

Barranquilla, 07 de Octubre del 2.020.

Ref: Proceso: Verbal – Mayor Cuantía.
Demandantes: Gustavo Meza Cervantes y Otros.
Demandada: Organización Clínica General del Norte.
Radicación: 2019 - 00 - 242 - 00.

Contiene: 1º) Respuesta Demanda Organización Clínica General Del Norte.

2º) Excepciones de Fondo.

Señores.

JUZGADO DECIMO SEXTO CIVIL DEL CIRCUITO.

Atte. Dra. MARTHA CASTEÑEDA BORJA.

JUEZ DECIMA SEXTA CIVIL DEL CIRCUITO.

E. S. D.

YASMIN DE LA ROSA PEDROZA, mujer, mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía numero 32.747.709 expedida en Barranquilla (Atlántico) y la Tarjeta Profesional de Abogado 124.593 del C.S.de la J., domiciliada en la ciudad de Barranquilla, de la manera más atenta y respetuosa presento cordial saludo.

Manifiesto a su Señoría que actúo en mi condición de Apoderada Judicial Suplente de **ORGANIZACIÓN CLINICA GENERAL DEL NORTE. S.A.**, lo cual acredito con el Poder Especial que me confirió la Dra. **LIGIA MARIA CURE RIOS** en su condición de Presidente - Representante Legal Principal, poder que en documento original entrego con este instrumento y en tal calidad y por estar en oportunidad para ello, manifiesto que DESCORRO el traslado que a mi poderdante se le hizo del auto admisorio del proceso de la referencia y el hacerlo, preciso que desde ahora y para siempre mi representada se OPONE de una manera TOTAL e INTEGRAL a todas y cada una de las Pretensiones de los Demandantes, siendo los principales Fundamentos para la oposición y *en primer lugar, NO EXISTIR SIQUIERA A TITULO DE INDICIO LEVE, la PRUEBA medico científica que pueda demostrar el OBLIGATORIO NEXO DE CAUSALIDAD* entre los servicios medico hospitalarios integrales que le fueron suministrados a la paciente GRICELDINA VIDES GRANADOS (Q.E.P.D) por los diferentes equipos de salud que la atendieron a partir del primer y único ingreso a la IPS CLINICA GENERAL DEL NORTE y los **GRAVES DAÑOS que desde mucho tiempo antes del ingreso a la citada IPS y que fue el Diez (10) de Octubre del Dos Mil Quince (2.015), tenía la paciente y tales DAÑOS, generados por la DIABETES, HIPERTENSION ARTERIAL CRONICA diagnosticadas varios años antes del ingreso Ut Supra y FUMAR CIGARRILLOS EN FORMA DIARIA DURANTE VEINTE (20) AÑOS, DAÑOS que conforme la literatura médica, fue el NEXO CAUSAL del INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO SIN ELEVACION DE ST ANTEROLATERAL con que ingreso la paciente y se le confirmo con los estudios que se le realizaron** y mucho menos, con respecto de los DAÑOS que sufrió la paciente en forma posterior al ingreso y entre estos, diagnostico de Infección de Vías Urinarias confirmada por Parcial de Orina y Uro cultivo y en especial, los sufridos después del cateterismo cardiaco diagnóstico y de la cirugía a corazón abierto

que se le practico a la paciente, con el objetivo de intentar superar los DAÑOS CORONARIOS que se le diagnosticaron mediante la angiografía que se le hizo el Quince (15) de Octubre del Dos Mil Quince (2.015), DAÑOS que tuvieron como UNICO NEXO CAUSAL, las COMPLICACIONES que presento la paciente en forma posterior a la cirugía de corazón abierto.

En contrario del hecho de NO existir prueba medico científica de ningún tipo, que pueda demostrar por lo menos a título de indicio leve en su forma de contingente la CULPA MEDICA que se predica, **pero sin probarla, ya que conforme la reiterada Jurisprudencia de la SALA CIVIL de la HONORABLE CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, la culpa medica es PROBADA, por ser la obligación del médico de MEDIO,** tenemos que existen PLENAS PRUEBAS MEDICO CIENTIFICAS y entre ellas, la historia clínica de la paciente, la literatura médica que se aporta con este instrumento, las declaraciones de los MEDICOS ESPECIALISTAS y GENERALES que la atendieron a partir del ingreso y que en su momento se arrimaran al proceso, **que demuestran que la totalidad de los servicios médicos hospitalarios integrales que se le ordenaron y suministraron,** fueron con total apego a los Protocolos médicos, las GUIAS DE MANEJO MEDICO y la LITERATURA MEDICA vigente para la fecha de cada una de las atenciones.

Señoría, las pruebas medico científicas que se entregan con este instrumento y las que se arrimaran en su oportunidad, nos demuestran lo siguiente:

1º Que la paciente desde aproximadamente Diez (10) Años antes del primer y único ingreso a la IPS CLINICA GENERAL DEL NORTE, tenía los diagnósticos confirmados de DIABETES MELLITUS; HIPERTENSION ARTERIAL CRONICA y adicionalmente, registro de consumo de Cigarrillos durante VEINTE (20) AÑOS.

2º Que las patologías diagnosticadas y a ellas asociadas el consumo de cigarrillos por más de Veinte (20) Años, generaron GRAN DAÑO en el organismo de la paciente y entre ellos, pero sin ser los únicos, DAÑOS en el endotelio que es la capa interna de las arterias y venas y adicionalmente, ENFERMEDAD ATEROESCLEROTICA que ocasiono DAÑO y GRAN TAPONAMIENTO (*Ver resultado del Cateterismo Cardiaco Diagnostico*) de las arterias que fue el nexo de causalidad del infarto agudo de miocardio y de las COMPLICACIONES que presento en forma posterior a la cirugía de corazón abierto que se le practico, por el diagnostico emitido con fundamento en los hallazgos del cateterismo cardiaco.

3º Que con fundamento en el resultado de los estudios que se le practicaron a la paciente, se confirmó que había presentado INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO SIN ELEVACION de ST ANTEROLATERAL – KLILIP KI, BAL 1 TIPO 1 y conforme los protocolos médicos y la literatura médica, la MUY PROBABLE CAUSA del IAM, fue una ISQUEMIA generada por la ATEROMATOSIS que se confirmó con el cateterismo cardiaco.

4º Que la paciente al segundo día del ingreso, presenta en el PARCIAL DE ORINA patológico, signos claros de una **infección urinaria** (Transcripción de la historia clínica, resultado del parcial de orina y del Urocultivo: “parcial de orina de ingreso 11/10/15 fue PATOLOGICO, evidenciaba color amarillo, aspecto turbio , densidad 1005, ph 7, albumina 75, sangre trazas, nitritos positivo , esterasa leucocitaria positiva, leucocitos 3-6 , hematíes 0-2, bacterias +++ y se dio cobertura antibiótica con piperacilina tazobactan, luego urocultivo de 12/10/15 mostro E coli 100.000 UFC intermedia para amikacina, resistente a trimetopin sulfa y a ciprofloxacina , sensible a las cefalosporinas , se suspende piperacilina tazobactan y se ordena ceftriaxona), **que amerito tratamiento con**

Dr. Flavio Ortega Gomez

Abogado Titulado
Universidad Simón Bolívar
ESPECIALIZACIÓN EN DEFENSA MÉDICA
Negocios Civiles - Comerciales- Derechos Notarial
Tels. 3567521 Celular: 300-7449457

antibióticos de amplio espectro en forma empírica, los cuales cuando se conoció el urocultivo que confirmo presencia de E. COLI y el ANTIBIOGRAMA que indico que la bacteria aislada era sensible a la Cefalosporina, se le cambio a CEFTRIAZONA, siendo la infección a criterio médico y por no existir en tal momento, inminente riesgo de muerte, la causa por la cual no se realizó el cateterismo el mismo día del ingreso o al día siguiente, ya que la infección incrementaba los riesgos de complicaciones.

5°) Que conforme los protocolos médicos MUNDIALES, al tratarse de una INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO SIN ELEVACION DE ST ANTEROLATERAL, el cateterismo cardiaco como medio terapéutico o diagnóstico, no se tiene como una URGENCIA INMEDIATA y por lo tanto, fue una conducta correcta el no realizar el cateterismo cardiaco, hasta tanto no se solucionara la Infección de Vías Urinarias, máxime cuando la historia clínica nos demuestra que la paciente tenía un RIESGO conforme la escala GRACE, menor de 140 y en concreto, de 114, lo cual por si solo confirma que el cateterismo y/o angiografía diagnostica, NO era una URGENCIA.

Me permito transcribir la clasificación del riesgo y la tabla que utilizan los médicos, según la escala grace:

Puntuación de GRACE para el pronóstico de síndrome coronario agudo

Edad
60 - 69 años (55 puntos) ▼

Antecedentes de ICC (24 puntos)

Antecedentes de IM (12 puntos)

Frecuencia cardíaca en reposo
70 - 89,9/min (9 puntos) ▼

Tensión arterial sistólica
120 - 139,9 mmHg (14 puntos) ▼

Depresión del segmento ST (11 puntos)

Creatinina sérica inicial
1,2 - 1,59 mg/dl (7 puntos) ▼

Elevación de las enzimas cardíacas (15 puntos)

NO se ha realizado ninguna intervención coronaria percutánea hospitalaria (14 puntos)

Recuento total de puntos de criterios: 114

Mortalidad calculada a 6 meses

1 - 69 Puntos:	< 1 %
70 - 90 Puntos:	1 - 2,9 %
91 - 110 Puntos:	3 - 3,9 %
111 - 130 Puntos:	4 - 5,9 %
131 - 150 Puntos:	6 - 11 %
151 - 170 Puntos:	12 - 19 %
171 - 190 Puntos:	20 - 33 %
191 - 210 Puntos:	34 - 54 %

6°) Que la paciente desde el ingreso, fue valorada por Medicina Interna, Cardiología, Infectología, Urología, Médicos Generales y una vez el infectólogo con fundamento el resultado del urocultivo, considero prudente realizar el cateterismo cardiaco de tipo DIAGNOSTICO y NO terapéutico, dio su autorización para el mismo, siendo muy importante tener en cuenta que el resultado del parcial de orina, estuvo el 11 de Octubre en

Dr. Flavio Ortega Gomez

Abogado Titulado
 Universidad Simón Bolívar
ESPECIALIZACIÓN EN DEFENSA MÉDICA
 Negocios Civiles - Comerciales - Derechos Notarial
 Tels. 3567521 Celular: 300-7449457

las horas de la mañana y el resultado del urocultivo inicial, al final de la tarde, teniendo en cuenta que los urocultivos, dependen del crecimiento de las bacterias, hongos y virus y por ello su resultado es más demorado que el parcial de orina.

7º) Que el cateterismo cardiaco que se le practico a la paciente, previo el cumplimiento de todo el procedimiento que conlleva el **CONSENTIMIENTO INFORMADO** de que trata la Ley 23 de 1.981 y la Jurisprudencia, confirmo el **GRAN DAÑO CORONARIO** que tenía la paciente y transcribo el resultado del cateterismo: “enfermedad coronaria aterosclerótica severa de tres vasos, descendente anterior 99 % t medio , seguida 70% 1 era marginal obtusa 85%, t proximal coronaria derecha 60% t medio , posterolateral 80% proximal , ventrículo izquierdo de diámetros normales con adecuada contractibilidad y buena función ventricular fracción de eyección 60% , se recomienda valoración por cirugía cardiovascular , el cateterismo indica que la paciente tiene **MUY MALA CONDICION CARDIACA** y posiblemente se pueda resolver mediante cirugía abierta de corazón con **BY pass**”.

8º) Que fue tanto el cuidado que tuvieron los médicos, que por el resultado del cateterismo cardiaco, la paciente fue ingresada la **UCI CORONARIA**, registrando la historia clínica lo siguiente: “Ingreso a la UCI en regulares condiciones generales , sin apoyo inotrópico , diuresis positiva, sin datos de SIRS , con signos vitales en parámetros normales , tendencia a hipertensión , con reporte de cateterismo que evidencia enfermedad multivasos , con indicación quirúrgica , el día 16/10/15 presenta crisis de ansiedad por el tiempo que lleva internada y manifiesta querer irse y abandonar el protocolo prequirurgico , por lo cual se le ordena alprazolam. Continua en manejo con nitroglicerina para mantener cifras tensionales adecuadas y continua en cobertura con ceftriaxona , este mismo día evoluciona ansiosa con nauseas , con tendencia a la hipertensión arterial , se realiza dopler carotideo que muestra lesión del 35% en carótida interna izquierda dopler arterial y venoso de miembros inferiores sin lesiones , bioquímicamente con hb 9.7, hcto 31.7, gb 10.940, INR 1.02, glicemia 133 , mg 2 sodio 140, potasio 4.29, albumina 3.55, colesterol total 180, serología no reactiva, hepatitis no reactivos los antígenos. Se ordena este día parcial de orina urocultivo de control 5 am, aumentar amlodipino a 10 mg cada 12 horas , metoclorpramida 10 mg iv cada 8 horas , valoración por psicología, nutrición, completar protocolo para programar para el día lunes , el 17 de octubre evoluciona con tendencia a la hipertensión en manejo con nitroglicerina con magnesio de 1.77 se indicó mg por horario , está en protocolo prequirurgico recibiendo tratamiento anti-ischémico , anticoagulante, antihipertensivo , protección gástrica; el 18 de octubre (ya en su noveno día de estancia), se encuentra paciente con **IMA SIN SUPRA ST** Evolucionado , con cateterismo que confirmo enfermedad severa de 3 vasos. Nota de auditoria: datos de enfermedad panvascular por compromiso de carótida en 35%); se programó para el martes 20 de octubre porque esta con tratamiento con ceftriaxona para infección urinaria por e coli , se tomó urocultivo control y tiene pendiente el resultado. El 18 de octubre se recibe urocultivo preliminar negativo, pendiente reporte final, se ajusta plan, se suspende nitroglicerina, se agrega prazocin 1 mg vo cada 12 horas y evaluar respuesta , continua con solución salina a 60 cc hora , ceftriaxona día 5 hoy, se suspende sulfato de magnesio , el día 19/10/15 se prepara para cirugía se solicita 1 unidad e GRE hemograma postrasfusional , reserva de hemoderivados , cirugía mañana , Hartman 63 cc horas , profilaxis antibiótica se suspende enoxaparina . La paciente manifiesta estar tranquila antes de la cirugía y luego el día 20/10/15 es llevada a quirófano para la cirugía programada.

9º) La paciente el día Diez y Seis (16) de Octubre, es valorada en cumplimiento de la orden médica, es valorada por Psicología y se registró: “... paciente orientada, consciente, lenguaje emocional con tendencia a la ansiedad, es consciente de la necesidad de la cirugía, fue abierta al dialogo, manifiesta que tengo miedo a la cirugía, algo que nunca he experimentado, soy consciente que al salir todo bien me permitirá estar bien, espero salir pronto de esto, radicada en santa marta con su esposo, sus 5 hijos son casados e independientes, el posoperatorio estará a cargo de su esposo, sus figuras importantes sus hijos, se describe como una persona servicial colaboradora uno de sus defectos rabiosa y se altera con facilidad”.

10º) Que en forma previa a la cirugía y tal como lo demuestra la historia clínica, ya que forma parte como uno de sus anexos, conforme la Ley 23 de 1.981 y la Jurisprudencia, el cirujano cardiovascular que la valoro después del cateterismo cardiaco y recomendó cirugía de corazón abierto para implante de varios **BY PASS**, cumplió en un todo con lo que comprende el **CONSENTIMIENTO INFORMADO** y en concreto: - 10-a) Explicación de cuál era la patología por cual recomendaba cirugía de corazón abierto y la muy posible causa de los **DAÑOS** que estaba presentando; - 10-b) Como conforme los protocolos médicos, las patologías de base le habían generado el gran daño cardiaco y arterial; - 10-c) Cual era la cirugía que le recomendaba y por qué no era recomendable cirugía en forma diferente o tratamiento no invasivo; - 10-d) Como se haría la cirugía y cuál era la finalidad de la misma; - 10-e) Cuales eran los altos riesgos de Daños en el evento de que no autorizara la cirugía; - 10-f) Que muy a pesar de la autorización emitida antes de la cirugía, podía retirar la

autorización y decidir que no se le practicara la cirugía; - 10-g) Cuales eran las COMPLICACIONES que se podían presentar al inicio, durante la cirugía, en la fase final, en el inmediato, mediano postoperatorio y en forma posterior al Alta Hospitalaria, ***siendo muy importante tener en cuenta que entre las complicaciones que presento la paciente en forma posterior a la cirugía, fueron sangrado, bajo gasto cardiaco, arritmia entre otras, además de estar previstas en los protocolos médicos, le fueron explicadas a la paciente y a su esposo días antes de la cirugía, quienes autorizaron la cirugía y asumieron para si por mandato de la Ley 23 de 1.981, los efectos de las complicaciones.***

11°) Que la historia clínica registra como descripción quirúrgica, lo siguiente: : revascularización miocárdica, colocación de catéter de marcapaso temporal esternotomía mediana , disección de arteria mamaria interna izquierda , extracción simultanea de vena safena interna izquierda como injerto de derivación, canulación para CEC mas retroplegia , se instala cec , parada cardiaca con cardiología anterógrada y retrograda se realizan PV a DP, CX, 1 DIAGONAL , MAMARIO A DA , sale solo de CEC debido a sangrado perinastomotico en descendente anterior se optó por reingresar en CEC y aplicar adhesivo biológico tiseel 4 ml logrando hemostasia , se deja cable de MCP en VD drenajes por 2 CEC 90 MIN CLAMPEO AO50 +13 MIN CARDIOPLEGIA 2000.

12°) Que una vez termino la fase de recuperación en el mediano posoperatorio, fue reingresada a la UCI y la historia clínica registra lo siguiente: “Ingreso a la UCI en su posoperatorio inmediato de acuerdo a nota de ingreso al servicio realizada por el medico el 20/10/2015 a las 2:39 am. En su posquirúrgico inmediato curso con anemia , hipokalemia , y datos de bloqueo bifascicular de novo , con estabilización de manejo integral posquirúrgico , el dr Axel comenta que hubo datos de infiltración de grasa pericárdica y hematoma en relación a la anastomosis por lo cual se utiliza pegante biológico , con lo cual cede el cuadro presento tendencia en su 2 día posquirúrgico a hipertensión , y taquicardia manejada con nitroglicerina , se manejó hipocalcemia y la glicemia , el 21 de octubre se logra extubacion exitosa y este mismo día se torna un poco ansiosa, ansiedad que es referida el 22 de octubre , aspecto que se refiere el de la ansiedad el 23 de octubre , sigue con tendencia a taquicardia e hipertensión , se da manejo medico con nitroglicerina l labetalol; el 24 de octubre menos ansiosa más tranquila , se retiraron este día los tubos a tórax, y el 24 /10/15 a las 6: 32 am pasa a piso 480 y se registra como paciente colaboradora.

13°) Que la historia clínica nos demuestra que a la paciente el 25 y el 26 de Octubre, se le prestaron los servicios que relaciona la historia clínica y en especial, que la paciente tuvo una buena evolución y no presento ningún signo que indicare el inicio y desarrollo de complicaciones y mucho menos las que se relacionan en el hecho décimo octavo de la demanda, siendo muy importante tener en cuenta que conforme la historia clínica y en concreto, en las ordenes y evoluciones médicas y en las notas de enfermería, **no figura orden de RX para el 26 de Octubre ni registro de traslado de la habitación a sala de RX y en contrario, los registros de tales días, demuestran que la paciente tuvo estabilidad hemodinámica, neurológica, vascular, general y buena evolución** y para mayor claridad, me permito transcribir los registros de los días 25 y 26 de Octubre: “25 de octubre. La paciente refiere haber pasado buena noche en habitación 480 comenta que durmió bien , tolera vía oral adecuadamente flatos, diuresis y deposiciones positiva , no refiere dolor o disnea , tolera deambulacion con diagnósticos de enfermedad aterosclerótica del corazón , posoperatorio de by pass aortocornario por 4 con cec , hipertensión arterial , diabetes mellitus , fracción de eyección 48 por ciento , ansiedad , paciente alerta consciente orientada en sus 3 esferas mucosas hidratadas , cardiopulmonar ruidos cardiacos rítmicos no soplos o agregados , heridas en tórax mediana , en buen estado con sutura sin signos de infección murmullo vesicular positivo abdomen blando depresible no masas o megalias no signos e irritación peritoneal, extremidades safenectomia en buen estado , con sutura en buen estado sin signos de infección no secreciones edema grado I de miembro inferior donde se realizó safenectomia no edemas ni cambios tróficos SNC no déficit actual . El paciente se encuentra hoy con adecuada evolución general no ha referido más dolor torácico , disnea o equivalentes anginosos , realiza todas las indicaciones que le dan , tolera adecuadamente la vía oral , flatos diuresis y deposiciones positivas tolera movilización y deambulacion, se encuentra estable hemodinamicamente sin datos de falla cardiaca con buena respuesta a tratamiento , plan protocolo posquirúrgico se ajustara medicación consecuente con su evolución medica se aclaran inquietudes acerca de su patología; Plan de manejo, tratamiento, pronostico y seguimiento al paciente y familiares , se le informara en ronda medica su evolución seguimiento diario por cardiología”.

“26 de octubre. En habitación 480, refiere la paciente haber pasado buena noche comenta que durmió bien tolera vía oral adecuadamente, flatos diuresis y deposiciones positivas no refiere dolor o disnea tolera deambulacion fc 130/80 fc 78, fr18 peso 65 talla 1.60 temperatura 37 , paciente con buena evolución general se reajusta antihipertensivo y cambia ranitidina por omeprazol.

Dr. Flavio Ortega Gomez

Abogado Titulado

Universidad Simón Bolívar

ESPECIALIZACIÓN EN DEFENSA MÉDICA

Negocios Civiles - Comerciales- Derechos Notarial

Tels. 3567521 Celular: 300-7449457

14°) Los registros de la historia clínica, confirman que **NO ES CIERTO** que el día veintiséis (26) de Octubre, la paciente a las 11.35AM hubiere sido dejada en su habitación por un fantasma y lo manifiesto así, por cuanto todo el personal de la IPS al ingresar a la habitación de un paciente, se identifica por su nombre y cargo y le informa el motivo del ingreso y quienes trasladan a los pacientes de la habitación a un servicio para un estudio y después lo regresan a la habitación, **son los camilleros que están debidamente uniformados que tiene el logo de la IPS CLINICA GENERAL DEL NORTE y además, portan CARNE con la foto y el nombre del camillero** y reitero, **NO ES CIERTO** lo que se dice en el hecho décimo octavo de la demanda, por cuanto el 26 de Octubre a la paciente **NO** se le practico RX.

