

JOSÉ DEL C. MUÑOZ GÓMEZ

Abogado.

Señores

TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE ATLÁNTICO

ATTE. M. P. SONIA ESTHER RODRÍGUEZ NORIEGA

E. S. D.

REF.: PROCESO: VERBAL MAYOR CUANTÍA – RESP/BILIDAD MÉDICA.

DEMENDANTE: SAMUEL SANTOS CORREA Y OTROS.

DEMANDADO: CAJACOPI Y OTROS.

CÓDIGO: 08-001-31-53-011-2019-00012-01.

JOSÉ DEL CARMEN MUÑOZ GÓMEZ, En mi condición de apoderado judicial de los demandantes, por medio del presente escrito, me dirijo a usted, con el mayor respeto, de conformidad con los artículos 320 y s. s., del C. G. del P., **a fin de sustentar los reparos concretos, realizados al fallo apelado, lo cual hago, en los siguientes términos.**

Sea lo primero recordar, que cuatro (4) fueron los reparos realizados, así: (i) Valoración errada del material probatorio, (ii) falta de morigeración de la carga de la prueba, (iii). Interpretación y aplicación errada de las normas legales y superiores, y, (iiii) no armonizar el material probatorio con la aceptada literatura científica.

Asimismo, a lo largo del proceso, la parte demandante ha reprochado a la parte demandada, de la atención médica prestada; (i) el retraso injustificado en la práctica de la cirugía; (ii) la falta de monitoreo invasivo; (iii) el retraso injustificado en la realización de la diálisis; y, (iiii) el evento adverso del catéter, atribuible al cirujano cardiovascular tratante.

En el mismo sentido, teniendo en cuenta el orden desarrollado en el fallo, para cada evento o reproche de la atención médica, se realizará la sustentación en el mismo orden cronológico, sin apartarnos, en lo más mínimo de los reparos concretos, realizados al fallo, de la siguiente manera:

✓ **ATENCIÓN MÉDICA BRINDADA A LA PACIENTE DURANTE LA CONSULTA DEL 1/11/2016.**

En la historia clínica de esta consulta, la paciente, fue diagnosticada, con malformación congénita canal AV parcial, como diagnóstico principal, manejada quirúrgicamente a los 4 años con plastia y corrección de canal AV. Asimismo, fue diagnosticada, con doble lesión mitral, esto es, insuficiencia severa y estenosis moderada, como diagnóstico relacionado.

Según la misma historia clínica, la paciente consultó, por presentar, en la actualidad, ahogo o disnea de pequeños esfuerzos y síncope. Asimismo, la paciente la insuficiencia cardiaca severa de la paciente, fue determinada con clase funcional III/IV.

Con base en los anteriores datos clínicos, la paciente presentaba una urgencia cardiaca manifiesta, por lo cual, de acuerdo a la literatura médica y/o guías de práctica clínica, debió ser ingresada de inmediato por el servicio de urgencias, con activación del protocolo de cirugía cardiovascular, para dar manejo adecuado y oportuno, a la insuficiencia cardiaca intrahospitalariamente.

No obstante, lo anterior, el cirujano cardiovascular tratante, muy a pesar de solicitar autorización para de remplazo de válvula mitral con prótesis biológica de larga duración de forma urgente, contradictoriamente y apartado de la lex artis, decidió egresar, a la paciente, lo cual, ocasionó, un retardo injustificado en la realización de la cirugía, que afectó el estado clínico de la paciente y la conllevó a enfrentar la cirugía en peores condiciones clínicas, lo cual, ensombreció el pronóstico y el resultado quirúrgico. No obstante, por valoración errada del material probatorio, entre otros reparos, la señora Juez, no lo entendió así y desechó este reproche realizado a la atención médica.

En armonía con lo anterior, es menester precisar, que, de acuerdo a la historia clínica, la paciente nació con una patología congénita, corregida quirúrgicamente a los 4 años, y de allí en adelante, venía haciendo una vida completamente normal, con una insuficiencia cardiaca, que tomó el carácter de crónica, pero debidamente controlada. Que, con el transcurso del tiempo, debido al envejecimiento de la válvula implantada, se requiere, en esta paciente, nuevo cambio valvular.

*Carrera 44 No. 40 - 20, Edificio Seguros Colombia, Piso 4º, Oficina 401.

* Teléfono Celular 310 652 80 09. Email: josemg_777@hotmail.com

Barranquilla – Colombia.

JOSÉ DEL C. MUÑOZ GÓMEZ

Abogado.

Al respecto, obra en el expediente, visible a folio 88, 89 y 90 del archivo digital 04AnexoEscritoReformaDemanda, de la carpeta Co4ReformaDemanda, de la carpeta 01PrimeraInstancia del expediente digital, remisiones del 18/08/2016 y del 20/09/2016, donde consta, que, la paciente, a sus 16 años de edad, es decir, 12 años después de la primera cirugía, debido, al deterioro valvular reflejado en resultados de estudios, fue remitida de cardiología a cirugía cardiovascular, para nuevo remplazo de la válvula mitral de carácter prioritario.

Si bien la cirugía fue recomendada como prioritaria por uno de los cardiólogos, no implica esto, como erradamente lo entendió la señora Juez, al valorar esta prueba remisoría, que a 1/11/2016, es decir, 41 días después, debía continuarse la cirugía con el mismo carácter prioritario, habida cuenta, que, la paciente, para esta fecha, presentó síntomas graves, nunca antes presentados, como el ahogo o disnea de pequeños esfuerzos y episodio de síncope, que, asociados a la insuficiencia cardíaca severa, determinada con clase funcional III/IV, representaba un elevado riesgo de muerte, para la apaciente y era indicativo que la falla cardíaca crónica o estaba agudizada o por lo menos, empezaba a agudizarse. Por tanto, la cirugía debía practicarse de manera urgente, irremediablemente, para no exponer a la paciente a riesgos mortales injustificados, que no estaba legalmente obligada a soportar, lo cual, solo era posible evitar, hospitalizando a la paciente en el acto, para activar el protocolo de cirugía cardiovascular y realizar la cirugía, lo antes posible.

Para confirmar las anteriores argumentaciones, es necesario, traer a colación, la **Guía de Práctica Clínica ESC 2016, sobre diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca aguda y crónica, de la Sociedad Europea de Cardiología**, visible, en el archivo digital 05AnexoEscritoReformaDemanda, de la carpeta CO4ReformaDeLaDemanda, de la carpeta 01PrimeraInstancia, la cual, a folio 42 y página e42, identifica, con plena claridad, los factores y causas desencadenantes, que llevan a la descompensación y requieren tratamiento urgente, la cual, sostiene, textualmente, lo siguiente.

“12.3.1. Identificación de factores/causas desencadenantes que llevan a la descompensación y requieren tratamiento urgente

El siguiente paso consiste en identificar los factores desencadenantes/las causas principales que producen la descompensación, que se debe tratar urgentemente para evitar un mayor deterioro (figura 12.2). Entre ellas se incluye:

- **Causa mecánica aguda subyacente a la ICA.** Se puede presentar como una complicación mecánica del SCA (rotura de la pared libre, comunicación interventricular, **regurgitación mitral aguda**),”.

De la literatura médica transcrita, es totalmente claro, que la regurgitación mitral aguda o agudizada, es un factor o causa mecánica, desencadenante e indicativa que la insuficiencia cardíaca también, está agudizando, con el transcurso del tiempo.

Para el caso que nos ocupa, la paciente, estaba diagnosticada con insuficiencia mitral, que implica que la válvula mitral cierra defectuosamente y la sangre se regresa, lo cual, se conoce como regurgitación mitral, que, al agudizar, constituye un factor o causa desencadenante de descompensación de la insuficiencia cardíaca. Por tanto, requería tratamiento urgente, para evitar que la paciente tuviera un deterioro mayor en su estado clínico.

En el mismo orden de ideas, la literatura médica transcrita, nos remite a la tabla 12.2, de la misma guía de cardiología, visible a folio 38, página e38, del mismo archivo digital, la cual, textualmente, sostiene, lo siguiente.

“Tabla 12.2

Definición de los términos empleados en la sección 12 sobre insuficiencia cardíaca aguda

Termino	Definición
Esfuerzo respiratorio anormal	Tasa respiratorio > 25 rpm con uso de músculos accesorios o tasa respiratoria < 8 rpm a pesar de disnea

De esta la literatura médica trascrita, es claro también, que el esfuerzo respiratorio anormal, constituye un síntoma propio de agudización o descompensación de la insuficiencia cardíaca. Por tanto, para el caso que nos ocupa, no cabe duda, que el ahogo o la disnea de pequeños esfuerzos

JOSÉ DEL C. MUÑOZ GÓMEZ

Abogado.

presentados, por la paciente el 1/11/2016, eran síntomas claros de descompensación o agudización de la insuficiencia cardiaca, que imponían como criterio suficiente, la necesidad de tratamiento urgente de la insuficiencia cardiaca, para evitar un mayor deterioro del estado clínico de la paciente.

Asimismo, conforme a la misma guía de práctica clínica ESC 2016, sobre diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda y crónica, en la misma página e42, visible a folio 42 del mismo archivo digital, textualmente sostiene lo siguiente.

“12.3.2. Criterios para la hospitalización en planta o en la unidad de cuidados intensivos/cuidados coronarios

- Los pacientes con **disnea persistente y significativa** o inestabilidad hemodinámica deben ser transferidos a una sala del hospital donde se pueda aplicar medidas de resucitación si fueran necesarias.

- Para los pacientes **de alto riesgo (disnea persistente y significativa, inestabilidad hemodinámica, arritmias recurrentes, ICA y SCA asociados)**, los cuidados iniciales se proporcionarán en una sala de alta dependencia (UCI/UCC). Los algoritmos clínicos para la predicción de la mortalidad intrahospitalaria de pacientes con ICA pueden ayudar a determinar qué pacientes del servicio de urgencias requieren el nivel más alto de cuidados hospitalarios^{538,539}.

- **Los demás pacientes con ICA requieren el ingreso en una planta hospitalaria normal.** Solo un pequeño porcentaje de pacientes con ICA ingresados en el servicio de urgencias (fundamentalmente por la exacerbación de los síntomas de IC con signos leves de congestión) reciben el alta directamente tras la administración de una pequeña dosis de diuréticos y el ajuste de las dosis del tratamiento médico y la recomendación de acudir a la consulta ambulatoria.

- La salida del paciente de la UCI/UCC está dictada por la estabilización clínica y la resolución de otras comorbilidades. Un equipo multidisciplinario se encargará de continuar el tratamiento y planificar el alta.”.

De la literatura médica transcrita, se desprende, que, para determinar, el lugar de atención de los pacientes con ahogo o disnea, asociada a falla cardiaca, se clasifican, en tres grupos, así:

(i) Los que presenta **disnea persistente y significativa** o inestabilidad hemodinámica, que deben ser transferidos a una sala del hospital donde se pueda aplicar medidas de resucitación si fueran necesarias.

(ii) **Los de alto riesgo (disnea persistente y significativa, inestabilidad hemodinámica, arritmias recurrentes, ICA y SCA asociados)**, los cuidados iniciales se proporcionarán en una sala de alta dependencia (UCI/UCC).

(iii) **Los demás pacientes con ICA**, que requieren el ingreso en una planta hospitalaria normal.

Conforme a lo anterior, es totalmente claro, que los pacientes con insuficiencia o falla cardiaca, acompañada de ahogo o disnea persistente, indefectiblemente, deben ser hospitalizados, pero dependiendo del grado de afectación de su estado clínico, podrán ser hospitalizados, en sala de resucitación, de alta dependencia (UCI/UCC) o en planta hospitalaria normal o general.

Para el caso que nos ocupa, la paciente presentaba, en la actualidad, ahogo o disnea de pequeños esfuerzos, con insuficiencia cardiaca severa clase funcional III/IV, por tanto, debió ser hospitalizada inmediatamente, en el mejor de los casos, por lo menos, en planta normal, y no correrse el riesgo, que su estado clínico, tuviese un mayor deterioro de su estado clínico. No obstante, el doctor ELIECER VILLAMIZAR, totalmente apartado de la realidad clínica de la paciente y de la literatura médica, no se dignó hospitalizarla, ocasionando grave empeoramiento, al estado clínico de la paciente, sin que, ésta estuviese obligada legalmente a soportar tal riesgo o daño.

La anterior literatura médica esbozada, se relacionada directamente con el estado clínico de la paciente, es contemporánea con la fecha de ocurrencia de los hechos y es aceptada por la Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular.

En efecto, visible en archivo digital 06AnexoEscritoReformaDemanda, de la carpeta CO4ReformaDeLaDemanda, de la carpeta 01PrimeraInstancia del expediente digitalizado, obra

JOSÉ DEL C. MUÑOZ GÓMEZ

Abogado.

pantallazo de la página de la **Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular**, donde se encuentran claros comentarios de aceptación y recomendación de esta importante guía de práctica clínica.

Asimismo, en la siguiente dirección: <https://scc.org.co/nuevas-guias-de-insuficiencia-cardiaca-esc-2016-para-el-cardiologo-ocupado-lo-que-ud-deberia-saber/> se puede ingresar a la página de la Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular, para consultar, estos claros comentarios de aceptación y recomendación de esta importante guía, y así, una vez, que se ha ingresado, se puede descender con el cursor, hasta llegar a la **referencia** de los comentarios de esta Sociedad Científica, donde se debe hacer clic en el link que allí se encuentra: <http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/early/2016/05/19/eurheartj.ehw128> el cual conduce a la página de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC), donde se encuentra publicada en PDF, esta importante Guía de Práctica Clínica.

No obstante, lo anterior, la señora Juez, valoró erradamente esta literatura médica, relacionada con la insuficiencia cardíaca, por ende, no armonizó adecuadamente la aceptada literatura médica, con el resto del material probatorio, con lo cual, se configura otro de los reparos concretos hechos al fallo, objeto de sustentación.

De otro lado, obra en el expediente, importante literatura médica, relacionada con el SÍNCOPE, que la señora Juez, no la valoró, por lo tanto, menos pudo armonizar adecuadamente esta aceptada literatura médica, con el resto del material probatorio, en lo que este no resultare conclusivo, evidenciándose otra vez, este reparo concreto, realizado al fallo, objeto de sustentación.

En efecto, en archivo digital número 07AnexoEscritoReformaDemanda, de la carpeta CO4ReformaDeLaDemanda, de la carpeta 01PrimeraInstancia, del expediente digitalizado, encontramos, la **puesta al día arritmias (VIII) SÍNCOPE de la Unida de Arritmias, Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España**, la cual, sostiene textualmente, en el folio 5, página 759, lo siguiente.

“VISIÓN CRÍTICA DE LAS DISTINTAS EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS EN PACIENTES CON SÍNCOPE DE CAUSA DESCONOCIDA”

“Tabla 5

Criterios de riesgo que requieren evaluación inmediata u hospitalización

Presencia de insuficiencia cardíaca”

De acuerdo a esta literatura médica transcrita, no cabe duda, que el síncope aún de causa desconocida, asociado a la presencia de insuficiencia cardíaca, constituye un claro y suficiente criterio de riesgo, que requiere evaluación y hospitalización inmediata, para evitar, mediante vigilancia intrahospitalaria, que el paciente entre en estado crítico, por lo menos, hasta determinar con claridad, su causa. Maxime, cuando para el caso que nos ocupa, el 1/11/2016, es la primera vez, que la paciente refiere y se registra en historia clínica el episodio sincopal, por tanto, había que hospitalizar y ordenar estudios urgentes, hasta determinar cuál era la causa verdadera.

Asimismo, en archivo digital número 08AnexoEscritoReformaDemanda, de la carpeta CO4ReformaDeLaDemanda, de la carpeta 01PrimeraInstancia, del expediente digitalizado, encontramos, encontramos, el **Consenso para el Diagnóstico y Tratamiento de Síncope Sociedad Argentina de Cardiología**, la cual, sostiene textualmente, en el folio 16, página 81, lo siguiente.

“El síncope en presencia de cardiopatía estructural o enfermedad cardiovascular”.

“La asociación del síncope con una patología cardiovascular congénita o cardiopulmonar subyacente incrementa el riesgo de muerte súbita cardíaca.”.

“Los pacientes con síncope e insuficiencia cardíaca tienen un riesgo elevado de muerte independientemente de la causa del síncope”.

JOSÉ DEL C. MUÑOZ GÓMEZ

Abogado.

De esta otra literatura médica transcrita, también es totalmente claro en presencia de enfermedades cardiovasculares, el síncope, asociado a una patología cardiovascular congénita, incrementa el riesgo de muerte súbita cardíaca. Para el caso que nos ocupa, la patología de la paciente, es congénita, como consta en historia clínica, por tanto, no podía darse el lujo el doctor ELIECER VILLAMIZAR de enviarla para la casa, con eminente riesgo de muerte súbita, so pretexto de haber hecho supuestas recomendaciones a la paciente y sus familiares. Esto, sin desconocer, que indistintamente de la patología congénita, los pacientes con síncope e insuficiencia cardíaca, tienen un elevado riesgo de muerte independiente de la causa del síncope.

De otro lado, en archivo digital número 09AnexoEscritoReformaDemanda, de la carpeta CO4ReformaDeLaDemanda, de la carpeta 01PrimeraInstancia, del expediente digitalizado, encontramos, las **Revisiones Síncope: diagnóstico y tratamiento, Servicio de Clínica Médica Hospital Provincial del Centenario. Rosario. Santa fe. Argentina**, la cual, sostiene textualmente, en el folio 2, página 2, lo siguiente.

“Es importante al momento de la consulta poder discernir que pacientes deben internarse para su estudio y quienes pueden ser estudiados en forma ambulatoria, sin que esto sea riesgoso para su vida. Es por ello que se han estipulado criterios de ingreso hospitalario:

- ❖ *Síncopes repetidos y evaluación negativa.”.*
- ❖ *“Plan de tratamiento que requiere internación.”.*

De acuerdo a esta literatura médica, también es muy claro, que el síncope, con evaluación negativa (mesa basculante), también constituye un criterio de ingreso hospitalario.

Para el caso que nos ocupa, además de referirse síncope en consulta del 1/11/2016; la paciente, según remisión de cardiología a cirugía cardiovascular del 19/08/2016, también cuenta con mesa basculante del 15/06/2016, con prueba de mesa basculante negativa para síncope neuralmente medicado, prueba negativa, para síncope por hipotensión ortostática y prueba negativa, para síncope por taquicardia ortostática postural, por tanto, no solamente debía concluirse que el origen del síncope era cardíaco, sino que además, para evitar y controlar adecuadamente el riesgo de muerte que él implica, debió vigilarse intrahospitalariamente, con activación inmediata del protocolo de cirugía cardiovascular, para dar manejo y resolver, lo antes posible la falla cardíaca y el consecencial síncope, sin retardo alguno.

Por tanto, no existe duda alguna, que la paciente requería un plan de tratamiento, que implicaba internación, por tanto, enviarla a casa, fue exponerla a que se deteriorara su estado clínico, para entonces resolver a la cerra y bajo delicado estado de salud, lo que se pudo resolver, de manera oportuna y adecuada, con las previsiones y la tranquilidad, que el complejo procedimiento quirúrgico ameritaba y sin el resultado funesto conocido que terminó con la vida de la paciente.

Máxime cuando el mismo cirujano cardiovascular, había clasificado en esta consulta, la insuficiencia cardíaca en clase funcional III/IV, que de acuerdo a la guía de práctica clínica ESC 2016, sobre diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca aguda y crónica, de la Sociedad Europea de Cardiología, visible, en el archivo digital 05AnexoEscritoReformaDemanda, de la carpeta CO4ReformaDeLaDemanda, de la carpeta 01PrimeraInstancia, del expediente digitalizado, en su folio 58 y página e58, sostiene, textualmente, lo siguiente.

1. TABLAS

Tabla 3.2

Clasificación funcional de la *New York Heart Association* basada en la gravedad de los síntomas y la actividad física

“Clase III Marcada limitación de la actividad física. Cómodo en reposo, pero una actividad menor que la ordinaria produce disnea, fatiga o palpitaciones”

“Clase IV Incapacidad de llevar a cabo cualquier actividad física sin sentir molestias. Puede haber síntomas en reposo. Si se lleva a cabo cualquier actividad física, aumenta la sensación de malestar”

JOSÉ DEL C. MUÑOZ GÓMEZ

Abogado.

Nótese, que, de la misma clasificación funcional de la falla cardíaca, realizada por el doctor ELIECER VILLAMIZAR, la paciente se encontraba con marcada limitación de actividad física y/o incapacidad de llevar a cabo cualquier actividad física, sin sentir molestias, con posibilidad de síntomas aun en reposo. Esto, acompañado del episodio sincopal, constituía una urgencia, que ameritaba hospitalización urgente, con activación inmediata del protocolo de cirugía cardiovascular. Es ingenuo y descabellado clínicamente, creer que la paciente, remitida, desde el 19/08/2016, para cirugía prioritaria, a 1/11/2016, después de haber presentado actual ahogo o disnea de pequeños esfuerzos y episodio sincopal, con clasificación funcional III/IV, aún seguía siendo prioritaria, cuando su conducta correcta, armonizada con la lex artis, la literatura médica y/o las guías de práctica clínica, era hospitalizar inmediatamente a la paciente.

Con base en lo anterior, fue un garrafal error del doctor ELIECER VILLAMIZAR, en la consulta del 1/11/2016, haber indicado, de manera confusa, remplazo de válvula mitral, de forma urgente y prioritaria a la vez, justificando su orden al encontrar a la paciente con síncope y en clase funcional III/IV, pero egresando a la paciente, enviándola para su casa, pues, atendiendo la literatura médica antes transcrita y explicada, el episodio de síncope, asociado a la falla cardíaca, y sobre todo en estadio III/IV, era causa suficiente, para imprimirle a la cirugía carácter urgente y no prioritario, que ameritaba hospitalización inmediata, con activación del protocolo de cirugía cardiovascular.

En el mismo sentido, respecto de la consulta del 1/11/2016, encontramos las declaraciones del perito cardiólogo, doctor NELSON MURRILLO y el testigo médico doctor HERNANDO MUÑOZ, quienes, de manera clara, en armonía con la literatura médica esbozada, sostuvieron que, en esta consulta, la paciente tenía una urgencia manifiesta, por tanto, debió ser ingresada de urgencias, para manejo adecuado y oportuno de la falla cardíaca, en una clínica de alta complejidad. Asimismo, sostuvieron categóricamente, que los 42 días transcurridos entre la consulta del 1/11/2016 y la fecha de realización de la cirugía 12/12/2016, afectó de manera considerablemente, el estado clínico de la paciente, ensombreciendo el resultado o pronóstico quirúrgico.

Por su parte, el perito, quien manifestó conocer la historia clínica como la palma de su mano, acreditó fehacientemente, entre otras, la idoneidad y la imparcialidad, para rendir la prueba pericial y posteriormente sustentarla. En efecto, ninguna de las entidades del extremo demandado, objetaron la prueba pericial o la sustentación, por causa alguna. Incluso, la señora Juez, toma afirmaciones de la prueba pericial, para fundamentar algunas de sus decisiones, con lo cual, le atribuye idoneidad e imparcialidad al perito y a su prueba pericial.

Específicamente, respecto de la atención médica del 1/11/2016, el perito, al responder las preguntas 1, 2, y 3, del cuestionario de la prueba pericial, sostuvo textualmente, lo siguiente.

PREGUNTAS:

1. *¿Debió el cirujano cardiovascular ordenar alta de la paciente en las condiciones de ingreso antes descritas el día 1 de noviembre de 2016 con un diagnóstico de insuficiencia cardíaca III/IV y con la urgencia que necesitaba la cirugía de remplazo de la válvula mitral, o por el contrario, debió ordenar hospitalización inmediata, para activar oportuna y eficazmente, el protocolo de cirugía correspondiente y con ello el manejo inmediato de la falla cardíaca agudizada?*

Se revisa la historia clínica de la paciente, siempre estuvo en seguimiento, en esta cita es muy clara la urgencia de intervenir y en relación a su proceso clínico, la paciente debía estar ingresada de formas aguda durante su consulta, donde se defina la cirugía y ser intervenida de forma urgente y hacer su cirugía en mejores condiciones clínicas.

2. *Los 42 días transcurridos desde la consulta de urgencia del 1º de noviembre de 2016, hasta el 12 de diciembre de 2016, ¿constituyó retraso injustificado en la ejecución de la cirugía?*

Si, para 01/11/2016 debía estar ingresada para manejo inmediato y hacer la cirugía en una clínica de alta complejidad y no tener retrasos en su autorización y ordenamientos.

3. *¿En caso afirmativo, qué consecuencias implicó el retraso en la cirugía?*

La cirugía tuvo un claro retraso, de diversas índoles, pero esto afectó de forma importante el estado general y clínico de la paciente, además de llegar a la cirugía en muy malas condiciones generales, lo cual ensombrece más el pronóstico y resultado quirúrgico.

JOSÉ DEL C. MUÑOZ GÓMEZ

Abogado.

En el mismo sentido, en la sustentación, ratificó el perito lo manifestado en la experticia médica, relacionado con las preguntas y respuestas, antes transcritas, y sostuvo, además, que en la consulta del 1/11/2016, la paciente presentaba síntomas clínicos como ahogo y episodios de síncope, que, conforme a la literatura médica, constituían claros criterios de hospitalización inmediata.

En el mismo sentido, declaró el doctor HERNANDO MUÑOZ, quien también dejó totalmente claro, que el 1/11/2016, la paciente estaba agudizada, lo cual, imponía la necesidad de hospitalizarla en la misma consulta, para darle manejo inmediato a la falla cardiaca, mediante la activación inmediata del protocolo de cirugía cardiovascular. Asimismo, sostuvo este galeno, de manera completamente clara, que existió un retardo injustificado en la realización de la cirugía de 42 días, que ocasionó el empeoramiento del estado clínico de la paciente.

No obstante, lo anterior, la señora Juez, les resta credibilidad a sus declaraciones, por el simple hecho, que no fueron los médicos tratantes de la paciente y, además, porque guardan diferencias en criterio, con las declaraciones rendidas por los médicos tratante, ELIECER VILLAMIZARE y LUPO MENDEZ; lo cual, es completamente infundado, pues, las razones mencionadas, son suficiente, para desvirtuar las declaraciones de los doctores NELSON MURILLO y HERNANDO MUÑOZ, no solo, por el claro y contundente conocimiento, que estos mostraron de la historia clínica y del caso en general, sino, además, porque, sus declaraciones armonizan con la literatura médica y las guías de práctica clínica, legal y oportunamente, aportada al proceso.

