES.

PACIENTE FEMENINA DE 16 AÑOS DE EDAD, (CON CARACTERISTICAS ANTROPOMORFICAS QUE SE MANTIENE POR FUERA DEL LIMITE PARA LA EDAD DE 16 AÑOS) INGRESO A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PROCEDENTE DE QUIROFANOS, LUEGO DE REEMPLAZO DE VALVULA MITRAL SE TRATA DE PACIENTE CON HISTORIA DE CARDIOMIOPATIA CONGENITA A QUIEN SE LE REALIZO PLASTIA DE VALVULAS AURICULO-VENTRICULARES A LOS 4 AÑOS, VENIA CON DATOS DE FALLA CARDIACA DESCOMPENSADA, LUEGO DE ESTUDIOS IMAGENOLOGICOS DECIDEN REEMPLAZO VALVULA MITRAL, ES LLEVADA A CIRUGIA HOY, A SU INGRESO A UCI INTUBADA, BAJO SOPORTE VENTILATORIO Y SOPORTE VASOACTIVO CON CRISTALOIDES BAJO SEDACION, CON PUPILAS REACTIVAS EN 2 mm, FUE TRASNSFUNDIDA CON HEMODERIVADOS INTRAOPERATOPRIAMENTE, SE CONTINUA MANEJO EN UCI;CON CONDICIONES CLINICAS DELICADAS CON ALTO RIESGO DE COMPLICACIONES, LO CUAL SE HA INFORMADO A LOS FAMILIARES.

En la anotación realizada el mismo día de la cirugía, se denota el estado clínico de la paciente, el cual era que las condiciones de salud eran delicadas con alto riesgo de complicaciones, es decir, que el organismo de la menor después del procedimiento quirúrgico, no reaccionó de la mejor manera, colocando los galenos estas circunstancias en conocimiento de sus familiares.

El día 13 de diciembre de la misma anualidad, se encuentran también anotaciones con realización de terapias respiratorias, sin embargo, sobre el estado de la menor se establece que la paciente presenta diuresis disminuida con signo de Hipoperfusión paciente en este momento, por lo que continua en la unidad con alto riesgo de mortalidad.

Es decir, que desde que la paciente salió a su postoperatorio, su estado era de un pronóstico delicado con reserva sobre su recuperación, es que, no se debe olvidar que esta clase de cirugías son de una alta complejidad y se le está implantando un cuerpo extraño, el cual es la válvula biológica de larga duración, razón por la que se debe esperar la reacción del organismo ante la implantación de esta válvula, y es que, la menor ya había sido intervenida con anterioridad para hacerle una corrección del canal AV, cirugía realizada a los 4 años de edad, lo que hacia más complejo el procedimiento quirúrgico y su recuperación.

Siguiendo con el análisis de la historia clínica, en el mismo día 13 de diciembre, a las 2:13.45, en su paraclínico se establece que la menor se encontraba: en malas condiciones general, con signos de choque calros- se indica reanimación hídrico y apoyo inovasopresor, los paraclínico muestra mal control metabólico, presentando clínica de sangrado y anemia aguda.



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

Para lo cual, inician un plan de manejo para su condición médica y se encuentra documentado la visita del Dr. Villamizar para su seguimiento.

Ya en el día 14 de diciembre a las 11:32, el internista Dr. Abdel Pérez Navarro, ordena una interconsulta por Nefrología, además de que el Dr. Villamizar la ve a las 11:52, ratificando la orden de que fuera valorada por nefrología.

A las 12:16 del mismo día, se genera una circunstancia de agravación de la menor, la cual establecen así:

"...PACIENTE FEMENINA DE 16 AÑOS DE EDAD CON DX ANOTADOS EN MALAS CONDICIONES GENERALES, EN ESTE MOMENTO CURSA HEMODINAMICAMENTE MUY INESTABLE CON CIFRAS TENISOANELS TENDIENTES A LA HIPOTENSION CON APOYO AUN DE NOREPINEFRINA 0,2 MCG/KG/MIN QUE NO HA SIDO POSIBLE EL DESTETE DEL MISMO. AUN CON LACTATO DE 5,0, CON SIGNO DE HIPOPERFUCION LO QUE SUGIERE QUE PACIENTE PERSISTE EN CHOQUE INICIALMENTE EN EL CONTEXTO DE VASOPLEJIA SIN EMBARGO SE REALIZA ECO FAST TRACK QUE EVIDENCIA POCA MOTILIDAD DE PARED NTERIOR DEL VD CON HIPOQUINESIA IMPORNTANTE DEL APICE DEL VI, EN ESE ORDEN DE IDEAS SE DECIDE REINICAR APOYO CON MILRRINONE A DOSIS BAJAS PARA MEJORAR TONTEO MIOCARDICO, OLIGURICA QUE NO MEJORA CON DIURETICO DE ASA, CON ELEVACION DE AZOPADOS Y CAIDA DEL GASTO URINARIO CON BALANCE POSITIVO DE & LAPROXIMADAMENTE SE SOLICITA VALORACION X NEFROLOGIA, EN ESTE MOMENTO CON ALTO RIESGO DE DETERIORO CLINICO MAYOR, CONTINUA EN LA UNIDAD.