15) También demuestra la historia clínica, que la paciente fue trasladada de su habitación a sala de RX y se le tomo placa de RX, lo cual sucedió a las 9 AM y fue regresada a las 10 AM, **NO** existiendo un solo registro en las ordenes y evoluciones médicas y tampoco en las notas de enfermería, en cuanto a que la paciente una vez regreso de RX, se hubiere quejado de dolor torácico o dificultad respiratoria y los registros indican que en toda la mañana y gran parte de la tarde, presenta estabilidad hemodinámica y solo al final de la tarde, fue que presento signos de inicio y desarrollo de posibles complicaciones, los cuales fueron tenidos en cuenta por los médicos y enfermeras del piso y de inmediato ordenaron tratamiento que le fue suministrado y para mayor claridad, transcribo lo que figura en la Historia Clínica: “... , 27 de octubre 5:57 PM **paciente refiere dificultad para respirar y dolor en el pecho** , paciente con ta 90/60, fc 90, fr 18, paciente quien se encuentra presentando hipotensión , palidez mucocutanea , frialdad , con **saturación de oxígeno dentro de los parámetros normales , se observa placa de tórax del día de hoy presentando pequeño derrame pleural con leves crepitos en campo pulmonar**, se solicita electrocardiograma y gases arteriales. Se observa reporte de laboratorio y nuevas troponinas, se coloca líquidos a chorros y se suspenden antihipertensivos se coloca monitor para vigilar continuamente signos vitales , se coloca ventury al 50%\$ y se solicita cama en UCI hacia las 11.00 PM, se suspenden antihipertensivos , se coloca líquidos endovenosos a chorros se solicita ekg y gases arteriales. *(En negrillas y subrayado es nuestro, pero sin alterar texto original)*”.

16°) La historia clínica nos demuestra que la paciente fue ingresada a la UCI, el 28 de Octubre del 2015 a las 12.41 AM y la historia clínica registra lo siguiente: “..28/10/15 a las 12:41 am al servicio de UCI - 248 en criticas condiciones generales , con marcada hipoperfusión periférica , sudoración profusa, frialdad y marcada palidez mucocutanea generalizada manifestando dificultad respiratoria se realizó intubación orotraqueal y apoyo inotrópico a dosis altas logrando pam máximas de 50 mm hg, marcada palidez mucocutanea generalizada mucosa oral semihumeda , conjuntivas palidez pinral bajo ventilación mecánica invasiva , modo asistido controlado ,por tot permeable , con piel fría tórax simétrico expansible esternotomía sin secreciones ruidos cardiacos no soplos audibles pulmones sin agregados abdomen peristalsis presente no signos de irritación peritoneal no masa ni megalias llenado capilar lento en extremidades , **ta 63/39, fc 88, fr 12** , paciente de 62 años de ad quien permanece en muy críticas condiciones generales bajo ventilación mecánica invasiva en modo asistido controlado con fio 2 de 70 por ciento y peep 6 bajo apoyo inotrópico a dosis altas 0.4 mg /kg/min noradrenalina Dr. Manuel Rojano realiza barrido ecocardiografico evidenciando derrame pericárdico leve , hipocinesia en casquete aplica septum medio aplica lateral y anterior FEVI 45-50 POR CIENTO SIGNOS INDIRECTOS de hipertensión pulmonar tap 82 ventriculo derecho con colapso indirecto tapse 12 con vena cava de 17 colapso inspiratorio normal se ordena administrar volumen con el fin de mejorar estado de choque inicial se coloca línea arterial así mismo catéter de swan ganz y se conecta vigileo macando IC 2.1 Y GC 3.9 SE inició vasopresina a 4 unidades hora , milrinone gasometría arteriovenosa con acidosis metabólica se administran 10 ampollas de bicarbonato paraclínicos que reportan hipoperfusión por ácido láctico 9.2 troponina 0.959 se inicia infusión de insulina por hiperglicemia de 367 pendiente reportar hemograma resto de ionograma y perfil hepático normal se toma control de radiografía de tórax pos catéter central. Monitoreo hemodinámico continuó , se ordena arteriografía coronaria prioritaria así mismo curva de troponina electrocardiograma con supradesnivel en **V2** antiagregacion plaquetaria dual ecocardiograma tt. - **28/10/2015**. Cursa con mal estado general diagnósticos de enfermedad aterosclerótica del corazón , choque circulatorio mixto hipovolémico – cardiogénico , posbradicardia extrema, disfunción orgánica múltiple injuria renal aguda pop de by pass por 4 con cec (octubre 20/15) hipertensión arterial , diabetes mellitus tipo 2 , fe 60% , hipotensa , hipoperfundida , anurica , con marcada palidez mucocutanea , respiración jadeante , tubo orotraqueal instalado conectado a ventilación mecánica , ruidos cardiacos arrítmicos por ritmo de fibrilación auricular con alta respuesta ventricular pulmones con murmullo vesicular presente herida esternal levemente abierta en tercio superior con salida de sangre oscura en poca cantidad abdomen blando realiza 3 deposiciones blandas diuresis 40 c en 11 horas extremidades con palidez acrocianosis en miembros inferiores ta 70/40 fc 110 , fr 22 , peso 65 , talla 1.60, temperatura 35.8, paciente con evolución tórpida dependiente de vasopresores en VMA desde el mediodía realiza fibrilación auricular que requirió infusión de amiodarona , a las 18 horas se aumenta respuesta ventricular a 150 latidos por minuto y cae más la presión hasta 60/30 por lo que se realiza cardioversión eléctrica con 200 joules en 2 ocasiones obteniendo primero ritmo sinusal y luego bradicardia extrema, bioquímicamente con hb 6.3 hcto 20.4, gb 39670, plaquetas 263000 INR 1.53 , ca 6.57, cr 1.66, mg 2.02, na 149, k 4.83, TGO 2727 , troponina 1.51. Se ordena trasfundir 2 unidades más de GRE en la mañana se trasfundieron 2 , iniciar

meropenem vancomicina orden de infectología , suspender asa , clopidogrel enoxaparina iniciar acetilcistena en infusión continuar vasopresina , adrenalina norepinefrina en infusión bicarbonato de sodio pronóstico muy reservado alto riesgo de mortalidad a corto plazo. Paciente realiza fibrilación auricular alta respuesta con descompensación hemodinámica se desfibrila en 2 ocasiones obteniendo bradicardia extrema requiriendo masaje cardiaco durante este se observa salida de secreción hemática a través de esternotomía radiografía de tórax velamiento hemotorax derecho, comunicándose urgente a cirugía cardiovascular Dr Lozano quien ordena trasladar urgente a quirófano. Paciente en malas condiciones generales hipoperfundida sin respuesta pupilar ni reflejos oculocefalicos atónica irreflexiva , de carácter de urgencia se realiza re intervención de paciente 9 días de posoperatorio de by pass en malas condiciones generales posterior a parada cardiorrespiratoria anestesia general campos quirúrgicos reapertura de esternotomía retiro de sutura en acero observándose coágulos y sangre se procede a aspiración concell saber para preservación volemica paciente entra en paro, siendo necesario el inicio de masaje cardiaco y maniobras de reanimación avanzada en las que se incluye la administración de adrenalina en raíz aortica en 3 oportunidades sin respuesta favorable durante 15 minutos siendo declarado el fallecimiento de la paciente en quirófano se contacta a los familiares vía telefónica insistentemente sin éxito no ha sido posible comunicarnos en el momento”.

De igual manera tenemos que NO existe y por ello no se podrá arrimar al proceso, **la PRUEBA MEDICO CIENTIFICA o de otro tipo, que siquiera a título de Indicio Leve en su forma de contingente, pueda PROBAR en legal forma, uno cualquiera de los elementos de la Responsabilidad dentro de los procesos por culpa medica con respecto de uno o varios de los diferentes miembros de los equipos de salud que atendieron a la paciente GRICELDINA VIDES GRANADOS (Q.E.P.D)** a partir de su primer y único ingreso a la **IPS CLINICA GENERAL DEL NORTE** y que son actuar con **FALTA de oportunidad y/o pertinencia o actuar con Imprudencia, Impericia o Falta de Diligencia y/o mediante el quebrantamiento de Reglamentos y al NO poderse probar uno de estos elementos y que son los que permiten demostrar la configuración de la CULPA como eje central de la responsabilidad, NO se le puede imputar ningún tipo de responsabilidad a ORGANIZACIÓN CLINICA GENERAL DEL NORTE. S.A, ni a ninguno de los médicos que atendieron a la paciente, por los DAÑOS que ya tenía desde mucho tiempo antes del primer ingreso y los que sufrió en forma posterior a la cirugía de corazón abierto y muchísimo menos, con respecto de los Perjuicios que hoy reclaman los demandantes.**

Tenemos que en contrario de la no existencia de ningún tipo de prueba que demuestre uno de los obligatorios elementos de la responsabilidad médica, **existen PLENAS PRUEBAS MEDICO CIENTIFICAS y entre estas, las diferentes partes de la Historia Clínica de la paciente, Literatura Médica y las que se arrimaran al proceso en su oportunidad y en concreto las declaraciones de los médicos que la atendieron, que demuestran que toda la Atención que se le suministro por los miembros de los diferentes equipos de salud que la atendieron, estuvo apegada en un todo a la OPORTUNIDAD, RACIONALIDAD, PERTINENCIA, PRUDENCIA, DILIGENCIA y PERICIA indicados en los Protocolos Médicos, en las Guías de Manejo Medico, la Literatura Médica y en la norma legal vigente y por lo tanto, ninguno de los miembros del equipo de salud o del personal administrativo tuvo algún tipo de responsabilidad directa o indirecta,** (Conforme la Resolución 1.995 de 1.999, el equipo de Salud está conformado por los Médicos Especialistas Tratantes, los Consultantes, Médicos Generales, Enfermeras Profesionales, Auxiliares de Enfermería, Técnicos, Camilleros), **con respecto de los DAÑOS que ya tenía la paciente GRICELDINA VIDES GRANADOS desde tiempo antes del ingreso y de la cirugía coronaria y los que sufrió en forma posterior a la citada cirugía, DAÑOS que conforme plenas pruebas medico científicas, tuvieron como UNICO NEXO CAUSAL, las COMPLEJAS PATOLOGIAS que se le diagnosticaron antes del ingreso y los DAÑOS que NIVEL CORONARIO y CARDIACO, le generaron a la paciente.**

Dr. Flavio Ortega Gomez

Abogado Titulado
 Universidad Simón Bolívar
 ESPECIALIZACIÓN EN DEFENSA MÉDICA
 Negocios Civiles - Comerciales- Derechos Notarial
 Tels. 3567521 Celular: 300-7449457

PRETENSIONES DEMANDADA.

Como resultado directo de todo lo indicado y en especial de la REALIDAD REAL de los hechos y de la PROBATORIA que esta arrimada al proceso y la que se allegara, SOLICITO a su Señoría que en forma Similar o Semejante y como resultado de NEGAR las pretensiones de los demandantes en un todo, manifieste en forma igual o similar, lo siguiente: -

1o) Que la totalidad de los Servicios Médicos Hospitalarios Integrales suministrados por los miembros de los equipos de salud vinculados a ORGANIZACIÓN CLINICA GENERAL DEL NORTE. S.A., que atendieron a LA paciente GRICELDINA VIDES GRANADOS (Q.E.P.D) a partir de su ingreso a la IPS CLINICA GENERAL DEL NORTE, *se ajustaron en un todo a la Oportunidad, Pertinencia, Prudencia, Pericia, Diligencia y Racionalidad medico científica indicados en los protocolos y guías de manejo medico vigentes para la época de los hechos.*

2o) Que NO EXISTIÓ conducta Medica revestida de Imprudencia, Impericia o Falta de Diligencia y/o de oportunidad y/o pertinencia y/o de racionalidad, imputable a uno o varios de los miembros de los equipos de salud que atendieron a la paciente GRICELDINA VIDES GRANADOS y por lo tanto, *no existe ningún tipo de RESPONSABILIDAD de ORGANIZACIÓN CLINICA GENERAL DEL NORTE, S.A., ni de ninguno de los miembros de los EQUIPOS DE SALUD y se les exonera de toda responsabilidad a las personas indicadas.*

3o) Que NO EXISTE EL OBLIGATORIO NEXO DE CAUSALIDAD entre los servicios médicos hospitalarios que se le suministraron a la paciente a partir de su primer y único ingreso a la **IPS CLINICA GENERAL DEL NORTE** y los DAÑOS que ya tenía la paciente desde mucho tiempo antes del ingreso y los que sufrió en forma posterior a la cirugía coronaria, como consecuencia de las complicaciones que presento en forma posterior a la citada cirugía y mucho menos con respecto de los perjuicios que reclaman los demandantes, se confirma que ORGANIZACIÓN CLINICA GENERAL DEL NORTE. S.A., ni ninguno de los médicos que atendieron al paciente, están obligados a pagarle ninguna suma de dinero a los demandantes por los conceptos reclamados ni a ninguna otra persona por ningún concepto similar o diferente.

4º) Que se condene en Costas Procesales y en forma especial al pago de Agencias en Derecho a los demandantes a favor de mi representad, suma de dinero que debe ser pagada por conducto de mi persona, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la ejecutoria de la providencia judicial que apruebe la liquidación respectiva.

RESPUESTA A LOS HECHOS DE LA DEMANDA.

1o) Al primer punto de los Hechos.

ES CIERTO PARCIALMENTE, por cuanto se OMITE informar que la paciente ya tenía el diagnostico de Infarto Agudo del Miocardio sin Elevación de la Onda ST y también se

Dr. Flavio Ortega Gomez

Abogado Titulado
 Universidad Simón Bolívar
 ESPECIALIZACIÓN EN DEFENSA MÉDICA
 Negocios Civiles - Comerciales- Derechos Notarial
 Tels. 3567521 Celular: 300-7449457

OMITE en forma muy mal intencionada, ya que se conoce a la perfección, que la paciente desde hacía más de Diez (10) Años antes del ingreso, tenía confirmados los diagnósticos de DIABETES, HIPERTENSION ARTERIAL CRONICA y que fumo CIGARRILLOS POR MAS DE VEINTE (20) AÑOS, los cuales son datos de mucha importancia, por los DAÑOS que generan en el organismo y entre ellos, la ATEROMATOSIS que tuvo como NEXO CAUSAL las patologías indicadas y que fueron la causa de la ISQUEMIA, **DAÑOS que se confirmaron en forma posterior con el resultado del cateterismo diagnóstico y en concreto, OBSTRUCCION SEVERA de tres grandes vasos.**

2o) Al Segundo punto de los Hechos.

ES CIERTO PARCIALMENTE, por cuanto nuevamente se OMITEN datos de suma y grave importancia y entre ellos, que en los antecedentes figura que hermano falleció de infarto agudo del miocardio. Que se le practicó en forma oportuna el electrocardiograma que mostro isquemia de cara anterior y lateral y así mismo se ordenó y practicaron: RX, ECOCARDIOGRAMA que confirmaron el diagnóstico y en especial, medicamentos

3o) Al Tercer punto de los Hechos.

NO ES CIERTO que solo se ordenó urocultivo y lo UNICO CIERTO, es que se ordenaron todos los laboratorios que indican los protocolos médicos y entre ellos, parcial de orina, hemograma completo, perfil lipídico, glicemia general y glicosilada, teniendo en cuenta que la paciente era DIABETICA y con los resultados, se ordenó y se suministró tratamiento oportuno.

4o) Al Cuarto punto de los Hechos.

NO ES CIERTO que solo el Doce (12) de Octubre, se hubiere ordenado e iniciado el tratamiento con antibióticos y lo UNICO CIERTO y que demuestra la historia clínica es que con el resultado del parcial de orina que fue emitido el Once (11) de Octubre y por ser patológico, se ordenaron e iniciaron Antibióticos de amplio espectro y al día siguiente cuando se conoce el urocultivo y el antibiograma, se suspendieron los antibióticos iniciales y se ordenó ceftriazona **por ser la bacteria aislada sensible**, demostrando la historia clínica lo siguiente: (Transcripción de la historia clínica, resultado del parcial de orina y del Urocultivo: “parcial de orina de ingreso 11/10/15 fue PATOLOGICO, evidenciaba color amarillo, aspecto turbio , densidad 1005, ph 7, albumina 75, sangre trazas, nitritos positivo , esterasa leucocitaria positiva, leucocitos 3-6 , hematíes 0-2, bacterias +++ y se dio cobertura antibiótica con piperacilina tazobactan, luego urocultivo de 12/10/15 mostro E coli 100.000 UFC intermedia para amikacina, resistente a trimetopin sulfa y a ciprofloxacina , sensible a las cefalosporinas , se suspende piperacilina

5o) Al Quinto punto de los Hechos.

ES CIERTO PARCIALMENTE, por cuanto lo que estaba pendiente para la fecha indicada, es el antibiograma y en especial, por se OMITI informar que por estar confirmado que la paciente presento un INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO SIN ELEVACION DE LA ONDA ST, el Cateterismo Cardiaco NO se tiene como URGENCIA, como si lo es cuando hay elevación de la ONDA ST y en especial, por el tipo e intensidad del Daño Cardiaco y adicionalmente es necesario tener en cuenta, que conforme la ESCALA GRACE, la paciente tenía un score de ciento catorce (114) puntos, lo cual confirma que la paciente muy a pesar del GRAN DAÑO CORONARIO POR TAPONAMIENTO DE TRES GRANDES VASOS

Dr. Flavio Ortega Gomez

Abogado Titulado
 Universidad Simón Bolívar
 ESPECIALIZACIÓN EN DEFENSA MÉDICA
 Negocios Civiles - Comerciales- Derechos Notarial
 Tels. 3567521 Celular: 300-7449457

POR LA ATEROMATOSIS, NO tenía ALTO RIESGO DE MUERTE, ya que se considera que hay alto riesgo, cuando es la puntuación es superior a 140. (Ver tabla y realización del puntaje, en la primera parte de este instrumento).

6º) Al Sexto Punto de los Hechos.

SI ES CIERTO.

7º) Al Séptimo Punto de los Hechos.

ES CIERTO PARCIALMENTE y en concreto y en primer lugar, porque se OMITE informar que en forma previa al procedimiento, el Hemodinamista y el Medico de Planta le explicaron en forma amplia a la paciente y su cónyuge, todo lo que comprende el CONSENTIMIENTO INFORMADO y en especial, que era un procedimiento DIAGNOSTICO y NO TEREPEUTICO y así mismo, como se hacía, cuál era el objetivo y que se podían presentar COMPLICACIONES que se explicaron habiendo AUTORIZADO tanto la paciente por estar en buenas condiciones hemodinámicas y neurológicas como su cónyuge el cateterismo y en segundo lugar, por cuanto a la paciente el quince (15) de Octubre, NO se le practico CIRUGIA y solo se le realizo CATETERISMO DIAGNOSTICO.

SI ES CIERTO la conclusión del cateterismo cardiaco, pero se OMITE informar que se confirma GRAN DAÑO POR ELEVADO TAPONAMIENTO u OBSTRUCCION DE TRES GRANDES VASOS y por ello el hemodinamista recomienda valoración por cirujano cardio vascular, con el objeto de que considere posible cirugía de BY PASS MULTIPLE y para mayor claridad y como aporte, hago transcripción de la explicación realizada por el auditor médico del resultado del cateterismo: “enfermedad coronaria aterosclerótica severa de tres vasos, descendente anterior 99 % t medio , seguida 70% 1 era marginal obtusa 85%, t proximal coronaria derecha 60% t medio , posterolateral 80% proximal , ventrículo izquierdo de diámetros normales con adecuada contractibilidad y buena función ventricular fracción de eyección 60% , se recomienda valoración por cirugía cardiovascular , el cateterismo indica que la paciente tiene MUY MALA CONDICION CARDIACA y posiblemente se pueda resolver mediante cirugía abierta de corazón con BY pass”.

8º) Al Octavo Punto de los Hechos.

ES CIERTO PARCIALMENTE por cuanto se OMITE informar que el motivo por el cual se ordena traslado a la UCI CORONARIA una vez finaliza el cateterismo, es por el GRAN DAÑO que tiene la paciente en TRES GRANDES VASOS, como consecuencia de la ATEROMATOSIS, cuyo nexa causal fueron conforme los protocolos médicos y la literatura médica, la DIABETES, la HIPERTENSION ARTERIAL, el FUMAR CIGARRILLOS POR MAS DE VEINTE (20) AÑOS.

9º) Al Noveno Punto de los Hechos.

ES CIERTO PARCIALMENTE y se OMITEN en forma muy mal intencionada, por cuanto se conocen los mismos al haber recibido copia completa de la historia clínica, datos de suma importancia y entre ellos, los siguientes: “.., el día 16/10/15 presenta crisis de ansiedad por el tiempo que lleva internada y manifiesta querer irse y abandonar el protocolo prequirurgico , por lo cual se le ordena alprazolam. Continúa en manejo con nitroglicerina para mantener cifras tensionales adecuadas y continúa en cobertura con ceftriaxona , este mismo día evoluciona ansiosa con nauseas , con tendencia a la hipertensión arterial , se realiza dopler carotideo que muestra lesión del 35% en carótida interna izquierda dopler arterial y venoso de miembros inferiores sin lesiones , bioquímicamente con hb 9.7, hcto 31.7, gb 10.940, INR 1.02, glicemia 133 , mg 2 sodio 140, potasio 4.29, albumina 3.55, colesterol total 180, serología no reactiva,

Dr. Flavio Ortega Gomez

Abogado Titulado

Universidad Simón Bolívar

ESPECIALIZACIÓN EN DEFENSA MÉDICA

Negocios Civiles - Comerciales- Derechos Notarial

Tels. 3567521 Celular: 300-7449457

hepatitis no reactivos los antígenos. Se ordena este día parcial de orina urocultivo de control 5 am, aumentar amlodipino a 10 mg cada 12 horas , metoclorpramida 10 mg iv cada 8 horas , **valoración por psicología..**”.