Asimismo, la señora Juez, resta credibilidad, al testimonio del doctor HERNANDO MUÑOZ, por el simple hecho ser cirujano general, bajo pretexto que lo debatido es de la compleja especialidad de cardiología y cirugía cardiovascular; lo cual, también es infundado probatoriamente, pues, sin desconocer la importancia de las diferencias de las especialidades, no implica esto, una camisa de fuerza insuperable, de tal suerte que, en determinados temas, como valorar la historia clínica de una paciente, antes y después de un evento o referirse al estado clínico o crítico de una persona, no se pueda emitir un concepto verás al respecto; sobre todo, cuando el testigo doctor HERNANDO MUÑOZ, además de declarar conforme a la literatura médica y/o a las guía de práctica clínica, sin que fuera un requisito de ley, acreditó dentro de su hoja de vida, en este proceso, visible a folio 5 del archivo digital 22AnexoEscritoReformaDemanda, de la carpeta CO4ReformaDeLaDemanda, de la carpeta 01PrimeraInstancia, del expediente digitalizado, tener estudios de manejo y cuidado del paciente en unidad de cuidado crítico y, además, manifestó, en su declaración, haber ejercido, por más de 20 años en la unidad de cuidados intensivos en la Clínica del Caribe. No obstante, con el mayor respeto, la señora Juez no prestó atención a este material probatorio.

Al desechar, las declaraciones del doctor HERNANDO MUÑOZ y el perito NELSON MURILLO, de la forma en que se hace, sin verdadero fundamento, se avizora en el fallo, otro de los reparos concretos, realizados al fallo, objeto de apelación, como es, la **FALTA DE MORIGERACIÓN O NO FLEXIBILIZACIÓN DE LA CARGA DE LA PRUEBA. ASOCIADA A LA ERRÓNEA VALORACIÓN DEL MATERIAL PROBATORIO.**

Finamente, el no ser los médicos tratantes y el guardar diferencias en criterio con los doctores tratantes, ELICER VILLAMIZAR y LUPO MENDEZ, en vez de hacer restarles credibilidad a sus declaraciones, debieron ser usadas, para endilgarle clara responsabilidad, al doctor ELIECER VILLAMIZAR y desechar el mentiroso testimonio del doctor LUPO MENDEZ.

No obstante, lo anterior, la señora Juez, al valorar el testimonio del doctor ELIECER VILLAMIZAR, erradamente y sin fundamento alguno, justifica la conducta, de enviar a la paciente, para la casa y darle curso a la cirugía, por consulta externa, por el simple hecho de ser el médico tratante, que conocía el diagnóstico y el seguimiento y por haber hecho recomendaciones, sobre signos de riesgos a la menor y a su familiar, lo cual, es infundado; como se ha venido sosteniendo, su conducta fue contrario a la práctica clínica y realmente, no hizo una recomendación de los signos de alarma o riesgos. Al respecto, refiere textualmente, el galeno, en historia clínica del 1/11/2106, lo siguiente.

“MOTIVO DE LA CONSULTA
ME AHOGO, POP CORRECCIÓN DE AV.”

“ENFERMEDAD ACTUAL
“PACIENTE DE 16 AÑOS CON DX DE MALFORMACIÓN CONGÉNITA CANAL AV PARCIAL MANEJADA QUIRÚRGICAMENTE A LOS 4 AÑOS CON PLASTIA Y CORRECCIÓN DE CANAL AV

JOSÉ DEL C. MUÑOZ GÓMEZ

Abogado.

REFIERE QUE ACTUALMENTE TIENE EPISODIOS DE DISNEA DE PEQUEÑOS ESFUERZOS CON INSUFICIENCIA CARDIACA SEVERA CLASE FUNCIONAL III/IV.”.

“ANÁLISIS”

“PACIENTE CON INDICACIÓN DE REMPLAZO DE VÁLVULA MITRAL POR ESTENOSIS E INSUFICIENCIA SEVERA DE FORMA PRIORITARIA YA QUE PRESENTÓ SINCOPE Y SE ENCUENTRA EN CLASE FUNCIONAL III/IV”.

“SE SOLICITA ORDEN DE REMPLAZO DE VÁLVULA MITRAL CON PRÓTESIS BIOLÓGICA DE LARGA DURACIÓN DE FORMA URGENTE. SE LE COMUNICA A PACIENTE RIESGOS Y BENEFICIOS Y ESTA ACEPTA LA CIRUGÍA, SE LE AVISAN LOS RIESGOS A PACIENTE QUE SI LOS PRESENTA ANTES DEBE INGRESAR POR URGENCIA.”.

Negrilla, subraya y resalto fuera de texto.

“PLAN Y MANEJO

SE SOLICITA ORDEN DE REMPLAZO DE VÁLVULA MITRAL CON PRÓTESIS BIOLÓGICA DE LARGA DURACIÓN DE FORMA URGENTE

Evolución realizada por ELIECER VILLAMIZAR DE LA HOZ-Fecha 01/11/2016 14:50:41”

A diferencia de lo sostenido, en el fallo, por la señora Juez, se observa en las anteriores transcripciones de la historia clínica, el actuar contradictorio y confuso del doctor ELIECER VILLAMIZAR, pues, por una parte, presenta el procedimiento quirúrgico, como prioritario, por episodios sincopales y clasificación funcional III/IV; pero por otra, lo presenta como urgente.

Esta grave contradicción, puso en riesgo la vida de la paciente, sin embargo, con el mayor respeto, la señora Juez, con cierto grado de ingenuidad, creyó plenamente en la declaración del doctor ELIECER VILLAMIZAR, cuando afirma, que, en la consulta del 1/11/2016, la nota de urgencia, registrada en historia clínica, era respecto de la consecución de la válvula, por la demora de las EPS en conseguirla, y no respecto de la realización de la cirugía.

En armonía con lo anterior, la consecución de la válvula, es un asunto netamente administrativo y no clínico, que no incumbe al médico tratante, en efecto, si se le quisiera creer, nada logró, con la supuesta urgencia de la válvula, pues, la cirugía finalmente se practicó el 12/12/2016, con un retardo injustificado de 42 días, después de la fecha solicitada (1/11/2016).

Asimismo, en la sustentación de la prueba pericial, sostuvo el perito, que la válvula o prótesis biológica de larga duración requerida, para la cirugía, se consiguen con facilidad. Por tanto, no son de recibo, las afirmaciones del doctor ELIECER VILLAMIZAR, antes, por el contrario, es claro, que solo busca justificar su contradictorio y confuso actuar.

Incluso, vale la pena preguntarnos, si este galeno se preocupado por demora de la válvula, por qué razón, no tramitó la cirugía como urgente y hospitalizó inmediatamente a la paciente, para activar el protocolo de cirugía cardiovascular y acortar los tiempos por urgencia y no por consulta externa, para practicar la cirugía, lo antes posible y sin demora de ninguna especie, por el bien de la paciente.

Respecto de egresar a la paciente y haber informado a la paciente **signos de riesgos**, con indicación de acudir a urgencia si lo presentaba, no es cierto, que se hayan realizado recomendaciones adecuadas, relacionadas con los signos de alarma, pues, más allá de la declaración de este galeno, se observa en las transcripciones anteriores de la historia clínica, que este galeno, realmente no hace recomendaciones de signos de alarma, pues, en la historia, solo se dice, se le comunica a paciente riesgos y beneficios y esta acepta la cirugía, se le avisan los riesgos a paciente que si los presenta antes debe ingresar por urgencia. Lo cual, amerita las siguientes aclaraciones.

Los riesgos y beneficios de la cirugía, a los que se refiere la historia clínica, hacen referencia, a las explicaciones previas, que hace el cirujano, para obtener del paciente o su familiar, el consentimiento informado, en el cual, precisamente, se plasman los riesgos y beneficios.

Por su parte, los signos de alarma, tienen que ver, única y exclusivamente, con los síntomas, que puede presentar la paciente, mientras espera el procedimiento quirúrgico a realizarse, los cuales deben ser consignados claramente en la historia clínica; no obstante, no fueron consignados, por tanto, justificar la conducta por un presupuesto no cumplido, implica indebida valoración.

JOSÉ DEL C. MUÑOZ GÓMEZ

Abogado.

Incluso, en el remoto evento de consignarse en historia clínica, signos de alarma, con recomendación de asistir a urgencias, en caso de presentarlos, ello no resultaría comparable, con la conducta adecuada, que debía adoptarse, consistente en ingresar a la paciente por el servicio de urgencia, para activación inmediata del protocolo de cirugía cardiovascular y manejo inmediato de la falla cardíaca, sin correr los riesgos de muerte antes mencionados.

Finalmente, a diferencia de lo manifestado por el doctor ELIECER VILLAMIZAR y acogido por la señora Juez, es un error creer, que la menor se encontraba bien o en condiciones normales, por haber ingresó a la consulta caminando y respirando por sí sola y por no ameritar ingreso a unidad de cuidados intensivos.

Lo anterior, no es el punto de discusión, pues, indistintamente de caminar y respirar por sí sola y no requerir la unidad de cuidados intensivos, la menor estaba con ahogo o disnea de pequeños esfuerzos, insuficiencia mitral severa y estenosis moderada, que asociada a síncope, implican un elevado riesgo mortal, conforme a la literatura médica, además, son claros datos de hospitalización y caros datos, que la falla cardíaca crónica empieza a agudizarse o está aguda, por tanto, indistintamente de otras consideraciones, debió hospitalizarse, por lo menos, en una sala normal o general, con activación del protocolo de cirugía cardiovascular, para operarla lo antes posible. En este sentido, se reitera, el doctor ELIECER VILLAMIZAR, en su condición de médico especialista, se equivocó en creer que la intervención quirúrgica podía esperar a ser programada luego de obtener las autorizaciones, pues, por consulta externa como el lo manejó, permitió que tardíamente se practicara el 12/12/2016, lo cual, permitió que la paciente agudizara cada día más, deteriorándose progresivamente su estado clínico, hasta no soportar la cirugía el tardío día en que se practicó.

En cuanto a las declaraciones del doctor LUPO MENDEZ, testigo oficioso, es necesario precisar, que este testimonio, solo podrán dar cuenta, hasta el 20/09/2016, fecha en que remitió y hasta donde trató a la paciente, pues, de allí en adelante, dejó de ser el cardiólogo tratante, por cuanto más nunca volvió a valorarla. Asimismo, en cuanto a los eventos posteriores al 20/09/2016, como la consulta del 1/11/2016, en adelante, no podrá dar cuenta este galeno y no serán de recibo, sus afirmaciones, por cuanto, realmente no conocía la historia clínica de la paciente y a los interrogantes, contestó lleno de contradicciones y evasivas.

No obstante, la señora Juez, al valorar este testimonio de este galeno, le imparte plena credibilidad, afirmando, textualmente, lo siguiente.

“De este mismo criterio fue el medico cardiólogo Lupo Méndez, quien fue el cardiólogo pediatra que atendía a la menor, y al serle preguntado si bajo las condiciones de salud de la menor su cirugía debía ser realizada en forma urgente, manifestó que no, que la menor venia padeciendo de estos síntomas desde hacía un tiempo y que unos meses no iban a cambiar eso.”.

Al respecto, a este testigo, en lo que tiene que ver con la consulta de 1/11/2016 y la cirugía, ni se le preguntó, ni respondió, como lo sostiene la señora Juez. Lo cierto, al respecto, es lo siguiente.

Cuando la señora Juez, le preguntó, si recordaba a esta niña, en particular (paciente), manifestó **no recordarla, muy preciso, porque hace 2 o 5 años que no la veía.**

También manifestó que **presentaba síntomas de desvanecimiento y dolor de pecho.**

También dijo que, **los últimos años que dejó de ver a la paciente no recuerda como estaba.**

En estas primeras respuestas, al sostener, no recordar a la paciente, ni siquiera en los últimos años, ni recordar cómo estaba, demuestran, con absoluta nitidez, que el testigo, doctor LUPO MENDEZ, no tiene claro, ni siquiera, los asuntos relacionados, con la atención médica brindada a la paciente.

En el mismo sentido, existe una gran contradicción, pues, si no se recuerda a la paciente, ni en los últimos años, ni se sabe cómo estaba, ¿cómo es posible, que, si se recuerde, los síntomas que presentaba, como desvanecimiento y dolor de pecho?

Cuando la señora Juez, le preguntó, sobre la cirugía, respondió que, **hasta donde él la vio, no ameritaba cirugía, en ese momento, porque la insuficiencia era muy mínima.**

También dijo que, **si necesitaba cirugía o no, no estaba al tanto de la situación clínica de ese momento, para decir, si era menester o no era menester operarla, pero hasta donde él la vio, no era necesario someterla a acto quirúrgico.**

JOSÉ DEL C. MUÑOZ GÓMEZ

Abogado.

En la primera de esta dos últimas respuestas, afirma el declarante, que hasta donde la vio, ósea, hasta el 20/09/2016, la paciente no ameritaba cirugía, en ese momento, porque la insuficiencia era muy mínima; sin embargo, él mismo declarante y el otro cardiólogo, la remitieron a cirugía cardiovascular, para remplazo valvular mitral prioritario, con fechas 19/08/2016 y 20/09/2016.

Finalmente, si no recuerda a la paciente y si no sabe como está, como es posible que sepa, que la última vez que la vio, no ameritaba cirugía.

Además de lo anterior, frente a preguntas, que le hizo el suscrito apoderado, cambió radicalmente, el enfoque de sus respuestas. En efecto, cuando el suscrito le preguntó, si el tiempo transcurrido entre la remisión prioritaria y la realización de la cirugía, pudo influir de manera considerable en el deterioro del estado clínico de la paciente, manifestó.

No porque no era un acto muy agudo y esta es una niña que tenía la válvula mitral con insuficiencia, entonces era una insuficiencia que estaba tolerándose entonces un día más, un mes más o tres meses más, no influyen en el pronóstico, al menos que en el momento en que se hace el diagnóstico urgente hubiese estado la niña en cuidados intensivos o estado en cuidados delicados con asistencia respiratoria o algo por el estilo que ameritara el remplazo inmediato, pero el tiempo dependiendo la clínica no influía para la catástrofe o la solución final que llevó la niña.

En esta otra respuesta, se evidencia otra gran contradicción y deseo de ocultar la verdad, pues, si el doctor LUPO MENDEZ, *no recuerda a la paciente, si no recuerda cómo estaba cuando la dejó y si no estaba al tanto de la situación clínica de la paciente al momento de la cirugía*

¿Con base en qué afirma, que el tiempo transcurrido entre la remisión y la cirugía, no influyó en el deterioro del estado clínico, ni en la muerte de la paciente, si no conocía el estado clínico?

¿Con base en qué afirma, que, entre el tiempo transcurrido, entre la remisión y la cirugía, no se presentó un acto muy agudo, si no conocía el estado clínico?

Del análisis del anterior testimonio, es totalmente claro, que el doctor LUPO MENDEZ, no habla conforme a la verdad, toda vez que la paciente, a 1/11/2016, presentaba datos de insuficiencia cardíaca agudizada, esto es, insuficiencia mitral severa y estenosis moderada clase funcional III/IV, con ahogo o disnea de pequeños esfuerzos y síncope, que ameritaban internación inmediata.

No de otra manera podía declarar el doctor, LUPO MENDEZ, sino con gran inconsistentemente, como lo hizo, pues desde el 20/09/2016, remitió a la paciente y más nunca la volvió a ver, ni a valorar, Por lo cual, desconocía por completo, el estado clínico de la paciente, como lo reconoció en su declaración. De tal suerte, que afirmar, que la demora en la cirugía no afectó el estado clínico de la paciente, porque el acto, no era muy agudo, es irresponsable, injusto y falso.

En el mismo sentido, el hecho que la paciente venía soportando, la insuficiencia cardíaca, por meses, incluso, por años, no implica esto que, en cualquier momento, no podía agudizar, como para que irresponsablemente afirme que un día más, un mes más o tres meses más, no influyen en el pronóstico. Asimismo, tampoco es de recibo, que una cirugía solo tiene el carácter de urgente, cuando la paciente se encuentra en cuidados intensivos, cuidados delicados o críticos o con ventilación mecánica. Tal afirmación, carece de fundamento, no solo, por no conocer el estado clínico actual de la paciente, como efectivamente lo confesó, sino, además, por contradecir, abierta y considerablemente, la literatura médica relacionada con el asunto y aportada al proceso.

En armonía con lo anterior, la paciente venía con insuficiencia cardíaca crónica y leve, debidamente controlada, pero a partir de agosto y septiembre de 2016, no por síntomas, sino por los resultados de la mesa basculante del 15/06/2016, del eco 2D a color del 20/06/2016, del cateterismo cardíaco del 19/08/2016 y del eco transesofágico del 14/09/2016, que evidenciaron, la insuficiencia mitral severa y la estenosis moderada, la paciente fue remitida, desde el 19/08/2016 y 20/09/2016, para remplazo valvular mitral prioritario.

Solo a partir de la consulta del 1/11/2016, como una evidencia que la insuficiencia mitral valvular, viene agudizándose o descompensándose progresivamente, la paciente refiere, por primera vez, en historia clínica, ahogo o disnea de pequeños esfuerzos y los episodios sincopales, criterios claros de hospitalización, nunca antes referidos, por la paciente.

JOSÉ DEL C. MUÑOZ GÓMEZ

Abogado.

El ahogo o la disnea de pequeños esfuerzos, quizás se pueda predicar de él, que se trata de un síntoma recurrente, propio de la falla cardíaca; pero cuando se torna persistente, constituye un claro criterio de hospitalización, que, asociado al síncope, no solo implica otro criterio de hospitalización, sino un elevado riesgo mortal de acuerdo a la literatura médica citada y explicada anteriormente.

A partir del 20/09/2016, fecha en que la paciente fue remitida, hasta el 1/11/2016, fecha de la consulta, transcurrieron 41 días, tiempo durante, el cual, no le consta a este galeno, si la falla cardíaca, que requería intervención quirúrgica prioritaria, se mantuvo igual o si, por el contrario, se agudizó, como en efecto ocurrió. De tal suerte que afirmar que este término no influyó en el deterioro clínico de la paciente, es completamente infundado y mentiroso.

Con base en lo anterior, respecto de las declaraciones del doctor LUPO MENDEZ, se concluye, que no son de recibo, en primer lugar, por no recordar la propia atención que él le prestó a la menor; asimismo, respecto de la atención del 1/11/2016 en adelante, realmente no conoce la historia clínica, por lo cual, sus respuestas son evasivas y contradictoria, incluso mentirosas. Esto adicionado a que tampoco armoniza sus declaraciones con la literatura médica. De tal suerte que no le asiste razón a la señora Juez, cuando se ampara en este testimonio, para decidir la controversia.

En el presente proceso, la señora Juez, en lo que tiene que ver con esta primera consulta, del 1/11/2016, contrastó, las declaraciones de los doctores HERNANDO MUÑOZ y NELSON MURILLO, con la de los doctores ELIECER VILLAMIZAR y LUPO MENDEZ, haciendo prevalecer, los de estos dos últimos, porque fueron los médicos tratantes de la paciente y porque guardan diferencia en criterios con los primeros. Razones infundadas, pues se desconoce la literatura médica, como si las declaraciones de los médicos tratantes fuera, irrefutable o constituyera palabra sagrada, como erradamente lo ha entendido y lo aplicó la señora Juez.

En el mismo sentido, no podemos perder de vista, que el doctor ELIECER VILLAMIZAR, es el médico demandado, por tanto, sus declaraciones, podrán tornarse parcializadas y engañosas, para exculparse de la responsabilidad médica que se le endilga, sobre todo cuando la paciente objeto del proceso, falleció. Asimismo, el doctor LUPO MENDEZ, confesó en su declaración, haber estado vinculado contractualmente, en un tiempo, con la Clínica la Misericordia, establecimiento de comercio de propiedad de la demandada OINSAMED, por lo cual, su testimonio fue señalado de sospechoso, para que se sometiera a especial valoración, pero injustificada e inexplicablemente, la señora Juez, guardó silencio, frente a este particular señalamiento, y en cambio, faltando a su deber acucioso, revistió el testimonio de este galeno de absoluta credibilidad.

En cuanto a la autorización de la cirugía, encontramos que, el doctor ELIECER VILLAMIZAR, desde el mismo día de la consulta, 1/11/2016 impartió orden médica, para **REPLAZO DE VÁLVULA MITRAL CON PRÓTESIS BIOLÓGICA DE LARGA DURACIÓN**; no obstante, visible a folio 334 del archivo digital 0001Demanda, de la carpeta Co1 Principal, de la carpeta 01 Principal, obra autorización, número 875800132615 del 8/11/2016, expedida por CAJACOPI ESP-S, mediante la cual, erradamente, se autoriza a la paciente, **REPLAZO DE LA VÁLVULA AORTICA Y ORTA ASCENDENTE SOD** (Sin Otra Denominación).

La expedición errada de dicha autorización, implicó un retraso injustificado en la realización de la cirugía, lo cual, como lo sostuvo el perito NELSON MURILLO y el testigo HERNANDO MUÑOZ, armonizado con la historia clínica y la literatura médica aportada, afectó de forma importante el estado general y clínico de la paciente, además de conllevarla a enfrentar la cirugía, en muy malas condiciones generales, hasta el punto de ensombrecer aún más, el pronóstico y resultado quirúrgico.

No obstante, lo anterior, la señora Juez, aunque reconoce en el fallo apelado el error en la expedición y el retraso en la cirugía, al cual no debió ser sometida la menor, tiene en poco el grave y considerable deterioro, que el retraso ocasionó al estado clínico de la paciente.

Al respecto, sostuvo textualmente, la señora Juez en el fallo apelado, lo siguiente.

“Ahora, en lo relacionado con la orden de la cirugía, la cual fue expedida por la EPS CAJACOPI, con un error, el cual fue devuelta y hubo que emitir una nueva, esta judicatura no deja de reconocer que hubo un actuar equivocado por parte de la EPS, al ordenar un procedimiento diferente al ordenado por el galeno, el cual difería en el procedimiento y en los costos de la cirugía, no fue acertado, y que por ende generó un retraso en la programación de la cirugía, al cual no debió ser sometida la menor, no obstante lo anterior, en las declaraciones obtenidas en este proceso, tanto por el cardiólogo tratante de la menor por varios años, como por el cirujano

JOSÉ DEL C. MUÑOZ GÓMEZ

Abogado.

cardiovascular, este retraso no colocó en riesgo la salud de la menor, habida cuenta, que una vez la menor presentó un signo de riesgo, fue llevada a urgencia y desde ese momento hospitalizada y vigilada su patología en el centro médico, es tanto así, que si se procede a revisar la historia clínica en ella se encuentra documentada lo siguiente:”.

No le asiste razón a la señora Juez; en efecto, nótese, que el único argumento que se invoca en el fallo, para menospreciar, el grave y considerable deterioro, que el retraso injustificado de la cirugía ocasionó al estado clínico de la paciente, es, porque el cardiólogo tratante y el cirujano cardiovascular, declararon que este retraso no colocó en riesgo la salud de la menor. Valoración, completamente errada, pues, como se ha venido sosteniendo, la paciente el 1/11/2016, se encontraba con datos claros de falla cardíaca aguda, que evidenciaba los claros criterios de hospitalización inmediata; por tanto, cualquier retraso, en este sentido, era un alto riesgo mortal, se reitera, como claramente, lo sostiene la literatura médica relacionada con el ahogo o disnea de pequeños esfuerzos y los episodios sincopales, aportada al proceso, y, como claramente lo manifestaron los doctores HERNANDO MUÑOZ y NELSON MURILLO. Esto, sin desconocer, que las declaraciones del cardiólogo tratante LUPO MENDEZ y el cirujano cardiovascular ELIECER VILLAMIZAR, requieren de valoración probatoria super especial, por cuanto, el primero de los mencionados, tuvo vinculación contractual con clínica la Misericordia, donde falleció la paciente y el segundo mencionado, es el médico inculpado como el responsable del fallecimiento. Asimismo, tampoco se puede perder de vista que las declaraciones del cardiólogo tratante y el cirujano cardiovascular, no armonizan en lo más mínimo, con la literatura médica antes, estudiada.

En lo concerniente a la autorización, se evidencia, otro de los reparos concretos realizados al fallo, objeto de sustentación, esto es, **LA INTERPRETACIÓN Y APLICACIÓN ERRADA DE LAS NORMAS LEGALES SUSTANCIALES Y NORMAS SUPERIORES, QUE REGLAMENTAN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD.**

Al respecto, la señora Juez, muy a pesar de mencionar algunas normas, en el fallo, realmente, las interpretó y aplicó de manera errada. Para el caso de la solicitud y autorización de la cirugía, muy a pesar de haber sido un reproche categórico, realizado por la parte demandante, a la parte demandada, sobre la atención médica prestada a la paciente, para nada tuvo en cuenta en el fallo, las normas que, particular y exclusivamente reglamentan esta materia, para con base en ellas, entrar a determinar posible responsabilidad, pues, dependiendo del tipo de servicio, por el que se indica el procedimiento quirúrgico, así serán los tiempos de respuesta de la EPS, frente a la orden médica.

En primer lugar, encontramos los artículos 13, 14, 15 y 16 del decreto 4747 de 2.007, expedido, por el entonces, Ministerio de la Protección Social, los cuales, textualmente sostienen, lo siguiente.

“Artículo 13. *Solicitud de autorización de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias. Si para la prestación de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias, las entidades responsables del pago de servicios de salud han establecido como requisito una autorización particular, una vez realizada la atención inicial de urgencias, el prestador de servicios de salud deberá informar a la entidad responsable del pago, la necesidad de prestar el servicio cuya autorización se requiere, utilizando para ello el formato y siguiendo los procedimientos y términos definidos por el Ministerio de la Protección Social, para el efecto. Este proceso no podrá ser trasladado al paciente o a su acudiente y es de responsabilidad exclusiva del prestador de servicios de salud.*

Artículo 14. *Respuesta de autorización de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias. Las entidades responsables del pago de servicios de salud deben dar respuesta a las solicitudes de autorización de servicios siguiendo los procedimientos, mecanismos y en el formato que determine el Ministerio de la Protección Social. Este proceso no podrá ser trasladado al paciente o su acudiente y es de responsabilidad exclusiva de la entidad responsable del pago.*

La respuesta a la solicitud de autorización de servicios posteriores a la atención de urgencias, deberá darse por parte de la entidad responsable del pago, dentro de los siguientes términos:

a. Para atención subsiguiente a la atención inicial de urgencias: Dentro de las dos (2) horas siguientes al recibo de la solicitud.

b. Para atención de servicios adicionales: Dentro de las seis (6) horas siguientes al recibo de la solicitud.

*Carrera 44 No. 40 - 20, Edificio Seguros Colombia, Piso 4º, Oficina 401.

* Teléfono Celular 310 652 80 09. Email: josemg_777@hotmail.com

Barranquilla – Colombia.

JOSÉ DEL C. MUÑOZ GÓMEZ

Abogado.

Atendiendo el procedimiento señalado por el Ministerio de la Protección Social, de no obtenerse respuesta por parte de la entidad responsable del pago dentro de los términos aquí establecidos, se entenderá como autorizado el servicio y no será causal de glosa, devolución y/o no pago de la factura.”.

De la anterior norma transcrita, es completamente claro, que si el doctor ELIECER VILLAMIZAR, hubiese hospitalizado inmediatamente a la paciente y solicitado la autorización de la cirugía, con indicación urgente, como efectivamente lo ameritaba el estado clínico de la paciente, la respuesta de la EPS, no debía tardar, más de dos (2) o seis (6) horas, a partir de la solicitud. Al respecto, es necesario recordar, que la parte demandante, es del criterio, que este galeno, solicitó la cirugía con carácter urgente, pero para justificar su contradictorio actuar, al no hospitalizar inmediatamente a la paciente, manifestó en sus declaraciones, engañosamente, que la urgencia era para la consecución de la válvula y no para la realización de la cirugía, la cual, según él era prioritaria.