(...)

LINEA ROJA CON ANEMIA NORMOCITICA NORMOCROMICA, TROMBOCITOPENIA SEVERA, CON LEUCOCITOSIS X CIRUGIA, ELECTROLITOS SERCIOS CON HIPERNATREMIA AUN SE INDICA DEXTROSA CON KATROL Y MAGNESIO, GLUCEMIA CENTRAL NORMAL. TIEMPOS DE COAGULACION NORMLES FUNCION RENAL ALTERADA, CON AOZADOS EN ASCENSO, P/ VALORACION X NEFROLOGIA SE INDICA AUN TRANFUNDIR HEMODERIVADOS. PACIENTE DEBE PERMANECER EN LA UNIDAD BAJO SEGUIMIENTO POR MEDICINA CRITICA-CX CARDIOVASCULAR, CON VIGILANCIA Y MONITORIZACION CARDIOHEMODINAMICA ESTRICTA, PRONOSTICO RESERVADO. FAMILIARES AMPLIAMENTE INFORMADOS DE LAS CONDICIONES CLINICAS DEL PACIENTE..."

En relación con el reproche sobre la revisión de la nefróloga y la realización de la diálisis, es decir, que habían pasado muchas horas, que pusieron en peligro la vida de la menor, la parte activa fundamenta su argumento en la historia clínica y en la testigo que trajeron a este proceso, por lo que es deber de esta judicatura retomar el análisis de la mencionada historia clínica.

Como se estableció anteriormente, las ordenes de interconsulta por nefrología fueron dadas a las 11: 32 y ratificadas por el médico tratante a las 11:52, tiempo razonable, ahora bien, no solo se dieron órdenes para nefrología, sino que además se le impartieron órdenes para transfusiones de plaquetas, de sangre, además de una interconsulta con nutrición, las transfusiones terminaron a las 14:42, la interconsulta por nutrición, arroja un plan de soporte nutricional el cual, se lee en la historia clínica lo siguiente: "... INICIO DE SOPORTE NUTRICIONAL ENTERAL POR SONDA



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

OROGASTRICA CON AMINOACIDOS ESENCIALES ESPECIALES PARA PCTE EN TERAPIA RENAL...

Además de suspenderle algunos medicamentos y establecer que la menor se encontraba en circunstancias adversas por lo que no era posible moverla por su inestabilidad hemodinámica, según indicaciones médicas.

Como se puede apreciar, desde la orden de interconsulta por nefrología, la menor nunca estuvo sin ser atendida y preparada para la posible diálisis.

Analizado el dictamen pericial, en página 10 del informe, se establece lo siguiente: “...En la historia de documenta problemas para hacer la diálisis como son shock profundo con marcada inestabilidad hemodinámica y uso de vasopresores a dosis alta que hacen imposible la diálisis y en otro aspecto la falta de una vía para hacerla dada la imposibilidad por la no presencia del catéter...”

Es que este medico perito, al hacer la lectura de la historia clínica, reconoce que la menor estaba en una condición medica difícil para la implementación inmediata de la diálisis.

Revisada las anotaciones de la historia clínica se evidencia la valoración que hace la nefróloga, que a continuación se transcribe:

A las 17: 17 horas, es valorada por nefrología,
.POR TANTO, PACIENTE CON FRACASO RENAL AGUDO AKIN III CON ACIDOSIS METABOLICA, SOBRECARGA DE MÁS DEL 10% DE PESO INICIAL Y ALTERACIONES SEVERAS DEL MEDIO INTERNO CON SOPORTE VENTILATORIO, INOTROPICO. VALORADA CONJUNTAMENTE CON MD TRATANTES PACIENTE EN RIESGO VITAL QUE REQUIERE INICIO DE TERAPIA RENAL SUSTITUTIVA, DADA SU INESTABILIDAD HEMODINAMICA Y ALTO RIESGO DE COMPLICACIONES, LA PACIENTE ES SUBSIDIARIA DE INICIO DE TERAPIA RENAL SUSTITUTIVA MEDIANTE TECNICAS LENTAS TIPO HEMODIAFILTRACIÓN. POR TROMBOPENIA PENDIENTE DE TRANSFUNDIR PLAQUETAS Y EVALUANDO RIESGO/BENEFICIO SE SOLICITA CANALIZACION DE CATETER MAHURKAR ECOGUIADO Y/O POR CX VASCULAR.
PLAN: SS CANALIZACIÓN DE CATETER MAHURKAR ECOGUIADO Y/O POR CX VASCULAR HEMODIAFILTRACION VENO VENOSA CONTINUA
FILTRO ABL 414
FLUJO SANGUINEO 180 ml/min
L DIALIZANTE 800 milhora BGK 4/2.5
L SUSTITUCION 800 milhora
PERDIDA DE PESO INICIAR A 80 CC/HORA E IR AUMENTANDO DEPENDIENDO DE TAM
HEPARINA 10000 UI EN BOLO PARA CEBADO DEL CIRCUITO Y POSTERIORMENTE HEPARINA 350 CC/HORA MANANA CONTROL DE CALCIO, UREA, CREATININA, IONOGRAMA, MAGNESIO, HEMOGRAMA.
CONTROL DE TP/TPT Y GASES ARTERIALES A LAS 6 HORAS DE INICIADO LA TERAPIA
Evolución realizada por: MARLYN JANELLA SUAREZ VARGAS.