Tal como lo demuestra la historia clínica, la paciente el valorada el mismo 16 de Octubre por Psicología Clínica, quien registro en la Historia Clínica: “.., paciente orientada, consciente, lenguaje emocional con tendencia a la ansiedad, es consciente de la necesidad de la cirugía, fue abierta al dialogo, manifiesta que tengo miedo a la cirugía, algo que nunca he experimentado, soy consciente que al salir todo bien me permitirá estar bien, espero salir pronto de esto, radicada en santa marta con su esposo, sus 5 hijos son casados e independientes, el posoperatorio estará a cargo de su esposo, sus figuras importantes sus hijos, se describe como una persona servicial colaboradora uno de sus defectos rabiosa y se altera con facilidad”.

10º) Al Decimo Punto de los Hechos.

ES CIERTO PARCIALMENTE, por cuanto nuevamente se OMITEN datos de suma importancia que están en la historia clínica, la cual demuestra que siempre los médicos y demás miembros del equipo de salud cumplieron con sus obligaciones y los protocolos médicos, registrando la historia clínica lo siguiente: “.. el 17 de octubre evoluciono con tendencia a la hipertensión en manejo con nitroglicerina con magnesio de 1.77 se indicó mg por horario , está en protocolo prequirurgico recibiendo tratamiento anti-isquémico , anticoagulante, antihipertensivo , protección gástrica”.

11º) Al Décimo Primer Punto de los Hechos.

ES CIERTO PARCIALMENTE, por cuanto lo que se relaciona son datos parciales de los registros de la historia clínica en la parte de las ordenes y evoluciones médicas y la historia clínica registra lo siguiente: “... , el 18 de octubre (ya en su noveno día de estancia), se encuentra paciente con IMA SIN SUPRA ST Evolucionado , con cateterismo que confirmo enfermedad severa de 3 vasos. Nota de auditoria: datos de enfermedad panvascular por compromiso de carótida en 35%) ; se programó para el martes 20 de octubre porque esta con tratamiento con ceftriaxona para infección urinaria por e coli , se tomó urocultivo control y tiene pendiente el resultado. Se recibe urocultivo preliminar negativo, pendiente reporte final, se ajusta plan, se suspende nitroglicerina, se agrega prazocin 1 mg vo cada 12 horas y evaluar respuesta , continua con solución salina a 60 cc hora , ceftriaxona día 5 hoy, se suspende sulfato de magnesio”.

12º) Al Décimo Segundo Punto de los Hechos.

ES CIERTO PARCIALMENTE, por cuanto se OMITE informar que en forma previa a la cirugía, el cirujano cardio vascular cumplió en un todo con lo que comprende el CONSENTIMIENTO INFORMADO y el documento que es parte de la historia clínica y que está firmado por la paciente y su cónyuge hoy demandante, demuestra lo siguiente: 12-a) Explicación de cuál era la patología por cual recomendaba cirugía de corazón abierto y la muy posible causa de los DAÑOS que estaba presentando; - 12-b) Como conforme los protocolos médicos, las patologías de base le habían generado el gran daño cardiaco y arterial; - 12-c) Cual era la cirugía que le recomendaba y por qué no era recomendable cirugía en forma diferente o tratamiento no invasivo; - 12-d) Como se haría la cirugía y cuál era la finalidad de la misma; - 12-e) Cuales eran los altos riesgos de Daños en el evento de que no autorizara la cirugía; - 12-f) Que muy a pesar de la autorización emitida antes de la cirugía, podía retirar la autorización y decidir que no se le practicara la cirugía; - 12-g) Cuales eran las COMPLICACIONES que se podían presentar al inicio, durante la cirugía, en la fase final, en el inmediato, mediato postoperatorio y en forma posterior al Alta Hospitalaria, ***siendo muy importante tener en cuenta que entre las complicaciones que presento la paciente en forma posterior a la cirugía, fueron sangrado, bajo gasto cardiaco, arritmia entre otras, complicaciones que además de estar previstas en los protocolos médicos, le fueron explicadas a la paciente y a su esposo días antes de la cirugía, quienes autorizaron la***

Dr. Flavio Ortega Gomez

Abogado Titulado
 Universidad Simón Bolívar
 ESPECIALIZACIÓN EN DEFENSA MÉDICA
 Negocios Civiles - Comerciales- Derechos Notarial
 Tels. 3567521 Celular: 300-7449457

cirugía y asumieron para sí y solo para sí, los DAÑOS que sufrió la paciente y relevaron de toda responsabilidad a los médicos y a mi poderdante, por mandato expreso de la Ley 23 de 1.981, el Decreto 3380 de 1.981 y la jurisprudencia actualizada sobre el particular.

13°) Al Décimo Tercer Punto de los Hechos.

ES CIERTO PARCIALMENTE por cuanto se OMITEN datos de extrema importancia y que figuran en la historia clínica y en concreto en la DESCRIPCIÓN QUIRÚRGICA, registra lo siguiente: revascularización miocárdica, colocación de catéter de marcapaso temporal esternotomía mediana, disección de arteria mamaria interna izquierda, extracción simultánea de vena safena interna izquierda como injerto de derivación, canulación para CEC mas retroplegia, se instala cec, parada cardiaca con cardiología anterógrada y retrograda se realizan PV a DP, CX, 1 DIAGONAL, MAMARIO A DA, sale solo de CEC debido a sangrado perinastomotico en descendente anterior se optó por reingresar en CEC y aplicar adhesivo biológico tiseel 4 ml logrando hemostasia, se deja cable de MCP en VD drenajes por 2 CEC 90 MIN CLAMPEO AO50 +13 MIN CARDIOPLEGIA 2000.

De igual manera se OMITI informar que una vez la paciente hizo la recuperación inicial en sala de cirugía, fue trasladada a la UCI CORONARIA y la historia clínica registra lo siguiente: “Ingreso a la UCI en su posoperatorio inmediato de acuerdo a nota de ingreso al servicio realizada por el medico el 20/10/2015 a las 2:39 am. En su posquirúrgico inmediato curso con anemia, hipokalemia, y datos de bloqueo bifascicular de novo, con estabilización de manejo integral posquirúrgico, el dr Axel comenta que hubo datos de infiltración de grasa pericárdica y hematoma en relación a la anastomosis por lo cual se utiliza pegante biológico, con lo cual cede el cuadro presento tendencia en su 2 día posquirúrgico a hipertensión, y taquicardia manejada con nitroglicerina, se manejó hipocalcemia y la glicemia

14°) Al Décimo Cuarto Punto de los Hechos.

ES CIERTO PARCIALMENTE y la historia clínica registra lo siguiente: “21 de octubre se logra extubacion exitosa y este mismo día se torna un poco ansiosa, ansiedad que es referida el 22 de octubre, aspecto que se refiere el de la ansiedad el 23 de octubre, sigue con tendencia a taquicardia e hipertensión, se da manejo medico con nitroglicerina 1 labetalol; el 24 de octubre menos ansiosa más tranquila, se retiraron este día los tubos a tórax, y el 24 /10/15 a las 6: 32 am pasa a piso 480 y se registra como paciente colaboradora.

15°) Al Décimo Quinto Punto de los Hechos.

SI ES CIERTO.

16°) Al Décimo Sexto Punto de los Hechos.

ES CIERTO PARCIALMENTE, ya que se OMITI informar que el 24 de Octubre por BUENA EVOLUCION, es traslada a piso tal como lo demuestra la historia clínica, cuya parte pertinente fue transcrita en respuesta a hecho anterior.

17°) Al Décimo Séptimo Punto de los Hechos.

ES CIERTO PARCIALMENTE, por cuanto se OMITEN datos de extrema importancia y la historia clínica demuestra lo siguiente: “25 de octubre. La paciente refiere haber pasado buena noche en habitación 480 comenta que durmió bien, tolera vía oral adecuadamente flatos, diuresis y deposiciones positiva, no refiere dolor o disnea, tolera deambulación con diagnósticos de enfermedad aterosclerótica del corazón, posoperatorio de by pass aortocornario por 4 con cec, hipertensión arterial, diabetes mellitus, fracción de eyección 48 por ciento, ansiedad, paciente alerta consciente orientada en sus 3 esferas mucosas hidratadas, cardiopulmonar ruidos cardiacos rítmicos no soplos o agregados, heridas en tórax mediana, en buen estado con sutura sin signos de infección murmullo vesicular positivo abdomen blando depresible no masas o megalias no signos e irritación peritoneal, extremidades safenectomia en buen estado, con sutura en buen estado sin signos de infección no secreciones edema grado I de miembro inferior donde se realizó safenectomia no edemas ni cambios tróficos SNC no déficit actual. El paciente se encuentra hoy con adecuada evolución general no ha referido más dolor torácico, disnea o equivalentes anginosos, realiza todas las indicaciones que le dan, tolera adecuadamente la vía oral, flatos diuresis y deposiciones positivas tolera movilización y deambulación, se encuentra estable hemodinamicamente sin datos de falla cardiaca con buena

Dr. Flavio Ortega Gomez

Abogado Titulado
 Universidad Simón Bolívar
 ESPECIALIZACIÓN EN DEFENSA MÉDICA
 Negocios Civiles - Comerciales- Derechos Notarial
 Tels. 3567521 Celular: 300-7449457

respuesta a tratamiento , plan protocolo posquirúrgico se ajustara medicación consecuenta con su evolución medica se aclaran inquietudes acerca de su patología; Plan de manejo, tratamiento, pronostico y seguimiento al paciente y familiares , se le informara en ronda medica su evolución seguimiento diario por cardiología”.

18°) Al Décimo Octavo Punto de los Hechos.

NO ES CIERTO nada de lo que se dice, lo cual constituye todo un GALIMATIAS y contiene garrafales anfibologías y es TODA FALACIA y lo UNICO CIERTO y que tiene pleno soporte medico científico y en concreto, los registros de la historia clínica, es lo siguiente:

18-a) “26 de octubre. En habitación 480, refiere la paciente haber pasado buena noche comenta que durmió bien tolera vía oral adecuadamente, flatos diuresis y deposiciones positivas no refiere dolor o disnea tolera deambulacion fc 130/80 fc 78, fr18 peso 65 talla 1.60 temperatura 37, paciente con buena evolución general se reajusta antihipertensivo y cambia ranitidina por omeprazol.

18-b) Los registros de la historia clínica, confirman que NO ES CIERTO que el día veintiséis (26) de Octubre, la paciente a las 11.35AM hubiere sido dejada en su habitación por un fantasma y lo manifiesto así, por cuanto todo el personal de la IPS al ingresar a la habitación de un paciente, se identifica por su nombre y cargo y le informa el motivo del ingreso y quienes trasladan a los pacientes de la habitación a un servicio para un estudio y después lo regresan a la habitación, **son los camilleros que están debidamente uniformados que tiene el logo de la IPS CLINICA GENERAL DEL NORTE y además, portan CARNE con la foto y el nombre del camillero** y reitero, NO ES CIERTO lo que se dice en cuanto a que la habitación llevo “una persona sin identificarse”, por cuanto el 26 de Octubre a la paciente NO se le practico RX y NO se trasladó a ningún servicio, máxime cuando todo traslado de un paciente de su habitación a otro servicio, de inmediato es registrado en las notas de enfermería y estos registros, NO aparecen sencilla y llanamente por cuanto NO ES CIERTO lo que se dice.

18-c) Señor Juez, ningún Camillero, por NO ser TECNICO EN RAYOS X, interviene en el proceso para tomar a un paciente un RX DE TORAX y adicionalmente, por cuanto los Camilleros dejan al paciente al interior de la sala de RX y de inmediato se retiran, ya que NO tienen ningún tipo de elemento de protección y tampoco entrenamiento y solo recogen al paciente, una vez el técnico de RAYOS X, informa que ha terminado el estudio y ha abierto la PUERTA PLOMADA de protección y cierre total de la sala, **lo cual confirma la TOTAL FALACIA cuando se dice, que la misma persona que recogió a la paciente en la habitación, fue quien le levantó los brazos en forma brusca, al momento de tomarle la placa de Tórax.**

18-d) NO ES CIERTO que la paciente entre las 11.35 AM y las 11.55 AM, la hubieren “dejado sola en la habitación” y NO ES CIERTO y en primer lugar, por cuanto tal como se reconoce, estaba con su cónyuge y en segundo lugar, por cuanto lo primero que se le informa a los pacientes y sus acompañantes todos los días al inicio del primer turno de enfermería en la mañana, es que ante cualquier signo o solicitud, aprieten el botón de llamado, el cual genera una Luz Intermitente y un Pito en la Sala de Enfermería, que NO pueden ser apagados desde la sala de enfermería y en forma obligatoria debe atenderse el llamado y desconectarse desde el botón que se apretó.

18-e) Dice un viejo refrán, que primero cae un mentiroso que un ladrón y que el mentiroso se enreda en su propia telaraña y esto aplica al caso concreto, ya que se dice que una persona sin identificar recogió a la paciente a las 11.30 AM en la habitación, la llevo al servicio de

Dr. Flavio Ortega Gomez

Abogado Titulado
 Universidad Simón Bolívar
 ESPECIALIZACIÓN EN DEFENSA MÉDICA
 Negocios Civiles - Comerciales- Derechos Notarial
 Tels. 3567521 Celular: 300-7449457

RX, la ingresaron a los cuartos PLOMADOS ESPECIALES donde se toman los RX, le tomaron la placa de RX y después la regresaron a la habitación a las 11.35 AM, *o sea, todo lo indicado sucede en SOLO CINCO (5) MINUTOS, lo cual es TOTALMENTE IMPOSIBLE y cualquier persona que ha estado hospitalizado en la IPS CLINICA GENERAL DEL NORTE, sabe que es IMPOSIBLE que cinco (5) minutos pueda suceder todo lo indicado, máxime cuando hay una distancia considerable de la habitación en donde estaba la paciente y que era en el cuarto piso y el primer piso, donde esta RX y cuando la sola preparación de la paciente para el RX, incluyendo la colocación del protector plomado, toma más de cinco minutos y mucho más, el solo regreso a la habitación.*

18-f) Tal como lo demuestra la historia clínica, ni en las notas de enfermería ni en las ordenes médicas, figura en primer lugar, llamado de URGENCIA por la paciente o su acompañante y tampoco figura, que la paciente el veintiséis (26) de Octubre, hubiere presentado dificultad respiratoria o dolor torácico y por el contrario, la historia clínica demuestra que la paciente tuvo total estabilidad hemodinámica, neurológica y vascular durante todo el veintiséis (26) de Octubre e inclusive, en la mañana del veintisiete (27) de Octubre.

18-g) Llama poderosamente la atención, el hecho cierto de que ni el cónyuge de la paciente, ni ninguno de sus hijos o familiares, presentaron QUEJA por ante la IPS CLINICA GENERAL DEL NORTE por escrito, sobre el supuesto trato cruel que le dio a la paciente, la persona que la llevo a tomar el RX.

19º) Al Décimo Noveno de los Hechos.

ES CIERTO PARCIALMENTE lo que se dice y en especial, por cuanto se OMITEN datos de suma importancia y la historia clínica demuestra que la paciente el veintisiete (27) de Octubre, fue trasladada de su habitación a sala de RX y se le tomo placa de RX, lo cual sucedió a las 9 AM y fue regresada a las 10.30 AM, NO existiendo un solo registro en las ordenes y evoluciones médicas y tampoco en las notas de enfermería, en cuanto a que la paciente una vez regreso de RX, se hubiere quejado de dolor torácico o dificultad respiratoria y mucho menos en cuanto a que el técnico de Rayos le hubiere levantado los brazos en forma brusca y los registros indican que en toda la mañana y gran parte de la tarde, presenta estabilidad hemodinámica y solo al final de la tarde, fue que presento signos de inicio y desarrollo de posibles complicaciones, los cuales fueron tenidos en cuenta por los médicos y enfermeras del piso y de inmediato ordenaron tratamiento que le fue suministrado y para mayor claridad, transcribo lo que figura en la Historia Clínica: “... , 27 de octubre 5:57 PM paciente refiere dificultad para respirar y dolor en el pecho , paciente con ta 90/60, fc 90, fr 18, paciente quien se encuentra presentando hipotensión , palidez mucocutanea , frialdad , con saturación de oxígeno dentro de los parámetros normales , se observa placa de tórax del día de hoy presentando pequeño derrame pleural con leves crepitos en campo pulmonar, se solicita electrocardiograma y gases arteriales. Se observa reporte de laboratorio y nuevas troponinas, se coloca líquidos a chorros y se suspenden antihipertensivos se coloca monitor para vigilar continuamente signos vitales , se coloca ventury al 50%\$ y se solicita cama en UCI hacia las 11.00 PM, se suspenden antihipertensivos , se coloca líquidos endovenosos a chorros se solicita ekg y gases arteriales. (En negrillas y subrayado es nuestro, pero sin alterar texto original”.

20º) Al Vigésimo Punto de los Hechos.

ES CIERTO PARCIALMENTE lo que se relaciona, ya que conforme ha venido sucediendo, se OMITEN datos de suma importancia y entre ellos, que la paciente fue ingresada a la UCI CORONARIA a las 12.41 de la MADRUGADA del 28 de Octubre y la historia clínica registra lo siguiente: “..28/10/15 a las 12:41 am. Ingresa al servicio de UCI - 248 en criticas condiciones generales , con

Dr. Flavio Ortega Gomez

Abogado Titulado

Universidad Simón Bolívar

ESPECIALIZACIÓN EN DEFENSA MÉDICA

Negocios Civiles - Comerciales- Derechos Notarial

Tels. 3567521 Celular: 300-7449457

marcada hipoperfusión periférica , sudoración profusa, frialdad y marcada palidez mucocutanea generalizada manifestando dificultad respiratoria se realizó intubación orotraqueal y apoyo inotrópico a dosis altas logrando pam máximas de 50 mm hg, marcada palidez mucocutanea generalizada mucosa oral semihumeda , conjuntivas palidez pinral bajo ventilación mecánica invasiva , modo asistido controlado ,por tot permeable , con piel fría tórax simétrico expansible esternotomia sin secreciones ruidos cardiacos no soplos audibles pulmones sin agregados abdomen peristalsis presente no signos de irritación peritoneal no masa ni megalias llenado capilar lento en extremidades , ta 63/39, fc 88, fr 12 , paciente de 62 años de ad quien permanece en muy críticas condiciones generales bajo ventilación mecánica invasiva en modo asistido controlado con fio 2 de 70 por ciento y peep 6 bajo apoyo inotrópico a dosis altas 0.4 mg /kg/min noradrenalina Dr. Manuel Rojano realiza barrido ecocardiografico evidenciando derrame pericárdico leve , hipocinesia en casquete aplica septum medio aplica lateral y anterior FEVI 45-50 POR CIENTO SIGNOS INDIRECTOS de hipertensión pulmonar tap 82 ventrículo derecho con colapso indirecto tapse 12 con vena cava de 17 colapso inspiratorio normal se ordena administrar volumen con el fin de mejorar estado de choque inicial se coloca línea arterial así mismo catéter de swan ganz y se conecta vigileo macando IC 2.1 Y GC 3.9 SE inició vasopresina a 4 unidades hora , milrnone gasometría arteriovenosa con acidosis metabólica se administran 10 ampollas de bicarbonato paraclínicos que reportan hipoperfusión por ácido láctico 9.2 troponina 0.959 se inicia infusión de insulina por hiperglicemia de 367 pendiente reportar hemograma resto de ionograma y perfil hepático normal se toma control de radiografía de tórax pos catéter central. Monitoreo hemodinámico continuó , se ordena arteriografía coronaria prioritaria así mismo curva de troponina electrocardiograma con supradesnivel en V2 antiagregacion plaquetaria dual ecocardiograma tt. - **28/10/2015**. Cursa con mal estado general diagnósticos de enfermedad aterosclerótica del corazón , choque circulatorio mixto hipovolémico – cardiogénico , posbradicardia extrema, disfunción orgánica múltiple injuria renal aguda pop de by pass por 4 con cec (octubre 20/15) hipertensión arterial , diabetes mellitus tipo 2 , fe 60% , hipotensa , hipoperfundida , anurica , con marcada palidez mucocutanea , respiración jadeante , tubo orotraqueal instalado conectado a ventilación mecánica , ruidos cardiacos arrítmicos por ritmo de fibrilación auricular con alta respuesta ventricular pulmones con murmullo vesicular presente herida esternal levemente abierta en tercio superior con salida de sangre oscura en poca cantidad abdomen blando realiza 3 deposiciones blandas diuresis 40 c en 11 horas extremidades con palidez acrocianosis en miembros inferiores ta 70/40 fc 110 , fr 22 , peso 65 , talla 1.60, temperatura 35.8, paciente con evolución tórpida dependiente de vasopresores en VMA desde el mediodía realiza fibrilación auricular que requirió infusión de amiodarona , a las 18 horas se aumenta respuesta ventricular a 150 latidos por minuto y cae más la presión hasta 60/30 por lo que se realiza cardioversión eléctrica con 200 joules en 2 ocasiones obteniendo primero ritmo sinusal y luego bradicardia extrema, bioquímicamente con hb 6.3 hcto 20.4, gb 39670, plaquetas 263000 INR 1.53 , ca 6.57, cr 1.66, mg 2.02, na 149, k 4.83, TGO 2727 , troponina 1.51. Se ordena trasfundir 2 unidades más de GRE en la mañana se trasfundieron 2 , iniciar meropenem vancomicina orden de infectología , suspender asa , clopidogrel enoxaparina iniciar acetilcistenina en infusión continuar vasopresina , adrenalina norepirefrina en infusión bicarbonato de sodio pronóstico muy reservado alto riesgo de mortalidad a corto plazo. Paciente realiza fibrilación auricular alta respuesta con descompensación hemodinámica se desfibrila en 2 ocasiones obteniendo bradicardia extrema requiriendo masaje cardiaco durante este se observa salida de secreción hemática a través de esternotomia radiografía de tórax velamiento hemotorax derecho, comunicándose urgente a cirugía cardiovascular Dr Lozano quien ordena trasladar urgente a quirófano. Paciente en malas condiciones generales hipoperfundida sin respuesta pupilar ni reflejos oculocefalicos atonica irreflexica , de carácter de urgencia s realiza re intervención de paciente 9 días de posoperatorio de by pass en malas condiciones generales posterior a parada cardiorrespiratoria anestesia general campos quirúrgicos reapertura de esternotomia retiro de sutura en acero observándose coágulos y sangre se procede a aspiración concell saber para preservación volemica paciente entra en paro, siendo necesario el inicio de masaje cardiaco y maniobras de reanimación avanzada en las que se incluye la administración de adrenalina en raíz aortica en 3 oportunidades sin respuesta favorable durante 15 minutos siendo declarado el fallecimiento de la paciente en quirófano se contacta a los familiares vía telefónica insistentemente sin éxito no ha sido posible comunicarnos en el momento”.