Asimismo, es totalmente claro, que el proceso de solicitud y autorización de la orden médica, no podrá ser trasladado al paciente o su acudiente, por ser responsabilidad exclusiva del prestador del servicio y de la entidad responsable del pago, respectivamente.

Asimismo, es totalmente claro, de no obtenerse respuesta por parte de la entidad responsable del pago dentro de los términos establecidos, se entenderá como autorizado el servicio y no será causal de glosa, devolución y/o no pago de la factura. De tal suerte, que, por urgencias, conforme a esta normatividad, todo estaría dado, para intervenir a la paciente, oportunamente, cuando su estado clínico lo ameritaba, indistintamente de la respuesta de la EPS y sin que la entidad prestadora del servicio, corriera riesgo en el cobro del servicio prestado a la paciente.

Ahora bien, si aceptáramos, que la cirugía realmente fue indicada, como prioritaria y no urgente, lo cual, es contradictorio a la práctica clínica, entonces la solicitud de la cirugía tendría carácter de electivo, para lo cual, encontramos, los artículos 15 y 16 del mismo decreto 4747 de 2.007, expedido por el entonces Ministerio de la Protección Social, los cuales, textualmente sostienen lo siguiente.

“Artículo 15. *Solicitud de servicios electivos.* Si para la realización de servicios de carácter electivo, ambulatorios u hospitalarios, las entidades responsables del pago de servicios de salud tienen establecido como requisito la autorización, ésta será diligenciada por el prestador de servicios de salud con destino a la entidad responsable del pago, en el formato de solicitud y con los mecanismos definidos por el Ministerio de la Protección Social.

Artículo 16. *Respuesta de autorización de servicios electivos.* Las entidades responsables del pago de servicios de salud deben dar respuesta a los usuarios de las solicitudes de autorización de servicios electivos tanto ambulatorios como hospitalarios, dentro de los términos, por las vías y en el formato que determine el Ministerio de la Protección Social, sin que el trámite de la autorización pueda ser trasladado al usuario o su acudiente. Este trámite es de responsabilidad exclusiva de la entidad responsable del pago, así como la garantía al usuario de la integralidad de la atención, en función del modelo de atención establecido en los acuerdos de voluntades suscritos con los prestadores de servicios de salud.”.

También encontramos, el artículo 7 de la resolución número 4331 de 2.012 expedida por el entonces Ministerio de la Protección Social, el cual, textualmente sostiene, lo siguiente.

“Artículo 7. Formato y procedimiento para la respuesta de autorización de servicios electivos. Para la respuesta de autorización de servicios electivos de que trata el artículo 16 del Decreto 4747 de 2007 se adoptará el formato definido en el Anexo Técnico No. 4 de la presente resolución. Las entidades responsables del pago deben dar respuesta a la solicitud de autorización de servicios, dentro de los siguientes términos:

1. La respuesta positiva o negativa a la solicitud de autorización de servicios electivos deberá ser comunicada al usuario y enviada al prestador por la entidad responsable del pago, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al recibo de la solicitud en el Formato Único de Autorización. En el caso de que el servicio requerido sea de carácter prioritario, la respuesta a la solicitud deberá ser comunicada al usuario y enviada al prestador por parte de la entidad responsable del pago dentro de los dos (2) días hábiles siguientes al recibo de la solicitud.

JOSÉ DEL C. MUÑOZ GÓMEZ

Abogado.

Finalmente, encontramos, los artículos 120 y 125 del decreto ley 19 de 2.012, los cuales, textualmente sostienen, lo siguiente.

ARTÍCULO 120. TRÁMITE DE AUTORIZACIÓN PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD. Cuando se trate de la atención ambulatoria, con internación, domiciliaria, de urgencias e inicial de urgencias, el trámite de autorización para la prestación de servicios de salud lo efectuará, de manera directa, la institución prestadora de servicios de salud IPS, ante la entidad promotora de salud, EPS. En consecuencia, ningún trámite para la obtención de la autorización puede ser trasladado al usuario.

“Texto original del Decreto 19 de 2012:

ARTÍCULO 125. AUTORIZACIONES DE SERVICIOS DE SALUD. Las Entidades Promotoras de Salud, EPS, tendrán la obligación de contar con sistemas no presenciales para autorizar los servicios de salud, de tal forma que el afiliado no tenga que presentarse nuevamente para recibir la misma. En ningún caso las autorizaciones podrán exceder los cinco (5) días hábiles contados a partir de la solicitud de la autorización. De igual forma, las EPS contarán con sistemas de evaluación y seguimiento de los tiempos de autorización que deberán reportarse a la Superintendencia Nacional de Salud y publicarse periódicamente en medios masivos de comunicación.”.

De estas otras normas transcritas, que reglamentan la solicitud y autorización de los servicios electivos, es completamente claro, que la solicitud de autorización de cirugía, debió ser diligenciada por el prestador de servicios de salud, esto es, por el doctor ELIECER VILLAMIZAR y/o la Clínica Misericordia, con destino a la entidad responsable del pago, esto es, CAJACOPI EPS-S.

Asimismo, es totalmente claro, que aún para los servicios electivos, el trámite de solicitud y autorización, no pueden ser trasladado al usuario, sino que será gestionado directamente entre el prestador del servicio de salud y la entidad responsable del pago, por tanto, en ningún caso, estos trámites puedan ser trasladado al usuario, ni será necesario que el usuario tenga que presentarse nuevamente a la entidad, para recibir la autorización correspondiente.

De igual modo, es claro, que la respuesta, en solicitudes de servicios electivos, deberá ser comunicada al usuario y enviada al prestador del servicio por la entidad responsable del pago, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al recibo de la solicitud; pero tratándose de servicios electivos priorizados, el tiempo de respuesta, se reduce a dos (2) días siguientes, a la solicitud.

No obstante, lo anterior, en primer lugar, el doctor ELIECER VILLAMIZAR y/o la Clínica Misericordia, establecimiento de comercio de propiedad de la demandada OINSAMED, según consta en certificado de existencia y representación legal aportado, irresponsablemente, con grave violación a las normas transcritas y estudiadas y desconociendo el verdadero estado clínico de la paciente, según consta en su propia declaración, le entregaron la orden médica de cirugía a la madre, para que ésta por su propia cuenta y riesgo, gestionara la autorización, ante la EPS.

Por su parte, CAJACOPI, expidió la autorización, con fecha 8/11/2016, con el error ya referido, y también de manera irresponsable, con grave violación de la ley y desconociendo la condición clínica de la paciente, le entregaron la autorización de la cirugía, a la madre, para que ésta, por su propia cuenta y riesgo, gestionara la programación de la cirugía, ante el prestador del servicio.

Al estar errada la orden, el prestador del servicio, Clínica La Misericordia, devolvió la orden, haciendo volver a la madre de la menor, nuevamente a la EPS, para la corrección correspondiente, donde le recibieron la orden errada y quedaron en llamarla, pero nunca la llamaron.

Con base en lo anterior, es completamente notorio, que tanto el doctor ELIECER VILLAMIZAR, como la Clínica La Misericordia, prestadores del servicio, como CAJACOPI EPS-S, entidad responsable del pago, violaron grave y ostensiblemente la ley, en lo relacionado con el procedimiento de solicitud y autorización de la orden médica de cirugía, lo cual, ocasionó un retardo injustificado en la realización de la cirugía, pues, solo fue posible realizarla, hasta el 12/12/2016, lo cual, a diferencia de lo declarado, por los galenos ELIECER VILLAMIZAR y LUPO MENDEZ, y, a diferencia también de lo entendido, por la señora Juez, en la valoración probatoria, si ocasionó un verdadero deterioro al estado clínico de la paciente, que ensombreció el resultado quirúrgico, como

JOSÉ DEL C. MUÑOZ GÓMEZ

Abogado.

amplia y claramente se ha venido sosteniendo, con la prueba pericial, la sustentación del perito, la declaración del testigo médico de la parte demandante y con la literatura médica relacionada con el ahogo o disnea de pequeños esfuerzos y el episodio sincopal, referidos por la paciente y consignados en historia clínica.

En conclusión, en armonía con la normatividad estudiada, muy distinto habría sido, si se expide la autorización correctamente y si se hubiesen cumplido los términos legales, bien sea de la solicitud urgente, o bien sea, de la solicitud de servicios electivos, es decir, si la autorización se solicita con urgencia y se expide, dentro de las dos o seis horas o se solicita electiva y expide dentro de los cinco o dos días, después de solicitada, la cirugía se hubiese podido realizar, mucho tiempo antes en mejores condiciones clínicas y no esperar que la paciente se deteriorará más en su estado clínico, sobre todo, corriendo el elevado riesgo de muerte, que implicaba la falla cardíaca, asociada al ahogo o disnea persistente de pequeños esfuerzos y el actual episodio sincopal, claramente definido en literatura médica, legal y oportunamente aportada al proceso, por la parte demandante.

En cuanto al informe preliminar de la Secretaría de Salud del Distrito de Barranquilla, visible, en el archivo digital 20AnexoEscritoReformaDemanda, de la carpeta CO4ReformaDeLaDemanda, de la carpeta 01PrimeraInstancia, traído a colación al fallo, por la señora Juez, en el que fundamenta su decisión de no encontrar en su abordaje alguna irregularidad, que hubiera puesto en peligro la vida de la menor, por cuanto, en este informe también se establece, que, en el abordaje, no se encuentra irregularidad alguna. es menester precisar, con el mayor respeto, los siguientes comentarios.

Al respecto, abierta, ligera y erradamente, la señora Juez, valora este informe; pues, obsérvese que, en el fallo apelado, objeto de sustentación, viene valorando y haciendo referencia, aún a la consulta del 1/11/2016, sin embargo, extrañamente, trae a colación, este informe, cuyo pronunciamiento, tiene que ver, única y exclusivamente, con la atención recibida por la paciente, desde el 25/11/2016, en adelante, según da cuenta la **“RESEÑA DEL CUADRO CLÍNICO”** del mismo informe preliminar, en comento, lo cual, resulta completamente desatinado probatoriamente.

Asimismo, desconoce la señora Juez, que se trata de un informe preliminar que, como tal, no hace a tránsito a cosas juzgadas, ni sus conclusiones tienen carácter definitivo. Incluso, en oficio QUILLA-18-079212 de mayo 7 de 2.018, visible al inicio del mismo archivo digital que contiene el informe preliminar, se expresa claramente que, en su carácter preliminar, solo tiene fuerza probatoria, inicialmente, para ordenar la apertura de una investigación igual preliminar y estará sometido al trámite del proceso administrativo sancionatorio, al derecho a la defensa. De tal suerte que fundamentar decisiones judiciales, en un informe preliminar y desechar el abundante y contundente material probatorio, que acredita responsabilidad médica, resulta demasiado descabellado.

En el mismo orden de ideas, este informe preliminar, fue aportado por la parte demandante, para sustentar solicitud de prueba, consistente en que la entidad responsable, fuera oficiada, para emitir el informe final. No obstante, muy a pesar de haberse oficiado, nunca se obtuvo respuesta. En gracia de discusión, es menester aclarar, que el informe preliminar, en ninguno de sus apartes, sostiene, que, en su abordaje, no se encuentra irregularidad alguna, como erradamente, lo afirma en el fallo, la señora Juez. Lo único que sostiene el informe, en cuanto a irregularidades se refiere, es lo siguiente: **“se puede evidenciar que no se incurrió presuntamente en una falla en la prestación del servicio médico con calidad...”**.

Al respecto, no asegura el informe preliminar, que no haya encontrado en el abordaje irregularidad alguna, como erradamente lo sostiene la señora Juez; pues, el informe preliminar, solo hace referencia a la expresión presuntamente, si que esto implique asegurarlo.

Asimismo, el no evidenciar presuntamente una falla del servicio, hace referencia a la asistencia médica como tal, y no al trámite administrativo de solicitud y autorización de la cirugía, sin embargo, la señora Juez, erradamente, so solo lo toma como una afirmación, sino que, además, lo generaliza indebidamente a todos los eventos tratados en el informe preliminar.

En cuanto a la solicitud y autorización de la cirugía, puntual y textualmente, sostiene este informe preliminar, en las **“CONCLUSIONES”**, lo siguiente.

“Se observó una demora no justificada por parte de la EPS para emitir la orden o autorización de la cirugía cardiovascular, si esta fue justificada y solicitada de manera urgente y prioritaria...”.

“Por lo anterior se considera presuntamente que la EPS debió cumplir con el deber de oportunidad en la prestación de los servicios médicos de esta paciente, como dice el numeral 2º, artículo 3º del decreto 1011 de 2.006.”

JOSÉ DEL C. MUÑOZ GÓMEZ

Abogado.

Con base en la anterior transcripción, no le asiste razón a la señora Juez, pues es completamente claro, que, en cuanto a la autorización de la cirugía, se expresa en el informe, que se encuentra demora injustificada en la EPS, pues, la cirugía fue justificada y solicitada de manera urgente y prioritaria. Sin embargo, la señora Juez, erradamente, tiene en poco el informe, en este sentido.

Aunado a lo anterior, sostiene el informe preliminar, que la cirugía, se justificó y se solicitó de manera urgente y prioritaria; lo cual, armoniza con la historia clínica, habita cuenta que efectivamente, en la solicitud de la cirugía, se dice, por un lado, que era urgente, y por otro lado, se indicó, que era prioritaria, lo cual, implicó una gran contradicción; sin embargo, la señora Juez, creyó a las engañosas declaraciones del doctor ELIECER VILLAMIZAR, cuando afirmó que la cirugía la indicó prioritaria, y no por urgencia, con la única intención de justificar su contradictorio actuar al no hospitalizar a la paciente desde el 1/11/2016 como lo ameritaba su estado clínico.

Finalmente, con el mayor respeto, es totalmente cuestionable, que la señora Juez, deseche las declaraciones del testigo médico de la parte demandante, por no ser el médico tratante y por ser un cirujano general y no un cirujano cardiovascular. Asimismo, se desecha, la prueba pericial y las declaraciones de la sustentación del perito, por no ser el médico tratante y por guardar diferencias en criterio con los médicos tratante; pero le imparta plena credibilidad, al informe preliminar, sin saber si fue rendido, por un abogado, por un médico, etc., y en caso de tratarse de un médico, sin saber, si se trata de un médico general, y, en caso de ser especialista, sin saber que especialidad tiene. En efecto, el informe preliminar, está suscrito, por ALFREDO CUENTA G, con cargo de profesional especializado, sin más datos al respecto. No solo existe valoración errada del material probatorio, sino, además, incongruencia en los postulados de valoración. Pues, no es de recibo, desechar pruebas, por una supuesta causa, pero acoger, las que realmente adolecen de esa causa.

✓ ATENCIÓN MÉDICA BRINDADA A LA PACIENTE DURANTE LA CONSULTA DEL 25/11/2016.

En esta otra consulta, del 25/11/2016 del servicio de urgencias, la señora Juez, luego de valorar erradamente, algunas notas de evoluciones médicas y de no armonizar, adecuadamente la aceptada la literatura médica con el material probatorio, insiste en sus convicciones erradas, tales como, que la paciente ingresó a urgencias y en los días posteriores a su ingreso por urgencias del día 25 de noviembre de 2016, no presenta complicaciones que alteren su estado de salud, que para llevarla a cirugía le hicieron terapias respiratorias, sin anotación adversa, que nunca estuvo en cuidados intensivos, previo a la cirugía, que su estado de salud era controlado y estable, que el síncope fue un signo de alarma que no volvió a presentar, que tampoco presentó inestabilidad hemodinámica en el tiempo de su hospitalización antes de ser practicada la cirugía y que siempre se lee estable. Por lo cual no encuentra incumplimiento al deber legal, den la atención recibida antes de la cirugía.

No obstante, lo anterior, lo que verdaderamente aflora del material probatorio debidamente estudiado y valorado, es lo siguiente.

En primer lugar, obra, visible a folios 103, del archivo digital 0001Demanda, de la carpeta Co1Principal, de la carpeta 01PrimeraInstancia, del expediente digitalizado, notas de evolución médica del médico general ALEXANDER VEGA, la cual, textualmente refieren lo siguiente.

“TRIAGE (MOTIVO DE CONSUTA)”

“TRIAJE II GINECOBSTÉTRICO”

“OBSERVACIONES”

“PACIENTE FEMENINA DE 16 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE POP CORRECCIÓN DE CANAL AV COMPLETO HACEN 12 AÑOS, QUIEN INGRESA EL DÍA DE HOY POR CUADRO DE DIFICULTAD RESPIRATORIA PROGRESIVA Y VÉRTIGO DESPUÉS DE EPISODIO SINCOPAL EL DÍA DE HOY POR LO CUAL CONSULTA, POR LO CUAL SE DECIDE INGRESAR PARA MANEJO Y VALORACIÓN POR EL SERVICIO DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR (DR. VILLAMIZAR MÉDICO TRATANTE)”.

Asimismo, obra, visible a folio 105 y 106, del mismo archivo digital, notas de evolución médica, realizadas, por el cirujano cardiovascular tratante, ELIECER VILLAMIZAR, no tenidas en cuenta, por la señora Juez, al momento de la valoración, la cuales, textualmente refieren, lo siguiente.

JOSÉ DEL C. MUÑOZ GÓMEZ

Abogado.

“EVOLUCIÓN MÉDICO

PACIENTE FEMENINA DE 16 AÑOS CON DX DE MALFORMACIÓN CONGÉNITA CANAL AV PARCIAL MANEJADA QUIRÚRGICAMENTE A LOS 4 AÑOS CON PLASTIA Y CORRECCIÓN DEL CANAL AV REFIERE Q ACTUALMENTE TIENE EPISODIOS DE DISNEA DE PEQUEÑOS ESFUERZOS. SENSACIÓN DE MAREO Y EPISODIO DE SÍNCOPE. CON INSUFICIENCIA CARDIACA SEVERA CLASE FUNCIONAL III/IV...”.

“PACIENTE DE 16 AÑOS CON DIAGNÓSTICO DE MALFORMACIÓN CONGÉNITA CANAL AV PARCIAL MANEJADA QUIRÚRGICAMENTE A LOS 4 AÑOS CON PLASTIA Y CORRECCIÓN DEL CANAL AV. REFIERE Q ACTUALMENTE TIENE EPISODIOS DE DISNEA DE PEQUEÑOS ESFUERZOS. CON INSUFICIENCIA CARDIACA SEVERA CLASE FUNCIONAL III/IV. EN TRATAMIENTO CON ENALAPRIL 5MG DIA. TRAE REPORTE DE ECOTRANSESOFÁGICO DE 09-09-2016 QUE MUESTRA: 1-POP DE CORRECCIÓN DE CANAL AV 2- DILATACIÓN SEVERA DE LA AURÍCULA IZQUIERDA 3- DOBLE LESIÓN VALVULAR MITRAL INSUFICIENCIA SEVERA Y ESTENOSIS MODERADA 4- INSUFICIENCIA TRICÚSPIDE LEVE 5- NO TROMBOS INTRACAVITARIOS. CATETERISMO CARDIACO MUESTRA POSQUIRÚRGICO ALEJADO DE CANAL AV. DOBLE LESIÓN MITRAL SEVERA, DILATACIÓN SEVERA DE LA AURÍCULA IZQUIERDA HTP LEVE. PACIENTE CON INDICACIÓN DE REPLAZO DE VÁLVULA MITRAL POR ESTENOSIS E INSUFICIENCIA SEVERA. DE FORMA URGENTE YA QUE CLÍNICA DEL PACIENTE ES LARGA YA QUE PRESENTÓ SÍNCOPE Y SE ENCUENTRA EN CLASE FUNCIONAL III/IV. PACIENTE QUIEN SE ENCUENTRA EN REGULARES CONDICIONES GENERAL, CIFRAS TENSIONALES DENTRO DE LAS METAS SE INDICA CIRUGÍA CARDIOVASCULAR DE CAMBIO VALVULAR MITRAL POR PROTESIS BIOLÓGICA DE LARGA DURACIÓN DE FORMA URGENTE Y SE COMUNICA A PACIENTES RIESGOS Y BENEFICIOS DE PROCEDIMIENTO QUIEN ACEPTA LA CIRUGÍA POR LO QUE SE INICIA PROTOCOLO DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR Y SE INDICA TRASLADO A SALA GENERAL. PACIENTE QUIEN CONTINUA BAJO VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO MÉDICO PRONÓSTICO SUJETO A EVOLUCIÓN CLÍNICA.”.

En el mismo sentido, obra, visible a folio 109 y 110, del mismo archivo digital, notas de evolución médica, realizadas, por el médico internista JOAQUÍN RODRÍGUEZ GÓMEZ, también, valorada erradamente, por la señora Juez, la cual, textualmente refieren lo siguiente.

ANÁLISIS

PACIENTE FEMENINA DE 16 AÑOS LLEGA A SALA CARDIOVASCULAR PROCEDENTE DEL SERVICIO DE URGENCIAS CON DX DE MALFORMACIÓN CONGÉNITA CANAL AV PARCIAL MANEJADA QUIRÚRGICAMENTE A LOS 4 AÑOS CON PLASTIA Y CORRECCIÓN DEL CANAL AV, ACTUALMENTE TIENE EPISODIOS DE DISNEA DE PEQUEÑOS ESFUERZOS, SENSACIÓN DE MAREOS Y EPISODIOS DE SINCOPE, TRAE REPORTE DE ECOTRANASSESOFGICO DE 09-09-2016 QUE MUESTRA: 1- POP DE CORRECCIÓN DE CANAL AV 2-DILATACION SEVERA DE LA AURÍCULA IZQUIERDA 3- DOBLE LESIÓN VALVULAR MITRAL INSUFICIENCIA SEVERA Y ESTENOSIS MODERA 4- INSUFICIENCIA TRICÚSPIDEA LEVE 5- NO TROMBOS INTRACAVITARIOS. CATETERISMO CARDIACO MUESTRA POSQUIRÚRGICO ALEJADO DE CANAL AV, DOBLE LESIÓN MITRAL SEVERA, DILATACIÓN SEVERA DE LA AURÍCULA IZQUIERDA HTP LEVE.

VALORADA POR EL SERVICIO DE CX CARDIOVASCULAR (DR VILLAMIZAR) QUIEN DA INDICACIÓN PARA REEMPLAZO DE VÁLVULA MITRAL POR ESTENOSIS E INSUFICIENCIA SEVERA POR PRÓTESIS BIOLÓGICA DE LARGA DURACIÓN DE FORMA URGENTE YA QUE PACIENTE SE ENCUENTRA EN REGULARES CONDICIONES GENERALES DADO POR DISNEA SÚBITA, CIFRAS TENSIONALES DENTRO DE LAS METAS, SE INDICA CIRUGÍA CARDIOVASCULAR. PACIENTE DEBE CONTINUAR EN SALA COMPLETANDO PROTOCOLO DE CX CARDIOVASCULAR.

De las notas, antes transcritas, a diferencia de lo manifestado, por la señora Juez, se evidencia, que el 25/11/2016, la paciente ingresa con datos claros de insuficiencia cardiaca, aún más agudizada, por dificultad respiratoria progresiva, vértigo, síncope, disnea de pequeños esfuerzos, sensación de mareo, con insuficiencia cardiaca severa clase funcional III/IV y en regulares condiciones generales. Esto sin dejar de hacer referencia a clínica larga de la paciente, que exclusivamente, mencionó el doctor ELIECER VILLAMIZAR, dando a entender el tiempo del estado clínico o deterioro progresivo, que, a juicio de la parte demandante, inicia desde el 1/11/2011, al referirse por primera vez los síntomas nuevos e indicativos de descompensación o agudización.

JOSÉ DEL C. MUÑOZ GÓMEZ

Abogado.

En segundo lugar, para corroborar lo anterior, obra, visible a folio 217, del mismo archivo digital, notas de evolución médica, realizadas, por el médico general RICARDO LUIS GÁMEZ CERCHAR, también, valorada erradamente, por la señora Juez, la cual, textualmente refieren lo siguiente.

“SE TRATA DE PACIENTE CON HISTORIA DE CARDIOMIOPATÍA CONGÉNITA A QUIEN SE LE REALIZÓ PLASTIA DE VÁLVULAS AURICULOVENTRICULARES A LOS 4 AÑOS. VENIA CON DATOS DE FALLA CARDIACA DESCOMPENSADA, LUEGO DE ESTUDIOS IMAGENOLÓGICOS DECIDEN REMPLAZO VALVULAR MITRAL. ES LLEVADA A CIRUGÍA HOY, TRASLADAN A UCI PARA MANEJO DE SU POSOPERATORIO”

En el mismo sentido, obra, visible a folio 221, del mismo archivo digital, notas de evolución médica, realizadas, por el médico internista CARLOS EDUARDO REBOLLEDO MALDONADO, también, valorada erradamente, por la señora Juez, la cual, textualmente refieren lo siguiente.

“PACIENTE FEMENINA DE 16 AÑOS DE EDAD, (CON CARACTERISTICAS ANTROPOMORFICAS QUE MANTIENEN QUE MANTIENEN QUE MANTIENEN POR FUERA DEL LÍMITE PARA LA EDAD) INGRESÓ A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PROCEDENTE DE QUIRÓFANO. LUEGO DE REMPLAZO DE VÁLVULA MITRAL SE TRATA DE PACIENTE CON HISTORIA DE CARDIOMIOPATÍA CONGÉNITA A QUIEN SE LE REALIZÓ PLASTIA DE VÁLVULAS AURICULOVENTRICULARES A LOS 4 AÑOS. VENIA CON DATOS DE FALLA CARDIACA DESCOMPENSADA, LUEGO DE ESTUDIOS IMAGENOLÓGICOS DECIDEN REMPLAZO VALVULAR MITRAL. ES LLEVADA A CIRUGÍA HOY, A SU INFRESO A UCI INTUBADA”.

Con base en estas dos últimas notas, donde clara y textualmente se indica que la paciente venía con datos de falla cardiaca descompensada o agudizada, y el resto de las notas, se corrobora el mal estado de la paciente, que pudo desencadenar en muerte súbita. Estado clínico actual, que refleja el deterioro progresivo del estado de salud, al que se le ha venido sometiendo a esta paciente, por falta de atención oportuna y de calidad, esto es, no haberla hospitalizado desde el 1/11/2016. No tiene presentación a la luz de la buena práctica clínica o la lex artis y el principio de oportunidad, que esta paciente, desde el 16/08/2016, haya sido remitida para cirugía cardiovascular prioritaria y a 25/11/2016, es decir, 3 meses y 9 días después, ni se haya realizado la cirugía, ni se haya autorizado la orden médica solicitada, desde el 1/11/2016. Todo este retraso y el deterioro del estado clínico, fue ocasionado, por no haber hospitalizado a la paciente desde el 1/11/2016, cuando también tenía síntomas claros de falla cardiaca agudizada o descompensada y de hospitalización inmediata, casi los mismos, por los que ahora a su ingreso a urgencias del 25/11/2016, se le declara clínica y expresamente agudizada o descompensada.