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

En lo que tiene que ver con la decisión de la diálisis, en la cual la parte demandante, se queja de que fue realizada con demoras, es importante anotar, que en la historia clínica se establece que el medico que reviso a la menor, Dr. Pérez Navarro de especialidad internista, es el primero que da la orden de nefrología, ratificado por el Dr. Villamizar, impartándole órdenes para poder ser revisada, como es la de suminístrale alimento previo a la posible diálisis para llevarla a punto para este procedimiento, además de estabilizar la paciente que no se encontraba en buen estado hemodinámico, como lo reconoce el perito, pero al ser revisada por la nefróloga, es cuando se establece el procedimiento a seguir con la implementación de la hemofiltración.

En el ejercicio el proceso de diálisis , y al mal estado de la menor, es el mismo medico cardiovascular, quien decide realizar la implantación del catéter para la diálisis, al revisar su declaración, este manifiesta que decide hacerlo por la yugular, en donde la menor tenía colocado un catéter de marcapaso, habida cuenta, que la menor estaba muy inestable y que se encontraba sangrando, en la historia clínica se describe el accidente ocurrido con la guía, la cual se corta generando que esta migre, se logra leer que este accidente fue tratado de solucionar inmediatamente, pero que fue imposible recuperar la guía, por lo que se acudió a una ayuda diagnostica, es decir, se realizó un rayos X de tórax para saber en qué lugar se encontraba la guía, pero no se pudo determinar la ubicación, de ese accidente fue comunicado a la sala de hemodinamia, sin embargo, narra la misma historia clínica que por el estado inestable de la menor y el alto grado de muerte, deciden aplazar la recuperación de la guía y centrarse en la atención primaria de la menor. De tal suceso se encuentra la anotación del día 14 de diciembre de 2016 a las 22:22, la cual textualmente dice: "...SE INTENTA COLOCAR CATETER MAJURKAL ATREVES DE YUGUALNR INTERNA DERECHA, CON GUIA, SE CORTA DE LA BASE DEL INTRODUTOR, Y MIGRA, SE INTENTA RECUPERAR 'PERO NO FUE POSIBLE. SE TOMA RX DE TORAX NO SE LOGRA VISUALIZAR EL SITIO EN EL CUELLO. POR LO QUE AVISA A HEMODINAMIA PARA INTENTAR RECUPERAR POR VIA ENDOVASCUALR, PERO POR INESTABILIDAD HEMODINAMICA Y CONDICION CRITICA CONSIDERAMOS DEJAR PARA MÁS ADELANTE LA RECUPERACION DEL CATEGTER.

SE COLOCA CATETER MAJURCAL, EN REGION INGUINAL DERECHA, SIN COMPLICACIONES (SE UTILIZA OTRO MAJURKAL DEBIDO QUE ENM EL PRIMERO SE DAÑO LA GUIA.

Evolución realizada por: ELIECER VILLAMIZAR DE LA HOZ..."

Esta judicatura no encuentra probada la falla descrita en la demanda y ratificada por el perito traído a este proceso, teniendo en cuenta, que el procedimiento realizado fue descrito, el accidente anotado y las razones que llevaron al médico y el equipo para no trasladar a la menor a la sala de hemodinamia para la extracción de la guía se encuentra justificado, se itera que es deber del médico tomar decisiones que debido al estado de la paciente considera según su experiencia y conocimiento son las indicadas para el momento crítico que está atravesando el paciente que está a su cargo.

La jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia en apartes de tomadas en esta providencia ha establecido:



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

“...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 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...”

Por lo tanto, el accidente ocurrido con la guía del catéter, es un evento adverso que nada tiene que ver con el mal actuar médico, en cuanto a su decisión de dejar para después su recuperación, sino que tal decisión fue tomada con base en el estado inestable de la paciente, y se debe tener en cuenta que el deber del profesional de la salud es tomar decisiones para tratar de salvaguardar la vida, en ese momento narra la historia clínica que la menor se encontraba en un estado crítico, y que no podía ser movilizada.