21º) Al Vigésimo Primer Punto de los Hechos.

SI ES CIERTO.

OPOSICION TOTAL A LOS ERRADOS FUNDAMENTOS JURISPRUDENCIALES, CONSTITUCIONALES y LEGALES de la improcedente, irreal y errada Demanda.

Señoría, con un simple análisis y sin tener que realizar elucubrantes razonamientos, se tiene total certeza en cuanto a que los fundamentos Constitucionales, Legales y Jurisprudenciales, en los cuales se pretende hacer descansar los fundamentos de la demanda, NO se pueden aplicar en el presente caso y por ello SOLICITO que NO se tengan en cuenta y en contrario, APLICAR la Jurisprudencia que sobre RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA y en concreto, sobre:

1º) Que los médicos tienen OBLIGACION DE MEDIO y NO de resultado.

Dr. Flavio Ortega Gomez

Abogado Titulado
 Universidad Simón Bolívar
 ESPECIALIZACIÓN EN DEFENSA MÉDICA
 Negocios Civiles - Comerciales- Derechos Notarial
 Tels. 3567521 Celular: 300-7449457

2º) Que la conducta y/o actividad médica, NO ES PELIGROSISTA y que por el contrario, es un ACTO EN BENEFICIO del paciente.

3º) Que la CULPA MEDICA SIEMPRE ES PROBADA Y NO PRESUNTA.

4º) Sobre la EXONERACION DE RESPONSABILIDAD, cuando se cumple con el CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Sobre el particular, la HONORABLE CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, ha emitido en forma reciente las siguientes sentencias: 1º) SC 917-2020. Rad. 76001-31-03-010-2012-00509-01. Magistrado. Dr. LUIS ARMANDO TOLOZA VILLABONA; - 2º) SC-3273 – 2020. Rad. 11001-31-03-013-2011-00079-01. Magistrado. Dr. LUIS ARMANDO TOLOSA VILLABONA. -3º) SC 2804-2019- Rad. 76001-31-03-014-2002-00682-01. Magistrado. Dra. MARGARITA CABELLO BLANCO. – 4º) SC 2202 – 2019. Rad. 05001-31-03-004-2006-00280-01. Magistrado. Dra. MARGARITA CABELLO BLANCO.

EXCEPCIONES DE MÉRITO.

Con fundamento en el Código General del Proceso, me permito manifestar que propongo EXCEPCIONES DE MÉRITO, las cuales tiene por objeto ANIQUILAR en un todo las Pretensiones de la Demandante y que en su lugar, se concedan las PETICIONES que he formulado.

1º) INEXISTENCIA DEL OBLIGATORIO NEXO DE CAUSALIDAD entre los Servicios Médicos Hospitalarios Integrales que se le suministraron a la paciente GRIELDINA VIDES GRANADOS (Q.E.P.D), por los miembros de los diferentes equipos de salud que lo atendieron a partir de su ingreso a la IPS GENERAL DEL NORTE y los GRAVES DAÑOS que ya presentaba la paciente desde mucho tiempo antes de su ingreso a la citada IPS y mucho menos, con respecto a los DAÑOS que sufrió el paciente en forma posterior a la cirugía, como consecuencia de COMPLICACIONES totalmente previstas en la literatura médica mundial que se aporta como prueba medico científica y relacionados en los CONSENTIMIENTOS INFORMADOS firmados por paciente, su cónyuge y el cirujano y muchísimo menos, con respecto a los PERJUICIOS que hoy reclaman los demandantes.

JURISPRUDENCIA - DOCTRINA.

Enseña la Jurisprudencia de la Honorable Corte Suprema de Justicia, que los MÉDICOS TIENEN OBLIGACIÓN DE MEDIO Y NO DE RESULTADO y que solo están obligados a actuar con la Prudencia, Pericia y Diligencia indicados en los Protocolos Médicos.

Sobre el NEXO DE CAUSALIDAD en cuanto a la Responsabilidad Medica ha dicho la H.C.S. de J., lo siguiente: “Enfocado el asunto desde el punto de vista de los elementos integrantes de la Responsabilidad, puede sentarse como Regla general que en los Litigios sobre Responsabilidad Medica DEBE ESTABLECERSE LA RELACIÓN DE CAUSALIDAD entre el Acto imputado al Médico y el Daño sufrido por el paciente. Por lo tanto, el Medico NO SERÁ RESPONSABLE DE LA CULPA O FALTA QUE SE LE

Dr. Flavio Ortega Gomez

Abogado Titulado

Universidad Simón Bolívar

ESPECIALIZACIÓN EN DEFENSA MÉDICA

Negocios Civiles - Comerciales - Derechos Notarial

Tels. 3567521 Celular: 300-7449457

IMPUTA, SI NO CUANDO ESTAS HAYAN SIDO LAS DETERMINANTES DEL PERJUICIO CAUSADO. Al demandado le incumbe probar esa relación de causalidad o en otros términos, DEBE DEMOSTRAR LOS HECHOS DE DONDE SE DESPRENDE AQUELLA”.

Tratadistas Internacionales como Peirano Facio sostienen: “El sentido común se niega a admitir la existencia de un Daño que debe ser reparado por quien NO HA CONTRIBUIDO A SU REALIZACIÓN, DEBE DARSE NECESARIAMENTE, CIERTA RELACIÓN ENTRE EL DAÑO CAUSADO Y LA CONDUCTA del que está llamado a responder por el mismo. Así las cosas, el daño en el cuerpo o en la salud debe ser consecuencia de la conducta indebida del facultativo, para que PUEDA PREDICARSE RESPONSABILIDAD DEL PROFESIONAL DE LA MEDICINA”.-

Tratadistas Nacionales como Javier Tamayo sostienen: “Daño Civil Indemnizable es el menoscabo a las facultades jurídicas que tiene una persona para disfrutar de un bien patrimonial o extrapatrimonial. Este daño es indemnizable CUANDO EN FORMA ILÍCITA ES CAUSADO por alguien diferente a la Víctima”.

De igual forma el Dr. Serio Yopez sostiene: “Así las cosas, el daño en el cuerpo o en la salud, debe ser consecuencia de la conducta indebida del facultativo, para que pueda PREDICARSE RESPONSABILIDAD EN EL PROFESIONAL de la Medicina”.-

SUSTENTO.

1º) Que la paciente desde aproximadamente Diez (10) Años antes del primer y único ingreso a la IPS CLINICA GENERAL DEL NORTE, tenía los diagnósticos confirmados de DIABETES MELLITUS; HIPERTENSION ARTERIAL CRONICA y adicionalmente, registro de consumo de Cigarrillos durante VEINTE (20) AÑOS.

2º) Que las patologías diagnosticadas y a ellas asociadas el consumo de cigarrillos por más de Veinte (20) Años, generaron GRAN DAÑO en el organismo de la paciente y entre ellos, pero sin ser los únicos, DAÑOS en el endotelio que es la capa interna de las arterias y venas y adicionalmente, ENFERMEDAD ATEROESCLEROTICA que ocasiono DAÑO y GRAN TAPONAMIENTO (*Ver resultado del Cateterismo Cardiaco Diagnostico*) de las arterias que fue el nexo de causalidad del infarto agudo del miocardio y de las COMPLICACIONES que presento en forma posterior a la cirugía de corazón abierto que se le practico, por el diagnostico emitido con fundamento en los hallazgos del cateterismo cardiaco.

3º) Que con fundamento en el resultado de los estudios que se le practicaron a la paciente, se confirmó que había presentado INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO SIN ELEVACION de ST ANTEROLATERAL – KLILIP KI, BAL 1 TIPO 1 y conforme los protocolos médicos y la literatura médica, la MUY PROBABLE CAUSA del IAM, fue una ISQUEMIA generada por la ATEROMATOSIS que se confirmó con el cateterismo cardiaco.

4º) Que la paciente al segundo día del ingreso, presenta en el PARCIAL DE ORINA patológico, signos claros de una *infección urinaria* (Transcripción de la historia clínica, resultado del parcial de orina y del Urocultivo: “parcial de orina de ingreso 11/10/15 fue PATOLOGICO,

Dr. Flavio Ortega Gomez

Abogado Titulado
 Universidad Simón Bolívar
ESPECIALIZACIÓN EN DEFENSA MÉDICA
 Negocios Civiles - Comerciales- Derechos Notarial
 Tels. 3567521 Celular: 300-7449457

evidenciaba color amarillo, aspecto turbio , densidad 1005, ph 7, albumina 75, sangre trazas, nitritos positivo , esterasa leucocitaria positiva, leucocitos 3-6 , hematófios 0-2, bacterias +++ y se dio cobertura antibiótica con piperacilina tazobactan, luego urocultivo de 12/10/15 mostro E coli 100.000 UFC intermedia para amikacina, resistente a trimetopin sulfa y a ciprofloxacina , sensible a las cefalosporinas , se suspende piperacilina tazobactan y se ordena ceftriaxona), **que amerito tratamiento con antibióticos de amplio espectro en forma empírica, los cuales cuando se conoció el urocultivo que confirmo presencia de E. COLI y el ANTIBIOGRAMA que indico que la bacteria aislada era sensible a la Cefalosporina, se le cambio a CEFTRIAZONA**, siendo la infección a criterio médico y por no existir en tal momento, inminente riesgo de muerte, la causa por la cual no se realizó el cateterismo el mismo día del ingreso o al día siguiente, ya que la infección incrementaba los riesgos de complicaciones.

5º) Que conforme los protocolos médicos MUNDIALES, al tratarse de una INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO SIN ELEVACION DE ST ANTEROLATERAL, el cateterismo cardiaco como medio terapéutico o diagnóstico, no se tiene como una URGENCIA INMEDIATA y por lo tanto, fue una conducta correcta el no realizar el cateterismo cardiaco, hasta tanto no se solucionara la Infección de Vías Urinarias, máxime cuando la historia clínica nos demuestra que la paciente tenía un RIESGO conforme la escala GRACE, menor de 140 y en concreto, de 114, lo cual por si solo confirma que el cateterismo y/o angiografía diagnostica, NO era una URGENCIA.

Me permito transcribir la clasificación del riesgo y la tabla que utilizan los médicos, según la escala grace:

Puntuación de GRACE para el pronóstico de síndrome coronario agudo

Edad
 60 - 69 años (55 puntos) ▼
 Antecedentes de ICC (24 puntos)
 Antecedentes de IM (12 puntos)

Frecuencia cardíaca en reposo
 70 - 89,9/min (9 puntos) ▼

Tensión arterial sistólica
 120 - 139,9 mmHg (14 puntos) ▼
 Depresión del segmento ST (11 puntos)

Creatinina sérica inicial
 1,2 - 1,59 mg/dl (7 puntos) ▼
 Elevación de las enzimas cardíacas (15 puntos)
 NO se ha realizado ninguna intervención coronaria percutánea hospitalaria (14 puntos)

Recuento total de puntos de criterios: 114

Mortalidad calculada a 6 meses

1 - 69 Puntos:	< 1 %
70 - 90 Puntos:	1 - 2,9 %
91 - 110 Puntos:	3 - 3,9 %
111 - 130 Puntos:	4 - 5,9 %
131 - 150 Puntos:	6 - 11 %
151 - 170 Puntos:	12 - 19 %
171 - 190 Puntos:	20 - 33 %
191 - 210 Puntos:	34 - 54 %

Dr. Flavio Ortega Gomez

Abogado Titulado
 Universidad Simón Bolívar
ESPECIALIZACIÓN EN DEFENSA MÉDICA
 Negocios Civiles - Comerciales- Derechos Notarial
 Tels. 3567521 Celular: 300-7449457

6º) Que la paciente desde el ingreso, fue valorada por Medicina Interna, Cardiología, Infectología, Urología, Médicos Generales y una vez el infectólogo con fundamento el resultado del urocultivo, considero prudente realizar el cateterismo cardiaco de tipo DIAGNOSTICO y NO terapéutico, dio su autorización para el mismo, siendo muy importante tener en cuenta que el resultado del parcial de orina, estuvo el 11 de Octubre en las horas de la mañana y el resultado del urocultivo inicial, al final de la tarde, teniendo en cuenta que los urocultivos, dependen del crecimiento de las bacterias, hongos y virus y por ello su resultado es más demorado que el parcial de orina.

7º) Que el cateterismo cardiaco que se le practico a la paciente, previo el cumplimiento de todo el procedimiento que conlleva el CONSENTIMIENTO INFORMADO de que trata la Ley 23 de 1.981 y la Jurisprudencia, confirmo el GRAN DAÑO CORONARIO que tenía la paciente y transcribo el resultado del cateterismo: “enfermedad coronaria aterosclerótica severa de tres vasos, descendente anterior 99 % t medio , seguida 70% 1 era marginal obtusa 85%, t proximal coronaria derecha 60% t medio , posterolateral 80% proximal , ventrículo izquierdo de diámetros normales con adecuada contractibilidad y buena función ventricular fracción de eyección 60% , se recomienda valoración por cirugía cardiovascular , el cateterismo indica que la paciente tiene MUY MALA CONDICION CARDIACA y posiblemente se pueda resolver mediante cirugía abierta de corazón con BY pass”.

8º) Que fue tanto el cuidado que tuvieron los médicos, que por el resultado del cateterismo cardiaco, la paciente fue ingresada la UCI CORONARIA, registrando la historia clínica lo siguiente: “Ingreso a la UCI en regulares condiciones generales , sin apoyo inotrópico , diuresis positiva, sin datos de SIRS , con signos vitales en parámetros normales , tendencia a hipertensión , con reporte de cateterismo que evidencia enfermedad multivasos , con indicación quirúrgica , el día 16/10/15 presenta crisis de ansiedad por el tiempo que lleva internada y manifiesta querer irse y abandonar el protocolo prequirurgico , por lo cual se le ordena alprazolam. Continua en manejo con nitroglicerina para mantener cifras tensionales adecuadas y continua en cobertura con ceftriaxona , este mismo día evoluciona ansiosa con nauseas , con tendencia a la hipertensión arterial , se realiza dopler carotideo que muestra lesión del 35% en carótida interna izquierda dopler arterial y venoso de miembros inferiores sin lesiones , bioquímicamente con hb 9.7, hcto 31.7, gb 10.940, INR 1.02, glicemia 133 , mg 2 sodio 140, potasio 4.29, albumina 3.55, colesterol total 180, serología no reactiva, hepatitis no reactivos los antígenos. Se ordena este día parcial de orina urocultivo de control 5 am, aumentar amlodipino a 10 mg cada 12 horas , metoclorpramida 10 mg iv cada 8 horas , valoración por psicología, nutrición, completar protocolo para programar para el día lunes , el 17 de octubre evoluciono con tendencia a la hipertensión en manejo con nitroglicerina con magnesio de 1.77 se indicó mg por horario , está en protocolo prequirurgico recibiendo tratamiento anti-isquémico , anticoagulante, antihipertensivo , protección gástrica; el 18 de octubre (ya en su noveno día de estancia), se encuentra paciente con IMA SIN SUPRA ST Evolucionado , con cateterismo que confirmo enfermedad severa de 3 vasos. Nota de auditoria: datos de enfermedad panvascular por compromiso de carótida en 35%); se programó para el martes 20 de octubre porque esta con tratamiento con ceftriaxona para infección urinaria por e coli , se tomó urocultivo control y tiene pendiente el resultado. El 18 de octubre se recibe urocultivo preliminar negativo, pendiente reporte final, se ajusta plan, se suspende nitroglicerina, se agrega prazosin 1 mg vo cada 12 horas y evaluar respuesta , continua con solución salina a 60 cc hora , ceftriaxona día 5 hoy, se suspende sulfato de magnesio , el día 19/10/15 se prepara para cirugía se solicita 1 unidad e GRE hemograma postrasfusional , reserva de hemoderivados , cirugía mañana , Hartman 63 cc horas , profilaxis antibiótica se suspende enoxaparina . La paciente manifiesta estar tranquila antes de la cirugía y luego el día 20/10/15 es llevada a quirófano para la cirugía programada.

9º) La paciente el día Diez y Seis (16) de Octubre, es valorada en cumplimiento de la orden médica, es valorada por Psicología y se registró: “... paciente orientada, consciente, lenguaje emocional con tendencia a la ansiedad, es consciente de la necesidad de la cirugía, fue abierta al dialogo, manifiesta que tengo miedo a la cirugía, algo que nunca he experimentado, soy consciente que al salir todo bien me permitirá estar bien, espero salir pronto de esto, radicada en santa marta con su esposo, sus 5 hijos son casados e independientes, el posoperatorio estará a cargo de su esposo, sus figuras importantes sus hijos, se describe como una persona servicial colaboradora uno de sus defectos rabiosa y se altera con facilidad”.

10º) Que en forma previa a la cirugía y tal como lo demuestra la historia clínica, ya que forma parte como uno de sus anexos, conforme la Ley 23 de 1.981 y la Jurisprudencia, el cirujano cardiovascular que la valoro después del cateterismo cardiaco y recomendó cirugía de corazón abierto para implante de varios BY PASS, cumplió en un todo con lo que comprende el CONSENTIMIENTO INFORMADO y en concreto: - 10-a) Explicación de cuál era la patología por cual recomendaba cirugía de corazón abierto y la muy posible causa de los DAÑOS que estaba presentando; - 10-b) Como conforme los protocolos médicos, las

Dr. Flavio Ortega Gomez

Abogado Titulado
 Universidad Simón Bolívar
 ESPECIALIZACIÓN EN DEFENSA MÉDICA
 Negocios Civiles - Comerciales- Derechos Notarial
 Tels. 3567521 Celular: 300-7449457

patologías de base le habían generado el gran daño cardiaco y arterial; - 10-c) Cual era la cirugía que le recomendaba y por qué no era recomendable cirugía en forma diferente o tratamiento no invasivo; - 10-d) Como se haría la cirugía y cuál era la finalidad de la misma; - 10-e) Cuales eran los altos riesgos de Daños en el evento de que no autorizara la cirugía; - 10-f) Que muy a pesar de la autorización emitida antes de la cirugía, podía retirar la autorización y decidir que no se le practicara la cirugía; - 10-g) Cuales eran las COMPLICACIONES que se podían presentar al inicio, durante la cirugía, en la fase final, en el inmediato, mediato postoperatorio y en forma posterior al Alta Hospitalaria, ***siendo muy importante tener en cuenta que entre las complicaciones que presento la paciente en forma posterior a la cirugía, fueron sangrado, bajo gasto cardiaco, arritmia entre otras, además de estar previstas en los protocolos médicos, le fueron explicadas a la paciente y a su esposo días antes de la cirugía, quienes autorizaron la cirugía y asumieron para si por mandato de la Ley 23 de 1.981, los efectos de las complicaciones.***

11º) Que la historia clínica registra como descripción quirúrgica, lo siguiente: : revascularización miocárdica, colocación de marcapaso temporal esternotomía mediana , disección de arteria mamaria interna izquierda , extracción simultanea de vena safena interna izquierda como injerto de derivación, canulación para CEC mas retroplegia , se instala cec , parada cardiaca con cardiología anterógrada y retrograda se realizan PV a DP, CX, 1 DIAGONAL , MAMARIO A DA , sale solo de CEC debido a sangrado perinastomotico en descendente anterior se optó por reingresar en CEC y aplicar adhesivo biológico tiseel 4 ml logrando hemostasia , se deja cable de MCP en VD drenajes por 2 CEC 90 MIN CLAMPEO AO50 +13 MIN CARDIOPLEGIA 2000.

12º) Que una vez termino la fase de recuperación en el mediato posoperatorio, fue reingresada a la UCI y la historia clínica registra lo siguiente: “Ingreso a la UCI en su posoperatorio inmediato de acuerdo a nota de ingreso al servicio realizada por el medico el 20/10/2015 a las 2:39 am. En su posquirúrgico inmediato curso con anemia , hipokalemia , y datos de bloqueo bifascicular de novo , con estabilización de manejo integral posquirúrgico , el dr Axel comenta que hubo datos de infiltración de grasa pericárdica y hematoma en relación a la anastomosis por lo cual se utiliza pegante biológico , con lo cual cede el cuadro presento tendencia en su 2 día posquirúrgico a hipertensión , y taquicardia manejada con nitroglicerina , se manejó hipocalcemia y la glicemia , el 21 de octubre se logra extubacion exitosa y este mismo día se torna un poco ansiosa, ansiedad que es referida el 22 de octubre , aspecto que se refiere el de la ansiedad el 23 de octubre , sigue con tendencia a taquicardia e hipertensión , se da manejo medico con nitroglicerina l labetalol; el 24 de octubre menos ansiosa más tranquila , se retiraron este día los tubos a tórax, y el 24 /10/15 a las 6: 32 am pasa a piso 480 y se registra como paciente colaboradora.