En el mismo sentido, no es de recibo, lo afirmado por la señora Juez, tomado de los doctores LUPO MENDEZ y ELIECER VILLAMIZAR, que al no estar la paciente ingresada a la unidad de cuidados intensivos o con un respirador mecánico, es sinónimo de estar bien, controlada o estable.

Tampoco es de recibo, ni cierto, lo afirmado por la señora Juez y los doctores LUPO MENDEZ y ELIECER VILLAMIZAR, que la paciente, ya había presentado estos síntomas y que eran característicos de su condición médica de base. Al respecto se aclara, lo siguiente.

Los síntomas característicos, que eventualmente presentaba la paciente, era ahogo de medianos y grandes esfuerzos y en oportunidades, sensación de cansancio, no obstante, los síntomas como el ahogo o disnea de pequeños esfuerzos reiterativa, el vértigo, el síncope, la dificultad respiratoria progresiva, eran síntomas nuevos indicativos del deterioro progresivo del estado clínico de la paciente y de la agudización de la falla cardiaca. Al respecto, no obra evidencia alguna en la historia clínica, ni aún en el expediente en general, que acredite que estos síntomas, en su conjunto, los había presentado la paciente con antelación. En franca honestidad y rectitud, obra a folio 77 del archivo digital 04AnexoEscritoReformaDemanda, de la carpeta Co4ReformaDemanda, de la carpeta 01PrimeraInstancia, del expediente digitalizado, hoja de preanestesia del Camino Simón Bolívar, del 11/08/2014, donde por única vez, se refirió disnea de pequeños esfuerzos, pero de allí, ni antes, ni después, obra prueba alguna, que pruebe presencia de estos síntomas.

Con base en las mismas notas, antes transcritas, es totalmente claro que el doctor ELIECER VILLAMIZAR, hospitalizó a la paciente, indicó cirugía como urgente y activó en ese mismo día el protocolo de cirugía cardiovascular.

*Carrera 44 No. 40 - 20, Edificio Seguros Colombia, Piso 4º, Oficina 401.

* Teléfono Celular 310 652 80 09. Email: josemg_777@hotmail.com

Barranquilla – Colombia.

JOSÉ DEL C. MUÑOZ GÓMEZ

Abogado.

No obstante, tanto CAJACOPI EPS-S, como el prestador del servicio (OINSAMED – CLÍNICA LA MISERICORDIA – ELIECER VILLAMIZAR), con empecinado e injusto incumplimiento, al deber legal de oportunidad, consagrado en el numeral 2º del artículo 3º del decreto 1011 de 2.006, no prestaron la atención médica oportunamente, de calidad y suficiente, que requería la paciente.

Sin embargo, la señora Juez en el fallo, sostiene que el error administrativo de la EPS, no fue la consecuencia del desenlace fatal de la menor, habida cuenta que, al estar la niña hospitalizada, se le brindaron todos los tratamientos, terapias, laboratorios que la menor requería, para ponerla a punto para llevarla a cirugía. Asimismo, sostiene la señora Juez, que revisado las anotaciones no se encuentra en ella alguna anotación que determinara el mal estado de la menor, que requería de manera urgente la mencionada cirugía.

Al respecto, es completamente errado e incomprensible, que a 25/11/2016, la señora Juez aún tenga la convicción, que la cirugía continuaba siendo prioritaria y que la menor no estaba en mal estado, cuando el mismo cirujano cardiovascular, en la historia clínica, para la consulta del 25/11/2016, manifestó claramente, que la paciente estaba indicada con remplazo de válvula mitral por estenosis e insuficiencia severa, de forma **urgente**, ya que la clínica del paciente es larga, presentó síncope, se encuentra en clase funcional III/IV y **se encuentra en regulares condiciones general**. En los mismos términos se expresó el internista, al punto que de activarse, el mismo día, el protocolo de cirugía cardiovascular. Por tanto, si la cirugía no se realizaba, no era por falta de urgencia, ni porque se estuviera poniendo en punta la paciente, para cirugía, sino porque CAJACOPI, injustificadamente, no se dignó expedir la nueva autorización o corregir la errada, que había expedido y que le venía solicitada, desde la consulta del 1/11/2016.

Asimismo, el prestador del servicio (OINSAMED – CLÍNICA LA MISERICORDIA – ELIECER VILLAMIZAR), con violación a la ley, tampoco se dignó practicar oportunamente la cirugía a la paciente, como en efecto, se lo permitía la ley, así no fuese autorizada, por CAJACOPI EPS-S.

En armonía con lo anterior, obra en la historia clínica, no menos de veintiún (21) anotaciones reales, en las que consta, que no se realizaba la cirugía, por estarse a la espera, que CAJACOPI expidiera la autorización, visibles a folios 116, 117, 126, 133, 138, 139, 151, 156, 158, 160, 163(2), 164, 168, 170, 174(2), 180, 184, 188, 190, las cuales, textualmente refieren, lo siguientes.

“Se espera autorización por parte de la EPS para intervención QX.”

“Pendiente autorización de remplazo valvular”.

“En espera autorización por parte de la EPS para intervención QX.”

“Paciente quien encuentra a la espera de autorización por parte de su EPS para realización de procedimiento quirúrgico”.

“Pendiente autorización de su EPS para remplazo valvular”.

“A la espera de autorización por parte de su EPS procedimiento quirúrgico.”

“Se espera programación para CX previa autorización. Continúa igual manejo en sala general.”

“Pendiente autorización de RVM” (reemplazo valvular mitral)

“A la espera programación para CX previa autorización la cual se encuentra pendiente. Continúa igual manejo en sala general.”

“(P) Autorización de procedimiento ordenado”.

“A la espera de programación para CX previa autorización. Continua igual manejo en sala general.”

“Pendiente autorización de CX cardiovascular por parte de EPS”.

“Pendiente autorización de su EPS para remplazo valvular”.

JOSÉ DEL C. MUÑOZ GÓMEZ
Abogado.

“Pendiente autorización, continua igual manejo en sala general.”

“Pendiente autorización de su EPS para remplazo valvular”.

“En protocolo de CX cardiovascular para remplazo de válvula mitral. Pendiente autorización.”.

“Pendiente autorización de su EPS para remplazo valvular”.

“Pendiente autorización para remplazo valvular”.

“Pendiente autorización de su EPS para remplazo valvular”.

“Pendiente autorización de RVM”.

“Pendiente autorización de CX cardiovascular por parte de EPS”.

Hasta el folio 193, donde el 9/12/2016, se programa cirugía tentativamente, para el 12/12/2016, parecer ser que, en esta fecha, fue que la EPS, tardía e injustificadamente autorizó, la cirugía. No obstante, se aclara, que el representante legal de CAJACOPI, manifestó falsamente en su declaración que habían expedido nueva autorización con fecha 23/11/2016, la cual, no aparece en ninguna parte del expediente.

Al respecto, es menester aclarar, que la EPS, no solo expidió errada la autorización solicitada, desde el 1/11/2011, sino que, además, retardó hasta el cansancio la corrección, hasta el punto que después de haberse solicitado autorización urgente con hospitalización de la paciente, a partir del 25/11/2016, aún persiste en su sistemática negligencia, pues, solo hasta el 9/12/2016, al parecer autorizó y se programó la cirugía, para el 12/12/2016.

No es cierto entonces, lo afirmado por la señora Juez en el fallo, cuando sostiene que la paciente estaba hospitalizada recibiendo todos los cuidados para ser puesta en punta para la cirugía, pues la realidad que brota de la historia clínica, es el ilegal e injusto retraso, en la realización de la cirugía, y el deterioro progresivo del estado clínico que traía la paciente, desde el mismo 1/11/2016 y que ya estando ingresada desde el 25/11/2016, aún se continuó, por no practicar oportunamente la cirugía.

Ahora, si bien le asiste responsabilidad a CAJACOPI, por no expedir la autorización en armonía con el principio de oportunidad, también le asiste responsabilidad al prestador del servicio (OINSAMED – CLÍNICA LA MISERICORDIA – ELIECER VILLAMIZAR), por no practicar oportunamente la cirugía, pues, si la cirugía fue solicitada inicialmente, desde el 1/11/2016, frente a lo cual se expidió orden errada. Posteriormente, el 25/11/2016, ya en el servicio de urgencia, el doctor ELIECER VILLAMIZAR, indica en historia clínica, cirugía cardiovascular de cambio valvular mitral, por prótesis biológica de larga duración de forma urgente, con activación del protocolo de cirugía cardiovascular. Por tanto, si pasado el tiempo de espera, que establece la ley, para que CAJACOPI emitiera la autorización, no debió esperar el prestador del servicio, la autorización, pues la ley le faculta a prestar el servicio y luego cobrarlo sin inconveniente alguno.

Al respecto, sostiene el artículo 13 del decreto 4747 de 2.007 expedido por el entonces Ministerio de la Protección Social, lo siguiente.

“Artículo 13. Solicitud de autorización de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias. Si para la prestación de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias, las entidades responsables del pago de servicios de salud han establecido como requisito una autorización particular, una vez realizada la atención inicial de urgencias, el prestador de servicios de salud deberá informar a la entidad responsable del pago, la necesidad de prestar el servicio cuya autorización se requiere, utilizando para ello el formato y siguiendo los procedimientos y términos definidos por el Ministerio de la Protección Social, para el efecto. Este proceso no podrá ser trasladado al paciente o a su acudiente y es de responsabilidad exclusiva del prestador de servicios de salud.

Artículo 14. Respuesta de autorización de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias. Las entidades responsables del pago de servicios de salud deben dar respuesta a las solicitudes de autorización de servicios siguiendo los procedimientos, mecanismos y en el formato que determine

JOSÉ DEL C. MUÑOZ GÓMEZ

Abogado.

el Ministerio de la Protección Social. Este proceso no podrá ser trasladado al paciente o su acudiente y es de responsabilidad exclusiva de la entidad responsable del pago.

La respuesta a la solicitud de autorización de servicios posteriores a la atención de urgencias, deberá darse por parte de la entidad responsable del pago, dentro de los siguientes términos:

a. Para atención subsiguiente a la atención inicial de urgencias: Dentro de las dos (2) horas siguientes al recibo de la solicitud.

b. Para atención de servicios adicionales: Dentro de las seis (6) horas siguientes al recibo de la solicitud.

Atendiendo el procedimiento señalado por el Ministerio de la Protección Social, de no obtenerse respuesta por parte de la entidad responsable del pago dentro de los términos aquí establecidos, se entenderá como autorizado el servicio y no será causal de glosa, devolución y/o no pago de la factura.”

Con base en lo anterior, el prestador del servicio, tratándose de un servicio de urgencia, no debió esperar, la autorización sometiendo a la paciente a una larga espera y a riesgos, que no estaba obligada a soportar y que realmente los soportó, pues, a diferencia de lo manifestado por la señora Juez, cuando dijo, que el error administrativo de la EPS en la autorización, no ocasionó el desenlace fatal, porque la niña estaba hospitalizada con los cuidados del caso; la literatura médica aportada al proceso, sostiene, que el ahogo o disneas de pequeños esfuerzos y los episodios sincopales, no solo son criterios claros de hospitalización, sino que asociados a falla cardíaca representan un elevado riesgo de complicaciones y muerte. La paciente, no solo soportó el riesgo que no debía soportar, sino que su estado clínico fue deteriorado al tiempo que corría el riesgo. Por tanto, la cirugía debió realizarse oportunamente.

No es cierto que la paciente estaba bien, el hecho de estar hospitalizada y vigilada, no implica mejoría, sobre todo cuando el cirujano cardiovascular tratante y el internista sostuvieron que la paciente estaba con disnea de pequeños esfuerzos, vértigo después de episodios sincopales, falla cardíaca con clasificación funcional III/IV, con indicación de cirugía urgente por encontrarse en regulares condiciones generales dado por disnea súbita y con clínica larga de esa condición.

Recuérdese, que la paciente estaba diagnosticada con doble lesión valvular mitral: insuficiencia severa y estenosis moderada, por tanto, para que se entienda la condición fisiopatológica, por la que atravesaba la paciente, es menester traer a colación algunos conceptos, así.

INSUFICIENCIA Y ESTENOSIS MITRAL:

La insuficiencia mitral es una afección en la que la válvula mitral del corazón no cierra bien, ocasionando que la sangre regrese al corazón. Si la condición es grave, la sangre no puede circular por el corazón ni hacia el resto del cuerpo de manera eficiente, provocando síntomas como cansancio y falta de aire.

Por su parte, la estenosis de la válvula mitral, es una afección por la cual se produce el estrechamiento de esta válvula del corazón. La válvula no se abre correctamente, lo que bloquea el flujo de sangre que ingresa en el ventrículo izquierdo, la cavidad principal de bombeo del corazón.

En el cuerpo humano, la sangre oxigena, sale de los pulmones, luego, a través de la vena pulmonar, llega a la aurícula izquierda, y por la válvula mitral, llega al ventrículo izquierdo, luego el ventrículo izquierdo se contrae, para, a través de la válvula aórtica, impulsar la sangre oxigenada a la arteria aorta y de la arteria aorta, a través de los distintos ramales, es distribuida a todo el cuerpo.

Dentro de ese flujo sanguíneo, es claro, que la función fisiología normal, de la válvula mitral, es permitir el paso de la sangre oxigenada, de la aurícula izquierda, al ventrículo izquierdo, para que continúe el recorrido antes descrito.

Cuando la válvula mitral, no cierra bien y está dilatado su anillo, entonces, cuando el ventrículo izquierdo se contrae, para impulsar la sangre a su recorrido normal, la sangre se regresa hacia a la aurícula izquierda y de ahí a los pulmones, aumentándose la presión pulmonar y disminuyéndose el flujo sanguíneo a todo el cuerpo, en proporción al grado de afectación.

JOSÉ DEL C. MUÑOZ GÓMEZ

Abogado.

La presión aumentada en el pulmón, hace que se filtre agua en los alveolos y produce dificultad respiratoria, por edema pulmonar, ocasionándose, además, expectoración de líquido o tos con segregación de agua ensangrentada. Recuérdese, que la dificultad respiratoria, fue uno de los síntomas referidos por la paciente en la consulta del 25/11/2016.

La disminución del flujo sanguíneo, hace que llegue poca sangre oxigenada y nutrientes a los tejidos, lo cual, entre otras, a nivel celular, casusa somnolencia, debilidad muscular extrema y síncope o desmayos. Recuérdese también, que otro de los síntomas referidos, fue vértigo y síncope.

Para el caso que nos ocupa, es totalmente claro, que la paciente le diagnosticaron una patología cardíaca de orden estructural, como la malformación congénita canal AV parcial, lo cual, se manejó quirúrgicamente a los 4 años con plastia y corrección de canal. Asimismo, en la actualidad, estaba diagnosticada con una insuficiencia mitral severa de orden estructural, y estenosis moderada, con síntomas de ahogo o disnea de pequeños esfuerzos, vértigo, síncope, clínica larga y en regulares condiciones generales, por lo que se indicó cirugía urgente. Tal como consta, en la anotación del 25/11/2016, realizada por el doctor ELIECER VILLAMIZAR. Por tanto, la paciente, podía estar vigilada y controlada con ciertos medicamentos, pero lo que resolvería de fondo su estado clínico actual, era la cirugía urgente. Pues además de los síntomas, era importante resolver inmediatamente y elevado riesgo de complicaciones y de muerte, en que se encontraba. No fue que la paciente se complicó por sí sola en la cirugía, sino que, por el retraso injustificado en la realización de la misma, se le indujo a la paciente al deterioro progresivo de su estado clínico, lo cual, ensombreció el pronóstico del resultado quirúrgico.

Aunado a lo anterior, si observamos detalladamente la historia clínica, la paciente, aunque estuvo hospitalizada y vigilada o controlada, con laboratorio y lo demás, desde el ingreso por urgencias, su inminente riesgo de muerte y complicaciones, nunca desapareció, pues ningún médico la declaró fuera de peligro o estable clínicamente, como erradamente lo afirma la señora Juez. Antes, por el contrario, en múltiples notas médica de la historia clínica, comprendidas, desde el 25/11/2016, hasta antes de la cirugía, textualmente se sostuvo, **QUE SU PRONÓSTICO ESTABA SUJETO A EVOLUCIÓN CLÍNICA**, las cuales, obran visibles a folios 105, 126, 143, 156, 158 y 196 del archivo digital 0001Demanda, de la carpeta C01Principal, de la carpeta 01PrimeraInstancia. Por tanto, no le asiste razón a la señora Juez, en las afirmaciones, que en este sentido hace.

En el mismo sentido, la paciente realmente, no estaba bien, como para que se afirmara en el fallo, que no requería la cirugía urgente. Al respecto, el cirujano cardiovascular, la solicitó con urgencia, desde el 25/11/2016, no obstante, por la falta de autorización de la EPS y falta de decisión del prestador del servicio, se realizó tardíamente.

Asimismo, a diferencia de lo manifestado, por la señora Juez, cuando afirmó que el error administrativo de la EPS sobre la autorización de la cirugía, en nada influyó, porque la paciente estuvo hospitalizada y con los servicios que necesitaba, estable y sin más episodios sincopales; no es cierto, ni le asiste razón, pues, el servicio debe ser oportuno, de calidad y suficiente. Se reitera, la paciente requería intervención quirúrgica oportuna y no se le realizó, lo cual, deterioró su estado clínico, y se le impuso un riesgo de muerte, que no debía correr. En efecto, nunca dejó de referirse en historia clínica, los **EPISODIOS SINCOPALES** presentados.

Al respecto, obran en historia clínica, múltiples anotaciones, desde el 25/11/2016, hasta antes de la cirugía, visibles a folios 104, 105, 109, 113, 117, 118, 119, 123, 128, 150, 153, 157, 159, 176, 181, 183, 186, 192, 202 y 209, que dan cuenta del diagnóstico del síncope de origen cardíaco, que efectivamente la paciente presentó y que nunca desapareció, ni dejó de correr el elevado riesgo de muerte que este síntoma, asociado a la falla cardíaca, representaba para la vida de la paciente.

Finalmente, con base en lo anterior, es claro que, por la falta de oportunidad en la consulta del 1/11/2016 y 25/11/2016, existió un retraso injustificado en la realización de la cirugía, que deterioró el estado clínico de la paciente, que ensombreció el pronóstico y el resultado quirúrgico, que influyó en la muerte de la paciente.

✓ En cuanto a la cirugía realizada el 12/12/2016.

Muy distinto de lo entendido por la señora Juez, el día de la cirugía, la paciente está compensada, por manejo médico, pero orgánicamente, también se encuentra muy afectada, debido al sufrimiento orgánico, por falta de oxígeno, al que injustamente se le sometió, por no solución oportuna de la insuficiencia mitral severa y la estenosis moderada clase funcional III/IV, lo cual, se encuentra

JOSÉ DEL C. MUÑOZ GÓMEZ

Abogado.

claramente documentado en historia clínica. Por tanto, no es cierto que a la paciente se le haya prestado atención médica oportuna y de calidad, antes, por el contrario, existió empecinada e injustificada negligencia, que complicó el estado clínico y la vida de la paciente, hasta el punto, que muy a pesar de haber sido intervenida quirúrgicamente, se desencadenó su muerte.

Conforme a lo anterior, es totalmente claro, que la paciente procedía remitida de cardiología a cirugía cardiovascular, para remplazo valvular mitral prioritario desde el 19/08/2016.

Asimismo, es totalmente claro, que a 1/11/2016, había sido diagnosticada con malformación congénita canal AV, como diagnóstico principal y con doble lesión mitral (insuficiencia mitral severa y estenosis moderada), como diagnóstico relacionado.

Adicional a los anteriores diagnósticos, el mismo 1/11/2016, es totalmente claro, que se consignó en historia clínica, lo siguiente:

Trae reporte de eco-transesofágico de 09/09/2016 que muestra:

1. Pop de corrección de canal av
2. Dilatación severa de la aurícula izquierda
3. Doble lesión valvular mitral insuficiencia severa y estenosis moderada
4. Insuficiencia tricúspidea leve
5. No trombos intracavotarios.

De igual modo, es totalmente claro, que la paciente a 1/11/2016, además del diagnóstico de cardíaco, refirió en historia clínica, ahogo o disnea de pequeños esfuerzos y episodios de síncope.

En el mismo sentido, es totalmente claro, que la paciente a 25/11/2016, refirió en historia clínica, dificultad respiratoria progresiva, vértigo y episodio sincopal; además, se encuentra en clase funcional III/IV y en regulares condiciones regulares, con estado clínico largo o prolongado.

Adicional a los anteriores diagnósticos, el mismo 25/11/2016, es totalmente claro, que se consignó en historia clínica, lo siguiente:

DIAGNÓSTICO DE:

1. Pop de corrección de canal AV
2. Dilatación severa de la aurícula izquierda
3. Doble lesión valvular mitral insuficiencia severa y estenosis moderada
4. Insuficiencia tricúspidea leve.

Atendiendo los diagnósticos y la sintomatología descrita, es claro, que la paciente, en su patología cardíaca, presenta daños estructurales, que ocasionan problemas funcionales. Ahora, de acuerdo a definiciones médicas anteriores, un problema estructural, lo podemos identificar, como el no cierre adecuado de la válvula mitral, que es la insuficiencia mitral y un problema funcional, identificado como la devolución de la sangre de su recorrido normal, que se relaciona con la sintomatología.

Ahora, teniendo en cuenta, la definición de la insuficiencia mitral, que es, una afección en la que la válvula mitral del corazón no cierra bien, ocasionando que la sangre regrese al corazón, ocasionando que la sangre oxigenada, no circule por el corazón hacia el resto del cuerpo de manera eficiente, provocando síntomas, entre otros, como cansancio y falta de aire.

Con base en lo anterior, por simple sentido común, entre más se prolongue el daño estructural, más prolongado es el daño funcional, o la sintomatología, que a veces puede ser mayor o menor, pero de cualquier manera ocasiona daños orgánicos generalizados, por falta de sangre oxigenada a órganos y tejidos del cuerpo.

Para el caso objeto de estudio, la paciente por lo evidenciado en el eco-transesofágico de 09/09/2016 y por otro anterior, fue remitida de carácter prioritario, y a partir del 1/11/2016, comenzó a referirse ahogo o disnea de pequeños esfuerzos, con dificultad respiratoria y vértigo, síncope y sensación de mareos, que tienen que ver con la pura y física falta de oxígeno, al cerebro y al resto de órganos.

JOSÉ DEL C. MUÑOZ GÓMEZ

Abogado.

De tal suerte que prolongar el daño estructural y funcional, evidenciado con la sintomatología, so pretexto de haber hecho recomendaciones frente a signos de alarma, que realmente no se consignaron en historia clínica, implicó no solo un grave riesgo al que nunca debió someterse a la paciente, sino que, además, efectivamente, ese riesgo se materializó ocasionando un terrible deterioro al corazón y a la fusión cardiaca en general y al resto de órganos por falta de oxígeno.

Lo anterior se encuentra documentado, en la prueba pericial, visible a folio 5 del archivo digital 0105MemorialAporta, de la carpeta C01Principal, de la carpeta 01PrimeraInstancia, del expediente digitalizado, cuando el perito sostuvo, respecto de la consulta del 1/11/2016, que el retardo injustificado en la realización de la cirugía, afectó el estado clínico de la paciente. Quien textualmente dijo, lo siguiente.

“Se revisa la historia clínica de la paciente, siempre estuvo en seguimiento, en esta cita es muy clara la urgencia de intervenir y en relación a su proceso clínico, la paciente debía estar ingresada de formas aguda durante su consulta, donde se defina la cirugía y ser intervenida de forma urgente y hacer su cirugía en mejores condiciones clínicas.”

“Si, para 01/11/2016 debía estar ingresada para manejo inmediato y hacer la cirugía en una clínica de alta complejidad y no tener retrasos en su autorización y ordenamientos.”

“La cirugía tuvo un claro retraso, de diversas índoles, pero esto afecto de forma importante el estado general y clínico de la paciente, además de llegar a la cirugía en muy malas condiciones generales, lo cual ensombrece más el pronóstico y resultado quirúrgico.”

Y es que el perito no habló por su cuenta, sino por el conocimiento que llegó a tener de la historia clínica, en la cual, se encuentra plenamente documentado tales afirmaciones.

Al respecto, muestra que la paciente llegó bien descompensada y con su estado clínico bien deteriorado, a la cirugía, lo encontramos, visible a folio 103, 104, 105, 109, 217 y 221, del archivo digital, 0001Demanda, de la carpeta C01Principal, de la carpeta 01PrimeraInstancia, del expediente digitalizado, que refieren, en la historia clínica, el claro cuadro clínico de agudización de la falla cardiaca, estado al que se permitió llegar a la paciente injustamente, por no hospitalizarla inmediata, desde el mismo 1/11/2016, donde también presentó datos de descompensación.

Así mismo, encontramos los folios 106 y 107 del mismo archivo digital, donde se observa que a la paciente a las 11:10 del 25/11/2016, se le colocó oxígeno por cánula nasal, lo cual no le sirvió, por lo cual, se le cambió por oxígeno ventury al 40 y 50 %, evidenciándose que su la agudización que la estaba matando progresivamente era por falta de oxígeno, entre otros, al cerebro, por lo que refirió síncope y vértigo, además al devolverse la sangre por el cierre defectuoso de la válvula mitral, se aumentaba la presión en los pulmones y se fugaba agua a los alveolos, ocasionándose el ahogo, disnea de pequeños esfuerzos o dificultad respiratoria.

En folios 116 y 119 del mismo archivo digital, se refiere disnea de esfuerzo, ya no de pequeños esfuerzos, y luego se refiere, tolerando oxígeno ambiente, lo cual, implica, por una parte, que solo hasta el 27/11/2016, es decir, al tercer día de su ingreso de urgencia, fue que se estabilizó la respiración, lo cual, es un tiempo prolongado, indicativo de daño orgánico; por tanto, por otra parte, implica que la estabilidad pregonada, por la señora Juez, solo era por medicamentos, pero los daños estructurales y funcionales persistían causando deterioro al estado de salud de la paciente.

En efecto, como muestra de la persistencia del daño estructural y funcional, lo cual, solo se podía resolver definitivamente, con la cirugía oportuna, en el folio 120 del mismo archivo digital, se refiere en el diagnostico, lo siguiente.

1. ICC CF III NYHA
2. POP DE CORRECCIÓN DE CANAL AV
3. DILATACIÓN SEVERA DE LA AURÍCULA IZQUIERDA
4. DOBLE LESIÓN VALVULAR MITRAL INSUFICIENCIA SEVERA Y ESTENOSIS MODERADA.
5. INSUFICIENCIA TRICÚSPIDE LEVE

A folio 221 del mismo archivo digital, el 12/12/2016, se refiere con características antropomórficas que se mantiene por fuera del límite para la edad de 16 años, es decir, está pequeña, lo cual, se debe básicamente a la falta de oxígeno generalizado a todo su cuerpo, que debido a su patología ha

JOSÉ DEL C. MUÑOZ GÓMEZ

Abogado.

soportado crónicamente por años. Implica esto que la falta de oxígeno crónico es sumamente grave, cuanto más, es grave la falta de oxígeno en medio de una patología agudizada.