Otro de los reproches realizados por la parte activa es que la paciente no fue monitorizada como corresponde, que se utilizó monitor básico y no el adecuado para la gravedad de la paciente, razón por lo que no se pudo abordar de manera adecuada el estado de salud de la niña, dejando su abordaje a lo empírico.

De las guías y documentos que fueron traídos por como pruebas documentales en esta demanda, encontramos el abordaje de shock cardiogénico, en la cual se establece el monitoreo que se debe tener, entre sus apartes encontramos:

“...El shock cardiogénico se define como hipotensión (PAS < 90 mmHg) a pesar de un estado de llenado adecuado y signos de hipoperfusión (tabla 12.2). Los cuadros patogénicos de shock cardiogénico van desde la IC crónica, de bajo gasto y fase avanzada, a los episodios agudos de novo debidos frecuentemente al IAMCEST, pero también causados por otras etiologías diferentes del SCA. Los pacientes en shock cardiogénico deben someterse inmediatamente a una evaluación exhaustiva. A todo paciente con sospecha de shock cardiogénico se le debe realizar inmediatamente ECG y ecocardiografía. Para pacientes con SCA complicado por shock cardiogénico, se recomienda realizar inmediatamente una coronariografía (durante las primeras 2 h tras el ingreso) con intención de revascularizar al paciente^{114,535}. También se considerará la monitorización invasiva con catéter arterial. No hay consenso sobre el método más conveniente de monitorización hemodinámica, incluido el cateterismo arterial pulmonar, para evaluar y tratar a los pacientes en shock cardiogénico. El objetivo del tratamiento farmacológico es mejorar la perfusión orgánica mediante el aumento del gasto cardiaco y la PA. Tras realizar una carga de fluidos, el tratamiento farmacológico consiste en la administración de un inotrópico y un vasopresor, según se requiera. El tratamiento está guiado por la monitorización continua de la perfusión orgánica y de los parámetros hemodinámicos...”



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

Para este reproche debemos volver a la historia clínica, la cual establece lo siguiente:

17:00 SE TRASLADA A UCI ADULTO FEMENINDA MENOR DE EDAD EN CAMILLA CONECTADA A MONITOR DE SIGNOS VITALES EN CAMILLA EN COMPAÑIA DE AUXILIAR DE ENFERMERIA Y ANESTESIOLOGO DR POMARES PALIDEZ GENERALIZADA MUCOSA ORAL HUMEDA CUELLO MOVIL CON INTRODUTOR+CATETER CENTRAL LEV PERMEABLES SSN 0.9% 500CC + INFUSION DE NITROGLICERINA 10ML EN SSN 0.9% 250CC POR BOMBA DE INFUSION CON TUBO ENDOTRAQUEAL CONECTADO A AMBU CON OXIGENO POR BALA PORTATIL HERIDA QUIRURGICA EN ESTERNON CUBIERTA CON APOSITO ESTERIL CON DOS HILOS DE MARCAPASOS TUBOS DE MEDIASTINO Y PLEURA CONECTADOS A PLEUROVAC LINEA ARTERIAL EN MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO CONECTADA A SSN 0.9% 500CC HEPARINIZADA ABDOMEN BLANDO A LA PALPACION HERIDAS QUIRURGICA EN REGION FEMORAL DERECHA E IZQUIERDA CUBIERTA CON APOSITOS + FIXOMULL SONDA VESICAL A LIBRE DRENAJE CONECTADA A CYSTOFLO GENITALES Y MIEMBROS INFERIORES NORMALES

A folio 245 encontramos notas de enfermería realizadas por la enfermera YELIS YOHANA AVILA TABORDA a fecha 13/12/2016 19:58:41, donde cabe destacar el mal estado en el que queda la paciente pos operación:

NOTAS ENFERMERIA

07:00 RECIBO PCTE FEMENINA MENOR DE EDAD EN SU UNIDAD EN MALAS CONDICIONES GENERALES DE SALUD, CABECERA 35°, EN POSICION SEMIFOWLER CON RESTRICION DE MOVILIDAD POR INESTABILIDAD HEMODINAMICA, CON RASS DE-4, AL EXAMEN FISICO SE OBSERVA NORMOCEFALO, AFEBRIL, CON EDEMA GENERALIZADO, PUPILAS ISOCORICAS REACTIVAS A LA LUZ, MUCOSA ORAL HUMEDA CON TUBO OROTRAQUEAL CONECTADA A VENTILACION MECANICA CON PARAMETROS DINAMICOS ESTABLECIDOS, CUELLO MOVIL, CATETER CENTRAL EN YUGULAR DERECHO CON LUMENES PERMEABLE PASANDO LEV SOL HARTMAN 500CC A 100CC/H + INFUSION DE NOREPINEFRINA 8MG EN 250CC DE SSN A DIR A RAZON DE 40CC/H+ INFUSION DE MILRINONA 2 AMPOLLAS EN 100CC A DIRA RAZON DE 4.4CC/H + INFUSION DE FENTANIL 2MG EN 250CC DE SSN A DIRA RAZON DE 10CC/H+ INFUSION DE MIDAZOLOAN 150MG EN 250CC DE SSN A DIRA RAZON DE SCC/PASANDO TODO POR BOMBA DE INFUSION,+ PVC FUNCIONANTE, INTRODUTOR EN YGULAR DERECHO PERMEABLE, TORAX SIMETRICO, CON HERIDA QX EN ESTERNON EN BUEN ESTADO CUBIERTO CON APOSITOS, HILO EPICARDICO FUNCIONANTE CONECTADO A MARCAPASO TRANSITORIO FC: 80X' CON EQUIPOS DE MONITOREO HEMODINAMICO CONTINUO PARA CONTROL DE SIGNOS VITALES. TUBOS MEDIASTILAES BILATERAL CONECTADOS A PLEUROBACS CON SUCCION CONTINUA, LINEA ARTERIAL CONECTADA A MONITOR FUNCIONANTE. ABODMEN BLANDO A LA PALPACION, GENITALES CON EDEMA, CON SONDA VESICAL CONECTADA A CISTOFLO A DRENAJE LIBRE, MIEMBROS INFERIORES PRESENTES, CON PEQUENA HERIDA EN FEMORAL DERECHO CUBIERTO CON APOSITOS. BARANDAS DE PROTECCION ELEVADAS, RIESGO DE CAIDA ALTO SEGUN ESCALA DE MORSE CON UN PUNTAJE DE 65, RIESGO DE ESCASRA ALTO SEGUN ESCALA DE BRADEM CON UN PUNTAJE DE 11, BAJO TTO MÉDICO Y CUIDADOS DE ENFERMERIA.

A folio 247 se encuentra la nota de enfermería de la auxiliar de enfermera LEIDIS TRUYOL RUA con fecha 14/12/16 con hora 10:00:58:



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

EN SU UNIDAD, ESTANCIA HOSPITALARIA INTENSIVA, HEMODINAMICAMENTE INESTABLE, SOMNOLIENTA, APERTURA OCULAR AL LLAMADO, GLASGOW DE 10/15 NORMOCEFALO CABELLOS BIEN IMPLANTADOS PUPILAS ISOCORICAS REACTIVAS A LA LUZ TUBO ENDOTRAQUEAL (DIA 2) CONECTADO A VENTILACION MECANICA INVASIVA BAJO PARAMETROS DINAMICOS ESTABLECIDOS. MUCOSA ORAL HUMEDA. CUELLO MOVIL SIN AENOPATIAS, INTRODICTOR (DIA 2) EN YUGULAR EXTERNO CUBIERTO PASANDO INFUSION DE FENTANIL 2 MGRD DILUIDO EN 250 CC DE SSN 0.9 % A 5CC/H, D/R PASANDO POR BOMBA DE INFUSION. CATETER VENOSO CENTRAL (DIA 2) PASANDO LEV S HARTMAN 500 CC A 100 CC/H INFUSION DE NOREPINEFRINA 8 MGR DILUIDO EN 250 CC DE SSN 0.9% A 20.5 CC/H D/R PASANDO PO BOMBA DE INFUSION. TORAX SIMETRICO EXPANDIBLE, ESTERNOTOMIA CUBIERTA. HILO EPICARDICO CUBIERTO TUBOS A MEDIATINO Y PLEURA (DIA 2) A LIBRE DRENAJE CONECTADOS A SISTEMA DE DRENAJE CON SUCCION CONTINUA. **MONITOREO HEMODINAMICO NO INVASIVO CONTINUO PARA CONTROL DE SIGNOS VITALES. MANILLA DE IDENTIFICACION ABDOMEN BLANDO A LA PALPACION. LINEA ARTERIAL (DIA 1) RADIAL IZQUIERDA CONECTADA A TRANSDUCTOR E INTERFASE PARA MONITOREO INVASIVO DE TENSION ARTERIAL** GENITALES NORMOCONFIGURADOS ELIMINANDO POR SONDA FOLEY (DIA 2) A LIBRE DRENAJE CONECTADA A SISTEMA DE DRENAJE (CISTOFLO), PCTE OLIGURICA, MIEMBROS INFERIORES COMPLETOS Y SIMETRICOS.

La literatura médica establece que:

La monitorización invasiva será aquella que mediante unos catéteres u otros dispositivos realizamos mediciones de parámetros Hemodinámicos como la TA invasiva por un catéter arterial, Gasto Cardíaco mediante un catéter PICCO, la Presión Venosa Central, el volumen de la diuresis mediante sondaje vesical...