13º) Que la historia clínica nos demuestra que a la paciente el 25 y el 26 de Octubre, se le prestaron los servicios que relaciona la historia clínica y en especial, que la paciente tuvo una buena evolución y no presento ningún signo que indicare el inicio y desarrollo de complicaciones y mucho menos las que se relacionan en el hecho décimo octavo de la demanda, siendo muy importante tener en cuenta que conforme la historia clínica y en concreto, en las ordenes y evoluciones médicas y en las notas de enfermería, **no figura orden de RX para el 26 de Octubre ni registro de traslado de la habitación a sala de RX y en contrario, los registros de tales días, demuestran que la paciente tuvo estabilidad hemodinámica, neurológica, vascular, general y buena evolución** y para mayor claridad, me permito transcribir los registros de los días 25 y 26 de Octubre: “25 de octubre. La paciente refiere haber pasado buena noche en habitación 480 comenta que durmió bien , tolera vía oral adecuadamente flatos, diuresis y deposiciones positiva , no refiere dolor o disnea , tolera deambulacion con diagnósticos de enfermedad aterosclerótica del corazón , posoperatorio de by pass aortocornario por 4 con cec , hipertensión arterial , diabetes mellitus , fracción de eyección 48 por ciento , ansiedad , paciente alerta consciente orientada en sus 3 esferas mucosas hidratadas , cardiopulonar ruidos cardiacos rítmicos no soplos o agregados , heridas en tórax mediana , en buen estado con sutura sin signos de infección murmullo vesicular positivo abdomen blando depresible no masas o megalias no signos e irritación peritoneal, extremidades safenectomia en buen estado , con sutura en buen estado sin signos de infección no secreciones edema grado I de miembro inferior donde se realizó safenectomia no edemas ni cambios tróficos SNC no déficit actual . El paciente se encuentra hoy con adecuada evolución general no ha referido más dolor torácico , disnea o equivalentes anginosos , realiza todas las indicaciones que le dan , tolera adecuadamente la vía oral , flatos diuresis y deposiciones positivas tolera movilización y deambulacion, se encuentra estable hemodinamicamente sin datos de falla cardiaca con buena respuesta a tratamiento , plan protocolo posquirúrgico se ajustara medicación consecuente con su evolución medica se aclaran inquietudes acerca de su patología; Plan de manejo, tratamiento, pronostico y seguimiento al paciente y familiares , se le informara en ronda medica su evolución seguimiento diario por cardiología”.

“26 de octubre. En habitación 480, refiere la paciente haber pasado buena noche comenta que durmió bien tolera vía oral adecuadamente, flatos diuresis y deposiciones positivas no refiere dolor o disnea tolera deambulación fc 130/80 fc 78, fr18 peso 65 talla 1.60 temperatura 37 , paciente con buena evolución general se reajusta antihipertensivo y cambia ranitidina por omeprazol.

14º) Los registros de la historia clínica, confirman que **NO ES CIERTO** que el día veintiséis (26) de Octubre, la paciente a las 11.35AM hubiere sido dejada en su habitación por un fantasma y lo manifiesto así, por cuanto todo el personal de la IPS al ingresar a la habitación de un paciente, se identifica por su nombre y cargo y le informa el motivo del ingreso y quienes trasladan a los pacientes de la habitación a un servicio para un estudio y después lo regresan a la habitación, **son los camilleros que están debidamente uniformados que tiene el logo de la IPS CLINICA GENERAL DEL NORTE y además, portan CARNE con la foto y el nombre del camillero** y reitero, **NO ES CIERTO** lo que se dice en el hecho décimo octavo de la demanda, por cuanto el 26 de Octubre a la paciente **NO** se le practico RX.

15) También demuestra la historia clínica, que la paciente fue trasladada de su habitación a sala de RX y se le tomo placa de RX, lo cual sucedió a las 9 AM y fue regresada a las 10 AM, **NO** existiendo un solo registro en las ordenes y evoluciones médicas y tampoco en las notas de enfermería, en cuanto a que la paciente una vez regreso de RX, se hubiere quejado de dolor torácico o dificultad respiratoria y los registros indican que en toda la mañana y gran parte de la tarde, presenta estabilidad hemodinámica y solo al final de la tarde, fue que presento signos de inicio y desarrollo de posibles complicaciones, los cuales fueron tenidos en cuenta por los médicos y enfermeras del piso y de inmediato ordenaron tratamiento que le fue suministrado y para mayor claridad, transcribo lo que figura en la Historia Clínica: “... , 27 de octubre 5:57 PM **paciente refiere dificultad para respirar y dolor en el pecho** , paciente con ta 90/60, fc 90, fr 18, paciente quien se encuentra presentando hipotensión , palidez mucocutanea , frialdad , con **saturación de oxígeno dentro de los parámetros normales , se observa placa de tórax del día de hoy presentando pequeño derrame pleural con leves crepitos en campo pulmonar**, se solicita electrocardiograma y gases arteriales. Se observa reporte de laboratorio y nuevas troponinas, se coloca líquidos a chorros y se suspenden antihipertensivos se coloca monitor para vigilar continuamente signos vitales , se coloca ventury al 50%\$ y se solicita cama en UCI hacia las 11.00 PM, se suspenden antihipertensivos , se coloca líquidos endovenosos a chorros se solicita ekg y gases arteriales. *(En negrillas y subrayado es nuestro, pero sin alterar texto original)*”.

16º) La historia clínica nos demuestra que la paciente fue ingresada a la UCI, el 28 de Octubre del 2.015 a las 12.41 AM y la historia clínica registra lo siguiente: “..28/10/15 a las 12:41 am al servicio de UCI - 248 en criticas condiciones generales , con marcada hipoperfusión periférica , sudoración profusa, frialdad y marcada palidez mucocutanea generalizada manifestando dificultad respiratoria se realizó intubación orotraqueal y apoyo inotrópico a dosis altas logrando pam máximas de 50 mm hg, marcada palidez mucocutanea generalizada mucosa oral semihumeda , conjuntivas palidez pinral bajo ventilación mecánica invasiva , modo asistido controlado ,por tot permeable , con piel fría tórax simétrico expansible esternotomia sin secreciones ruidos cardiacos no soplos audibles pulmones sin agregados abdomen peristalsis presente no signos de irritación peritoneal no masa ni megalias llenado capilar lento en extremidades , **ta 63/39, fc 88, fr 12** , paciente de 62 años de ad quien permanece en muy críticas condiciones generales bajo ventilación mecánica invasiva en modo asistido controlado con fio 2 de 70 por ciento y peep 6 bajo apoyo inotrópico a dosis altas 0.4 mg /kg/min noradrenalina Dr. Manuel Rojano realiza barrido ecocardiografico evidenciando derrame pericárdico leve , hipocinesia en casquete aplica septum medio aplica lateral y anterior FEVI 45-50 POR CIENTO SIGNOS INDIRECTOS de hipertensión pulmonar tap 82 ventrículo derecho con colapso indirecto tapse 12 con vena cava de 17 colapso inspiratorio normal se ordena administrar volumen con el fin de mejorar estado de choque inicial se coloca línea arterial así mismo catéter de swan ganz y se conecta vigileo macando IC 2.1 Y GC 3.9 SE inició vasopresina a 4 unidades hora , milrinone gasometría arteriovenosa con acidosis metabólica se administran 10 ampollas de bicarbonato paraclínicos que reportan hipoperfusión por ácido láctico 9.2 troponina 0.959 se inicia infusión de insulina por hiperglicemia de 367 pendiente reportar hemograma resto de ionograma y perfil hepático normal se toma control de radiografía de tórax pos catéter central. Monitoreo hemodinámico continuó , se ordena arteriografía coronaria prioritaria así mismo curva de troponina electrocardiograma con supradesnivel en **V2** antiagregacion plaquetaria dual ecocardiograma tt. - **28/10/2015**. Cursa con mal estado general diagnósticos de enfermedad aterosclerótica del corazón , choque circulatorio mixto hipovolémico – cardiogénico , posbradicardia extrema, disfunción orgánica múltiple injuria renal aguda pop de by pass por 4 con cec (octubre 20/15) hipertensión arterial , diabetes mellitus tipo 2 , fe 60% , hipotensa , hipoperfundida , anurica , con marcada palidez mucocutanea , respiración jadeante , tubo orotraqueal instalado conectado a ventilación mecánica , ruidos cardiacos arrítmicos por ritmo de fibrilación auricular con alta respuesta ventricular pulmones con murmullo vesicular presente herida esternal levemente abierta en tercio superior con salida de sangre oscura en poca cantidad abdomen blando realiza 3 deposiciones blandas diuresis 40 c en 11 horas extremidades con palidez acrocianosis en miembros inferiores ta 70/40 fc 110 , fr 22 , peso 65 , talla 1.60, temperatura

Dr. Flavio Ortega Gomez

Abogado Titulado

Universidad Simón Bolívar

ESPECIALIZACIÓN EN DEFENSA MÉDICA

Negocios Civiles - Comerciales- Derechos Notarial

Tels. 3567521 Celular: 300-7449457

35.8, paciente con evolución tórpida dependiente de vasopresores en VMA desde el mediodía realiza fibrilación auricular que requirió infusión de amiodarona , a las 18 horas se aumenta respuesta ventricular a 150 latidos por minuto y cae más la presión hasta 60/30 por lo que se realiza cardioversión eléctrica con 200 joules en 2 ocasiones obteniendo primero ritmo sinusal y luego bradicardia extrema, bioquímicamente con hb 6.3 hcto 20.4, gb 39670, plaquetas 263000 INR 1.53 , ca 6.57, cr 1.66, mg 2.02, na 149, k 4.83, TGO 2727 , troponina 1.51. Se ordena trasfunder 2 unidades más de GRE en la mañana se transfundieron 2 , iniciar meropenem vancomicina orden de infectología , suspender asa , clopidogrel enoxaparina iniciar acetilcistena en infusión continuar vasopresina , adrenalina norepinefrina en infusión bicarbonato de sodio pronóstico muy reservado alto riesgo de mortalidad a corto plazo. Paciente realiza fibrilación auricular alta respuesta con descompensación hemodinámica se desfibrila en 2 ocasiones obteniendo bradicardia extrema requiriendo masaje cardiaco durante este se observa salida de secreción hemática a través de esternotomía radiografía de tórax velamiento hemotorax derecho, comunicándose urgente a cirugía cardiovascular Dr Lozano quien ordena trasladar urgente a quirófano. Paciente en malas condiciones generales hipoperfundida sin respuesta pupilar ni reflejos oculocefalicos atónica irreflexiva , de carácter de urgencia se realiza re intervención de paciente 9 días de posoperatorio de by pass en malas condiciones generales posterior a parada cardiorrespiratoria anestesia general campos quirúrgicos reapertura de esternotomía retiro de sutura en acero observándose coágulos y sangre se procede a aspiración concell saber para preservación volemica paciente entra en paro, siendo necesario el inicio de masaje cardiaco y maniobras de reanimación avanzada en las que se incluye la administración de adrenalina en raíz aortica en 3 oportunidades sin respuesta favorable durante 15 minutos siendo declarado el fallecimiento de la paciente en quirófano se contacta a los familiares vía telefónica insistentemente sin éxito no ha sido posible comunicarnos en el momento”.

2º) TOTAL INEXISTENCIA de la OBLIGATORIA PRUEBA que demuestre uno de los necesarios elementos estructurales de la CULPA MEDICA y en concreto, falta de oportunidad, falta de diligencia y/o de pertinencia y/o por imprudencia y/o impericia y/o por falta de racionalidad.

JURISPRUDENCIA - DOCTRINA.

Sobre la Impericia ha dicho la H.C.S. de J., lo siguiente: “Quien ejerce arte o profesión está obligado a tener los conocimientos técnicos respecto de la actividad y a llevarla a cabo distinguiendo adecuadamente las distintas situaciones que se le presentan y los Medios de que se valen, como también a poseer y encontrarse en condiciones físicas e intelectuales para su desempeño.

Con respecto a la NEGLIGENCIA se ha dicho por la Doctrina y entre ellos por el Dr. Sergio Yepez lo siguiente: “La negligencia se traduce en la NO aplicación de las Técnicas Médicas y los Procedimientos Terapéuticos cuando estos son conocidos por el facultativo y, a pesar de ello, no los utiliza en su accionar, AGRAVANDO LA SALUD DEL PACIENTE”.

Así mismo se ha dicho sobre la IMPRUDENCIA lo siguiente: “Se presenta cuando una conducta temeraria que se realiza sin diligencia y el debido cuidado, ocasiona daño en la salud del paciente”.

Tratadistas como Romeo Casabona sostienen: “Podemos decir que un resultado perjudicial para el paciente será objetivamente previsible si lo hubiere sido para cualquier otro Medico puesto en la misma situación del actuante, conociendo los antecedentes del caso y el estado de la Medicina y en la Especialidad de que se trate”.

SUSTENTO.

NO existe y por ello no se podrá arrimar al proceso, *la PRUEBA MEDICO CIENTIFICA o de otro tipo, que siquiera a título de Indicio Leve en su forma de contingente, pueda PROBAR en legal forma, uno cualquiera de los elementos de la Responsabilidad dentro de los procesos por culpa medica con respecto de uno o varios de los diferentes miembros*

Dr. Flavio Ortega Gomez

Abogado Titulado
 Universidad Simón Bolívar
 ESPECIALIZACIÓN EN DEFENSA MÉDICA
 Negocios Civiles - Comerciales - Derechos Notarial
 Tels. 3567521 Celular: 300-7449457

de los equipos de salud que atendieron a la paciente GRICELDINA VIDES GRANADOS (Q.E.P.D) a partir de su primer y único ingreso a la IPS CLINICA GENERAL DEL NORTE y que son actuar con FALTA de oportunidad y/o pertinencia o actuar con Imprudencia, Impericia o Falta de Diligencia y/o mediante el quebrantamiento de Reglamentos y al NO poderse probar uno de estos elementos y que son los que permiten demostrar la configuración de la CULPA como eje central de la responsabilidad, NO se le puede imputar ningún tipo de responsabilidad a ORGANIZACIÓN CLINICA GENERAL DEL NORTE. S.A, ni a ninguno de los médicos que atendieron a la paciente, por los DAÑOS que ya tenía desde mucho tiempo antes del primer ingreso y los que sufrió en forma posterior a la cirugía de corazón abierto y muchísimo menos, con respecto de los Perjuicios que hoy reclaman los demandantes.

Tenemos que en contrario de la no existencia de ningún tipo de prueba que demuestre uno de los obligatorios elementos de la responsabilidad médica, ***existen PLENAS PRUEBAS MEDICO CIENTIFICAS y entre estas, las diferentes partes de la Historia Clínica de la paciente, Literatura Médica y las que se arrimaran al proceso en su oportunidad y en concreto las declaraciones de los médicos que la atendieron, que demuestran que toda la Atención que se le suministro por los miembros de los diferentes equipos de salud que la atendieron, estuvo apegada en un todo a la OPORTUNIDAD, RACIONALIDAD, PERTINENCIA, PRUDENCIA, DILIGENCIA y PERICIA indicados en los Protocolos Médicos, en las Guías de Manejo Medico, la Literatura Médica y en la norma legal vigente y por lo tanto, ninguno de los miembros del equipo de salud o del personal administrativo tuvo algún tipo de responsabilidad directa o indirecta, (Conforme la Resolución 1.995 de 1.999, el equipo de Salud está conformado por los Médicos Especialistas Tratantes, los Consultantes, Médicos Generales, Enfermeras Profesionales, Auxiliares de Enfermería, Técnicos, Camilleros), con respecto de los DAÑOS que ya tenía la paciente GRICELDINA VIDES GRANADOS desde tiempo antes del ingreso y de la cirugía coronaria y los que sufrió en forma posterior a la citada cirugía, DAÑOS que conforme plenas pruebas medico científicas, tuvieron como UNICO NEXO CAUSAL, las COMPLEJAS PATOLOGIAS que se le diagnosticaron antes del ingreso y los DAÑOS que NIVEL CORONARIO y CARDIACO, le generaron a la paciente.***

CONCLUSIÓN.

Está demostrado que jamás ni nunca existió IMPRUDENCIA, IMPERICIA o FALTA DE DILIGENCIA y por el contrario, en todo momento se actuó con la PRUDENCIA, PERICIA y DILIGENCIA indicados en los Protocolos Médicos y por lo tanto, LA EXCEPCIÓN PROPUESTA DEBE DECLARARSE PROBADA.

3º) EXONERACION TOTAL DE RESPONSABILIDAD POR HABERSE CUMPLIDO CON EL REQUISITO QUE IMPONE LA LEY 23 DE L.981 Y LA JURISPRUDENCIA, SOBRE EL CONSENTIMIENTO INFORMADO Y EN ESPECIAL, POR DEMOSTRAR PLENAS PRUEBAS MEDICO CIENTIFICAS, QUE EL NEXO CAUSAL UNICO DE LOS DAÑOS CON QUE INGRESO LA PACIENTE A LA IPS CLINICA GENERAL DEL NORTE, FUERON LA DIABETES, LA HIPERTENSION ARTERIAL DIAGNOSTICADAS POR LO MENOS DIEZ (10) AÑOS ANTES DEL INGRESO Y LA INGESTA DIARIA POR MAS DE VEINTE (20) AÑOS, DE CIGARRILLOS Y ENTRE ESTOS DAÑOS, LA ATEROMATOSIS QUE

Dr. Flavio Ortega Gomez

Abogado Titulado
 Universidad Simón Bolívar
 ESPECIALIZACIÓN EN DEFENSA MÉDICA
 Negocios Civiles - Comerciales- Derechos Notarial
 Tels. 3567521 Celular: 300-7449457

GENERO LA ISQUEMIA Y EL INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO Y EL TAPONAMIENTO DE TRES GRANDES VASOS Y ASI MISMO, NEXO DE CAUSALIDAD UNICO DE LAS COMPLICACIONES QUE GENERARON LOS DAÑOS QUE SUFRIO LA PACIENTE EN FORMA POSTERIOR A LA CIRUGIA.

Señoría, me permito solicitar de la manera más humilde, tener en cuenta como fundamento de esta excepción, la normatividad legal vigente que la regula y la sustenta y así mismo, la Jurisprudencia, lo cual hago de la siguiente manera:

3-a-1) Artículo 14 Ley 23 de 1981. Dice: “El medico no intervendrá quirúrgicamente a menores de edad, a personas en estado de inconciencia o mentalmente incapaces, sin la previa autorización de sus padres, tutores o allegados, a menos que la urgencia del caso exija una intervención inmediata”.

3-a-2) Artículo 15 dice: “El medico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados. Pedirá su consentimiento para aplicar los tratamientos médicos y quirúrgicos que considere indispensables y que puedan afectarlo física y síquicamente, salvo en los casos en que ello no fuere posible, y le explicara al paciente o a sus responsables de tales consecuencias anticipadamente”.

3-a-3) Artículo 16 dice: “La responsabilidad del médico por reacciones adversas, inmediatas o tardías, producidas por efectos del tratamiento no ir más allá del riesgo previsto. El medico advertirá de él al paciente o a sus familiares o allegados”.

3-a-4) Decreto 3380 Artículo 9 dice: Se entiende por riesgos injustificados aquellos a los cuales sea sometido el paciente y que no correspondan a las condiciones clínico- patológicas del mismo.

3-a-5) Decreto 3380 Artículo 10 dice: “El medico cumple la advertencia del riesgo previsto a que se refiere el inciso segundo del artículo 16 de la ley 23 de 1981, con el aviso que en forma prudente, haga a su paciente o a sus familiares o allegados, con respecto a los efectos adversos que, en su concepto, dentro del campo de la práctica-medica, pueden llegar a producirse como consecuencia del tratamiento o procedimiento médico.

3-a-6) Decreto 3380 Artículo 11 dice: “El medico quedara exonerado de hacer la advertencia del riesgo previsto en los siguientes casos:

- a) Cuando el estado mental del paciente y la ausencia de parientes se lo impidan.
- b) **Cuando existe urgencia o emergencia para llevar a cabo el tratamiento o procedimiento médico.**

3-a-7) Decreto 3380 de 1981 Artículo 12 dice: “El medico dejara constancia en la historia clínica del hecho de la advertencia del riesgo previsto o de la imposibilidad de hacerla.

3-a-8) Decreto 3380 de 1981 Artículo 13 dice: “Teniendo en cuenta que el tratamiento o procedimiento medico pueda comportar efectos adversos de carácter imprevisible, el medico no será responsable por riesgos, reacciones o resultados desfavorables, inmediatos o tardíos

Dr. Flavio Ortega Gomez

Abogado Titulado
 Universidad Simón Bolívar
 ESPECIALIZACIÓN EN DEFENSA MÉDICA
 Negocios Civiles - Comerciales- Derechos Notarial
 Tels. 3567521 Celular: 300-7449457

de imposible o difícil previsión dentro del campo de la práctica médica al prescribir o efectuar un tratamiento o procedimiento médico.”

3-b) En segunda instancia, me permitiré relacionar la JURISPRUDENCIA de las ALTAS CORTES y en especial, la que reconoce como VALIDO, el CONSENTIMIENTO INFORMADO TACITO y que es la ULTIMA TENDENCIA del HONORABLE CONSEJO DE ESTADO.

3-b-1) Señoría, tenemos que tanto la Honorable CORTE SUPREMA DE JUSTICIA como el HONORABLE CONSEJO DE ESTADO, *siendo la Última Sentencia al respecto la No. 15727 del 23 de Mayo del 2.008, con RASD. No. 63001-23-31-000-1.9997-04548-01 (15737), siendo Consejera Ponente la Dra. Ruth Estela Correa Palacio y Actor Carlos Muñoz, en la cual se tiene como valido el CONSENTIMIENTO INFORMADO TACITO,* en los casos en que el mismo esta anotado en la Historia Clínica del Paciente han venido sosteniendo y desarrollando lo relacionado con la INFORMACION que debe recibir el paciente en forma previa al inicio del procedimiento y/o atención lo cual además de ser una amplia conversación del Médico Tratante con el paciente, obligatoriamente debe darse por lo menos, el día antes del procedimiento, salvo una URGENCIA RELATIVA ya que si es una URGENCIA VITAL NO se requiere del consentimiento y debe ser una INFORMACION sencilla, clara y amplia y de una manera que el paciente pueda asimilar, para así de esa manera, pueda tomar la decisión en cuanto a si se practica o no, el procedimiento terapéutico, quirúrgico o de cualquier otro tipo propuesto por el Medico, o sea, que realmente exista CONSENTIMIENTO INFORMADO y en especial, que el mismo por ajustarse a lo indicado y lo estipulado por la Ley 23 de 1.981 y la Resolución 3.380 de 1.981, **RELEVE de toda responsabilidad tanto al Medico como a la IPS en la cual el paciente se practica el procedimiento, por los DAÑOS y/o PERJUICIOS que sufra el paciente o terceras personas como consecuencia de Complicaciones y/o Reacciones Adversas Previstas, pero que le son imposibles al Médico de evitar a pesar de que actúa de inmediato con los mecanismos, equipos y procedimientos necesarios, para intentar superarlas, recordando que la EXONERACION DE RESPONSABILIDAD, no tiene cabida en los Daños y/o Perjuicios ocasionados por FALLA o ERROR MEDICO, ya que el mismo Consejo de Estado con fundamento en la Jurisprudencia y Doctrina Francesa y en especial la Italiana que ha sido más concreta, ha señalado que en la Responsabilidad Medica, NO son aplicables las CLAUSULAS DE EXONERACION y/o LIMITACION DE LA RESPONSABILIDAD, cuando el nexo causal del daño, proviene de un ERROR médico demostrado.**

3-b-2) Sobre lo citado en la parte final del párrafo antecedente, dice el Tratadista G. Ponzanelli en su obra “Le Clausale di esonero dalla Responsabilita”, en la página 376 a 378 lo siguiente: “Con relación a las cláusulas restrictivas de responsabilidad que atentan contra la integridad física o moral del acreedor en contra de sus relaciones familiares, dicha cláusula por resultar contraria al orden público (Ar.l.1229) será invalida, pues las normas de orden público se han emitido en protección del interés general”. - - Existiendo de igual manera Autores Italianos y entre estos, Y Lambert Faivre, que también tienen la tesis que no son posibles las cláusulas de exoneración de responsabilidad, ante una evidente Falla o Error Médico, existiendo en Colombia, obras como la del Dr. José Manuel Gual denominada “cláusulas de Exoneración y Limitación de la Responsabilidad Civil”, en la cual en la

Dr. Flavio Ortega Gomez

Abogado Titulado

Universidad Simón Bolívar

ESPECIALIZACIÓN EN DEFENSA MÉDICA

Negocios Civiles - Comerciales - Derechos Notarial

Tels. 3567521 Celular: 300-7449457

página 236 de la primera educación, dice: “La invalidez de los pactos que limitan o exoneran la responsabilidad derivados de actos médicos resulta constantemente afirmada, con fundamento en que el derecho a la salud es **INDISPONIBLE** a la voluntad de las partes, que la persona es **inteligible e indisponible** y está por fuera del comercio jurídico. Por todas estas razones, no parece posible que se pueda otorgar validez a una cláusula sobre la responsabilidad mediante la cual un Médico conviene con su paciente, que no será responsable por sus **ERRORES DE DIAGNOSTICO o por sus ERRORES OPERATORIOS**”.