En este mismo folio 221 y en el 230 del mismo archivo digital, se refiere el mismo día de la cirugía, como en otras anotaciones, que la paciente continúa en manejo en UCI con condiciones clínicas delicadas, con alto riesgo de complicaciones y mortalidad. Por lo cual, es menester aclarar, que esta delicada condición clínica y el alto riesgo de complicaciones, a diferencia de lo entendido por la señora Juez, es el producto del deterioro del estado clínico de la paciente, causado por el retraso injustificado en realizar la cirugía. Ese alto riesgo de complicaciones y mortalidad, es el mismo riesgo al que se expuso a la paciente, injustificadamente, que se manifestó al final y es también el mismo riesgo del que habla la literatura médica, respecto de la insuficiencia cardíaca, asociada a síncope y disnea, que constituyen claros criterios de hospitalización inmediata y que los doctores ELIECER VILLAMIZAR y LUPO MENDEZ manifestaron, que eso no era nada, que eran síntomas característicos de la patología base y que la señora Juez les creyó, permitiendo que los demandados aleguen, en su favor, sus propios errores, cuando fue mala prestación del servicio, la que no cumplió los estándares mínimos de oportunidad y calidad y la que conllevó el desenlace fatal.

Finalmente, en los folios 247 y 259, se refiere, respectivamente, oliguria por lo que se indica forzar diuresis con diuréticos y se realiza eco fast track que evidencia poca motilidad de pared del VD con hipoquinesia del ápice del VI, en ese orden de ideas se decide reiniciar apoyo con milrinone a dosis bajas para mejorar tonteo miocárdico.

Lo anterior, es una clara evidencia, que la falta de oxigenación, por dificultad respiratoria y el síncope, dada la prolongación del estado clínico agudizado de la paciente, afectó de manera generalizada sus órganos y/o su estado clínico generalizado, hasta el punto de evidenciarse daño a los riñones, reflejado con la oliguria o pérdida de la orina y daño al corazón reflejado en la hipoquinesia o falta de movilidad del corazón.

En este sentido recuérdese que cuando el doctor ELIECER VILLAMIZAR, hospitalizó a la paciente el 25/11/2016, expresó como una de las causas para indicar como urgente la cirugía, “YA QUE CLÍNICA DEL PACIENTE ES LARGA”, refiriéndose indudablemente a lo prolongado del estado clínico agudizado de la paciente.

Es del caso aclarar, que si bien el corazón, puede estar afectado como una consecuencia normal del trauma quirúrgico al que fue sometido, el estado agudo prolongado lo afectó considerablemente. Incluso si es sabido del trauma posquirúrgico del corazón, como permitir que sufra prolongadamente, por tanto, tiempo, con daños estructurales y funcionales.

De tal suerte, que no se trató, que la paciente, no respondió a la cirugía, como simplistamente se ha presentado, sino que, muy a pesar de estar hospitalizada, vigilada o contralada bajo medicación, sin aparentes complicaciones, la paciente fue inducida al deterioro de su estado clínico, por lo prolongado de su estado agudizado, antes de la cirugía, de tal suerte que, si no soportó la cirugía, fue por la mala prestación del servicio de salud, carente de oportunidad y calidad.

✓ **EN CUANTO A LA FALTA DE MONITOREO INVASIVO.**

La parte demandante, también reprochó a la parte demandada, la falta de monitoreo invasivo durante la cirugía y en el posoperatorio, lo cual, implicó un manejo empírico de la inestabilidad hemodinámica, empeoró el shock cardiogénico, con grave e irreversible deterioro del estado clínico de la paciente; lo cual, indudablemente influyó de manera determinante en el deceso de la paciente. No obstante, la señora Juez, con valoración errada del material probatorio, menospreció este reproche, para concluir, erradamente, que, la menor si estaba siendo monitoreada de manera correcta y de forma invasiva.

En efecto, la señora Juez, en el acápite de valoración probatoria del fallo apelado, luego de transcribir y fundamentarse de manera puntual y concreta, en el siguiente material probatorio, a saber: (i) Guías y documentos traídos como pruebas; (ii) Notas de enfermería: de las 17:00 en el folio 234; de las 07:00 en el folio 245, y, de las 00:07 en el folio 256; (iii) Literatura médica; (iiii) Explicación del Doctor VILLAMIZAR; y, (v) Página 7 de la prueba pericial; sostiene textualmente, lo siguiente.

JOSÉ DEL C. MUÑOZ GÓMEZ

Abogado.

Entonces esta claro que la menor si estaba siendo monitoreada de manera correcta y de forma invasiva, es más, si vamos a la historia clínica de la menor cuando sale de la colocación de catéter Mahurkal, se puede leer en la nota de enfermería del día 15 de diciembre de la 7:00 (folio268 del C. Principal) lo siguiente: “...más monitoreo de PVC funcionando conectado a monitor...”

Con base en lo anterior, es menester aclarar, que la inconformidad de la parte demandante, respecto de la falta de monitoreo invasivo, consiste en que, por las particulares condiciones clínicas de la paciente, durante la cirugía y en el posoperatorio, requería monitoreo hemodinámico invasivo continuo de alto nivel, tipo **PICCO, SAWN GANZ, FLOW TRAC o CVC**; para vigilancia y manejo adecuado del shock cardiogénico, el cual, injustificadamente, nunca se le hizo a la paciente; sin embargo, la señora Juez, por valoración errada del material probatorio, tuvo como adecuado y suficiente, el monitoreo no invasivo continuo de bajo nivel de signos vitales y el monitoreo invasivo de tensión arterial y de presión venosa central.

Razón por la cual, incumbe a la parte demandante, en franca sustentación de los reparos, precisar los yerros en que incurre la señora Juez, en la valoración del material probatorio, antes mencionado, para arribar a su errada decisión, lo cual, se hace en los siguientes términos.

(i) En cuanto a las guías y documentos traídos como pruebas.

En lo relacionado con esta prueba, la señora Juez, específicamente, se refiere a la Guía de Práctica Clínica de la Sociedad Europea de Cardiología – ESC 2016, que trata sobre el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda y crónica, que, en su página e47, en el punto **12.3.4.**, **define el tratamiento de pacientes en shock cardiogénico**, visible a folio 47, del archivo digital 05AnexoEscritoReformaDemanda, de la carpeta CO4ReformaDeLaDemanda, de la carpeta 01PrimeraInstancia, del expediente digitalizado, de la cual, textualmente, transcribió a la valoración probatoria, lo siguiente.

“...El shock cardiogénico se define como hipotensión (PAS < 90 mmHg) a pesar de un estado de llenado adecuado y signos de hipoperfusión (tabla 12.2). Los cuadros patogénicos de shock cardiogénico van desde la IC crónica, de bajo gasto y fase avanzada, a los episodios agudos de novo debidos frecuentemente al IAMCEST, pero también causados por otras etiologías diferentes del SCA. Los pacientes en shock cardiogénico deben someterse inmediatamente a una evaluación exhaustiva. A todo paciente con sospecha de shock cardiogénico se le debe realizar inmediatamente ECG y ecocardiografía. Para pacientes con SCA complicado por shock cardiogénico, se recomienda realizar inmediatamente una coronariografía (durante las primeras 2 h tras el ingreso) con intención de revascularizar al paciente114,535. También se considerará la monitorización hemodinámica, incluido el cateterismo arterial pulmonar, para evaluar y tratar a los pacientes en shock cardiogénico. El objetivo del tratamiento farmacológico es mejorar la perfusión orgánica mediante el aumento del gasto cardiaco y la PA. Tras realizar una carga de fluidos, el tratamiento farmacológico consiste en la administración de un inotrópico y un vasopresor, según se requiera. El tratamiento está guiado por la monitorización continua de la perfusión orgánica y de los parámetros hemodinámicos...”

Esta literatura médica, es malinterpretada por la señora Juez, por cuanto en nada sirve de soporte probatorio, para concluir, que el manejo del shock cardiogénico que presentó la paciente, haya sido monitorizado de manera correcta y de forma invasiva. Si bien la literatura, considerará la monitorización invasiva con catéter arterial, como una opción, para pacientes en shock cardiogénico, no está diciendo con esto, la literatura médica, que la monitorización invasiva arterial, sea suficiente, para vigilar completa y adecuadamente al paciente con Síndrome Cardiaco Agudo (SCA), complicado por shock cardiogénico o inestabilidad hemodinámica.

En efecto, la monitorización invasiva arterial, si bien es cierto, sirve para vigilar de manera invasiva la tensión o presión arterial, la cual, se define, como la presión que ejerce la sangre sobre las paredes arteriales debido al bombeo del corazón, también es muy cierto, en primer lugar, que, con esto, no está sosteniendo la literatura, que la monitorización arterial sea suficiente para vigilancia y manejo del shock cardiogénico; y, en segundo lugar, la presión arterial, sin desconocer su importancia, solo es un componente hemodinámico de los múltiples que constituyen la hemodinamia. De tal suerte

JOSÉ DEL C. MUÑOZ GÓMEZ

Abogado.

que controlar solo la tensión arterial, aún de forma invasiva, no será suficiente jamás, para dar manejo adecuado y suficiente al shock cardiogénico, ni de esta, ni de cualquier otro paciente.

En el mismo sentido, si bien es cierto, esta literatura médica, manifiesta que no hay consenso sobre el método más conveniente de monitorización hemodinámica, incluido el cateterismo arterial pulmonar, para evaluar y tratar a los pacientes en shock cardiogénico, también es muy cierto, que, con esto, tampoco está sosteniendo la literatura médica, que la monitorización arterial sea suficiente, para vigilancia y manejo del shock cardiogénico.

En la misma línea argumentativa, no obstante, la falta de consenso, que se menciona en la literatura médica, al armonizar la parte final de esa misma literatura médica transcrita, cuando define el objetivo del tratamiento farmacológico y su guía a través de la monitorización, con la literatura médica que trajo la señora Juez al proceso, la cual se desarrollará más adelante, y con la prueba pericial, es totalmente claro, que la monitorización adecuada y suficiente, para lograr el objetivo del tratamiento farmacológico, consistente en mejorar la perfusión orgánica mediante el aumento del gasto cardíaco y la presión arterial (PA), es el monitoreo hemodinámico invasivo continuo de alto nivel, tipo **PICCO**, **SAWN GANZ**, **FLOW TRAC** o **CVC**, que además de la monitorización invasiva de la presión arterial, monitoriza invasivamente, múltiples variables o parámetros hemodinámicos, que permiten mejor vigilancia y manejo del shock cardiogénico.

Al respecto, sostiene el perito en la prueba pericial, en la página 7, al responder la pregunta 5 del cuestionario, visible a folio 9 del archivo digital 0105MemorialAporta, de la carpeta Co1Principal, de la carpeta 01PrimeraInstancia, del expediente digitalizado, lo siguiente, “...El no hacer un monitoreo adecuado con las diferentes técnicas de valoración, ya sea Sawn Ganz, Flow trac, PiCCO, CVC implica en general una falta de orden y dirección en el proceso adecuado de monitoreo y guía en la reanimación de cualquier paciente.”.

En armonía con lo anterior, es evidente que la señora Juez, erradamente amparada en la literatura médica transcrita, confunde abiertamente, las distintas clases de monitorización, su utilización y su funcionalidad, específicamente confunde las enmarcadas diferencias, que existen entre el monitoreo continuo no invasivo de signos vitales, el monitoreo invasivo de tensión arterial (TA) y el monitoreo invasivo de presión venosa central (PVC), con el monitoreo hemodinámico invasivo continuo tipo **PICCO**, **SAWN GANZ**, **FLOW TRAC** o **CVC**, pues, el hecho que en la historia clínica conste que, la paciente tuviese monitorización no invasiva de signos vitales, monitorización invasiva de tensión arterial y de presión venosa, no implica que esta monitorización fuese suficiente y adecuada o correcta como erradamente se aseguró en el fallo.

Razón por la cual, es pertinente precisar, que, el monitoreo continuo no invasivo de signos vitales, es un monitoreo básico de bajo nivel, que solo permite medir, la frecuencia cardíaca, la tensión arterial, la frecuencia respiratoria, la saturación arterial de oxígeno y la parte eléctrica del corazón (electrocardiograma); que, al no ser invasivo, funciona por fuera del cuerpo, esto es, con electrodos en el pecho y los brazos.

Por su parte, el monitoreo de tensión arterial, el de presión venosa central y el hemodinámico, mencionados, todos en su conjunto, son invasivos y continuos, que implican incisión del tejido y el abordaje sobre el organismo, para obtener la información necesaria, para mantener adecuadamente vigilado.

Ahora bien, el monitoreo invasivo continuo de tensión arterial, muy a pesar de ser invasivo y continuo, solo permite controlar y vigilar el componente de la presión arterial, que es solo un componente de los múltiples que constituyen la hemodinamia.

Por su parte, el monitoreo de presión venosa central, al igual, muy a pesar de ser invasivo y continuo, solo permite vigilar y controlar el componente de la presión venosa central, que es solo otro componente de la hemodinamia.

Mientras que, el monitoreo hemodinámico invasivo continuo, tipo **PICCO**, **SAWN GANZ**, **FLOW TRAC** o **CVC**, es un monitoreo de alto nivel, que abarca múltiples parámetros de la fisiología humana, que utiliza monitores especiales, que, además de vigilar invasivamente los signos vitales, incluida la tensión arterial y la presión venosa central, también vigila de manera adecuada y suficiente la función hemodinámica, al mostrar todos los parámetros relacionados

JOSÉ DEL C. MUÑOZ GÓMEZ

Abogado.

con los líquidos, la función cardíaca y la oxigenación, lo cual, implica, mayor vigilancia y mejor manejo del shock cardiogénico, que final e indiscutiblemente, se traducen en estabilidad y oportunidad de vida para el paciente.

De manera específica, esta monitorización avanzada y de alto nivel, en cuanto a los líquidos, monitoriza, entre otros, la precarga, poscarga, agua pulmonar, resistencia periférica total. En cuanto a la función cardíaca, monitoriza, entre otros, el índice cardíaco, gasto cardíaco, contractilidad y variabilidad de la presión de pulso. Y en cuanto a la oxigenación, monitoriza, entre otros, contenido de oxígeno sanguíneo e índice de entrega de oxígeno al tejido. Indicadores que, en su conjunto, son de vital importancia, vigilar y controlar adecuadamente, tanto en la cirugía, como en el posquirúrgico (es decir, en quirófano y en UCI).

(ii) En cuanto a las notas de enfermería:

Al margen de las reglas de interpretación probatoria, luego de la transcripción y valoración errada de las notas de enfermería, de la auxiliar NOHEMY BRITO RODRÍGUEZ, a las 17:00, de la auxiliar YELIS YOHANA AVILA TABORDA, a las 07:00, y, de la auxiliar LEDIS TRUYOL RUA, a las 00:07; visibles a folios 234, 245 y 256, respectivamente, del archivo digital 0001Demanda, de la carpeta C01Principal, de la carpeta 01PrimeraInstancia del expediente digitalizado, la señora Juez, arribó erradamente a la siguiente decisión, la cual, se vuelve a transcribe textualmente.

“Entonces esta claro que la menor si estaba siendo monitoreada de manera correcta y de forma invasiva, es más, si vamos a la historia clínica de la menor cuando sale de la colocación de catéter Mahurkal, se puede leer en la nota de enfermería del día 15 de diciembre de la 7:00 (folio268 del C. Principal) lo siguiente: “...más monitoreo de PVC funcionando conectado a monitor...”

Por lo anterior, corresponde a la parte demandante, dejar completamente claro, que la paciente, efectivamente, solo fue monitorizada con monitoreo no invasivo continuo de signos vitales, con monitoreo invasivo continuo de tensión arterial y con monitoreo invasivo continuo de presión venosa central, y no con monitoreo hemodinámico invasivo continuo de alto nivel, tipo **PICCO**, **SAWN GANZ**, **FLOW TRAC** o **CVC**, que real y efectivamente requería la paciente.

Razón por la cual, se hará un recorrido cronológico y detallado, de todas las notas de enfermería, relacionadas, no solamente para demostrar la deficiente monitorización realizada con los catéteres implantados, durante la cirugía y en el posoperatorio, sino, además, para demostrar la manipulación que se hace de la historia clínica, para engañosamente hacer creer que la monitorización realizada, fue suficiente y adecuada; lo cual, se hace en los siguientes términos.

- Notas de enfermería, visible a folio 210, del archivo digital 0001Demanda, de la carpeta C01Principal, de la carpeta 01PrimeraInstancia, del expediente digitalizado. En estas notas de enfermería, se refiere textualmente lo siguiente,

“Notas de enfermería

01:00 RONDA POR ENFERMERÍA Y SE OBSERVA PACIENTE DORMIDA TRANQUILA

02:00 CONTINÚA DURMIENDO EN COMPAÑÍA DE FAMILIAR

03:00 ELIMINA ESPONTANEO

04:00 RONDA POR ENFERMERÍA Y SE OBSERVA PACIENTE DORMIDA TRANQUILA

05:00 RECIBE BAÑO GENERAL EN DUCHA CON JABÓN LÍQUIDO PREQUIRÚRGICO
CLORHEXIDINA

05:30 CONTROL DE SIGNOS VITALES TOMADOS Y REGISTRADOS

06:00 SE TRASLADA PACIENTE FEMENINA CONSCIENTE TRANQUILA ORIENTADA EN SILLA DE RUEDA EN COMPAÑÍA DE JEFE DE ENFERMERÍA, AUXILIAR CLÍNICO Y FAMILIAR AL SERVICIO DE CIRUGÍA PARA PROCEDIMIENTO PROGRAMADO (REPLAZO VALVULAR) CON VENA CANALIZADA EN MSD CON LÍNEA DE EXTENSIÓN, LLAVE DE TRES VÍAS EQUIPO MACRO MAS LEV SSNo.9% 500CC CERRADOS.

*Carrera 44 No. 40 - 20, Edificio Seguros Colombia, Piso 4º, Oficina 401.

* Teléfono Celular 310 652 80 09. Email: josemg_777@hotmail.com

Barranquilla – Colombia.

Nota realizada por: MARINEL MORALES CORONADO Fecha 12/12/2016 06:00:00

MARINEL MORALES CORONADO
Reg.
AUXILIAR DE ENFERMERÍA

"SALA DE ATENCIÓN: 001 OINSAMED SAS Edad: 16 AÑOS

FOLIO 225 FECHA 12/12/2016 02:29:06 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACIÓN

ÓRDENES DE LABORATORIO

Cantidad	descripción
6	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS LEUCORREDUCIDAS O DELEUCOGIT Realizado

Fecha y hora de aplicación: **12/12/2016 17:09:28**

Respecto de estas notas de enfermería, del 12/12/2016, sea lo primero resaltar, que, extrañamente, no aparecen registradas, las otras notas de enfermería existentes entre, las **6:00:00** horas, hasta las **17:09:28**, lo cual, además de implicar, manipulación de la historia clínica, para alterar la evidencia clínica, también implica violación al deber de registro secuencial cronológico de la prestación de los servicios en salud, contemplado, en el artículo 3 de la resolución 1995 de 1.999 del Ministerio de Salud, como más adelante se explicará.

No obstante, indistintamente de la manipulación a la historia clínica, en gracia de discusión, se desprende de la nota realizada a las 6:00:00, que la paciente a su traslado a quirófano, para el inicio de la cirugía, está canalizada en el miembro superior derecho (MSD), con un equipo macro o de macro-goteo de tres vías, cerrado, para eventual suministro de líquidos endovenosos (LEV), con posibilidad de ser disueltos en 500CC de solución salina normal (SSN) al 0.9%. Por lo cual, se aclara, que esta canalización, es una canalización periférica de rutina, que nada tiene que ver, con el monitoreo hemodinámico invasivo continuo de nivel avanzado, tipo **PICCO, SAWN GANZ, FLOW TRAC** o **CVC**, que requería la paciente, para el manejo adecuado del shock cardiogénico.

- ✓ DESCRIPCIÓN CIRUGÍA, visible a folio 214, del archivo digital 0001Demanda, de la carpeta C01Principal, de la carpeta 01PrimeraInstancia, del expediente digitalizado.

En esta descripción quirúrgica, realizada por el mismo ELIECER VILLAMIZAR, consta que la paciente, estando en quirófano, en la disección presenta fibrilación, por lo que se decide realizar **"CANULACIÓN FEMORAL IZQUIERDA Y ARTERIAL DERECHA CON CÁNULA 21 ARTERIAL ENDOVASCULAR Y CÁNULA MULTIFENESTRADA VENOSA PARA CIRUGÍA DE MÍNIMA INVASIVIDAD GUIADA POR ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO."**

La canulación femoral izquierda y arterial derecha, mencionada, se relaciona con la circulación extracorpórea mecánica o artificial, a la que se conecta la paciente, mientras el corazón es operado, pero esto tampoco tuvo que ver con el monitoreo hemodinámico invasivo continuo de nivel avanzado, tipo **PICCO, SAWN GANZ, FLOW TRAC** o **CVC**, que requería la paciente.

- ✓ Nota de enfermería, a las 19:00, visible a folio 220, del archivo digital 0001ExpedienteDigitalizado, de la carpeta C01Principal, de la carpeta 01PrimeraInstancia.

En esta nota, realizada el día 12/12/2016, a las 19:00, horas, visible en el folio 220 mencionado, describe textualmente lo siguiente.

"...MONITOREO ELECTRÓNICO CONTINUO PARA MEDICIÓN HORARIA FUNCIONANDO CON CATÉTER CENTRAL EN REGIÓN SUBCLAVIA LADO DERECHO PASANDO SOLUCIÓN HARTMAN 1000 CC A 100 CC/HORA MÁS INFUSIÓN CON NITROGLICERINA A 35 CC/HORA POR BOMBA DE INFUSIÓN MÁS INTRODUTOR DE MARCAPASOS CERRADO PERMEABLE MIEMBROS SUPERIORES COMPLETOS CON VENA PERIFERICA EN MIEMBRO SUPERIOR DERECHO PERMEABLE CON LÍNEA ARTERIAL EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO FUNCIONANDO..."

Respecto del catéter central o catéter venoso central, **se manifiesta claramente que está ubicado en la SUBCLAVIA DERECHA**, adicionalmente, es evidente, que no estaba siendo utilizado, para monitorización hemodinámica invasiva, toda vez que, por él, se estaba suministrando líquidos intravenosos, como solución Hartman, 1000 cc a 100 cc/hora, más infusión con nitroglicerina a 35 cc/hora por bomba de infusión.

Al respecto se aclara, que, el catéter central o catéter venoso central, puede ser utilizado para monitoreo invasivo continuo por vía venosa central, para determinar la presión venosa central, pero este procedimiento es excluyente con el suministro simultáneo de líquidos y medicamentos, por cuanto se interrumpiría la continuidad del monitoreo y se alterarían los valores de los parámetros monitoreados. Por tanto, es claro que, este catéter no estaba siendo utilizado, para monitoreo hemodinámico invasivo continuo de nivel avanzado, tipo **PICCO, SAWN GANZ, FLOW TRAC o CVC**, que requería la paciente, sino para suministro de líquidos y medicamentos.

Adicionalmente, en esta nota de enfermería, no hay referencia alguna, que este catéter venoso central, estuviera conectado a un monitor hemodinámico invasivo continuo de nivel avanzado; incluso, tratándose de un catéter venoso central, ni siquiera se hace referencia en la nota de enfermería, a estar conectado a un transductor de presión venosa central (PVC).

Respecto del introductor de marcapasos, no se dice dónde estaba ubicado, **sin embargo, es totalmente claro, que este introductor de marcapasos, está cerrado, y no sirve, para monitoreo hemodinámico invasivo continuo, toda vez, que su función, como el nombre lo indica, es permitir la introducción de un electrodo de marcapasos, para proteger al paciente de ritmos cardiacos anormales, y, en ocasiones, de manera excluyente, esto es, cuando no está el marcapasos introducido, puede ser usado para infusión de líquidos y medicamentos.**

Respecto de la línea arterial, si bien implica monitoreo invasivo, esta monitorización, solo vigila de manera exclusiva la presión arterial y curva de presión arterial, que es solo un componente hemodinámico, dentro de los múltiples que componen la función hemodinámica. Por tanto, la monitorización de la tensión o presión arterial, así sea invasiva, no es suficiente, ni tiene que ver con el monitoreo hemodinámico invasivo continuo de nivel avanzado, tipo **PICCO, SAWN GANZ, FLOW TRAC o CVC**, que requería la paciente.

- ✓ **Notas de enfermería, visibles a folios 232, 233 y 234, del archivo digital 0001Demanda, de la carpeta Co1Principal, de la carpeta O1PrimeraInstancia, del expediente digitalizado.**

A lo largo de estos folios mencionados, que, por fecha corresponden al 13/12/2016, de manera fraudulenta y con grave violación al deber de registro secuencial cronológico de la prestación de los servicios en salud, se incrustan 56 notas de enfermería, con fecha 12/12/2016, en el periodo de las 7:00 horas, a las 17:00, de las cuales, se transcriben textualmente, las siguientes, así.

“SALA DE ATENCIÓN: 001	OINSAMED SAS	Edad: 16 AÑOS
FOLIO 257	FECHA 13/12/2016 02:30:27	TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACIÓN

NOTAS DE ENFERMERÍA

-----NOTA DE
12/12/2016-----”

“07:00 **INGRESA A SALA DE CIRUGÍA N5 FEMENINA MENOR DE 16 AÑOS DE EDAD EN CAMILLA EN COMPAÑÍA DE AUXILIAR DE ENFERMERÍA...**”.

“07:10 **PROCEDE EL ANESTESIÓLOGO DR POMARES A TOMAR LÍNEA ARTERIAL RADIAL UTILIZANDO LIDERCATH E INSTALA SSN 0,9% 500CC HEPARINIZADA...**”.

“07:45 **PROCEDE EL DOCTOR POMARES A COLOCAR INTRODUTOR SWANZ 8.5FR + CATÉTER VENOSO CENTRAL TRILUMEN YUGULAR DERECHO Y FIJA A PIEL CON SEDA**”.

“17:00 **SE TRASLADA A UCI ADULTO FEMENINDA MENOR DE EDAD EN CAMILLA CONECTADA A MONITOR DE SIGNOS VITALES EN CAMILLA EN COMPAÑÍA DE AUXILIAR**”.

JOSÉ DEL C. MUÑOZ GÓMEZ
Abogado.

DEENFERMERIA Y ANESTESIOLOGO DR POMARES PALIDEZ GENERALIZADA MUCOSA ORAL HUMEDA CUELLO MOVIL CON INTRODUTOR + CATETER CENTRAL LEV PERMEABLES SSN 0.9% 500CC + INFUSION DE NITROGLICERINA 10ML EN SSN 0.9% 250CC POR BOMBA DE INFUSION CON TUBO ENDOTRAQUEAL CONECTADO A AMBU CON OXIGENO POR BALA PORTATIL HERIDA QUIRURGICA EN ESTERNON CUBIERTA CON APOSITO ESTERIL CON DOS HILOS DE MARCAPASOS TUBOS DE MEDIASTINO Y PLEURA CONECTADOS A PLEUROVAC LINEA ARTERIAL EN MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO CONECTADA A SSN 0.9% 500CC HEPARINIZADA ABDOMEN BLANDO A LA PALPACION HERIDAS QUIRURGICA EN REGION FEMORAL DERECHA E IZQUIERDA CUBIERTA CON APOSITOS + FIXOMULL SONDA VESICAL A LIBRE DRENAJE CONECTADA A CYSTOFLO GENITALES Y MIEMBROS INFERIORES NORMALES".
HC COMPLETA (SE ENTREGA SOLAPAS DE LEDERCHAT CATÉTER CENTRAL E INTRODUTOR. REPORTE DE ECOCARDIOGRAMA USADO EN CIRUGÍA)
Nota realizada por: NOHEMY BRITO RODRÍGUEZ Fecha 13/12/2016 02:30:29".