Para la determinación de estos valores (excepto el de presión arterial) vamos a necesitar de la inserción de un catéter venoso central tipo Swan-Ganz, como el que se ve a continuación, el cual dispone de una serie de luces que nos van a servir para la medición de los diferentes parámetros, así como, un equipo de monitorización de presión venosa con un transductor, para determinar las diferentes presiones intravasculares.

Para la determinación de la presión arterial de forma directa o invasiva vamos a necesitar instaurar un catéter arterial (línea arterial), así como un equipo de monitorización de presión arterial con su transductor. (<https://www.salusplay.com/apuntes/cuidados-intensivos-uci/tema-1-conceptos-de-monitorizacion>)

De la explicación recibida por el Dr. Villamizar, nos establece que todo paciente al ser intervenido quirúrgicamente del corazón, debe ser invadido por monitoreo invasivo, que inicia en la cirugía y debe continuar en la UCI, que la menor contaba con todo el monitoreo que necesitaba lo cual lo explico en declaración rendida de la siguiente manera:

“...la paciente tenía colocada como dice la historia clínica un catéter de SWAN GANZ, el catéter de SWAN GANZ se utiliza para medir las presiones venosas centrales a nivel de la oblicua izquierda, a nivel de la oblicua derecha, a nivel del ventrículo derecho hay que hacer un procedimiento que nosotros hacemos en la unidad de cuidados intensivos o en el quirófano en su defecto y esos procedimientos se denominan saltos o simétricos para nosotros evaluar toda esa parte que necesitamos evaluar en los pacientes y todo paciente



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

no hay excepción de cirugía cardíaca que se haga invasión hemodinámica de un paciente en el quirófano y salga del quirófano para la unidad de cuidados intensivos debidamente monitorizado y debidamente seguido por una unidad de cuidados intensivos de lo contrario ninguna institución puede prestar el servicio de cirugía cardíaca o estar habilitada para tal servicio porque la habilitación de servicio de salud se clasifican de 1,2,3,4 y 5 nivel, el 4 nivel de complejidad significa cirugía cardíaca y neurocirugía la institución donde estábamos operando, es una institución avalada para tener 4 nivel de complejidad el nivel de complejidad se hace solo para los pacientes con cirugía cardíaca, los pacientes con cirugía cardíaca que nosotros operamos normalmente tiene todos invasión hemodinámica para detectar todo lo usted en shock hemodinámica en cirugía cardíaca puede suceder por diferentes motivos primero por hipoglemia , segundo por sepsis, tercero puede suceder por un motivo externo cuando es en el caso de que se demora mucho la circulación extra corpórea y se produce una vasodilatación y está vasodilatación puede suceder en los pacientes y se puede confundir con el shock hemodinámico y también puede confundirse en un estado séptico que también puede estar confundiendo con el estado en shock hemodinámico del paciente...”

Antes de valorar a fondo el peritazgo presentado por la parte activa conviene precisar que tal experticia fue realizada por el Dr. NELSON EDUARDO MURILLO BENITEZ, galeno especialista en medicina interna y cardiología, mientras que el profesional que efectuó el procedimiento quirúrgico de la menor es cirujano cardiovascular, por lo que enfrentados los conocimientos de los expertos en medicina y el afianzamiento con este en el asunto que es objeto de debate aventaja al Dr. ELIECER VILLAMIZAR, debido a que el Dr. NELSON MURILLO carece de experiencia quirúrgica cardiovascular, al no ser su especialidad conlleva a esta agencia judicial a dar mayor peso a las explicaciones efectuadas por el cirujano cardiovascular, ello teniendo como fundamento lo establecido por la H. 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,



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

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 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"

lo explicado anteriormente no exime a este despacho que valore lo expuesto por el galeno experto, por lo que si revisamos lo manifestado por el perito presentado por el apoderado demandante, en este punto el D. NELSON MURILLO BENITEZ, establece en la pagina 7 del dictamen lo siguiente: Esta paciente en la historia clínica, se documenta que tuvo monitorización en el transquirurgico y después con un catéter de SWAN GANZ, que es una adecuada medida de monitoreo para los pacientes y con esto determinar el componente hemodinámico de forma adecuada y continua. No es clara en la historia porque se retiró y mucho menos que llevo al medico a colocar por esta vía un catéter de Mahurka. En general en lo aportado no hay datos de si se cambio a un monitoreo Picco..."

Entonces esta claro que la menor si estaba siendo monitoreada de manera correcta y de forma invasiva, es más, si vamos a la historia clínica de la menor cuando sale de la colocación de catéter Mahurkal, se puede leer en la nota de enfermería del día 15 de diciembre de la 7:00 (folio268 del C. Principal) lo siguiente: "...más monitoreo de PVC funcionando conectado a monitor..."