3-b-3) - Considero de suma importancia hacer referencia a lo que sobre el Consentimiento Informado, acaba de señalar el HONORABLE CONSEJO ESTADO en la última de las sentencias sobre el particular y que es la No. 15.737 de fecha 23 de mayo del 2.008, Sección Tercera, Magistrada Ponente, la Dra. RUTH STELLA CORREA PALACIO donde la Sala dijo: “así las cosas, si un paciente es **INFORMADO** a lo largo del tratamiento de los eventuales **RIESGOS** que acarrearía asumir un determinado procedimiento quirúrgico y, a pesar de ello, decide continuar adelante con el mismo, su conducta adquiere una significación dentro del contexto en que tiene lugar. – En una palabra, del comportamiento del paciente que se revela en el silencio antes de las múltiples advertencias emana la forma de un **CONSENTIMIENTO TACITO**. Es más, mutáis mutandi, podría incluso afirmarse parafraseando al profesor Hinestrosa, que la conducta humana no se agota en la declaración, que existen otras formas y esta es justamente, el comportamiento o conducta de la cual se deduce la voluntad. Nuestro ordenamiento jurídico, como ya se anotó, no ordena la exigencia de una **VOLUNTAD EXPRESA**, vale decir, que se traduzca en una afirmación neta y caracterizada y en correlación directa e inmediata con el procedimiento quirúrgico por adelantarse. – De ahí que para la sala es claro que en **SUB LITE medio una manifestación consciente y libre de la decisión volitiva, que aunque no consta por escrito, ello no obsta para que tenga plena eficacia jurídica cuando ella aparece de MANERA TACITA, en tanto ella tenga evidencia no solo el pleno conocimiento de los eventuales riesgos a los que se sometía, si no que también se trata de una voluntad libre como quiera que de acuerdo con las pruebas evaluadas, la misma no adolece de vicios**”.

3-c) En tercera instancia, me permito hacer referencia sobre lo que el CONSENTIMIENTO INFORMADO, vienen sosteniendo Tratadistas Nacionales e Internacionales.

3-c-1) Tratadistas del Derecho con **ESPECIALIZACION EN DERECHO MEDICO** como el Dr. Sergio Yépez, manifiestan: “El consentimiento consiste en la **autorización que da el enfermo** al galeno para que efectúe el acto médico, ya sea un tratamiento o una intervención quirúrgica. Esta manifestación de voluntad puede ser emitida **directamente por el paciente** y ante **su imposibilidad física o mental** puede ser realizada por sus familiares.....” (Sombreado y subrayado, es nuestro). (La Responsabilidad Civil Médica. Cuarta Edición).

De igual manera tratadistas Internacionales como Romeo Casabona, sostienen: “El respeto a la libertad personal del paciente, exige obtener su consentimiento previamente al inicio de la intervención o tratamiento necesario. **Si el NO está en condiciones de dar su consentimiento es válido el emitido por sus familiares...**”

Dr. Flavio Ortega Gomez

Abogado Titulado
 Universidad Simón Bolívar
 ESPECIALIZACIÓN EN DEFENSA MÉDICA
 Negocios Civiles - Comerciales- Derechos Notarial
 Tels. 3567521 Celular: 300-7449457

Tenemos que Tratadistas como Javier Tamayo, en su obra “Sobre la Prueba de la CULPA MEDICA”, dice en la página 60 lo siguiente: “Pero es claro que en materia medica ese triple riesgo debe asumirlo alguien. Y la Ley y la Jurisprudencia que tienen por objeto realizar la verdadera justicia tienen que escoger la persona que deba asumir los riesgos de la prestación médica. O los asume el paciente, o los asume el médico. **Tradicionalmente se ha dicho que el riesgo pertenece al primero, posición que nosotros compartimos.** Los argumentos son de diversa índole, **siendo el principal el de la dificultad para lograr el resultado querido, el de la no exigibilidad de otra conducta, la justificación del hecho, o el fin noble perseguido por el médico.** - - En la misma página dice más adelante: “En efecto, en derecho es ampliamente reconocida la teoría de la Asunción de riesgos, **principio según el cual quien se expone a un riesgo en forma voluntaria, debe correr con las consecuencias del mismo,** a menos que el ordenamiento jurídico prohíba tal comportamiento”.-

En la misma obra y en la página 63 dice: “En conclusión, en la medida en que el paciente acepte correr los riesgos del tratamiento médico, y en la medida en que el ordenamiento jurídico obliga al médico a socorrer al enfermo, **dichos riesgos deben ser asumidos por la víctima.....**”.- (Todo lo subrayado y sombreado, es nuestro).

En la obra “El Consentimiento Informado” de la cual el autor es el Dr. Flavio Ortega Gómez, se dice: “La INFORMACION debe contener básicamente lo siguiente: - a) La explicación de la Patología que se le ha diagnosticado al paciente incluyendo la posible etiología y como la misma, lo está afectando y por qué es importante intente ser superada y cuáles serían las posibles consecuencias, por no practicarse un procedimiento para lo indicado. - - b) La explicación en cuanto a cuál es el tipo de procedimiento invasivo y/o terapéutico, considera el Médico tratante con fundamento en los protocolos médicos y en los resultados de los diferentes estudios practicados al paciente, se debe realizar y en especial, en que consiste el mismo, cuales son las condiciones en que debe estar el paciente en forma previa y cuál es el posible resultado u objetivo que pretender lograr obtener. c) así mismo, la explicación en cuanto a cuales son las posibles complicaciones y/o resultados adversos no deseados, que se pueden presentar muy a pesar de que el Medico desde el inicio y hasta el final de su actuación, actúe con sujeción a la oportunidad, pertinencia, racionalidad, prudencia, diligencia y pericia indicados en los protocolos médicos, incluyendo lo anterior, los posibles daños, limitaciones y resultados potencialmente fatales. - - d) De igual manera, todo lo relacionado con la orientación y en especial CONSEJO PROFESIONAL, que el médico tratante le debe suministrar actuando de BUENA FE, al paciente y mediante el mismo, decirle de una manera sincera, cual es el procedimiento que él considera con fundamento en su experiencia, como el más recomendable. - - e) Explicar inclusive y aun cuando no los comparta, los procedimientos de cualquier tipo, que pudieren existir en la Medicina No convencional o que son realizados por médicos de su misma especialidad, pero con escuelas y conceptos diferentes.

Al respecto, tratadistas Internacionales como Rene Savater sostienen: “El automóvil no está destinado a combatir el sufrimiento, la enfermedad y la muerte; el riesgo de la ruta es imputable al automovilista. **Los riesgos de la morbilidad son, al contrario, imputables a la naturaleza**”.

en forma previa a la cirugía, el cirujano cardio vascular cumplió en un todo con lo que comprende el CONSENTIMIENTO INFORMADO y el documento que es parte de la historia

Dr. Flavio Ortega Gomez

Abogado Titulado

Universidad Simón Bolívar

ESPECIALIZACIÓN EN DEFENSA MÉDICA

Negocios Civiles - Comerciales - Derechos Notarial

Tels. 3567521 Celular: 300-7449457

clínica y que está firmado por la paciente y su cónyuge hoy demandante, demuestra lo siguiente: 12-a) Explicación de cuál era la patología por cual recomendaba cirugía de corazón abierto y la muy posible causa de los DAÑOS que estaba presentando; - 12-b) Como conforme los protocolos médicos, las patologías de base le habían generado el gran daño cardiaco y arterial; - 12-c) Cual era la cirugía que le recomendaba y por qué no era recomendable cirugía en forma diferente o tratamiento no invasivo; - 12-d) Como se haría la cirugía y cuál era la finalidad de la misma; - 12-e) Cuales eran los altos riesgos de Daños en el evento de que no autorizara la cirugía; - 12-f) Que muy a pesar de la autorización emitida antes de la cirugía, podía retirar la autorización y decidir que no se le practicara la cirugía; - 12-g) Cuales eran las COMPLICACIONES que se podían presentar al inicio, durante la cirugía, en la fase final, en el inmediato, mediato postoperatorio y en forma posterior al Alta Hospitalaria, *siendo muy importante tener en cuenta que entre las complicaciones que presento la paciente en forma posterior a la cirugía, fueron sangrado, bajo gasto cardiaco, arritmia entre otras, complicaciones que además de estar previstas en los protocolos médicos, le fueron explicadas a la paciente y a su esposo días antes de la cirugía, quienes autorizaron la cirugía y asumieron para sí y solo para sí, los DAÑOS que sufrió la paciente y relevaron de toda responsabilidad a los médicos y a mi poderdante, por mandato expreso de la Ley 23 de 1.981, el Decreto 3380 de 1.981 y la jurisprudencia actualizada sobre el particular.*

4º) GENERICA.

Conforme el Código General del Proceso, SOLICITO que se DECRETE una cualquiera de las EXCEPCIONES DE FONDO que resulte probada, como EXCEPCION GENERICA y en especial, que como efecto directo, se ORDENE la terminación del proceso con orden de archivo y se condene al demandante en costas procesales, que incluyan agencias en derecho, las cuales deben ser pagadas por el demandante en forma previa al archivo del proceso.

RATIFICACIÓN PETICIONES.

Por todo lo indicado, RATIFICO LAS PETICIONES PARA QUE SE DECLAREN PROBADAS una cualquiera de las EXCEPCIONES DE FONDO O DE MÉRITO propuestas, lo cual debe generar como consecuencia, QUE SE NIEGUEN LAS PRETENSIONES de los DEMANDANTES y se CONCEDAN las que he solicitado y como corolario final, condenar al demandante al pago de costas procesales que deben incluir agencias en derecho.

PRUEBAS.

lo) TESTIMONIALES. Con el OBJETO PRINCIPAL de confirmar que no existió error médico por acción o por omisión imputable a uno o varios de los médicos que conformaron los diferentes equipos de salud que atendieron a la paciente GRICELDINA VIDES GRANADOS (Q.E.P.D), a partir de su ingreso a la IPS CLINICA GENERAL DEL NORTE y que por el contrario, la totalidad de los servicios médicos hospitalarios integrales que se le ordenaron y suministraron, fueron con total apego a los protocolos médicos y así mismo, que NO existe el obligatorio NEXO DE CAUSALIDAD entre los servicios médicos que le fueron ordenados y suministrados en forma oportuna a la paciente, por los médicos que la atendieron

Dr. Flavio Ortega Gomez

Abogado Titulado
 Universidad Simón Bolívar
 ESPECIALIZACIÓN EN DEFENSA MÉDICA
 Negocios Civiles - Comerciales- Derechos Notarial
 Tels. 3567521 Celular: 300-7449457

y los DAÑOS que tenía desde tiempo antes del ingreso a la citada IPS y los que sufrió en forma posterior a la cirugía y en especial y en primer lugar, demostrar que el NEXO CAUSAL de los DAÑOS con que ingreso la paciente, fueron las patologías diagnosticadas muchos antes del ingreso y de los DAÑOS que sufrió en posterior a la cirugía, como consecuencia de las COMPLICACIONES que presento y en segundo lugar, que la totalidad de los servicios fueron con apego a los protocolos médicos y así mismo, SOLICITO que se ordene citar y hacer comparecer al despacho del Señor Juez, a los siguientes médicos:

1º) Dra. JUANY ALVAREZ en su condición de DIRECTORA MEDICA de la IPS CLINICA GENERAL DEL NORTE, quien entre sus funciones, está la de realizar rondas medicas diarias para verificar la oportuna atención de los pacientes y así mismo, por ser quien realizo AUDITORIA MEDICA a la historia clínica; **Dr. AXEL TOLSTANO**, por ser el cirujano cardio vascular que valoro a la paciente en forma posterior al cateterismo y quien después de revisar la condición de la paciente, recomendó la cirugía de By Pass y la practico; - **Dr. EDUAR LOZANO**, como cirujano Cardio Vascular que atendió a la paciente en el momento crítico y realizo re intervención quirúrgica; - **Dr. MANUEL ROJANO** en su condición de Cardiólogo que valoro y atendió a la paciente; - **Dr. LEONARDO BROCHADO**, en su condición de INTERNISTA INTENSIVISTA que valoro y atendió a la paciente en su estancia en la UCI.

Todas estas personas por tener o haber tenido su domicilio laboral en la IPS CLINICA GENERAL DEL NORTE, deben ser notificadas en el domicilio de mi poderdante, el cual está ubicado en la carrera cuarenta y ocho (48) numero setenta – treinta y dos (70-32) de Barranquilla y al correo electrónico oficial de mi mandante, que es: cgeneral@clinicageneraldelnorte.com

2o) INTERROGATORIO DE PARTE CON RECONOCIMIENTO DE DOCUMENTOS Y DE FIRMA.

Solicito se sirva citar y hacer comparecer al lugar que se indique mediante auto en la fecha y hora determinadas, para que en audiencia virtual o presencial si ya se hubieren levantado las restricciones para tal momento, a los Señores **GUSTAVO ENRIQUE MEZA CERVANTES; EDELMIRA INES MEZA VIDES e ISAAC ENRIQUE MEZA VIDES**, para que bajo la gravedad del juramento y en forma personal, declare sobre todo lo manifestado al contestar cada uno de los hechos de la improcedente y temeraria demanda y conteste el Interrogatorio de parte que le formulare y de igual manera, para que reconozcan el contenido de los documentos que les pondré de presente y la firma de los mismos. –

Estas personas deben ser citadas por intermedio de su apoderado judicial y del correo electrónico suministrado por el apoderado.

3º) DOCUMENTAL. Pido al Señor Juez, que tenga como PRUEBAS DOCUMENTALES, los que aporta el demandante para que dada su importancia y que demuestran la total improcedencia de la demanda, los mismos se tengan como pruebas del proceso y NO puedan ser retirados del mismo por el demandante. De igual manera la literatura médica que se entrega con este instrumento y las copia de la historia clínica de la IPS CLINICA GENERAL DEL NORTE.

Dr. Flavio Ortega Gomez

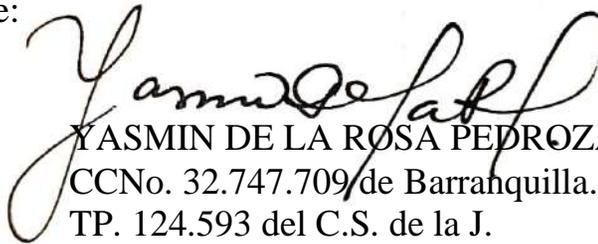
Abogado Titulado
Universidad Simón Bolívar
ESPECIALIZACIÓN EN DEFENSA MÉDICA
Negocios Civiles - Comerciales- Derechos Notarial
Tels. 3567521 Celular: 300-7449457

NOTIFICACIONES.

MI mandante ORGANIZACIÓN CLINICA GENERAL DEL NORTE. S.A., recibirá notificaciones en físico y a ello hubiere lugar, en su domicilio ubicado en la carrera cuarenta y ocho (48) numero setenta – treinta y dos (70-32) y durante la vigencia del Decreto 806, en su correo oficial inscrito en Cámara de Comercio y que es: cgeneral@clinicageneraldelnorte.com.

Recibo notificaciones en físico, en la carrera cuarenta y ocho (48) numero sesenta y nueve – ochenta y nueve (69-89) y durante la vigencia del Decreto 806, **al correo electrónico ocgndepartamento@gmail.com**. Para los demandantes, en la dirección indicada en la demanda y/o en el correo electrónico que debieron o deben registrar por ante el Juzgado.

Del Señor Juez, Muy Atte:


YASMIN DE LA ROSA PEDROZA.
CCNo. 32.747.709 de Barranquilla.
TP. 124.593 del C.S. de la J.

cc. Archivo.

Dr. Flavio Ortega Gómez
 Abogado Titulado
 Universidad Simón Bolívar
 ESPECIALIZACIÓN EN DEFENSA MÉDICA
 Negocios Cíviles - Comerciales - Derechos Notarial
 Tels. 3567521 Celular: 300-7449457



Barranquilla, septiembre de 2020.

Ref: Proceso: Verbal
 Demandante: Gustavo Enrique Meza Cervantes Y Otros.
 Demandadas: Organización Clínica General del Norte S.A.
 Radicación. 08-001-31-53-016-2019-00242-00
 Contiene: Poder

Señor Dr.
**JUEZ DIECISEIS CIVIL DEL CIRCUITO
 BARRANQUILLA**
 E. S. D.

LIGIA MARIA CURE RIOS, mujer, mayor de edad, portadora de la cédula de ciudadanía número 22.395.720 expedida en la ciudad de Barranquilla, domiciliada en la ciudad de Barranquilla, de la manera más atenta presento cordial saludo. Manifiesto a su Señoría que en primera instancia actúo en mi calidad de Presidente- representante Legal Principal de la **ORGANIZACIÓN CLINICA GENERAL DEL NORTE S.A.** lo cual acredito con el Certificado de Existencia y Representación Legal expedido por la Cámara de Comercio de Barranquilla y en tal calidad confiero PODER ESPECIAL tan amplio y suficiente como cuanto a derecho se requiera en favor del **Dr. FLAVIO JOSE ORTEGA GÓMEZ**, varón, mayor de edad, portador de la cédula de ciudadanía número 8.684.605 de Barranquilla, Abogado Titulado con T.P. 41.698 del C.S. de la J. como Apoderado Principal; como apoderadas sustitutas las Dra. **JENY ESTHER PACHECO CALLEJAS**, mujer, mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía número 32.662.527 expedida en la ciudad de Barranquilla, domiciliada en la ciudad de Barranquilla, Abogado Titulado con T.P.43.417 del C.S. de la J. La Dra. **YASMIN DE LA ROSA PEDROZA**, mujer mayor de edad, identificada con la cedula de ciudadanía número 32.747.709 de Barranquilla, Abogada Titulada con T.P.124.593 del C.S. de la J, la **Dra. ANDREA MERCEDES PEREZ TORRES**, mujer, mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía número 1.143.134. 387 expedida en la ciudad de Barranquilla, domiciliada en la ciudad de Barranquilla, Abogada Titulada con T.P. 254.562 del C.S. de la J. **GLORIA ESTEFANY MUÑOZ CHARRIS**, mujer, mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía número 1.047.341.505 expedida en Santo Tomas, Abogada Titulada con T.P. No. 258.115 del C.S. de la J y la Dra. **KARINA PAOLA BUITRAGO RICAURTE**, mujer mayor de edad, identificada con cedula de ciudadanía número 22.698.414 de Suan, Abogada Titulada con T.P.167.137 del C.S. de la J Poder que confiero en los siguientes términos y estipulaciones: - **PRIMERO**. Para que actuando en nombre y representación de la poderdante, inicien y lleven hasta su terminación todos los tramites que por Ley se requieran para la defensa integral de su personería dentro del proceso de la referencia.- Los apoderados pueden recibir la Notificación Personal del Auto Admisorio de la demanda referenciada y sin restricción alguna, pueden renunciar a términos de ejecutoria, traslado y notificación y en forma especial y en su oportunidad procesal, descorrer el traslado y **PRESENTAR LA CONTESTACION DELA DEMANDA**, para lo cual **PEDIRA QUE SE NIEGUEN LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDANTE** y en su lugar, **SOLICITAR QUE SE DECRETEN LAS QUE FORMULEN A NOMBRE DE SU MANDANTE**. - - Tienen facultades para renunciar a términos de ejecutoria, traslado y notificación, presentar las Excepciones procedentes, Recursos, y/o Incidentes a que hubiere lugar y todo sin la menor limitación incluyendo la tacha de falsedad y Nulidad. - Pueden presentar, practicar, pedir, sustentar y controvertir las pruebas que se requieran y en general realizar todos los actos que requiera la personería de la poderdante de una manera tal que la misma en ningún momento quede sin la debida representación. —

Dr. Flavio Ortega Gomez

Abogado Titulado
 Universidad Simón Bolívar
 ESPECIALIZACIÓN EN DEFENSA MÉDICA
 Negocios Cíviles - Comerciales - Derechos Notarial
 Tels. 3567521 Celular: 300-7449457

Ref: Proceso: Verbal
 Demandante: Gustavo Enrique Meza Cervantes Y Otros.
 Demandadas: Organización Clínica General del Norte S.A.
 Radicación: 08-001-31-53-016-2019-00242-00
 Contiene: Poder

SEGUNDO. Los apoderados en forma amplia pueden renunciar, sustituir el poder, revocar sustituciones y reasumir y en general realizar todos los actos que la Norma Procesal le permite a los apoderados y todos los necesarios para el cumplimiento del mandato conferido. Solicito se les reconozca personería a los apoderados y las facultades que por medio del presente instrumento se le han conferido.