Nohemy brito rodríguez
Reg.
ENFERMERÍA

"SALA DE ATENCIÓN: 001 OINSAMED SAS Edad: 16 ANOS

FOLIO 258 FECHA 13/12/2016 02:47:47 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACIÓN

ÓRDENES DE LABORATORIO

De la anterior transcripción y del análisis armonizado del cúmulo de las notas de enfermería, se desprende con nitidez, que la historia clínica, efectivamente, fue manipulada, pues la parte demandada, consciente de no haber monitorizado a la paciente adecuadamente, borró las notas de enfermería existentes, desde las 6:00, hasta las 17:09:28, del día 12/12/2016, para luego, en fecha, 13/12/2016, incrustar notas de enfermería, de las 07:00, a las 17:00, horas, para hacer creer, mediante engaño, que la monitorización de la paciente, durante la cirugía y en el posoperatorio, fue invasiva y de nivel avanzado, tipo SWANZ – GANZ, lo cual, jamás podrá demostrar, porque tal monitorización nunca se le hizo a la paciente.

Si bien, es cierto, que, en la práctica clínica a nivel universal, es completamente válido, registrar en historia clínica, notas de enfermería con carácter retrospectivo, para aclarar asuntos de suma importancia omitidos, también es muy cierto que, en virtud de la secuencia cronológica que debe observarse el registro de la atención médica y la historia clínica, ello puede hacerse, dando plena certeza, que la nota retrospectiva, aclara, complementa o contiene un asunto omitido anteriormente. Lo cual, para nada ocurre, en el presente caso, donde se incrustan, exactamente 56 notas de enfermería, entre las 7:00 horas y las 17:00 horas. Sin hacer ninguna aclaración al respecto.

En este sentido, nótese, cuidadosamente, en las notas de enfermería transcritas, que primero se menciona el FOLIO 257, de FECHA 13/12/2016, a las 02:30:27 y luego, se menciona el FOLIO 258, de FECHA 13/12/2016, a las 02:30:29, visibles a folios 232 y 234, del archivo digital 0001Demanda, de la carpeta Co1Principal, de la carpeta 01PrimeraInstancia, del expediente digitalizado; que, atendiendo la secuencia cronológica, por el número de folio, el uno debe de ir seguido del otro, sin embargo entre ellos existe una hoja sin número de folio de historia clínica, visible a folio 233 del mismo archivo digital aquí mencionado, evidenciándose abiertamente la manipulación de la historia clínica.

Asimismo, por la hora del folio, entre ellos solo existen dos (2) segundos de diferencia, sin embargo, dentro de esta miniatura de tiempo, se registran 56 notas de enfermería, que se extienden, desde las 07:00 horas, hasta la 17:00, lo cual, en la realidad, es imposible y demuestra que, las notas de enfermería, no se consignaron espontáneamente conforme a la secuencia cronológica con que ocurrieron, sino que, fueron incrustadas, por pura y física manipulación de la historia clínica. En efecto, es totalmente claro, que la única nota de enfermería, que existía en la historia clínica, entre estos dos folios, para que el 258, sea inmediatamente subsiguiente del 257, y exista armonía con los dos (2) segundos de diferencias que existe entre los folios, es la nota de enfermería de la 17:00, visible a folio 234 del mismo archivo digital mencionado.

JOSÉ DEL C. MUÑOZ GÓMEZ

Abogado.

En conclusión, la evidente manipulación de la historia clínica, indudablemente procura, mostrar, que la paciente, desde la cirugía salió en pésimo estado clínico, para ocultar que el empeoramiento del estado clínico, realmente se debió, al manejo empírico que se le dio al shock cardiogénico, por la falta de monitoreo hemodinámico invasivo continuo de nivel avanzado, tipo **PICCO, SAWN GANZ, FLOW TRAC** o **CVC**, que requería la paciente, lo cual, desencadenó el empeoramiento del mismo shock cardiogénico y la falla renal, que impuso la necesidad de dializar a la paciente.

Para la parte demandante, es totalmente claro, que el retraso injustificado en la realización de la cirugía, deterioró considerablemente el estado clínico de la paciente, a quien, sin estar obligada, se le impuso la obligación de enfrentar una cirugía en malas condiciones generales; no obstante, sin que esto implique contradicciones a los postulados de la parte demandante, el shock cardiogénico o inestabilidad hemodinámica, por primera vez, referido, en el folio 230 del archivo digital del archivo digital 0001Demanda, de la carpeta Co1Principal, de la carpeta 01PrimeraInstancia, del expediente digitalizado, que presentó la paciente en el posoperatorio, con lactatos de 12 al ingreso y luego de 16, era manejable, como en efecto se le estuvo manejando a la paciente, según las siguientes anotaciones.

En la descripción de la cirugía, visible a folio 214, del archivo digital 0001ExpedienteDigitalizado, de la carpeta Co1Principal, de la carpeta 01PrimeraInstancia, se refiere, que la paciente está sin complicaciones, que sale sin dificultad de bomba, y que se hace cierre sin complicaciones, lo cual demuestra, que la paciente a pesar del shock cardiogénico, se trataba de una paciente manejable.

Luego, en las evoluciones de terapia respiratoria, visibles a folios 216 y 217, 228, 229 y 251, del archivo digital 0001ExpedienteDigitalizado, de la carpeta Co1Principal, de la carpeta 01PrimeraInstancia, se refiere, reiteradamente, en múltiples anotaciones de enfermería y evoluciones de terapia respiratoria, que la paciente queda estable en la unidad, que se encuentra en UCI, hemo-dinámicamente estable, que toleró terapia física realizada en su supino, y reportan signos vitales, como frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, saturación y tensión arterial, dentro de la normalidad.

Respecto de la estabilidad hemodinámica, que se menciona, es menester aclarar, que se hace referencia al shock cardiogénico, en su estado manejable, pues, el lactato en 16, con suministro de norepinefrina, no implicaba en sí, estabilidad hemodinámica propiamente dicha, si no, inestabilidad hemodinámica manejable.

En efecto, en el folio 241, el 13/12/2016, a las 14:15:17, del archivo digital 0001ExpedienteDigitalizado, de la carpeta Co1Principal, de la carpeta 01PrimeraInstancia, así se reconoce, cuando textualmente se expresa, “1.- **CHOQUE MIXTO HIPOVOLÉMICO – CARDIOGÉNICO EN MANEJO**”.

En el folio 243, del 13/12/2016, del archivo digital 0001ExpedienteDigitalizado, de la carpeta Co1Principal, de la carpeta 01PrimeraInstancia, se refiere textualmente lo siguiente, “...**CIFRAS TENSIONALES CONTROLADAS CON NOREPINEFRINA A 0,2MCG/KG/MIN, CON ACLARAMIENTO DE HIPERLACTACIDEMIA 5,4...**”.

En folio 248, el 13/12/2016, a las 22:09:16, del archivo digital 0001ExpedienteDigitalizado, de la carpeta Co1Principal, de la carpeta 01PrimeraInstancia, se refiere textualmente lo siguiente, **CON GASES ARTERIALES QUE EVIDENCIAN MEJORÍA EN NIVELES DE LACTATO.**

En el folio 258, el 14/12/2016, a las 12:16:19, del archivo digital 0001ExpedienteDigitalizado, de la carpeta Co1Principal, de la carpeta 01PrimeraInstancia, se vuelve a reconocer, cuando textualmente se reitera, “1.- **CHOQUE MIXTO HIPOVOLÉMICO – CARDIOGÉNICO EN MANEJO**”.

En folio 259, del archivo digital 0001ExpedienteDigitalizado, de la carpeta Co1Principal, de la carpeta 01PrimeraInstancia, en anotación que viene del 14/12/2016, a las 12:16:19, se refiere, **HEMODINÁMICAMENTE MUY INESTABLE CON CIFRAS TENSIONALES TENDIENTES A LA HIPOTENSIÓN CON APOYO AÚN DE NOREPINEFRINA A 0,2MCG/KG/MIN QUE NO HA SIDO POSIBLE EL DESTETE DEL MISMO, AÚN CON**

LACTATO DE 5,0, CON SIGNO DE HIPOPERFUSIÓN LO QUE SUGIERE QUE PACIENTE PERSISTE EN CHOQUE INICIALMENTE EN EL CONTEXTO DE VASOPLEJIA SIN EMBARGO SE REALIZA ECO FAST TRACK QUE EVIDENCIA POCA MOTILIDAD DE PARED INTERIOR DEL VENTRÍCULO DERECHO CON HIPOQUINESIA IMPORTANTE DEL ÁPICE DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO, EN ESE ORDEN DE IDEAS SE DECIDE REINICIAR APOYO CON MILRRINONE A DOSIS BAJAS PARA MEJORAR TOTEIO MIOCRARDICO...”.

Conforme a las notas anteriormente transcritas, es totalmente claro, que la paciente, muy a pesar del shock cardiogénico, que presentó, el lactato de 16, pasó a 5,4 y luego pasó a 5,0. Sin embargo, por el manejo empírico que se le dio al shock cardiogénico, por falta de monitoreo hemodinámico invasivo continuo de nivel avanzado, nunca se logró llevar a la paciente a un lactatos dentro de los parámetros de la normalidad, esto es, de 0,8 a 1,8. Esto adicionado, a que, el lactato de 2,0 a 5,0, se considera hiperlactacidemia, y mayor que 5,0 se considera acidosis láctica severa, lo cual se asocia con tasas muy altas de mortalidad. Por tanto, el cuerpo médico, por razones que solo ellos conocen, fue permisivo y negligente a la hora de monitorizar la función hemodinámica con el monitoreo adecuado, para dar un manejo oportuno y certero al shock cardiogénico y minimizar el riesgo de muerte.

Es innegable clínicamente, que, el prolongado tiempo que transcurrió, desde la culminación de la cirugía (12/12/2016, a las 15:30:00), hasta la hora y fecha, que corresponde a la nota del folio 259 (14/12/2016, a las 12:16:19), ocasionó daños celulares irreversibles, en distintos órganos del cuerpo y tejidos, por donde fluye la sangre llena de toxinas, dada por la acidosis láctica severa, que presentó la paciente. Tal y como lo refirió el perito, cuando se le preguntó sobre las complicaciones que pudo ocasionar la falta de monitoreo invasivo, quien, textualmente dijo en la prueba pericial, lo siguiente

“¿Qué complicaciones pudo ocasionar la falta de monitoreo invasivo y el manejo inadecuado de los líquidos intravenosos, inotrópicos y vasopresores?”

En general, lo que se observa del caso, es una bomba quirúrgica bastante prolongada, en una paciente muy crítica y con un estado prequirúrgico muy deteriorado, que implica más sufrimiento de sus órganos a nivel celular y es claro que cuando sale de cirugía tiene un nivel de lactado muy alto, lo cual implica además que su post quirúrgico y soporte en este momento debe ser más agresivo y más rápido. El no hacer un monitoreo adecuado con las diferentes técnicas de valoración, ya sea Sawn Ganz, Flow trac, PiCCO, CVC implica en general una falta de orden y dirección en el proceso adecuado de monitoreo y guía en la reanimación de cualquier paciente.”.

Por tanto, no existe duda, que la falta de monitorización hemodinámica invasiva continua de nivel avanzado, tipo **PiCCO, SAWN GANZ, FLOW TRAC** o **CVC**, para vigilar y tratar adecuadamente la función hemodinámica, fue lo que conllevó el empeoramiento del shock cardiogénico y el mayor deterioro del estado clínico de la paciente.

En efecto, en la última nota de enfermería transcrita, del folio 259, por primera vez, se refiere que la paciente está hemo-dinámicamente muy inestable, con cifras tensionales tendientes a la hipotensión, **aún con lactato de 5,0**, con signo de hipoperfusión lo que sugiere que paciente persiste en choque inicialmente en el contexto de vasoplejia sin embargo se realiza eco fast track que evidencia poca motilidad de pared interior del ventrículo derecho con hipoquinesia importante del ápice del ventrículo izquierdo, en ese orden de ideas se decide reiniciar apoyo con milrinone a dosis bajas para mejorar toteio miocrardico, cuando antes, se había referido que las líneas tensionales estaban controladas con aclaramiento de **hiperlactacidemia con lactato en 5,4**; y, que, los **gases arteriales evidencian mejoría en niveles de lactato.**

Es decir, la paciente tendía a ciertas mejorías, pero nunca se logró estabilizarla, por el manejo empírico que se le dio al shock cardiogénico, hasta el punto de llevarla a un mayor deterioro clínico y aumentarle el riesgo de muerte. Razón por la cual, la parte demandada, consiente de su gran error, incrusta notas de enfermería, se reitera, para hacer creer, con engaño, como en efecto lo creyó la señora Juez, que la paciente estuvo bien monitorizada.

JOSÉ DEL C. MUÑOZ GÓMEZ

Abogado.

Al respecto, en las notas de enfermería que se transcribieron anteriormente, supuestamente del 12/12/2016, consignada por la auxiliar de enfermería **NOHEMY BRITO RODRÍGUEZ**, se refiere, que, a las “7:00 procede el anestesiólogo *doctor JOSÉ POMARES, a tomar línea arterial radial, utilizando LEDERCATH e instala SSN 0.9% en 500CC heparinizada*”, frente a lo cual, se aclara, que, esta nota, es una de las notas, que fraudulentamente se incrustaron con violación al deber de registro secuencial cronológico, en el folio 232, del 13/12/2016, del archivo digital 0001ExpedienteDigitalizado, de la carpeta Co1Principal. Asimismo, se aclara, que la expresión LEDERCATH, es un catéter arterial, que sirve, para monitoreo invasivo de tensión arterial, sin embargo, se reitera, que la monitorización invasiva de tensión arterial, solo vigila el componente hemodinámico de la presión o tensión arterial, lo cual, no es suficiente, ni tiene punto de comparación con el monitoreo hemodinámico invasivo continuo de avanzado nivel, tipo **PICCO, SAWN GANZ, FLOW TRAC** o **CVC**, que vigila múltiples parámetros de la función hemodinámica y que era el que efectivamente requería la paciente.

Asimismo, en otra de las notas de enfermería que se transcribieron anteriormente, supuestamente del 12/12/2016, a las “7:45, se refiere, que, *procede el doctor POMARES a colocar **INTRODUCTOR SWANZ 8,5FR**, + catéter venoso central trilumen yugular derecho y fija a piel con seda*”, frente a lo cual, se aclara también, primeramente, que, ésta es otra nota, que fraudulentamente se incrustó, con violación al deber de registro secuencial cronológico, en el folio 232, del 13/12/2016, del archivo digital 0001ExpedienteDigitalizado, de la carpeta Co1Principal, de la carpeta 01PrimeraInstancia. Frente a lo cual, se aclara, que no es cierto que el catéter venoso central, estuvo ubicado en la yugular derecha, su verdadera ubicación era en la **SUBCLAVIA DERECHA**, como consta en la nota de enfermería de las 19:00, visible a folio 220, del archivo digital 0001ExpedienteDigitalizado, de la carpeta Co1Principal, de la carpeta 01PrimeraInstancia, cuando, textualmente, se dijo, “**...CATÉTER CENTRAL EN REGIÓN SUBCLAVIA DERECHA PASANDO SOLUCIÓN HARTMAN 1000 CC A 100 CC/HORA MÁS INFUSIÓN CON NITROGLICERINA A 35 CC/HORA POR BOMBA DE INFUSIÓN...**”.

En armonía con la anterior aclaración y conforme a lo que se quiere argumentar, no existe referencia alguna, en la nota de enfermería, que indique, que este catéter central, estuviera conectado a un monitor hemodinámico invasivo continuo de nivel avanzado, sino que estaba pasando líquidos. Incluso, en su condición de catéter venoso central, tampoco se hace referencia a estar conectado a un transductor de presión venosa central (PVC). Por tanto, hasta este momento, ni siquiera está acreditado que a la paciente se le haya realizado, monitorización invasiva, ni de la presión venosa central (PVC), ni de tensión arterial.

En lo concerniente al **INTRODUCTOR SWANZ 8.5FR**, que también se menciona en la nota de enfermería de las 7:45, realmente nunca se colocó en la paciente, sino que la mención que se hace, obedece a la manipulación, que se ha venido sosteniendo, en cabeza de la Clínica La Misericordia, en su condición de responsable de la custodia de la historia clínica, para dar a entender engañosamente, que la paciente estuvo bien monitorizada.

En efecto, el monitoreo tipo **SWANZ-GANZ**, hubiese sido un monitoreo hemodinámico invasivo continuo, adecuado para vigilar y tratar el shock cardiogénico; razón por la cual, la parte demandada consciente de no haberlo hecho, pretende engañar, para que se crea que si se realizó a la paciente; no obstante, ni siquiera se tomaron el trabajo de indicarnos en qué lugar del cuerpo se colocó. Por tanto, se reitera, a esta paciente **nunca** se le implantó **INTRODUCTOR SWANZ 8.5FR**, como tampoco se le hizo monitoreo hemodinámico invasivo continuo **SWANZ-GANZ**, ni de ningún otro tipo, como, errada e ingenuamente lo creyó la señora Juez.

En efecto, la primera vez que se habla de introductor en la historia clínica, es para referirse al **INTRODUCTOR DE MARCAPASOS**, tal como se hace en la nota de enfermería, de las 19:00 horas, visible a folio 220, del archivo digital 0001ExpedienteDigitalizado, de la carpeta Co1Principal, de la carpeta 01PrimeraInstancia, cuando textualmente se dijo; “**...MONITOREO ELECTRÓNICO CONTINUO PARA MEDICIÓN HORARIA FUNCIONANDO CON CATÉTER CENTRAL EN REGIÓN SUBCLAVIA LADO DERECHO PASANDO SOLUCIÓN HARTMAN 1000 CC A 100 CC/HORA MÁS INFUSIÓN CON NITROGLICERINA A 35 CC/HORA POR BOMBA DE INFUSIÓN MÁS INTRODUCTOR DE MARCAPASOS CERRADO PERMEABLE...**”.

*Carrera 44 No. 40 - 20, Edificio Seguros Colombia, Piso 4º, Oficina 401.

* Teléfono Celular 310 652 80 09. Email: josemg_777@hotmail.com

Barranquilla – Colombia.

Con esta nota transcrita, se confirma que el catéter venoso central, está ubicado en la subclavia derecha, y, por primera vez, se habla del **INTRODUCTOR DE MARCAPASOS CERRADO PERMEABLE**, y no de **INTRODUCTOR SWANZ 8.5FR**, como engañosamente se pretende hacer creer. De tal suerte que, al día de hoy, por más que se revise la historia clínica, jamás se podrá determinar la ubicación del supuesto **INTRODUCTOR SWANZ 8.5FR**, sencillamente porque nunca se implantó a la paciente.

En el mismo sentido, nótese, con sumo cuidado y detenimiento, que después de esta nota engañosa de enfermería, más nunca se vuelve a mencionar a lo largo de toda la historia clínica, el supuesto **INTRODUCTOR SWANZ 8.5FR**, se reitera, por la sencilla razón que nunca se le implantó a la paciente.

Asimismo, en ninguna parte de la historia clínica existe anotación en la que conste que por el **INTRODUCTOR SWANZ 8.5FR**, se haya introducido **CATÉTER SUANWZ-GANZ** o alguno otro catéter, para realizar la monitorización hemodinámica invasiva continua correspondiente. Al respecto se aclara, que la función principal del introductor, es permitir que, a través de él, se introduzca el catéter, para invadir al paciente en el órgano requerido.

Tampoco existe nota de enfermería o de evolución médica, en la que se refiera, que la paciente efectivamente, estuviese conectada a transductor o monitor **SWANZ-GANZ**, para la monitorización hemodinámica invasiva continua de este tipo.

En la misma línea argumentativa, no se encuentra, a lo largo de la historia clínica, las sabana, hojas o documento de registro de monitoreo hemodinámico invasivo continuo **SWANZ-GANZ**, como presión pulmonar en cuña, presión aórtica, volumen de precarga, resistencia periférica total, índice cardíaco, contractilidad cardíaca, entre muchos otros, que son parámetros controlables y registrable, propios de esta monitorización adecuada.

De igual modo, al no existir registros de las variables o parámetros hemodinámicos, tampoco existe a lo largo de la historia clínica, ajustes al manejo del shock cardiogénico, basados en datos completos de monitoreo hemodinámico invasivo continuo nivel avanzado **SWANZ-GANZ**, o de cualquier otro. Por tanto, el manejo que se dio al shock cardiogénico, en este caso en particular, fue netamente empírico, por falta de monitorización adecuada y suficiente y sus correspondientes registros.

Con base en lo anterior, no solamente es claro que la menor no fue adecuadamente monitorizada, sino que, además, no es cierto que la paciente fue monitorizada con monitoreo hemodinámico invasivo continuo nivel avanzado SWANZ-GANZ (Es falso – Es una Manipulación a la historia clínica).

Por otra parte, otra de las notas de enfermería que se transcribieron anteriormente, supuestamente del 12/12/2016, fue la de las “17:00, en la cual, se apoya la señora Juez, para arribar a su errada decisión, consistente en creer que *“está claro que la menor está siendo monitoreada de manera correcta y de forma invasiva”*, sobre la cual, al momento de transcribirla al fallo, solo mencionó, la hora (17:00), sin especificar los datos de su ubicación; razón por la cual, se informa, que esta nota, fue realizada por la auxiliar de enfermería **NOHEMY BRITO RODRÍGUEZ** y es visible a folio 234 del archivo digital 0001ExpedienteDigitalizado, de la carpeta C01Principal, de la carpeta 01PrimeraInstancia, la cual, merece los siguientes comentarios.

Respecto del monitor de signos vitales referido en la nota de enfermería, es totalmente claro, que se trata de un monitor básico de bajo nivel, utilizado para monitoreo no invasivo continuo de signos vitales, toda vez que, en la nota de enfermería, no se hace referencia a que se trate de un monitor, para monitoreo hemodinámico invasivo continuo de nivel avanzado; ni siquiera se hace referencia a que el monitor de signos vitales, esté conectado a un transductor de presión venosa central (PVC). Por tanto, no le asiste razón a la señora Juez, para concluir, amparada en esta nota de enfermería, que la paciente estaba siendo monitoreada de manera correcta y de forma invasiva, pues, esta nota, en lo absoluto, no habla de monitoreo hemodinámico invasivo continuo de ninguna especie.

Respecto del introductor y del catéter central, que se mencionan, nótese que no se refiere información alguna en la nota de enfermería, que nos indique *¿dónde están ubicados?*, *¿qué*

clase de introductor es? y ¿qué utilidad se les está dando? Sin embargo, atendiendo el cúmulo de notas de enfermería, analizadas anteriormente y las que con posterioridad se analizarán, se determina con absoluta claridad, que el introductor que se menciona, es el mismo **INTRODUCTOR DE MARCAPASOS**, que más adelante se determinará con absoluta claridad, está ubicado en la yugular derecha y usado por el doctor POMARES, para introducir marcapasos transitorio a la paciente, que nada tiene que ver con monitorización hemodinámica SWAN-GANZ, pues, el **INTRODUCTOR DE MARCAPASOS**, no es para monitoreo hemodinámico invasivo continuo de nivel avanzado, **toda vez, que su función es permitir la introducción de un electrodo de marcapasos, para proteger al paciente de ritmos cardíacos anormales.** Por su parte, el catéter central LEV, es el mismo catéter venoso central, del que se trae referencia clara, está ubicado en la subclavia derecha, que está siendo usado para infundir líquidos endovenosos (LEV) y medicamentos, tal como lo sostiene la misma nota transcrita, cuando expresa, que está *permeable SSN 0.9% + infusión de nitroglicerina 10ML en SSN 0,9% 250CC por bomba de infusión.*

Finalmente, menciona la nota en estudio, que la paciente tiene línea arterial en miembro inferior izquierdo conectada a SSN 0.9% 500CC heparinizada, lo cual, implica monitorización invasiva de tensión arterial.

Frente a lo cual, se reitera, esta monitorización, a pesar de ser invasiva, no es suficiente, porque la presión o tensión arterial, solo es un componente de los muchos que componen la función hemodinámica, la cual, se vigila y se trata adecuadamente con el monitoreo hemodinámico invasivo continuo de avanzado nivel tipo **PICCO, SAWN GANZ, FLOW TRAC** o **CVC**, que requería la paciente.

Por tanto, no existe duda que el introductor de marcapasos, el catéter venoso central y la línea arterial, nada tienen que ver con el monitoreo hemodinámico invasivo de nivel avanzado, que bien le habría sentado a la paciente.

- ✓ Nota de enfermería, visible a folio 235 del archivo digital 0001ExpedienteDigitalizado, de la carpeta C01Principal, de la carpeta 01PrimeraInstancia.

Esta nota de enfermería, es consignada se refiere textualmente, lo siguiente, **“...cuello móvil con **introductor para marcapaso transitorio en yugular derecho permeable fijado con puntos de sutura cubierto con apósitos estériles y secos sellado, catéter venoso central trilumen en subclavia derecha permeable fijado con puntos de sutura cubierto con apósitos estériles pasando infusión de nitroglicerina 50mg + 250cc de ssn 0.9% a 70cc/hr en bomba de infusión...**”.**

Un poco más adelante, en la misma nota de enfermería y sobre la misma hora, textualmente se sostiene lo siguientes **“...se instala en la unidad y se continúa monitoreo hemodinámico de signos vitales...”.**

De la primera parte transcrita de la nota de enfermería, se confirma nítidamente, sin lugar a dudas, que el introductor que trae la paciente, es un introductor de marcapasos transitorio, ubicado en la yugular derecha. Mientras que el catéter venoso central, está ubicado en la subclavia derecha. Tampoco existe duda que el introductor de marca pasos transitorio, está sellado, y que, el catéter venoso central sigue pasando líquidos y medicamentos. Por tanto, tampoco existe duda de la ubicación y del uso de estos dos (2) dispositivos, que nada tiene que ver con monitoreo hemodinámico invasivo continuo.

En cuanto a la segunda parte que se transcribe de la nota, también es totalmente claro, que la paciente está en la unidad de cuidados intensivos (UCI) en el posoperatorio y que continua con el monitoreo hemodinámico básico, no invasivo de signos vitales de nivel bajo, por cuanto, para nada se hace referencia en la nota de enfermería que la paciente está conectada transductor o monitor de monitoreo hemodinámico invasivo de avanzado nivel que requería la paciente, ni siquiera se menciona, hasta este momento, que esté siendo conectada a monitor o transductor invasivo de tensión arterial o presión venosa.