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 la menor, el comportamiento médico fue el adecuado, cosa diferente es que no se hubiera conseguido el objetivo, el cual era que la menor hubiera recuperado su estado de salud, pero muy a pesar de todo la implementado no solo por el medico cardiovascular, sino, por todo el equipo interdisciplinario que estuvo a disposición de la paciente, sin embargo, desde la misma cirugía los galenos tuvieron que enfrentar dificultades para lograr llevar a cabo con existo el procedimiento, los cuales fueron superadas, muy a pesar de lo anterior, el organismo de la paciente no reacciono de la mejor manera a la cirugía y al postoperatorio, creándose una inestabilidad hemodinámica, la cual se encuentra descrita en la historia clínica, donde la menor siempre estuvo con un mal pronóstico.



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

La responsabilidad médica, es de las llamadas responsabilidad de medio y no de resultado, es de importancia verificar que la atención recibida por la menor hubiera sido la adecuada, de la historia clínica allegada a este proceso, se establece todas las atenciones que recibió la menor, antes, durante y después de la cirugía, estableciendo que los cuidados y atenciones nunca fueron desatendidos, cosa diferente, que se hubieran presentados circunstancias propias de la reacción del organismo de la menor a la implantación de la válvula, hecho que está documentado, que nunca reaccionó de la mejor forma.

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 de la menor, implementaron todo el recurso puestos a su disposición para tratar de salvaguardar la vida de la menor, está claro que en ese ejercicio, tuvieron que tomar decisiones difíciles e hicieron evaluaciones para determinar qué era lo más urgentes teniendo en cuenta el mal estado de la menor, lamentablemente no se consiguió el resultado esperado y el organismo de la menor no reaccionó positivamente, generando el desenlace fatal de la muerte de la menor.

A la misma conclusión arriba la SECRETARIA DE SALUD DE BARRANQUILLA en el documento denominado INVESTIGACION CASO DE DCSM que data de marzo 9 de 2018 visible a folio 336 del cuaderno principal y se lee lo siguiente:

“Al revisar la historia clínica y los soportes enviados se evidencia que se realizó un manejo propicio según la especialidad médica tratante (cirugía cardiovascular, medicina interna, cardiología, nefrología, medicina general), hasta donde el grado de complejidad o poder resolutivo de la IPS lo permitió.

Se puede evidenciar que no se incurrió presuntamente en una falla en la prestación del servicio medico con calidad, ni se evidencia una supuesta conducta inadecuada del profesional o profesionales de la salud que atendieron a esta paciente, como una supuesta inobservancia técnica capaz de producir daño a la vida o agravio a la salud mediante impericia, imprudencia o negligencia durante el proceso de atención de este usuario.

(...) Por lo descrito se considera que NO HUBO incumplimiento con lo requerido en la atención en salud de calidad exigidas por el Decreto 011 del 2006 del SOGCS”

En tal sentido, no existe una relación de causalidad entre la muerte de la menor 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 de la menor esta intrínsecamente relacionada a su estado de salud y la forma como reacciono su organismo a la implantación de la válvula, con el agravante de que la menor ya había sido intervenida anteriormente y desde años atrás de la segunda intervención, presentaba quebrantos de salud considerables.

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.



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

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 SAMUEL SANTOS CORREA, ENITH DEL CARMEN MORENO ANDRADE (en representación de su hijo menor RAFAEL DE JESÚS SANTOS MORENO), MANUEL DE JESÚS SANTOS MORENO, RAFAEL GUSTAVO MORENO CARMONA, EVELSA SANTOS CORREA, TERESA SANTOS CORREA, ABIMAEEL SANTOS CORREA, AZAEL SANTOS CORREA, EVELIA SANTOS DE ANAYA, MARTÍN SANTOS CORREA, NIRIS DEL SOCORRO MORENO ANDRADE, DEWIS RAFAEL MORENO ANDRADE, LEILA ESTHER MORENO ANDRADE, CARLOS MARIO MORENO ANDRADES, LUIS EMIRO MORENO ANDRADE, MARÍA MARGARITA MORENO ANDRADE y YULISA PATRICIA MORENO ANDRADE, a través de apoderado judicial contra la sociedad CAJACOPI, OINSAMED S.A.S., Y ELIECER VILLAMIZAR DE LA HOZ, por las razones expuesta en la parte motiva de esta providencia.