El correo de notificación de los apoderados es : ocgndepartamentojuridico@gmail.com

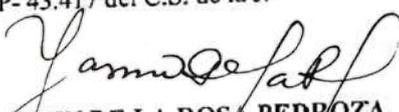
Del Señor Juez, Muy atte.

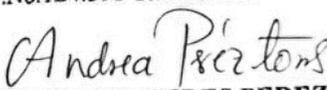

LIGIA MARIA CURE RIOS
 CC 22.395.720 Barranquilla.

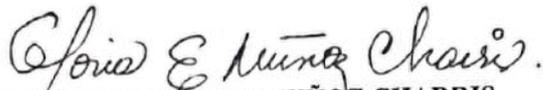
Acepto:


FLAVIO JOSE ORTEGA GOMEZ.
 CC No. 8.684.605 de Barranquilla.
 TP. 41.698 del C.S. de la J.


JENY ESTHER PACHECO CALLEJAS.
 C.C No. 32.662.527 de Barranquilla.
 TP- 43.417 del C.S. de la J.


YASMIN DE LA ROSA PEDROZA
 CC No. 32.747.709 de Barranquilla
 T.P.No.124.593 del C. S. de la J.


ANDREA MERCEDES PEREZ TORRES.
 CC. No. 1.143.134. 387 de Barranquilla.
 TP- 254.562 del C.S. de la J.


GLORIA ESTEFANY MUÑOZ CHARRIS
 CC. N° 1.047.341.505 de Santo Tomas.
 T.P. N° 258.115 del C.S. de la J.


KARINA PAOLA BUITRAGO RICAURTE.
 C.C. 22.698.414 de Suan
 T.P. 167.137 del C.S. de la J.

Email: ocgndepartamentojuridico@gmail.com Oficina: Carrera 48 No.69-89. Barranquilla - Colombia

ESTE SELLO _____

A RUEGO DE LA PARTE INTERESADA SE COLOCA

NOTARIA QUINTA DE BARRANQUILLA
Presentación y Reconocimiento

En Barranquilla, Hoy **24 SEP. 2020** Ante mí

Se presentó LIGIA MARA

CRISTINA

Identificado con 22.395.720

[Signature]

Quien declaró que el contenido de este documento es cierto y la firma es suya. En constancia firma

COMPLEMENTO:



[Signature]



Cirugía de bypass de la arteria coronaria

Descripción general

La cirugía de bypass de la arteria coronaria redirige la sangre por fuera de la zona parcial o completamente bloqueada de una arteria del corazón para mejorar la circulación sanguínea que llega al músculo cardíaco. El procedimiento consiste en tomar un vaso sanguíneo sano de una pierna, un brazo o del tórax y unirlo por fuera de las arterias bloqueadas en el corazón.

Si bien la cirugía de bypass de la arteria coronaria no cura la enfermedad cardíaca que causa los bloqueos (aterosclerosis o enfermedad de las arterias coronarias), puede aliviar los síntomas, como dolor en el pecho y dificultad para respirar. En algunas personas, este procedimiento puede mejorar la función cardíaca y reducir el riesgo de morir a causa de una enfermedad cardíaca.

Por qué se realiza

La cirugía de bypass de la arteria coronaria es una opción si tienes una arteria del corazón obstruida.

Tú y tu médico podrían considerarla en los siguientes casos:

- Tienes dolor de pecho intenso producto del estrechamiento de varias de las arterias que abastecen al músculo cardíaco, lo que hace que el músculo tenga poca sangre incluso durante la práctica ejercicios ligeros o en reposo.
- Tienes más de una arteria coronaria enferma y la cavidad de bombeo principal del corazón, el ventrículo izquierdo, no funciona correctamente.
- La arteria coronaria principal izquierda es demasiado estrecha o está muy obstruida. Esta arteria suministra la mayor parte de sangre al ventrículo izquierdo.
- Tienes una obstrucción arterial para la que no es adecuado insertar e inflar temporalmente un pequeño globo para ensanchar la arteria (angioplastia), tuviste una angioplastia previa o te colocaron un pequeño tubo de malla de alambre (stent) para mantener abierta la arteria que no sirvió, o te colocaron un stent, pero la arteria se estrechó nuevamente (restenosis).

La cirugía de bypass de la arteria coronaria también se puede realizar en situaciones de emergencia, como un ataque cardíaco, si no estás respondiendo a otros tratamientos.

Incluso con la cirugía de bypass de la arteria coronaria, deberás realizar cambios en tu estilo de vida después de la cirugía. Los medicamentos se recetan de manera rutinaria después de la

cirugía de bypass de la arteria coronaria para reducir el colesterol en sangre, reducir el riesgo de desarrollar un coágulo de sangre y ayudar a que el corazón funcione de la mejor manera posible.

Riesgos

Dado que la cirugía de bypass de la arteria coronaria es una cirugía a cielo abierto, podrías tener complicaciones durante o después del procedimiento. Las posibles complicaciones incluyen las siguientes:

- Sangrado.
- Anomalías del ritmo cardíaco (arritmias).
- Infecciones en la herida del pecho.
- Pérdida de la memoria o problemas para pensar claramente, que con frecuencia mejoran dentro de seis a doce meses.
- Problemas renales.
- Accidente cerebrovascular.
- Ataque cardíaco, si un coágulo de sangre se separa poco tiempo después de la cirugía.

El riesgo de tener complicaciones generalmente es bajo, pero depende de cómo está tu salud antes de la cirugía. El riesgo de tener complicaciones es mayor si la cirugía se realiza como un procedimiento de emergencia o si padeces otras enfermedades, como un enfisema, una enfermedad renal, diabetes o una oclusión arterial en las piernas (enfermedad arterial periférica).

Cómo te preparas

El médico te dará instrucciones específicas sobre las restricciones de actividad y los cambios en tu dieta o medicamentos que debes hacer antes de la cirugía.

Haz arreglos para después de la cirugía. Pasarán entre cuatro y seis semanas hasta que te recuperes hasta el punto en que puedas volver a conducir, volver al trabajo y hacer las tareas diarias.

Lo que puedes esperar

Antes del procedimiento

Si la cirugía de bypass de la arteria coronaria no se lleva a cabo como una cirugía de emergencia, es probable que deban hospitalizarte la mañana de la cirugía.

Durante el procedimiento

La cirugía de bypass de la arteria coronaria generalmente dura entre 3 y 6 horas, y requiere anestesia general. El número de bypass que necesitarás dependerá de la ubicación de las obstrucciones en el corazón y de su gravedad.

En la anestesia general, se introduce un tubo endotraqueal a través de la boca. Este tubo se conecta a un respirador, una máquina que respira por ti durante la cirugía e inmediatamente después de ella.

La mayoría de las cirugías de bypass de la arteria coronaria se realizan a través de una incisión grande en el tórax, mientras un sistema de circulación extracorpórea mantiene el flujo de sangre y oxígeno por el cuerpo. Esto se denomina cirugía de bypass de la arteria coronaria con bomba.

El cirujano corta por el centro del pecho, a lo largo del esternón. Luego, abre la caja torácica para exponer el corazón. Después de abrir el tórax, se detiene momentáneamente el corazón con la ayuda de medicamentos y un sistema de circulación extracorpórea se encarga de hacer circular la sangre por el cuerpo.

El cirujano corta una sección de un vaso sanguíneo sano, generalmente del interior de la pared torácica o de la pantorrilla, y conecta los extremos por arriba y por debajo de la arteria obstruida para redirigir el flujo sanguíneo alrededor de la parte estrechada de la arteria afectada.

Otras técnicas quirúrgicas que podría usar el cirujano incluyen las siguientes:

- **Cirugía sin circulación extracorpórea o a corazón latiente.** Este procedimiento permite hacer una cirugía sobre el corazón latiente con equipos especiales para estabilizar el área del corazón en la que trabaja el cirujano. Este tipo de cirugía es complicada, ya que el corazón continúa en movimiento. No es una opción para cualquier persona.
- **Cirugía mínimamente invasiva.** Un médico realiza un bypass de la arteria coronaria a través de pequeñas incisiones en el tórax, a menudo con el uso de robótica e imágenes de video que ayudan al cirujano a operar en un área muy pequeña. Las distintas variantes de la cirugía mínimamente invasiva podrían llamarse cirugía laparoscópica o cirugía tipo cerradura.

Después de terminar el injerto, el cirujano restablecerá el latido cardíaco, te desconectará del sistema de circulación extracorpórea y usará un alambre metálico para fijación ósea para cerrar la caja torácica. El alambre permanecerá en el cuerpo después de que se sane el hueso.

Después del procedimiento

Deberás pasar uno o dos días en la unidad de cuidados intensivos. El tubo respiratorio permanecerá colocado en la garganta hasta que te despiertes y puedas respirar por tus propios medios.

La rehabilitación cardíaca suele comenzar cuando todavía te encuentras en el hospital. Te darán un programa de ejercicios y formación diseñado para ayudarte a recuperarte. Continuarás con programas de control en el ámbito ambulatorio hasta que puedas realizar de forma segura un programa de mantenimiento en el hogar.

Si no se presentan complicaciones, probablemente te darán el alta del hospital en una semana. Incluso así, podrías tener dificultades para realizar las tareas cotidianas o caminar distancias cortas. Si después de volver a tu casa presentas alguno de los siguientes signos o síntomas, comunícate con el médico:

- Fiebre
- Frecuencia cardíaca acelerada
- Dolor nuevo o que ha empeorado alrededor de la herida del pecho
- Enrojecimiento alrededor de la herida del pecho o sangrado u otras secreciones de la herida del pecho

El período de recuperación será de seis a doce semanas. En la mayoría de los casos, podrás volver a trabajar, hacer ejercicio y retomar tu vida sexual después de cuatro a seis semanas, pero asegúrate de tener la aprobación del médico antes de hacerlo.

Resultados

Después de la cirugía, la mayoría de las personas se sienten mejor y pueden permanecer sin síntomas durante 10 a 15 años. A lo largo del tiempo, sin embargo, es probable que se obstruyan otras arterias o incluso el nuevo injerto utilizado en el bypass, lo que requerirá otro bypass o una angioplastia.

Los resultados y el resultado a largo plazo dependerán en cierta medida de la toma de los medicamentos para evitar coágulos de sangre, reducir la presión arterial, reducir el colesterol y ayudar a controlar la diabetes según lo indicado, además de seguir las recomendaciones para un estilo de vida saludable, como las siguientes:

- Deja de fumar.
- Sigue un plan de alimentación saludable, como la dieta DASH.
- Alcanza y mantén un peso saludable.
- Haz actividad física con regularidad.
- Controla el estrés.

[Escrito por el personal de Mayo Clinic](#)

Cualquier uso de este sitio constituye su acuerdo con los términos y condiciones y política de privacidad para los que hay enlaces abajo.

[Términos y condiciones](#)

[Política de privacidad](#)

[Advertencia de prácticas en cuanto a privacidad](#)

Mayo Clinic es una organización sin fines de lucro, y el dinero recaudado con la publicidad en Internet apoya nuestra misión. Mayo Clinic no respalda ningún producto ni servicios de terceros que se anuncien.

[Política sobre publicidad y promoción](#)

[Oportunidades para publicidad y promoción](#)

Se puede reimprimir una sola copia de estos materiales para usar en forma personal y no comercial. "Mayo," "Mayo Clinic," "MayoClinic.org," "Mayo Clinic Healthy Living," y el triple escudo que es el logotipo de Mayo Clinic son marcas

registradas de Mayo Foundation for Medical Education and Research.

© 1998-2020 Mayo Foundation for Medical Education and Research. All rights reserved.



Cateterismo cardíaco

Descripción general

El cateterismo cardíaco es un procedimiento que se usa para diagnosticar y tratar ciertas enfermedades cardiovasculares. Durante un cateterismo cardíaco, se inserta un tubo largo delgado llamado "catéter" en una arteria o vena de la ingle, el cuello o el brazo y se pasa a través de los vasos sanguíneos hasta el corazón.

Con este catéter, los médicos luego pueden diagnosticar pruebas como parte de un cateterismo cardíaco. Algunos tratamientos para enfermedades del corazón, como la angioplastia coronaria y la colocación de estents coronarios, también se realizan con cateterismo cardíaco.

Por lo general, estarás despierto durante el cateterismo cardíaco, pero te administrarán medicamentos para ayudar a relajarte. El tiempo de recuperación para un cateterismo cardíaco es rápido y hay poco riesgo de complicaciones.

Por qué se realiza

El cateterismo cardíaco se realiza para ver si tienes un problema cardíaco. También se puede hacer como parte de un procedimiento para corregir un problema cardíaco conocido.

Si tienes que hacerte la prueba de cateterismo cardíaco como prueba para una enfermedad cardíaca, tu médico puede:

- Ubicar el estrechamiento o los bloqueos de los vasos sanguíneos que podrían causar dolor de pecho (angiografía)
- Medir los niveles de presión y oxígeno en diferentes partes del corazón (evaluación hemodinámica)
- Verificar la función de bombeo del corazón (ventriculograma derecho o izquierdo)
- Tomar una muestra de tejido del corazón (biopsia)
- Diagnosticar defectos cardíacos presentes desde el nacimiento (defectos cardíacos congénitos)
- Buscar problemas en las válvulas cardíacas

El cateterismo cardíaco también se utiliza como parte de algunos procedimientos para tratar la enfermedad cardíaca. Estos procedimientos son:

- Ensanchamiento de una arteria estrechada (angioplastia) con o sin colocación de estent
- Cierre de orificios en el corazón y reparación de otros defectos congénitos
- Reparación o reemplazo de válvulas cardíacas
- Apertura de válvulas cardíacas estrechas (valvuloplastia con balón)
- Tratamiento de los ritmos cardíacos irregulares con ablación
- Cierre de parte del corazón para prevenir los coágulos sanguíneos

Riesgos

Como en la mayoría de los procedimientos realizados en el corazón y los vasos sanguíneos, el cateterismo cardíaco tiene algunos riesgos. Sin embargo, las complicaciones importantes son poco frecuentes.

Los riesgos del cateterismo cardíaco son:

- Hematomas
- Sangrado
- Ataque cardíaco
- Accidente cerebrovascular
- Daño a la arteria, el corazón o el área donde se insertó el catéter
- Ritmo cardíaco irregular (arritmias)
- Reacciones alérgicas al tinte o a los medicamentos
- Daño renal
- Infección
- Coágulos sanguíneos

Si estás embarazada o planeas quedar embarazada, infórmasele al médico antes de que te realicen el procedimiento.

Cómo te preparas

El cateterismo cardíaco suele realizarse en el hospital. Esta prueba requiere ciertos preparativos. Antes de la prueba:

- **No comas ni bebas nada durante al menos 6 horas antes de la prueba, o según lo indique tu médico.** Tener alimentos o bebidas en el estómago puede aumentar tu riesgo de complicaciones de la anestesia. Pregunta al médico o enfermera si debes tomar tus medicamentos con una pequeña cantidad de agua.

Si tienes diabetes, pide instrucciones sobre los medicamentos de la diabetes y la insulina. Por lo general, tendrás algo para comer y beber enseguida después de la prueba.

- **El médico te puede recomendar que dejes de tomar medicamentos que puedan diluirte la sangre**, como warfarina, aspirina, apixaban, dabigatrán y rivaroxaban.
- **Lleva todos los medicamentos y suplementos a la prueba.** Es mejor llevar los envases originales para que tu médico sepa la dosis exacta que tomas.

Lo que puedes esperar

Antes del procedimiento

Te revisarán la presión arterial y el pulso. También te pedirán que uses el baño para vaciar la vejiga.

Tendrás que quitarte la dentadura postiza y tal vez sea necesario que te quites las alhajas, en especial los collares que podrían interferir en las imágenes del corazón. Esperarás en una sala prequirúrgica hasta que sea el momento del procedimiento; a veces permiten que otra persona espere allí contigo.

Durante el procedimiento

El cateterismo cardíaco se realiza en una sala de procedimientos con máquinas especiales de radiografías y obtención de imágenes. Al igual que un quirófano, el laboratorio de cateterismo cardíaco es un área estéril.

El cateterismo cardíaco generalmente se realiza mientras estás despierto pero sedado. Sin embargo, ciertos procedimientos, como la ablación, la reparación de válvulas o el reemplazo de válvulas, pueden realizarse con anestesia general.

Se te insertará una vía intravenosa en la mano o el brazo que se utilizará para administrarte cualquier medicamento adicional que puedas necesitar durante el procedimiento. También se te colocarán monitores (electrodos) en el pecho para controlar el latido del corazón durante la prueba.

Justo antes del procedimiento, una enfermera o técnica puede rasurar el vello del lugar donde se insertará el catéter. Antes de insertar el catéter en la arteria, se te dará una inyección de un anestésico para entumecer el área. Puedes sentir un dolor rápido y punzante antes del entumecimiento.

Después de que sientas el área entumecida, se insertará el catéter. Se hace una pequeña incisión para acceder a una arteria. Se insertará una vaina plástica en el corte para permitir que el médico inserte el catéter.

Lo que sucede luego depende del motivo del cateterismo cardíaco. Estos son algunos de los usos frecuentes para el cateterismo cardíaco:

- **Angiografía coronaria.** Si te sometes a esta prueba para verificar bloqueos en las arterias que conducen al corazón, se inyectará un tinte a través del catéter y se tomarán imágenes radiográficas de las arterias del corazón. En una angiografía coronaria, el catéter se coloca generalmente primero en la arteria de la ingle o la muñeca.

- **Cateterismo cardíaco derecho.** Este procedimiento verifica la presión y el flujo sanguíneo cardíaco del lado derecho. Se inserta un catéter en la vena del cuello o la ingle. El catéter tiene sensores especiales para medir la presión y el flujo sanguíneo del corazón.
- **Biopsia cardíaca.** Si tu médico está tomando una muestra del tejido cardíaco (biopsia), el catéter se colocará generalmente en la vena del cuello. Con menor frecuencia, puede colocarse en la ingle. Se utiliza un catéter con una punta pequeña tipo mandíbula para extraer una muestra menor de tejido del corazón.

Puedes sentir presión mientras se utiliza este catéter, pero es probable que no sientas cuando se recorta el tejido real.

- **Angioplastia con balón, con o sin colocación de estent.** Este procedimiento se utiliza para abrir una arteria estrecha en el corazón o cerca de él. El catéter puede insertarse en la muñeca o la ingle para este procedimiento.

Se insertará un catéter largo y flexible a través de las arterias hasta la arteria estrecha. Luego, se introducirá un catéter de balón más pequeño a través del catéter flexible y se inflará en el área estrecha para abrirla. En muchos casos, tu médico también colocará una malla metálica en espiral denominada estent en la parte estrecha para ayudar a mantener abierta la arteria.

- **Reparación de defectos cardíacos.** Si tu médico está cerrando un orificio en el corazón, como un defecto de la comunicación interauricular o la persistencia del agujero oval, es probable que se te inserten catéteres tanto en las arterias como en las venas de la ingle y el cuello. Luego se inserta un dispositivo en el corazón para cerrar el orificio. En los casos de reparación de una filtración en la válvula cardíaca, se puede utilizar un clip o tapón para detener la filtración.
- **Valvuloplastia con balón.** Este procedimiento se lleva a cabo para abrir válvulas cardíacas estrechas. La colocación de los catéteres dependerá de qué problema tiene la válvula.

Se inserta un catéter a través de la válvula. Luego se infla un balón para abrir la válvula más fácilmente. Puedes sentir presión mientras los catéteres se insertan en el cuerpo, pero no debes sentir malestar por el tratamiento del balón en sí.
- **Reemplazo de la válvula.** Este procedimiento es similar a la valvuloplastia con balón, excepto que se te implantará una válvula artificial en el corazón para reemplazar una válvula cardíaca estrechada.
- **Ablación cardíaca.** En este procedimiento, por lo general se insertarán varios catéteres en las arterias y venas de la ingle o del cuello para que pueda dirigirse energía de radiofrecuencia a la parte del corazón que causa los latidos anormales.

Si estás despierto durante el procedimiento, podrían pedirte que respires profundamente, que contengas la respiración, que tosas o que coloques los brazos en distintas posiciones durante el procedimiento. La mesa puede inclinarse algunas veces, pero tendrás una correa de seguridad para mantenerte sujeto.

La inserción del catéter no debería ser dolorosa, y no lo sentirás mientras se mueve por el cuerpo. Informa a tu equipo de atención médica si tienes algún malestar.

Después del procedimiento

Probablemente pasarás varias horas en una sala de recuperación después del procedimiento mientras el efecto de la anestesia desaparece. La vaina plástica insertada en la ingle, el cuello o el brazo generalmente se retira pronto después del procedimiento.

Después de dejar la sala de recuperación, irás a una habitación del hospital o ambulatoria común. Después de retirar el catéter, el médico o la enfermera que haya retirado la vaina aplicará presión en los lugares de la inserción. Si se utiliza la ingle, necesitarás permanecer recostado durante varias horas después del procedimiento para evitar un sangrado grave y permitir que cure la arteria.

Podrás comer y beber luego del procedimiento. La duración de tu estancia en el hospital dependerá de tu enfermedad. Podrás regresar a tu casa el mismo día del cateterismo o quizás tengas que permanecer en el hospital durante una noche o más tiempo si tienes un procedimiento adicional, como una angioplastia y la colocación de un estent.

Resultados

Si tienes que hacerte la prueba de cateterismo cardíaco, el médico debe explicarte los resultados.

Si te han realizado una angiografía coronaria, los resultados podrían indicar que necesitas una angioplastia o un estent. Si el médico descubre esto, puede realizar una angioplastia con o sin la colocación de un estent de inmediato, de modo que no necesites hacerte otro cateterismo cardíaco. El médico debe analizar si esto es una posibilidad antes de que comience el procedimiento.

También es posible que el examen indique que necesitas una cirugía a corazón abierto llamada "cirugía de bypass de la arteria coronaria".

[Escrito por el personal de Mayo Clinic](#)

Cualquier uso de este sitio constituye su acuerdo con los términos y condiciones y política de privacidad para los que hay enlaces abajo.