- ✓ Notas de enfermería, visibles a folios 236, del archivo digital 0001Demanda, de la carpeta C01Principal, de la carpeta 01PrimeraInstancia.

JOSÉ DEL C. MUÑOZ GÓMEZ

Abogado.

En esta nota, a las 19:00 horas, se refiere textualmente lo siguiente. **“...CON INTRODUTOR EN REGIÓN YUGULAR CERRADO, MÁS CATÉTER VENOSO CENTRAL TRILUMEN EN REGIÓN SUBCLAVIA DERECHA PASANDO INFUSIÓN DE NITROGLICERINA TO MG, MAS 250 CC DE SOLUCIÓN SALINA 0.9% A 35 CC HORA, SOLUCIÓN HARTMAN 1000 CC A 100 CC HORA, POR BOMBA DE INFUSIÓN, EXTREMIDADES SUPERIORES COMPLETAS MAS LÍNEA ARTERIAL EN REGIÓN BRAQUIAL IZQUIERDA INVASIVA FUNCIONAL...”**”.

Más adelante, la misma nota refiere, a las 23:00 horas, lo siguiente, **“...MÉDICO LE INSTALA MARCAPASOS TRANSITORIO.”**

Y finalmente, refiere la nota, a las 5:00 horas lo siguiente **“...JEFE LE REALIZA CURACIONES DE HERIDAS QUIRÚRGICAS MAS CATÉTER Y INTRODUTOR.”**

Obsérvese, que la nota de enfermería de las 19:00 horas, confirma, una vez más, con absoluta claridad, que efectivamente, el introductor, está ubicado en la región yugular, de lo cual, debe entenderse, que es la yugular derecha y se trata del **INTRODUCTOR DE MARCAPASOS**, como nítidamente se ha venido evidenciado en las anteriores notas de enfermería valoradas. Asimismo, se reitera, este introductor, es para introducir marcapasos, y no para monitorización hemodinámica invasiva continua.

Por su parte, el catéter venoso central trilumen, sigue ubicado en la región subclavia derecha y se sigue usando para pasar líquidos y medicamentos. Por tanto, es totalmente claro, que tampoco está siendo usado para monitorización hemodinámica invasiva continua de alto nivel, ni siquiera para monitoreo invasivo continuo de presión venosa (PVC).

En lo concerniente a la línea arterial de la región braquial izquierda, es claro que esta vía está tomada, para invadir a la paciente, pero se reitera, esta monitorización invasiva, solo monitoriza de manera aislada la presión arterial, y no corresponde, ni es comparable con el monitoreo hemodinámico invasivo continuo de nivel avanzado que requería la paciente.

Respecto de la nota de enfermería de las 23:00 horas, se reconfirma, con absoluta claridad, que, el introductor de la región yugular, es un **INTRODUCTOR DE MARCAPASOS** y no **SWANZ-GANZ**, por cuanto, a través de él, se instaló un marcapaso transitorio. Sin embargo, esto tampoco corresponde al monitoreo hemodinámico invasivo continuo de nivel avanzado, pues, se reitera una vez más, este introductor, no es para monitoreo hemodinámico invasivo continuo, pues, su función es permitir la introducción de un electrodo de marcapasos, para proteger al paciente de ritmos cardiacos anormales.

Finalmente, en la nota de las 5:00, consta, que la jefe realiza a la paciente curaciones en las heridas de la cirugía y también en el catéter y en el introductor, confirmándose una vez más, la existencia del introductor y el catéter venoso central, en la paciente, pero sin que, hasta este momento, esto se relacione con el monitoreo hemodinámico invasivo continuo de alto nivel, se reitera, que efectivamente requería la paciente. Por tanto, se sigue concluyendo, que la monitorización realizada a la paciente, en la cirugía y en el posoperatorio, fue defectuosa con monitoreo básico no invasivo continuo de signos vitales.

- ✓ En nota de enfermería, visible a folio 245, del archivo digital 0001ExpedienteDigitalizado, de la carpeta C01Principal, de la carpeta 01PrimeraInstancia.

Esta nota, es otra de las notas de enfermería, en que se apoya la señora Juez, para arribar a su errada decisión, consistente en creer que *“está claro que la menor está siendo monitoreada de manera correcta y de forma invasiva”*, la cual, transcribió en los siguientes términos.

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

NOTAS ENFERMERIA

07:00 RECIBO PCTE FEMENINA MENOR DE EDAD EN SU UNIDAD EN MALAS CONDICIONES GENERALES DE SALUD, CABECERA 35°, EN POSICION SEMIFOWLER CON

***Carrera 44 No. 40 - 20, Edificio Seguros Colombia, Piso 4°, Oficina 401.**

*** Teléfono Celular 310 652 80 09. Email: josemg_777@hotmail.com**

Barranquilla – Colombia.

JOSÉ DEL C. MUÑOZ GÓMEZ
Abogado.

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

Respecto al mal estado de la paciente en el posoperatorio, que recalca la señora Juez, ante de la nota de enfermería, es de aclararse, que, sin desconocer los antecedentes de la paciente y el riesgo propio de la cirugía, ese mal estado, surgió por el retraso injustificado en la realización de la cirugía, que de haberse intervenido oportunamente a la paciente, el resultado hubiese sido otro muy distintos en bien y vida para la paciente, como anteriormente se explicó de manera clara y abundante.

Respecto de la nota de enfermería en sí, ésta fue consignada por la auxiliar de enfermería, **YELIS YOHANA AVILA TABORDA**, en la cual, refiere, que el catéter central, que está ubicado en la yugular derecha, y, simultáneamente, refiere que, el introductor, también estaba ubicado en la yugular derecha.

Al respecto, yerra la auxiliar de enfermera mencionada, cuando afirmar que el catéter venoso central, está ubicado en la yugular derecha, lo cual, contradice el cúmulo de notas de enfermería, que anteriormente se analizaron, las cuales sostienen nítidamente, que el catéter venoso central, está ubicado en la subclavia derecha.

Asimismo, es prácticamente un imposible, desde el punto de vista clínico, que un catéter venoso central y un introductor, estén ubicados en una misma vía, como erróneamente se dijo, en la yugular derecha o en cualquier otra vía. Introducir dos dispositivos por una misma vía, está contraindicado en la práctica clínica, por cuanto ello implica forzar la vía y correr el riesgo que los dispositivos se enreden entre sí, no lográndose el objetivo de invadir al paciente y ocasionándole daño a la misma vía y/o al paciente.

En conclusión, atendiendo el cúmulo de notas de enfermería, antes estudiadas, es totalmente claro, que **el catéter venoso central, estaba ubicado en la subclavia derecha** y el introductor, que viene siendo el mismo **INTRODUCTOR DE MARCAPASOS, estaba ubicado en la yugular derecha.**

No obstante, indistintamente de la ubicación, estos dispositivos, tanto catéter, como introductor, no estaban siendo usados, para el monitoreo hemodinámico invasivo continuo; pues, el venoso central, se sigue usando, para infusión de líquidos y medicamentos y el introductor de marcapasos, es para introducir marcapasos, como dio cuanta la historia clínica en notas anteriores, cuando se evidenció que el anestesiólogo, doctor POMARES introdujo por el introductor de marcapasos, un marcapasos transitorio.

Respecto a la “PVC FUNCIONANTE”, que se menciona en la nota de enfermería, es la primera vez, que, que, a lo largo de la historia clínica, se evidencia que, a la paciente, se pone en funcionamiento la monitorización de la presión venosa central (PVC). Razón por la cual, conviene precisar, que, al verificar directamente la nota de enfermería, en la historia

clínica, se evidencia que la paciente está en la cama 13 de la unidad de cuidados intensivos (UCI) y es 13 de diciembre de 2016, lo cual, implica, que durante la cirugía no se le monitorizó la presión venosa central, y solo hasta después de las 7:00 horas del 13 de diciembre de 2016, es decir, mucho tiempo después de la cirugía, fue que tardíamente, se le inició la monitorización invasiva de la presión venosa central. Recuérdese que, en todas las notas de enfermería anteriores, el catéter venoso central, estaba siendo utilizado, para infusión de líquidos y medicamentos. Adicionalmente, esta monitorización, solo sirve para vigilar y controlar la presión venosa central, que es solo un componente de los múltiples que componen la función hemodinámica. Por tanto, esta monitorización, además de tardía, tampoco fue suficiente, ni adecuada, para la paciente.

Respecto a la conexión de la paciente a “*EQUIPOS DE MONITOREO HEMODINÁMICO CONTINUO, PARA CONTROL DE SIGNOS VITALES*”, se reitera, es totalmente claro, que se trata de monitoreo básico no invasivo de bajo nivel, lo cual, se afirma, por cuanto, en la nota de enfermería, no se hace referencia a monitorización hemodinámica invasiva continua de nivel avanzado.

Respecto de la “*LÍNEA ARTERIAL CONECTADA A MONITOR FUNCIONANTE*”, si bien evidencia monitorización invasiva de tensión arterial, se reitera una vez más, que esta monitorización, solo permite vigilar y manejar la presión arterial, es decir, solo un componente más, de los múltiples componentes que hacen parte de la función hemodinámica. Por tanto, esta monitorización, también fue insuficiente.

En conclusión, a lo largo de la historia clínica y particularmente en esta nota de enfermería, consta, que, el shock cardiogénico, que presentó la paciente, fue vigilado y manejado, con monitoreo básico no invasivo continuo de no avanzado o de bajo nivel de signos vitales, y en el mejor de los casos, con monitoreo invasivo continuo de tensión arterial, y, tardíamente, con monitorización invasiva de presión venosa central (PVC), lo cual, no fue suficiente, ni es comparable con el monitoreo hemodinámico invasivo continuo de nivel avanzado, tipo **PICCO, SAWN GANZ, FLOW TRAC o CVC**, que requería la paciente. **Por tanto, no le asiste razón a la Juez, cuando apoyada, en esta nota de enfermería, afirmar, que es claro, que la menor si estaba siendo monitoreada de manera correcta y de forma invasiva.**

- ✓ Notas de enfermería, visibles a folios 246, 254 y 255, del archivo digital 0001ExpedienteDigitalizado, de la carpeta Co1Principal, de la carpeta O1PrimeraInstancia.

Estas notas, de contenido similar, con pequeñas diferencias, en el suministro de medicamentos, que podrán ser consultadas en historia clínica y en los folios indicados, todas, fueron realizadas por la misma auxiliar de enfermería **YELIS YOHANA AVILA TABORDA**, y merecen el mismo comentario, en los siguientes términos.

En las tres notas, objeto de análisis, la auxiliar de enfermería **YELIS YOHANA AVILA TABORDA**, incurre en el mismo error precisado en su nota de enfermería, inmediatamente anterior, visible en el folio 245, del archivo digital 0001ExpedienteDigitalizado, de la carpeta Co1Principal, de la carpeta O1PrimeraInstancia, al volver a manifestar, que el catéter central, está ubicado en la yugular derecha, y simultáneamente, también manifestó que el introductor estaba ubicado en la yugular derecha; lo cual, como ya se aclaró anteriormente, es imposible clínicamente y contradice el cúmulo de notas de enfermería analizadas, que sostienen con claridad, que el catéter central o venoso central, realmente estaba ubicado en la subclavia derecha; mientras que, el introductor, está ubicado en la yugular derecha.

No obstante, el error precisado en las tres notas de enfermería de la auxiliar mencionada, nótese con gran detenimiento, que nítidamente, se evidencia, que el catéter venoso central, se sigue usando para pasar líquidos y medicamentos, mientras que el introductor de marcapasos, era para introducir marcapasos, como en efecto se usó, reiterándose, que el introductor de marcapasos, no sirve para monitoreo hemodinámico invasivo continuo.

En lo relacionado con la “*PVC FUNCIONANTE*” y la “*LÍNEA ARTERIAL CONECTADA A MONITOR FUNCIONANTE*”, que se manifiesta en las tres notas analizadas, es más que claro, que se trata de monitorización invasiva, pero única y exclusivamente, relacionada con la presión venosa central y con la tensión arterial, se reitera, que no es suficiente, ni comparable con la monitorización hemodinámica invasivo continuo de avanzado nivel, tipo

JOSÉ DEL C. MUÑOZ GÓMEZ

Abogado.

PICCO, SAWN GANZ, FLOW TRAC o CVC, que efectivamente necesitaba la paciente y tal y como se ha venido sosteniendo a lo largo del proceso y de esta sustentación.

Lo mismo ocurre, con el equipo de monitoreo hemodinámico continuo, para control de signos vitales, que es un monitoreo básico, no invasivo y de bajo nivel, que tampoco fue suficiente, se reitera, por cuanto la monitorización adecuada, era el monitoreo hemodinámico, invasivo continuo de alto nivel tipo **PICCO, SAWN GANZ, FLOW TRAC o CVC**.

- ✓ Nota de enfermería, visible a folios 256, del archivo digital 0001ExpedienteDigitalizado, de la carpeta C01Principal, de la carpeta 01PrimeraInstancia.

Es menester aclarar, que ésta, es otra de las notas de enfermería, en que se apoya la señora Juez, para arribar a su errada decisión, consistente en creer que “está claro que la menor está siendo monitoreada de manera correcta y de forma invasiva”.

Razón por la cual, es menester aclarar, que la señora Juez, erradamente, afirma en el fallo, que se encuentra a folio 247, cuando realmente se encuentra a folio 256, del archivo digital 0001ExpedienteDigitalizado, de la carpeta C01Principal, de la carpeta 01PrimeraInstancia. Asimismo, la señora Juez manifiesta que esta nota fue realizada a las 10:00:58 horas, pero realmente, la nota corresponde a eventos que inician a las 07:00 horas en adelante, y se cierra la nota de enfermería a las 10:00:58, lo cual, transcribió textualmente al fallo, así.

“A folio 247 se encuentra la nota de enfermería de la auxiliar de enfermera LEIDIS TRUYOL RUA con fecha 14/12/16 con hora 10:00:58:

*EN SU UNIDAD, ESTANCIA HOSPITALARIA INTENSIVA, HEMODINAMICAMNETE INESTABLE, SOMNOLIENTA, APERTURA OCULAR AL LLAMADO, GLASGOW DE 10/15 NORMOCEFALEO CABELLOS BIEN IMPLANTADOS PUPILAS ISOCORICAS REACTIVAS A LA LUZ TUBO ENDOTRAQUEAL (DIA 2) CONECTADO A VENTILACION MECANICA INVASIVA BAJO PARAMETROS DINAMICOS ESTABLECIDOS. MUCOSA ORAL HUMEDA. CUELLO MOVIL SIN AENOPATIAS, **INTRODUCTOR (DIA 2) EN YUGULAR EXTERNO CUBIERTO PASANDO INFUSION DE FENTANIL 2 MGRD DILUIDO EN 250 CC DE SSN 0.9 % A 5CC/H, D/R PASANDO POR BOMBA DE INFUSION. CATETER VENOSO CENTRAL (DIA 2) PASANDO LEV S HARTMAN 500 CC A 100 CC/H INFUSION DE NOREPINEFRINA 8 MGR DILUIDO EN 250 CC DE SSN 0.9% A 20.5 CC/H D/R PASANDO PO BOMBA DE INFUSION. TORAX SIMETRICO EXPANDIBLE, ESTERNOTOMIA CUBIERTA. HILO EPICARDICO CUBIERTO TUBOS A MEDIATINO Y PLEURA (DIA 2) A LIBRE DRENAJE CONECTADOS A SISTEMA DE DRENAJE CON SUCCION CONTINUA. MONITOREO HEMODINAMICO NO INVASIVO CONTINUO PARA CONTROL DE SIGNOS VITALES. MANILLA DE IDENTIFICACION ABDOMEN BLANDO A LA PALPACION. LINEA ARTERIAL (DIA 1) RADIAL IZQUIERDA CONECTADA A TRANSDUCTOR E INTERFASE PARA MONITOREO INVASIVO DE TENSION ARTERIAL** GENITALES NORMOCONFIGURADOS ELIMINANDO POR Sonda FOLEY (DIA 2) A LIBRE DRENAJE CONECTADA A SISTEMA DE DRENAJE (CISTOFLO), PCTE OLIGURICA, MIEMBROS INFERIORES COMPLETOS Y SIMETRICOS.”*

Respecto de esta nota de enfermería, fue consignada por la auxiliar de enfermería, **YELIS YOHANA AVILA TABORDA**, en la cual, refiere, que el introductor está ubicado en la yugular externa, lo cual, no es cierto.

Al respecto, se aclara, que, este tipo de dispositivo, no se implanta en vías externas, sino en vías internas; por cuanto, la vía interna, como la vena yugular interna, es la que desemboca directamente en las grandes venas que van al corazón. De tal suerte que, tratándose de un introductor de marcapasos, cuyo objetivo es llegar al corazón, indefectiblemente éste, estaba ubicado en la yugular interna derecha,

Asimismo, el introductor de marcapasos, a veces se usaba, para introducir marcapasos, como consta en nota anterior, donde el doctor POMARES, introdujo un marcapasos transitorio, y, a veces era usado para suministro de líquidos y medicamentos, como consta en esta misma nota, que pasaba infusión de FENTANIL, HARTMAN y NOREPINEFRINA, no obstante, el catéter venoso central, estaba siendo usado para suministro de líquidos y medicamentos, como claramente se evidencia en la valoración de las notas de enfermería, que se ha venido realizando.

Respecto del catéter venoso central, del que no se refiere ubicación, también ha de concluirse sin equívocos y sin lugar a vacilaciones, que éste, se encontraba ubicado en la subclavia derecha, como se evidencia del estudio juicioso y responsable, que, como se dijo, se ha venido realizado del cúmulo de notas de enfermería.

Respecto de la línea arterial radial izquierda conectada a transductor e interfase para monitoreo invasivo de tensión arterial, está más que claro, que esta monitorización invasiva, es insuficiente por vigilarse solo la tensión arterial, dentro de los muchos parámetros o variables hemodinámicas.

Respecto del monitoreo hemodinámico continuo, para control de signos vitales, en la nota de enfermería, objeto de estudio, se lee, que expresamente se deja claro, que EL MONITOREO ES NO INVASIVO.

Por tanto, se reconfirma, que la paciente durante la cirugía, solo se le vigiló y le trató el shock cardiogénico, inadecuadamente con monitoreo básico no invasivo de nivel bajo, y, en el posoperatorio, con monitoreo invasivo de tensión arterial y presión venosa, que no fue suficiente, como lo hubiese sido el monitoreo hemodinámico invasivo continuo de alto nivel, tipo **PICCO, SAWN GANZ, FLOW TRAC** o **CVC**, que era el que necesitaba la paciente y que además de la tensión arterial y la presión venosa central, vigila adecuada y suficientemente, para un mejor manejo y tratamiento los múltiples parámetros hemodinámicos, en beneficio de la paciente.

De tal suerte, que no le asiste razón a la señora Juez, cuando se ampara en esta nota, para afirmar, que la paciente estaba siendo monitoreada de manera correcta y de forma invasiva.

- ✓ En nota de enfermería, visible a folios 268, del archivo digital 0001ExpedienteDigitalizado, de la carpeta Co1Principal, de la carpeta 01PrimeraInstancia.

Esta nota, refiere textualmente, lo siguiente, **"...INTRODUCTOR (DIA 2) EN YUGULAR EXTERNO CUBIERTO PASANDO INFUSION DE FENTANIL 2 MGR DILUIDO EN 250 CC DE SSN 0.9 % A 5CC/H. D/R PASANDO POR BOMBA DE INFUSION. CATETER VENOSO CENTRAL (DIA 2) PASANDO LEV S HARTMAN 500 CC A 100 CC/H. INFUSION DE NOREPINEFRINA 8 MGR DILUIDO EN 250 CC DE SSN 0.9% A 20 62.3 CC/H D/R MIDAZOLAN 150 MGR DILUIDOS EN 250 CC DE SSN 0.9% A 5CC/H. D/R. PASANDO POR BOMBA DE INFUSIÓN. TORAX SIMÉTRICO EXPANDIBLE. EXTERNOTOMÍA CUBIERTA. HILO EPICARDICO CUBIERTO. TUBOS A MEDIATINO Y PLEURA (DÍA 2) A LIBRE DRENAJE CONECTADOS A SISTEMAS DE DRENAJE CON SUCCIÓN CONTINUA. MONITOREO HEMODINAMICO NO INVASIVO CONTINUO PARA CONTROL DE SIGNOS VITALES. MANILLA DE IDENTIFICACION ABDOMEN BLANDO A LA PALPACION. LINEA ARTERIAL (DIA 1) BRADIAL IZQUIERDA CONECTADA A TRANSDUCTOR E INTERFASE PARA MONITOREO INVASIVO DE TENSION ARTERIAL..."**.

Esta nota de enfermería, es una cuarta nota, en la cual, la señora Juez, fundamenta su errada decisión, cuando dijo textualmente.

"Entonces esta claro que la menor si estaba siendo monitoreada de manera correcta y de forma invasiva, es más, si vamos a la historia clínica de la menor cuando sale de la colocación de catéter Mahurkal, se puede leer en la nota de enfermería del día 15 de diciembre de la 7:00 (folio268 del C. Principal) lo siguiente: "...más monitoreo de PVC funcionando conectado a monitor..."

Razón por la cual, es menester aclarar, que la señora Juez, por error o confusión, trae a colación, como soporte de su decisión, el folio 268 del C. Principal, el cual, realmente no existe, por cuanto el cuaderno principal o carpeta digital Co1Principal, no está compuesta por folios, sino por archivos digitales. El folio 268 al que se refiere la señora Juez, realmente hace parte del archivo digital 0001ExpedienteDigitalizado, de la carpeta Co1Principal, de la carpeta 01PrimeraInstancia.

JOSÉ DEL C. MUÑOZ GÓMEZ

Abogado.

En el mismo sentido, conviene precisar que, en el folio 268 del archivo digital 0001Demanda, de la carpeta C01Principal, de la carpeta 01PrimeraInstancia, en lo absoluto, **no** aparece anotación alguna, del 15 de diciembre a las 7:00, que haga referencia a monitoreo de PVC funcionante conectado a monitor. Incluso las anotaciones que en este folio reposan, todas en su conjunto, son del 14/12/2016 y comienzan desde las 19:00 hasta las 20:42:42.

No obstante, lo anterior, en honor a la verdad, es conveniente aclarar, que las anotaciones, que, **si** hacen referencia a monitoreo PVC funcionante conectado a monitor, se hayan visibles a folios 277 y 292, del archivo digital 0001Demanda, de la carpeta C01Principal, de la carpeta 01PrimeraInstancia, las cuales serán analizadas posteriormente.

Hecha la anterior aclaración, también es necesario precisar, que en esta nota de enfermería, respecto del introductor, la mencionada auxiliar de enfermería, **LEIDIS TRUYOL RUA**, incurre en el mismo error precisado en la nota del folio 256, del archivo digital 0001ExpedienteDigitalizado, de la carpeta C01Principal, de la carpeta 01PrimeraInstancia, al volver a sostener que, que el introductor, está ubicado en la yugular externa, lo cual, se reitera, no es cierto, ni posible clínicamente, el introductor, realmente estaba ubicado en la yugular interna derecha. No obstante, para lo que se pretende sustentar, se observa en esta nota, que tanto el introductor, como el catéter venoso central, ambos estaban siendo usados para suministro de líquidos y medicamentos, más no para monitoreo hemodinámico invasivo continuo de alto nivel, tipo **PICCO, SAWN GANZ, FLOW TRAC** o **CVC**.

Respecto del monitoreo hemodinámico continuo para control de signos vitales, se reconoció de manera expresa, que es NO INVASIVO. Por tanto, a diferencia de lo manifestado por la señora Juez, es totalmente claro, que la paciente, fue monitorizada con monitoreo básico.

Respecto de la línea arterial bradial izquierda, conectada a transductor e interfase para monitoreo invasivo de tensión arterial, no existe duda que se trata de monitorización invasiva continuo de tensión arterial, pero ella no fue suficiente por vigilar sólo un componente, como anteriormente se explicó.

(iii) En cuanto a la literatura médica.

En lo tocante a esta otra prueba o literatura médica, traída al proceso de manera oficiosamente, por la señora Juez, para fallar, denominada SALUSPLA, ubicable en el siguiente dirección o link electrónico: (<https://www.salusplay.com/apuntes/cuidados-intensivos-uci/tema-1-conceptos-de-monitorizacion>), se avizora, otro de los reparos concretos realizados al fallo apelado, como es, no armonizar adecuadamente el material probatorio, con la aceptada literatura científica.

Al respecto, atendiendo las normas procesales, legales y jurisprudenciales, el Juez, si bien tiene libertad para valorar las pruebas, también, está en la obligación de hacerlo de forma adecuada, atendiendo, las reglas de la hermenéutica, la sana crítica, las reglas de la experiencia, la lógica y el sentido común, entre otros.

Asimismo, en su deber acucioso, tratándose de un proceso de responsabilidad civil médica, el Juez de instancia, está en la obligación de consultar y valorar adecuadamente, la literatura médica relacionada con el tema, que él estime conveniente. Asimismo, también deberá valorar adecuadamente la literatura médica, aportada al proceso, por las partes; en todo caso, toda la literatura médica, en su conjunto, debe ser armonizarlas adecuadamente con el material probatorio en lo que este, no resulte lo suficientemente conclusivo.

No obstante, lo anterior, para el caso que nos ocupa, la señora Juez, no armonizó adecuadamente la aceptada literatura médica, con el material probatorio, llegando a la convicción errada, que la menor, estaba siendo monitoreada de manera correcta y de forma invasiva, siendo que, por el contrario, la literatura médica existente en el proceso, es la que permite determinar con absoluta claridad y de manera irrefutable, que la paciente **no** estuvo adecuada y suficientemente monitorizada durante la cirugía y en el posoperatorio.

En efecto, la señora Juez, transcribió textualmente, al acápite de valoración probatoria del fallo, lo siguiente.

JOSÉ DEL C. MUÑOZ GÓMEZ

Abogado.

“La literatura médica establece que:

La monitorización invasiva será aquella que mediante unos catéteres u otros dispositivos realizamos mediciones de parámetros Hemodinámicos como la TA invasiva por un catéter arterial, Gasto Cardíaco mediante un catéter PICCO, la Presión Venosa Central, el volumen de la diuresis mediante sondaje vesical...

Para la determinación de estos valores (excepto el de presión arterial) vamos a necesitar de la inserción de un catéter venoso central tipo Swan-Ganz, como el que se ve a continuación, el cual dispone de una serie de luces que nos van a servir para la medición de los diferentes parámetros, así como, un equipo de monitorización de presión venosa con un transductor, para determinar las diferentes presiones intravasculares.

Para la determinación de la presión arterial de forma directa o invasiva vamos a necesitar instaurar un catéter arterial (línea arterial), así como un equipo de monitorización de presión arterial con su transductor. (<https://www.salusplay.com/apuntes/cuidados-intensivos-uci/tema-1-conceptos-de-monitorizacion>)”.

Respecto de esta literatura médica, es de recibo aclarar, que nada del total transcrito, sirve de soporte probatorio, para entender que la menor si estaba siendo monitoreada de manera correcta y de forma invasiva, como erradamente lo entendió la señora Juez.