SEGUNDO: Condénese en costas a la parte demandada, inclúyanse como agencias en derecho la suma de DOCE MILLONES CIENTO DIECIOCHO MIL DOCIENTOS VEINTICINCO PESOS (\$12.118. 225.00) 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: **b34a40ea9ca7f3242ec444e38827bf9ef30075d22c9ba9bac11b8509fb534681**

Documento generado en 16/08/2023 02:03:22 PM

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



RADICACION No. 08001405300120200042401

PROCESO: APELACION SENTENCIA

DEMANDANTE: ARTURO MARTINEZ IGLESIAS y DALGY ADELINA ARROYO

DEMANDADO: LEIDA CECILIA VILLA MUÑOZ.

DECISION: DEVUELVE EXPEDIENTE

SEÑOR JUEZ:

Al Despacho la presente apelación de sentencia indicándole que el Juzgado de conocimiento no ha remitido las piezas procesales faltantes para realizar el estudio de admisión del recurso vertical, la cual se le ha requerido varias veces.

Barranquilla agosto 16 del 2023.-

YURANIS PEREZ LOPEZ

Secretaria

JUZGADO ONCE CIVIL DEL CIRCUITO. BARRANQUILLA, Agosto Dieciséis (16) del año Dos Mil Veintitrés (2023)

Sería del caso, proceder a admitir la apelación dentro del presente asunto, si no fuera porque se advierte que se presentan faltantes de piezas procesales que imposibilita su revisión integral a fin de efectuar la verificación de alguna causal de nulidad u otro vicio que pueda afectar la validez de la actuación.

Al revisar el expediente digital aportado y contrastado con el índice del proceso se tiene que, el a-quo allegó el expediente, con 72 piezas procesales, sin embargo, esta judicatura al inspeccionar cada uno de los legajos descubrió que hacen falta varias piezas procesales de superlativa importancia como son:

47 Grabacion audiencia inicial

48 Grabación audiencia inicial

71 Grabacion audiencia instrucción y juzgamiento

Como consecuencia de lo anterior, considera la suscrita operadora judicial que debe ordenarse la devolución del expediente de la referencia al juzgado de origen para que proceda a completarlo con las providencias faltantes.

Una vez sea realizado el trámite, debe remitirse nuevamente el proceso para que pueda estudiarse la admisibilidad del recurso vertical.

Asimismo, se requerirá al juez de primera instancia para que tome las medidas necesarias para que en lo sucesivo no se presenten este tipo de irregularidades que contrarían los principios de economía procesal, eficacia y debido proceso, además se advierte que en varias ocasiones se ha efectuado el requerimiento vía correo electrónico y hasta el empleado de este Despacho CESAR GONZALEZ se acercó a solicitar dichas piezas faltantes sin que a la fecha se hayan remitido las piezas solicitadas.

Por lo anteriormente expuesto, este juzgado

RESUELVE:

Primero: ORDENAR de manera inmediata, se DEVUELVA el expediente de la referencia al Juzgado Primero Civil municipal de Barranquilla para que proceda de conformidad con lo dicho en la parte motiva de la providencia.



Segundo: INSTAR al Juzgado Primero Civil municipal de Barranquilla para que en lo sucesivo tome las medidas necesarias con el fin que no se presenten este tipo de irregularidades

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE,
JUEZ

NEVIS GOMEZ CASSERES HOYOS

YPL

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: **a8ac71ef7f68ce572b922a74268a25d8e8bffadc30019514741ff4a89db23d3c**

Documento generado en 16/08/2023 11:21:39 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 No. 00123 – 2023
PROCESO VERBAL
DEMANDANTE: SOCIEDAD TRANSAGA SAS
DEMANDADA: AXA COLPATRIA SEGUROS SA

SEÑORA JUEZ: Doy cuenta a usted del presente negocio, informándole del poder allegado en el correo institucional por la parte demandada. Paso al Despacho para lo de su cargo. -

Barranquilla, agosto 16 del 2023

SECRETARIA,

YURANIS PEREZ LOPEZ

JUZGADO ONCE CIVIL DEL CIRCUITO, Barranquilla, Agosto Dieciséis (16) del año Dos Mil Veintitrés (2023).

Visto el poder adjunto al presente proceso allegado por la parte demandada este Juzgado,

R E S U E L V E:

Téngase al doctor JUAN DAVID GÓMEZ RODRÍGUEZ mayor de edad, identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 1.128.270.735 expedida en Medellín, abogado en ejercicio con Tarjeta Profesional No. 189.372, del Consejo Superior de la Judicatura, correo electrónico jdgomez@jdgabogados.com y notificaciones@jdgabogados.com como Apoderado Judicial de AXA COLPATRIA SEGUROS S.A. Representada legalmente por la señora MYRIAM STELLA MARTINEZ SUANCHA, quien funge como Demandada dentro del presente proceso, en los términos del poder conferido

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE,
LA JUEZ,

NEVIS GOMEZ CASSERES HOYOS

leo

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: **5e58e437a6d2edcd969844ee397e54cc6c6c9a63f3628f3374adfdac78417713**

Documento generado en 16/08/2023 11:27:06 AM

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