[Términos y condiciones](#)

[Política de privacidad](#)

[Advertencia de prácticas en cuanto a privacidad](#)

Mayo Clinic es una organización sin fines de lucro, y el dinero recaudado con la publicidad en Internet apoya nuestra misión. Mayo Clinic no respalda ningún producto ni servicios de terceros que se anuncien.

[Política sobre publicidad y promoción](#)

[Oportunidades para publicidad y promoción](#)

Se puede reimprimir una sola copia de estos materiales para usar en forma personal y no comercial. "Mayo," "Mayo Clinic," "MayoClinic.org," "Mayo Clinic Healthy Living," y el triple escudo que es el logotipo de Mayo Clinic son marcas registradas de Mayo Foundation for Medical Education and Research.

© 1998-2020 Mayo Foundation for Medical Education and Research. All rights reserved.

Tema de revisión

Revista de la Asociación Mexicana de
Medicina
Crítica Y TERAPIA INTENSIVA

Vol. XXVII, Núm. 3 / Jul.-Sep. 2013

pp 172-178

Manejo de las complicaciones postoperatorias de la cirugía cardíaca en cuidados intensivos

José de Jesús Rincón Salas,* Emma Novoa Lago,† Eduardo Sánchez,† Javier Hortal Iglesias‡

RESUMEN

La atención en cuidados intensivos del paciente sometido a cirugía cardíaca amerita una revisión especial, ya que la mayor complejidad y agresividad de la intervención quirúrgica y del soporte circulatorio, en especial de la circulación extracorpórea, inciden en la evolución y en las complicaciones del paciente; por lo que éste requerirá de una completa monitorización y de un manejo dinámico, integral y multidisciplinario en cuidados intensivos cuando se presente alguna complicación, la cual regularmente va a incidir en la morbilidad del paciente. Motivo por lo cual se realiza en este artículo una revisión práctica de las principales complicaciones del postoperatorio inmediato del paciente sometido a cirugía cardíaca con circulación extracorpórea: sangrado mediastínico, disfunción pulmonar aguda, síndrome de bajo gasto cardíaco, arritmias, falla renal aguda y, por otra parte, su abordaje terapéutico.

Palabras clave: Cirugía cardíaca, circulación extracorpórea, complicaciones postoperatorias

SUMMARY

Immediate postoperative care management in cardiac surgery requires a special review due to the complexity and aggressiveness of the surgical intervention and circulatory support, especially extracorporeal circulation have incidence in evolution and complications of patient, therefore they require a complete monitoring and an integral, multidisciplinary and dynamic management in critical care, when a complication occurs regularly will affect the morbimortality of the patient. For this reason in this article we will carry out a practical review of the principals immediate postoperative complications in patients who underwent to cardiac surgery with extracorporeal circulation: mediastinal bleeding, acute pulmonary dysfunction, low cardiac output syndrome, arrhythmias, acute kidney failure and their therapeutic approach.

Key words: Cardiac surgery, extracorporeal circulation, postoperative complications.

INTRODUCCIÓN

La atención postoperatoria inmediata en la cirugía cardíaca requiere un equipo de trabajo especializado en su atención, ya que la mayoría de los procedimientos requieren circulación extracorpórea (CEC), lo cual influye en la morbi-

mortalidad de estos pacientes; motivo suficiente para revisar las complicaciones inmediatas más comunes como son: el sangrado de mediastino, disfunción pulmonar aguda, síndrome de bajo gasto, arritmias e insuficiencia renal aguda, para un abordaje terapéutico de acuerdo a las condiciones del paciente crítico.

www.medigraphic.org.mx

* Médico adscrito a la Unidad de Terapia Postquirúrgica de Cirugía Cardíaca y Trasplante Cardíaco del Hospital General Centro Médico «La Raza», México D.F. Médico adscrito a la Unidad Coronaria y Postquirúrgica de Cirugía Cardíaca del Centro Médico Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios. Toluca, Estado de México.

† Médico adjunto. Sección de Anestesia y Cuidados Postoperatorios en Cirugía Cardíaca. Hospital General Universitario «Gregorio Marañón». Madrid, España.

‡ Jefe de Sección de Anestesia y Cuidados Postoperatorios en Cirugía Cardíaca. Hospital General Universitario «Gregorio Marañón». Madrid, España.

Fecha de recepción: 16 de noviembre 2012

Fecha de aceptación: 21 de noviembre año 2012

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/medicinacritica>

COMPLICACIONES HEMATOLÓGICAS

El uso de la CEC durante los procedimientos de cirugía cardíaca tiene múltiples consecuencias, entre ellas una alteración significativa del sistema de la coagulación que predispone al sangrado mediastínico en el postoperatorio.¹

La aproximación inicial al sangrado mediastínico tiene como objetivo el tratar de discernir qué factores y en qué medida están contribuyendo al sangrado para tomar las medidas necesarias para su tratamiento, ya que la reintervención por sangrado se relaciona con un aumento de la mortalidad intrahospitalaria y una prolongación de la estancia.^{2,3}

El sangrado de origen quirúrgico aparece generalmente tras una cirugía no complicada, con estudios de coagulación normales y proviene de las zonas de anastomosis, ramas laterales de los puentes venosos y arteriales o sangrado esternal, y requiere reexploración en quirófano.⁴

El sangrado también puede estar relacionado con la administración de heparina o bien porque no se ha administrado una dosis adecuada de protamina, o porque se ha transfundido sangre recuperada de la bomba (que continúa heparinizada) o bien por heparina «de novo» circulante procedente de los tejidos.

La hemodilución asociada al CEC provoca un consumo de plaquetas y factores de la coagulación (reducción del recuento plaquetaria en torno al 30-50% y de factores en torno a 50%); fibrinólisis y disfunción plaquetaria, que se correlacionan con la duración de la CEC y el grado de hipotermia.⁵

Es imperativo documentar frecuentemente (cada 30 minutos) las pérdidas obtenidas a través de los tubos de drenaje así como verificar la permeabilidad de los mismos. En general, se debería considerar la reexploración quirúrgica cuando se produzca un sangrado de más de 400 mL/h durante la primera hora, de más de 300 mL/h durante 2-3 horas o de más de 200 mL/h durante cuatro horas.⁶

Se deben realizar estudios de coagulación (*International Normalized Ratio* (INR, por sus siglas en inglés), de recuento plaquetario *Activated Partial Thromboplastin* (APTT, por sus siglas en inglés) y de hematocritos seriados desde la llegada a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), y si el sangrado es grave se considerarán otros estudios adicionales como la tromboelastografía o la agregometría.

En primer lugar, en el abordaje terapéutico es importante evitar la hipotermia. Se debe mantener al paciente hasta 37°C, evitando los escalofríos, y se debe controlar la hipertensión arterial con vasodila-

tadores. Cuando estén disponibles los estudios de coagulación se iniciará la terapia de reposición teniendo en cuenta lo siguiente: con un sangrado activo el objetivo es mantener un hematocrito mayor de 26%. Es necesaria la transfusión de plaquetas con un recuento < 100,000/μL, aunque hay que tener en cuenta que puede existir disfunción plaquetaria aun con recuentos normales. Un tiempo de protombina (TP) o INR alargado requiere transfusión de plasma fresco congelado, crioprecipitados o Factor VII recombinante. Se deben administrar dosis fraccionadas de protamina de 25-50 μg si el APTT está alargado.

COMPLICACIONES RESPIRATORIAS

La mayoría de los pacientes que se someten a cirugía cardíaca presentan cierto grado de alteración en la función pulmonar. Los estudios recomiendan, en la medida de lo posible, la extubación temprana en las primeras 6-12 horas postoperatorias y la movilización temprana, para acortar las complicaciones y la estancia hospitalaria.⁷

Los cambios postoperatorios en la función pulmonar se relacionan con múltiples factores: anestesia general, relajación neuromuscular, esternotomía y drenajes mediastínicos y pleurales, edema pulmonar por hemodilución, sobrecarga de fluidos y disminución en la presión oncótica, edema intersticial provocado por la respuesta inflamatoria sistémica, daño pulmonar provocado por las transfusiones o por disfunción ventricular y compromiso hemodinámico.

La disfunción pulmonar por la respuesta inflamatoria es bien tolerada en la mayoría de los pacientes y se manifiesta como disminución de la PaO₂/FiO₂; de la distensibilidad alveolar y como aumento del agua pulmonar total.^{8,9} En aquellos pacientes que desarrollen lesión aguda pulmonar se iniciarán medidas de protección alveolar o en su caso medidas de reclutamiento alveolar.

Es frecuente también la aparición de derrames pleurales en el postoperatorio, que no se deben puncionar a no ser que provoquen un compromiso respiratorio o sean de elevada cuantía (más de 50% del campo en la radiografía de tórax) ya que en la mayoría de los casos se resuelven espontáneamente.

Las atelectasias aparecen en relación con la cirugía (parálisis frénica por hipotermia tópica, atelectasias residuales al suspender la ventilación mecánica durante la circulación extracorpórea (CEC), y se ven favorecidas por la hipoventilación provocada por el dolor postoperatorio y los drenajes). Por lo cual se debe aportar tratamiento analgésico ade-

cuado, que permita la movilización temprana del paciente y favorezca una adecuada mecánica ventilatoria, e iniciar la fisioterapia respiratoria de forma temprana para prevenir la formación de atelectasias y movilizar las secreciones.^{10,11}

COMPLICACIONES CARDIOVASCULARES

Síndrome de bajo gasto

Podemos definir un gasto cardiaco adecuado como aquel que permite un índice mayor de 2.2 L/min/m², en presencia de una saturación venosa mixta > 65%.¹

La medición del gasto cardiaco se puede realizar con un catéter de arteria pulmonar (CAP) o catéter de Swang-Ganz (SG), ésta es una medida más o menos directa. Tenemos otros instrumentos como la medición del contorno de la onda del pulso o el Doppler transesofágico cuyas mediciones se ajustan bien, en general, al gasto cardiaco real.

El suministro de oxígeno a los tejidos es el objetivo fundamental del sistema circulatorio, y por tanto la medición de su eficacia nos informa si el gasto cardíaco es adecuado o no. Una saturación venosa mixta por debajo de 60% indica un suministro inadecuado de oxígeno a los tejidos, esto puede ser debido a un bajo gasto o a una situación de anemia.

La precarga y la postcarga deben ser valoradas a la hora de diagnosticar una situación de bajo gasto y sus posibles causas. Una situación de elevada postcarga (hipertensión pulmonar o hipertensión sistémica) puede condicionar un bajo gasto cardiaco; la precarga, tanto del ventrículo derecho como del izquierdo, deben ser tomadas en cuenta durante el diagnóstico y el tratamiento de un síndrome de bajo gasto.

Finalmente, la ecocardiografía nos permite, ante un diagnóstico de sospecha de bajo gasto, establecer un diagnóstico definitivo y evaluar la eficacia del tratamiento en la cabecera del paciente.

Durante el postoperatorio inmediato de cirugía cardiaca, el objetivo ya comentado es que el paciente presente un índice cardíaco mayor de 2.2 L/min/m², además de una presión de oclusión de la arteria pulmonar (POAP) o una presión en aurícula derecha por debajo de 20 mmHg y una frecuencia cardiaca menor de 100 lpm.¹¹ Es habitual que la función miocárdica se deteriore durante las horas siguientes a la cirugía, volviendo a su estado previo en unas 24 horas;¹¹ esto debido al daño de isquemia reperusión y a la utilización de soluciones cardiopléjicas.

Podemos establecer propuestas generales para el tratamiento del síndrome de bajo gasto:

1. Tratar causas corregibles de origen no cardiaco (respiratorio, equilibrio ácido base, electrolitos).
2. Descartar y en su caso tratar la isquemia y/o el espasmo coronarios.
3. Optimizar la precarga (POAP o presión en la AI de 18-20 mmHg).
4. Optimizar la frecuencia cardiaca a 90-100 lpm con el marcapasos.
5. Controlar las posibles arritmias.
6. Medir el gasto cardiaco y empezar a tratar con inotrópicos/balón de contrapulsación intraaórtico (BCIA) si el gasto cardiaco es menor de 2.2 L/min/m².
7. Calcular las resistencias vasculares sistémicas (RVS) si es posible y empezar tratamiento vasodilatador si éstas son mayores de 1,500.
8. Si tenemos hipotensión con unas RVS bajas:
 - a. Noradrenalina si el gasto cardiaco es marginal.
 - b. Fenilefrina si el gasto cardiaco es satisfactorio.
9. Considerar la transfusión de sangre si tiene una Hb < 10 y signos periféricos de mala perfusión; oliguria, IC < 2.2 o SatVO₂ < 60% a pesar de tratamiento con inotrópicos. En nuestros centros, con Hb < 8 g/dL consideramos la transfusión de concentrados eritrocitarios.
10. Si todo lo demás falla, plantearse una asistencia ventricular izquierda o biventricular.

La falla cardiaca derecha constituye una causa frecuente del síndrome de bajo gasto, siendo más frecuente en pacientes con disfunción ventricular derecha o con hipertensión pulmonar, particularmente en los trasplantados. Las complicaciones del postoperatorio de cirugía cardiaca también se presentan en pacientes sin problemas conocidos de cavidades derechas, y las causas son múltiples: mala protección miocárdica, tiempos largos de cirugía extracorpórea, embolismo de aire en la coronaria derecha e hipertensión pulmonar aguda, entre otras.¹¹

El tratamiento de la falla derecha se puede esquematizar de la siguiente manera:

1. Mejorar la precarga hasta alcanzar una presión venosa central (PVC) de 18-20 mmHg.
2. Asegurar la conducción auriculoventricular (AV).

3. Mantener una perfusión, sistémica y del ventrículo derecho (VD), adecuada con medicaciones vasopresoras y/o un BCIA.
4. Disminuir la postcarga del VD, resistencias vasculares pulmonares (RVP) y mejorar su contractilidad.
 - a. Corregir hipotermia, hipoxemia, hipercapnia y acidosis.
 - b. Utilizar inotrópicos con propiedades vasodilatadoras (milrinona, adrenalina a bajas dosis y dobutamina).
 - c. Utilizar un vasodilatador pulmonar (en nuestro centro, óxido nítrico inhalado o prostaciclina inhaladas).
5. Mejorar la función ventricular izquierda.
6. Proporcionar asistencia mecánica circulatoria derecha si no hay respuesta a los tratamientos anteriores.

Los fármacos aminos vasoactivos que habitualmente usamos son la dobutamina, milrinona y levosimendán (*Cuadro I*). Usamos la dobutamina como fármaco de primera línea en pacientes con bajo gasto e hipotensión; de la misma manera empleamos la combinación de dobutamina¹¹ más noradrenalina o adrenalina sola, pero a dosis en las que tiene efecto alfa agonista. La milrinona es muy útil en pacientes con falla derecha e hipertensión pulmonar por su efecto vasodilatador pulmonar, además no taquicardiza,¹² su principal problema es la hipotensión sistémica que produce, por lo que muchas veces es necesario combinarla con un vasopresor. Finalmente, el levosimendán es un inotrópico con unas características bastante diferentes al resto: tarda varias horas en ejercer su efecto desde el inicio de la infusión IV, pero éste dura una semana. Es, por tanto, un inotrópico ideal para pacientes con una baja fracción de eyección que queremos destetar de otros fármacos inotrópicos de vida media corta que nos permiten un margen para estabilizar al paciente y agilizar su salida de cuidados intensivos; también es vasodilatador pulmonar y mejora la disfunción diastólica, además, no aumenta la demanda de oxígeno miocárdico.¹³ La dopamina tratamos de no utilizarla de primera intención como inotrópico si la usamos a dosis diuréticas (2.5-3 µg/kg/min) sabiendo que no altera la historia natural del fallo renal agudo.¹⁴ El isoprotenerol es muy útil como medicación cronotrópica cuando no tenemos un marcapasos auricular y nos interesa mantener el ritmo sinusal.

Cuadro I. Manejo de las arritmias más frecuentes.

Bradycardia sinusal	Marcapasos auricular o AV preferible al ventricular. Terapéutica cronotrópica
Bloqueo AV de tercer grado	Marcapasos AV preferible al ventricular
Taquicardia sinusal	Buscar la causa, si no encontramos ninguna y la función ventricular es buena. Betabloqueadores
Fibrilación auricular	Cardioversión eléctrica si hay compromiso hemodinámico Control de cronotropismo: diltiazem, betabloqueantes o digoxina Cardioversión farmacológica: amiodarona o procainamida, sotalol, propafenona, o cardioversión eléctrica
Flutter auricular	Cardioversión eléctrica si hay compromiso hemodinámico. Estimulación auricular rápida. Resto continuar con tratamiento como en fibrilación auricular
Ritmo lento AV	Marcapasos auricular > auriculoventricular > ventricular
Taquicardia ventricular/ fibrilación ventricular	Desfibrilación, amiodarona, lidocaína, procainamida

ARRITMIAS CARDIACAS

Las arritmias cardíacas son muy frecuentes en el postoperatorio de cirugía cardíaca; la etiología es muy variada: descarga simpática debida a la cirugía, agresión quirúrgica directa sobre las vías de conducción, fármacos arritmogénicos (como los B agonistas), alteraciones hidroelectrolíticas. Por su alta incidencia y su impacto sobre el tiempo de hospitalización de los pacientes, la fibrilación auricular (FA) tiene especial importancia. La incidencia después de cirugía de *bypass* coronario, valvular y combinada es aproximadamente de 30, 40 y 50% respectivamente.¹⁵ Los pacientes operados de cirugía cardíaca tendrán habitualmente un marcapasos epicárdico ventricular que nos permitirá controlar la frecuencia en el postoperatorio y asegurarnos una frecuencia adecuada en caso de bloqueo AV; además nos permite ser más agresivos con la cardioversión farmacológica de la FA. En los casos que se considere importante mantener el ritmo sinusal se puede colocar un electrodo auricular y estimular tanto la aurícula como el ventrículo (*Cuadro II*).

Cuadro II. Efectos hemodinámicos de los principales fármacos inotrópicos.

Fármaco	RVS	FC	POCP	IC	TAM	MVO ₂
Dobutamina	↓	↑↑↑	↓	↑	↓↔↑	↑↔
Adrenalina	↓↑	↑↑	↓↑	↑	↑	↑
Milrinona	↓↓	↑	↓	↑	↓	↑↓
Levosimendán	↓↓	↑	↓	↑	↓	↔↔↓
Isoprotenerol	↓↓	↑↑↑↑	↓	↑	↑↓	↑↑
Cloruro cálcico	↑	↔	↑	↑	↑↑	↑
Noradrenalina	↑↑	↑↑	↑↑	↑	↑↑↑	↑
Fenilefrina	↑↑	↔	↑	↔	↑↑	↔↔↑
Dopamina	↓↑	↑↑↑	↓↑	↑	↓↑	↑

↑ = aumentado; ↓ = disminuido; ↔ = sin cambios; ↓↑ = efecto variable

RVS: resistencias vasculares sistémicas, FC: frecuencia cardiaca, POCP: presión de oclusión capilar pulmonar, IC: índice cardiaco, TAM: tensión arterial medial, MVO₂: consumo de oxígeno.

COMPLICACIONES RENALES

La insuficiencia renal preoperatoria es común en pacientes que se someten a cirugía cardiaca y es un factor de riesgo importante de morbilidad y mortalidad aumentada. En los pacientes que se someten a cirugía de revascularización coronaria, la incidencia preoperatoria de insuficiencia renal leve, moderada y severa así como la dependencia de diálisis es de 51, 24, 2 y 1.5% respectivamente, aumentando la mortalidad operatoria con un declive de la función renal.¹⁶ El aclaramiento estimado de creatinina es un mejor predictor de eventos adversos preoperatorios que el nivel de creatinina plasmática.²⁰

Así la insuficiencia renal que no requiere diálisis en pacientes que se someten a cirugía cardiaca parece ser de 7.7% mientras que la disfunción renal que requiriera diálisis es de 1.4%. La mortalidad en pacientes sin disfunción renal fue de 0.9%, pero se incrementó a 19% en pacientes con disfunción renal y a 63% de los pacientes que requirieron diálisis.¹⁸ Generalmente se considera insuficiencia renal una creatinina plasmática ≥ 2 mg/dL acompañada de un aumento de 100% respecto a la creatinina basal. Con estos criterios la incidencia se sitúa en menos de 5%. Existen escalas que miden el daño renal agudo e intentan unificar criterios para definirlo, éstas podrían ser de utilidad en el contexto del fallo renal en cirugía cardiaca.^{19,20}

La insuficiencia renal postoperatoria se asocia con un aumento de la estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y con una mayor mortalidad (Cuadro III); de hecho, la mortalidad aumenta exponencialmente según disminuye el aclaramiento estimado de creatinina;²¹ incrementos de tan sólo

20% en la concentración de creatinina plasmática en el postoperatorio pueden tener un efecto significativo sobre la evolución clínica.²²

El manejo de los pacientes con alto riesgo de insuficiencia renal y diálisis se centra en minimizar la exposición a drogas nefrotóxicas y a los medios de contraste; y en mantener una adecuada perfusión renal, evitando, en la medida de lo posible, episodios de hipotensión o de bajo gasto perioperatorios. Si es posible, se debe posponer la cirugía cardiaca al menos 24 horas tras la cateterización cardiaca,²³ la nefropatía por contraste supone grave complicación con una mortalidad cardiovascular de 40% si no requiere diálisis y hasta del 45% si el paciente necesita diálisis.²¹

Una vez que el daño renal está instaurado debemos intentar, en lo posible, optimizar los parámetros hemodinámicos, manteniendo una tensión arterial mayor de la habitual; volviéndose necesario restringir la administración de líquidos si existe oliguria o anuria. Así mismo habrá que corregir las alteraciones iónicas, prestando especial atención a la hiperpotasemia, la cual puede producir arritmias graves en el postoperatorio de cirugía cardiaca.

El tratamiento con diuréticos no está encaminado a mejorar la función renal sino a manejar la oliguria/anuria:

- **Dopamina.** A dosis diurética (2.5-3 μ g/kg/min). Existe controversia sobre si el incremento de la diuresis se debe a un verdadero efecto diurético, o a una mejoría de los parámetros hemodinámicos por cierta acción beta-adrenérgica.
- **Furosemida.** Se pueden administrar bolos de hasta 200 mg IV (limitando la dosis diaria a 1 g).