Antes, por el contrario, las distintas clases de monitorización invasiva, como la tensión arterial con catéter arterial; el gasto cardiaco con catéter PICCO; la presión venosa central con catéter venoso central y el volumen de la diuresis con sonda vesical, que presenta esta literatura médica, es precisamente lo que demuestra que la paciente no fue monitorizada de forma adecuada y suficiente.

Al respecto, nítidamente sostiene esta literatura médica, entre otros, que el dispositivo para realizar la medición de los parámetros hemodinámicos relacionados con el gasto cardíaco, es el catéter PICCO. Asimismo, sostiene nítidamente, que, para la medición de parámetros hemodinámicos, excepto la tensión arterial, se requiere la inserción de **un catéter venoso central tipo Swan-Ganz**, el cual dispone de una serie de luces que nos van a servir para la medición de los diferentes parámetros, así como, un equipo de monitorización de presión venosa con un transductor, para determinar las diferentes presiones intravasculares.

En armonía con lo anterior, sostuvo el perito en la prueba pericial, en la página 7, al responder la pregunta 5 del cuestionario, visible a folio 9 del archivo digital 0082AportaDictámenPericialCardiología, de la carpeta Co1Principal, de la carpeta 01PrimeraInstancia, lo siguiente, “...El no hacer un monitoreo adecuado con las diferentes técnicas de valoración, ya sea Sawn Ganz, Flow trac, PiCCO, CVC implica en general una falta de orden y dirección en el proceso adecuado de monitoreo y guía en la reanimación de cualquier paciente.”.

De igual modo, en armonía con la misma línea argumentativa, sostiene la guía la Guía de Práctica Clínica de la Sociedad Europea de Cardiología – ESC 2016, que trata sobre el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca aguda y crónica, que, en su página e47, en el punto **12.3.4.**, **define el tratamiento de pacientes en shock cardiogénico**, visible a folio 47, del archivo digital 05GuíaCardiología, de la carpeta CO4ReformaDeLaDemanda, de la carpeta 01PrimeraInstancia, lo siguiente.

“...El objetivo del tratamiento farmacológico es mejorar la perfusión orgánica mediante el aumento del gasto cardiaco y la PA. Tras realizar una carga de fluidos, el tratamiento farmacológico consiste en la administración de un inotrópico y un vasopresor, según se requiera. El tratamiento está guiado por la monitorización continua de la perfusión orgánica y de los parámetros hemodinámicos...”

Razón por la cual, enfática y vehementemente, se reitera, la gran necesidad que tenía la paciente de ser monitorizada, adecuada y suficientemente, con monitorización hemodinámica invasiva continua, tipo **PICCO, SAWN GANZ, FLOW TRAC** o **CVC**. Asimismo, se reitera, que la paciente nunca se le implantó catéter SEANZ-GANZ, ni se conectó a ese transductor especial, que permitiese medir, las distintas presiones intravasculares, tales como, entre otros, presión en cuña de la arteria pulmonar, presión sistólica arterial pulmonar, presión diastólica arterial pulmonar, presión diastólica final del ventrículo izquierdo, índice y gasto cardiaco, volumen de precarga sanguínea, volumen de agua pulmonar extravascular, resistencia periférica total, etc. etc.

JOSÉ DEL C. MUÑOZ GÓMEZ

Abogado.

Erradamente a esta paciente, de acuerdo a las notas de enfermería, solo se le monitorizó con el monitoreo continuo no invasivo de signos vitales, y, en el mejor de los casos, con el monitoreo invasivo de tensión arterial y presión venosa central, que muy a pesar de ser invasivo, implicó solo vigilancia de la tensión arterial y presión venosa central, que es son solo dos componentes o parámetros de los múltiples parámetros, que integran la función hemodinámica. Por tanto, no fue adecuado, ni suficiente, como erradamente lo entendió la señora Juez.

En complemento de lo anterior, y para demostrar aún más, que la paciente efectivamente requería monitorización hemodinámica invasiva continua alto nivel, tipo **PICCO**, **SAWN GANZ**, **FLOW TRAC** o **CVC**, es apropiado y de suma importancia, transcribir textualmente lo que, al respecto, sostiene la literatura médica, denominada **SALUSPLAY**, traída oficiosamente por la señora Juez al proceso, lo cual hago en los siguientes términos.

“TEMA 1. CONCEPTOS DE MONITORIZACIÓN

1. INTRODUCCIÓN

Las unidades de cuidados intensivos se crearon ante la necesidad de una vigilancia exhaustiva y estricta de pacientes con patología de riesgo vital. Para ello, todos los pacientes ingresados en UCI precisan una monitorización continua de sus parámetros fisiológicos a través de equipos especializados en electromedicina. Los avances tecnológicos de las últimas décadas han permitido dotar a estas unidades de monitores muy precisos y especializados en el seguimiento del paciente grave.

Un monitor es un dispositivo electrónico que permite la vigilancia, el registro y control de los signos vitales de los pacientes. Los monitores son herramientas muy necesarias y cruciales a la hora de la asistencia del paciente crítico, nos ayudarán a detectar disfunciones orgánicas y orientarán en el abordaje terapéutico. Pero no sólo monitorizamos a los pacientes mediante aparatos, sino que también la exploración física no instrumental o el contacto verbal o visual son formas de monitorización.

Las opciones para monitorizar las funciones vitales han ido evolucionando a medida que la electromedicina iba avanzando, la mejora de los sistemas informáticos también a llevado a los hospitales a estar a la última en innovación tecnológica.

Los parámetros más habituales registrados por monitorización en las UCIs serán:

- *Monitorización Cardiovascular.*
- *Monitorización Hemodinámica.*
- *Monitorización Respiratoria.*
- *Monitorización Intraabdominal.*
- *Monitorización Neurológica.*

Está claro que no todos los pacientes precisan del mismo tipo de monitorización. Dependiendo del tipo de paciente, de su patología y o incluso, en qué lugar se encuentre se deberá o se podrá aplicar un nivel de monitorización diferente.

El personal de enfermería necesitará formarse en el manejo y las funciones de los diferentes dispositivos que utilizará en su Unidad de Cuidados Intensivos. Deberá familiarizarse con la información monitorizada e interpretarla objetivamente para mejorar sus cuidados en el paciente crítico. Pues la información recibida es instantánea y constante.

La función de la enfermera en una unidad de cuidados críticos es la evaluación continua y objetiva del paciente para detectar y anticiparse a las posibles complicaciones.

2. NIVELES DE MONITORIZACIÓN

Los niveles de monitorización son las diferentes intensidades de monitorización aplicables a los pacientes, teniendo en cuenta que son progresivos, pero no excluyen-tes entre sí.

JOSÉ DEL C. MUÑOZ GÓMEZ

Abogado.

Encontramos 3 niveles: se parte de un nivel básico, que se inicia con la monitorización clínica y que está siempre presente, y comprendería la utilización de aparatos sencillos y fácilmente disponibles para realizarla. Un nivel intermedio con la utilización de aparatos más complicados con necesidad de salas especiales. **Y un nivel avanzado de monitorización que incluye fundamentalmente a los pacientes que se encuentran en unidades de cuidados críticos y en los quirófanos.**

- Nivel Básico: se trata del primer escalón en la monitorización de un paciente e incluye la vigilancia y control de las constantes basales: presión arterial no invasiva, frecuencia cardíaca obtenida mediante la palpación del pulso y temperatura obtenida con un termómetro aplicado a la piel, bucal, rectal o de oído. Es una monitorización clínica con la utilización de instrumental básico, de bajo coste y reutilizable, con un rendimiento elevadísimo.
- Nivel Intermedio: ante un paciente más complejo surge de la necesidad de monitorizar parámetros biológicos de una manera más continua y sin que suponga una sobrecarga excesiva para el personal sanitario. Los más utilizados son los monitores que son capaces de medir de forma intermitente o continua la presión arterial no invasiva, el electrocardiograma y la pulsioximetría. Estos tres parámetros se pueden considerar básicos e imprescindibles en la monitorización de los pacientes ingresados en UCI.
- Nivel Avanzado: es a utilización de monitores que precisan la colocación invasiva de transductores, como puede ser la presión arterial mediante la colocación de un catéter para su medición en la arteria radial o femoral, la presión intracraneal, la medición de presiones intracardíacas.

3. MONITORIZACIÓN INVASIVA Y NO INVASIVA

Para registrar la información que queremos monitorizar la podremos hacer desde dos opciones: INVASIVA O NO INVASIVA.

Dentro de la monitorización NO invasiva encontramos los registros de: FC, FR, Temperatura, Saturación de oxígeno, ECG, TA... Lo podemos realizar sin introducir ningún dispositivo al paciente.

Por lo que, la monitorización invasiva será aquella que mediante unos catéteres u otros dispositivos realizamos mediciones de parámetros Hemodinámicos como la TA invasiva por un catéter arterial, Gasto Cardíaco mediante un catéter PICCO, la Presión Venosa Central, el volumen de la diuresis mediante sondaje vesical..

Las patologías implicadas en el proceso de perfusión y oxigenación tisular son las que precisan una monitorización más precisa y constante. La indicación de una monitorización invasiva irá relacionada con el estado hemodinámico del paciente:

Pacientes con estados de bajo gasto cardíaco, como son pacientes en riesgo de hipovolemia (casos de deshidratación, hemorragias, quemaduras, traumatismos, etc).

Pacientes con shock (séptico, cardiogénico, neurogénico, anafiláctico), alteraciones de la función cardíaca (insuficiencia cardíaca congestiva, infarto agudo de miocardio o miocardiopatías).

Negrilla, subraya y resalto, fuera de texto.

Pacientes en riesgo de desarrollar bajo gasto cardíaco tras ser sometidos a cirugía mayor de tipo cardíaco, abdominal, etc.

La monitorización hemodinámica ideal debería ser poco invasiva, fiable, precisa, fácil de usar, coste-efectividad, continua y a pie de cama. Debería proporcionarnos la información

JOSÉ DEL C. MUÑOZ GÓMEZ

Abogado.

suficiente para poder dirigir el tratamiento y las maniobras de resucitación, pero en la actualidad, todavía no disponemos de un sistema que reúna todas estas características.

Por lo que aquellos pacientes más graves, complejos y que precisen una monitorización más precisa se beneficiarán de una monitorización más invasiva, mientras que una monitorización no invasiva será de gran utilidad en pacientes menos graves.

Por ello, la invasiva debe estar justificada pues en ocasiones puede aumentar riesgos para el paciente.

De la literatura transcrita, es totalmente claro, que no todos los pacientes requieren del mismo tipo de monitorización, sino que, dependiendo del tipo de paciente, de su patología. Incluso, dependiendo de en qué lugar se encuentre, se deberá o se podrá aplicar un nivel de monitorización diferente.

Asimismo, es aclara la literatura, cuando afirma, que, el nivel avanzado de monitorización, incluye fundamentalmente a los pacientes que se encuentran en unidades de cuidados críticos y en los quirófanos.

También es aclaro, que, la monitorización invasiva es aquella que mediante unos catéteres u otros dispositivos se realizan mediciones de parámetros hemodinámicos como la tensión arterial invasiva por un catéter arterial, gasto cardíaco mediante un catéter PICCO, la presión venosa central y el volumen de la diuresis mediante sondaje vesical.

De igual modo, es claro, que la indicación de la una monitorización invasiva irá relacionada con el estado hemodinámico del paciente:

Finalmente, es bien claro, que, conforme a esta literatura, los pacientes con shock cardiogénico y alteraciones de la función cardíaca, tienen indicación de ser monitoreados con monitoreo hemodinámico invasivo avanzado. Incluso armonizando esta literatura con el resto de las literaturas, el simple hecho de someterse a una cirugía cardíaca, imponía la necesidad de monitorear a la paciente, se reitera, con el monitoreo invasivo de nivel avanzado.

Con base en la literatura científica transcrita, armonizada con el resto del material probatorio que se ha venido dilucidando, no cabe duda, que la paciente, durante la cirugía y en el posoperatorio, requería el monitoreo hemodinámico, invasivo, continuo, de nivel avanzado, tipo **PICCO, SAWN GANZ, FLOW TRAC** o **CVC**, por las razones a saber.

En primer lugar, por el tipo de monitoreo, pues, el monitoreo hemodinámico invasivo continuo de nivel avanzado, funciona con monitores especiales y vigila múltiples parámetros de la función hemodinámica, mientras que el monitoreo continuo no invasivo de signos vitales, que vigila de manera básica pocos componentes, y el monitoreo continuo invasivo de tensión arterial y presión venosa central, que vigilan, cada uno su parte, solo la presión arterial y la presión venosa central, que son solo dos componente de los múltiples componentes o factores que componen la función hemodinámica, como anteriormente se explicó.

En segundo lugar, por el tipo de paciente, quien, sería sometida a una cirugía cardíaca compleja que se extendió por casi 8 horas de duración, que era sabido, que ocasionaría, shock cardiogénico normal y alteraciones de la función cardíaca, por el aturdimiento del corazón, dado por el trauma quirúrgico, que implicaba en sí la cirugía.

En tercer lugar, por el sitio o lugar donde iba a estar la paciente; esto es, inicialmente en quirófano, para la cirugía y luego en UCI, para el posoperatorio, lugares que, según la literatura científica transcrita, se crearon ante la necesidad de una vigilancia exhaustiva y estricta de pacientes con patología de riesgo vital, por cuanto todos los pacientes ingresados a UCI precisan o requieren de una monitorización continua de sus parámetros fisiológicos a través de equipos o monitores muy precisos y especializados en el seguimiento del paciente grave.

En cuarto lugar, por su patología, que como lo indica la historia clínica, estaba diagnosticada con doble lesión valvular mitral: insuficiencia severa y estenosis moderada, con datos de falla

JOSÉ DEL C. MUÑOZ GÓMEZ

Abogado.

cardiaca descompensada o aguda, con episodios sincopales y disnea de pequeños esfuerzos, como ya se dijo, considerada por la literatura médica, como una paciente de alto riesgo mortal.

Por tanto, fue un error del personal médico, no haber monitorizado a la paciente con el monitoreo hemodinámico, invasivo, continuo, de nivel avanzado, tipo **PICCO, SAWN GANZ, FLOW TRAC** o **CVC**, y, fue otro error del fallador de instancia, haber sentenciado que la paciente fue monitoreada de manera correcta y de forma invasiva, pues, se reitera, la monitorización invasiva y no invasiva, que, según historia clínica, tuvo la paciente, no fue adecuada, ni suficiente, lo cual trajo un mayor deterioro del estado clínico de la paciente.

(iiii) En cuanto a la explicación del Doctor VILLAMIZAR.

En lo relacionado con esta otra prueba, mal valorada por la señora Juez, es ubicable en los audios videos de la audiencia correspondiente, de la cual, transcribió textualmente lo siguientes.

“De la explicación recibida por el Dr. Villamizar, nos establece que todo paciente al ser intervenido quirúrgicamente del corazón, debe ser invadido por monitoreo invasivo, que inicia en la cirugía y debe continuar en la UCI, que la menor contaba con todo el monitoreo que necesitaba lo cual lo explico en declaración rendida de la siguiente manera:”.

“...la paciente tenía colocada como dice la historia clínica un catéter de SWAN GANZ, el catéter de SWAN GANZ se utiliza para medir las presiones venosas centrales a nivel de la oblicua izquierda, a nivel de la oblicua derecha, a nivel del ventrículo derecho hay que hacer un procedimiento que nosotros hacemos en la unidad de cuidados intensivos o en el quirófano en su defecto y esos procedimientos se denominan saltos o simétricos para nosotros evaluar toda esa parte que necesitamos evaluar en los pacientes y todo paciente no hay excepción de cirugía cardiaca que se haga invasión hemodinámica de un paciente en el quirófano y salga del quirófano para la unidad de cuidados intensivos debidamente monitorizado y debidamente seguido por una unidad de cuidados intensivos de lo contrario ninguna institución puede prestar el servicio de cirugía cardiaca o estar habilitada para tal servicio porque la habilitación de servicio de salud se clasifican de 1,2,3,4 y 5 nivel, el 4 nivel de complejidad significa cirugía cardiaca y neurocirugía la institución donde estábamos operando, es una institución avalada para tener 4 nivel de complejidad el nivel de complejidad se hace solo para los pacientes con cirugía cardiaca, los pacientes con cirugía cardiaca que nosotros operamos normalmente tiene todos invasión hemodinámica para detectar todo lo usted en shock hemodinámico en cirugía cardiaca puede suceder por diferentes motivos primero por hipoglemia , segundo por sepsis, tercero puede suceder por un motivo externo cuando es en el caso de que se demora mucho la circulación extra corpórea y se produce una vasodilatación y está vasodilatación puede suceder en los pacientes y se puede confundir con el shock hemodinámico y también puede confundirse en un estado séptico que también puede estar confundiendo con el estado en shock hemodinámico del paciente...”

La señora Juez, completamente ajena a la historia clínica, y con exceso de confianza, toma, por cierto, las declaraciones del doctor ELIECER VILLAMIZAR, al respecto, sea lo primero dejar bien claro, que no le asiste razón a este declarante, como tampoco a la señora Juez, toda vez que, a la paciente, nunca se le implantó catéter SWAN GANZ, ni mucho menos se le realizó monitoreo hemodinámico continuo invasivo tipo SWAN GANZ.

Al respecto, la única referencia que encontramos a lo largo de toda la historia clínica relacionada con este tema, fue nota consignada por la enfermera auxiliar NOHEMY BRITO RODRÍGUEZ, en nota de enfermería del 12/12/2016, a las 07:45, visible a folio 232 del archivo digital 0001Demanda, de la carpeta C01Principal, de la carpeta 01PrimeraInstancia, en la cual, se manera textual, se dijo lo siguiente.

“07:45 PROCEDE EL DOCTOR POMARES A COLOCAR INTRODUTOR SWANZ 8.5FR + CATÉTER VENOSO CENTRAL TRILUMEN YUGULAR DERECHO Y FIJA A PIEL CON SEDA”.

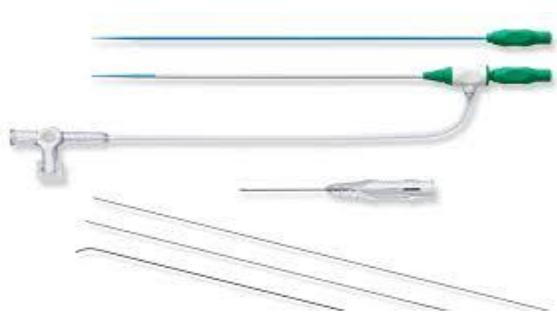
Por lo cual, que la nota de enfermería, no contiene la expresión catéter SWANZ GANZ, sino introductor SWANZ. Razón por la cual, a fin de precisar el error en la valoración del material probatorio de la señora Juez, es menester aclarar, que el introductor, es el dispositivo inicial, con el

JOSÉ DEL C. MUÑOZ GÓMEZ

Abogado.

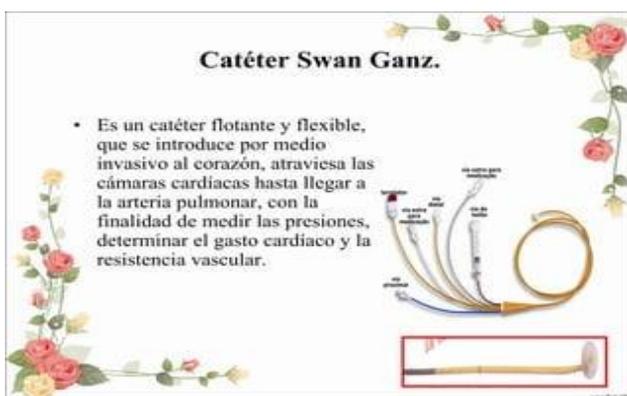
que se canaliza al paciente, para posteriormente introducirle el catéter. Por su parte el catéter, es el dispositivo con el que propiamente se invade al paciente hasta el órgano que corresponda, **bien sea el corazón, la arteria pulmonar, etc.**, para hacer la monitorización invasiva requerida.

Con base en lo anterior y para mayor claridad, me permito traer a colación e ilustrar, entre otras, con las siguientes imágenes propias del introductor SWANZ – GANZ, así.



Es menester aclarar, que, las anteriores imágenes, de introductor SWANZ – GANZ, son de distintos tamaños y se usan dependiendo del tipo de paciente y su contextura.

De igual modo, para ilustrar, sobre este tema, es pertinente, traer a colación, entre otras, imágenes propias del catéter SWANZ – GANZ, así.



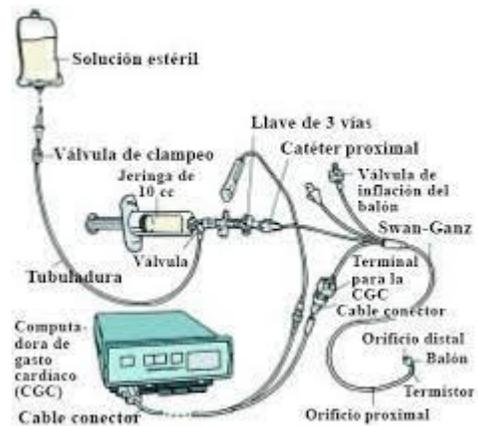
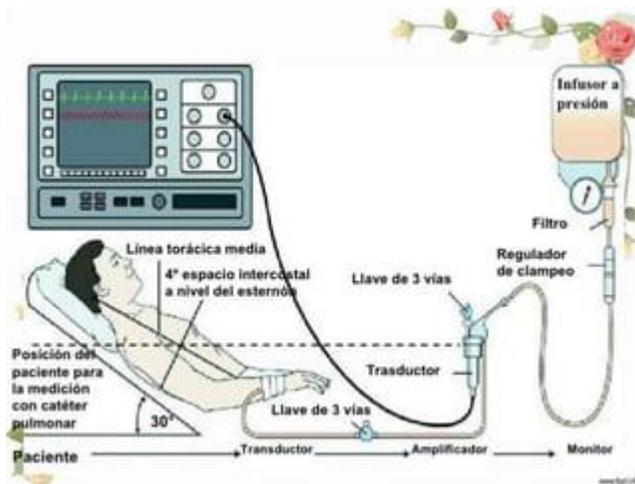
Una vez aclarado, que una cosa es el introductor SWANZ – GANZ y otra cosa es el catéter SWANZ – GANZ, es totalmente claro también, que esta nota de enfermería, en lo absoluto, no demuestra que la paciente efectivamente tuviera implantado un catéter SWANZ – GANZ, sino eventualmente un introductor SWANZ GANZ.

Asimismo, el hecho que tuviera implantado un introductor SWANZ – GANZ, tampoco demuestra que estuviese siendo monitorizada con el monitoreo hemodinámico invasivo continuo tipo SWANZ – GANZ, pues, sino está demostrado la implantación del catéter SWAN – GANZ, menos está demostrado esta monitorización que indefectiblemente requiere de la implantación del catéter SWANZ – GANZ, máxime cuando un paciente puede tener implantado un introductor SWANZ – GANZ o de cualquier otra marca, que esté siendo utilizado para suministro de líquidos, alimentos o medicamentos y no para monitorización hemodinámica invasiva SWANZ – GANZ, postura completamente válida, por cuanto, la nota de enfermería, no indicó a donde se colocó ese introductor SWANZ.

En el mismo sentido, se trae a colación imágenes del monitor y/o transductor SWANZ – GANZ, para que, atendiendo sus características, se evidencie según historia clínica, que la paciente nunca estuvo conectada a este tipo de monitores o transductores, sino a monitores y/o transductores no invasivos de signos vitales, y, a monitores o transductores invasivos de tensión arterial y presión venosa, como se ha venido sosteniendo a lo largo de esta sustentación.

JOSÉ DEL C. MUÑOZ GÓMEZ

Abogado.



Reinventa la forma de ver, experimentar e interactuar con los parámetros hemodinámicos. La plataforma de monitorización avanzada HemoSphere ofrece un enfoque intuitivo a la monitorización hemodinámica.

El monitor avanzado HemoSphere introduce la modularidad adaptativa:

- Incluye módulos de expansión de tecnología expansible y puertos para cables intercambiables
- Gráficos de alta calidad en una pantalla táctil personalizable
- Varias pantallas de asistencia clínica visual
- Batería intercambiable



Con solo observar las características de los monitores o transductores de las imágenes, desde el más antiguo al más nuevo, y compararlos con los monitores descritos en la historia clínica, se confirma de manera completamente clara, que la paciente nunca estuvo conectada a un monitor SWANZ – GANZ, ni a otro de los que constituyen la monitorización hemodinámica invasiva, continua y avanzada como, la **PICCO**, **FLOW TRAC** o **CVC**.

De igual modo, no aparece a lo largo de la extensa historia clínica de la paciente, los formatos o las hojas especiales de registro de control diario del monitoreo hemodinámico, invasivo, continuo, tipo SWANZ – GANZ, que engañosamente pretende hacer creer al doctor ELIECER VILLAMIZAR y que la Juez, por valoración errada del material probatorio y por cierto grado de ingenuidad creyó.

Al respecto, los registros de enfermería son la evidencia escrita de los cuidados otorgados al paciente. Por tanto, si existió una adecuada y suficiente monitorización hemodinámica, invasiva, continua y de nivel avanzado, toda esa información, debió ser registrada en hojas de flujo diario para facilitar la valoración rápida del estado y la tendencia de las variables de la paciente.

Con base en lo anterior, es completamente claro que el doctor ELIECER VILLAMIZAR, mintió, para hacernos creer, falsa y engañosamente, que la paciente estaba siendo monitoreada con monitorización hemodinámica invasiva continua SWANZ – GANZ, cuando realmente, durante la cirugía y en el posoperatorio, solo estuvo monitorizada insuficientemente con monitorización no invasiva de bajo nivel de signos vitales y con monitorización invasiva de tensión arterial y de presión venosa, la parte demandante hará un recorrido cronológico por las notas de enfermería de la historia clínica, en los siguientes términos.

JOSÉ DEL C. MUÑOZ GÓMEZ

Abogado.

Además, la única anotación relacionada con el tema, es la que dice **INTRODUCTOR SWANZ**, que no acredita la existencia de la monitorización **SWANZ GANZ**, pues después de su única aparición, más nunca se habló de este introductor.

(iii) En cuanto a la Prueba pericial.

De esta otra prueba, visible a folio 9, del archivo digital 0082AportaDictamenPericialCardiologia, de la carpeta Co1Principal, de la carpeta 01PrimeraInstancia, la señora Juez hace mención expresa a la página 7 del dictamen pericial y compara la declaración del doctor VILLAMIZAR, con la del perito, para lo cual, trae a colación, jurisprudencia del órgano de cierre. En resumen, transcribe textualmente a la valoración probatoria del fallo, lo siguiente.

“Antes de valorar a fondo el peritazgo presentado por la parte activa conviene precisar que tal experticia fue realizada por el Dr. NELSON EDUARDO MURILLO BENITEZ, galeno especialista en medicina interna y cardiología, mientras que el profesional que efectuó el procedimiento quirúrgico de la menor es cirujano cardiovascular, por lo que enfrentados los conocimientos de los expertos en medicina y el afianzamiento con este en el asunto que es objeto de debate aventaja al Dr. ELIECER VILLAMIZAR, debido a que el Dr. NELSON MURILLO carece de experiencia quirúrgica cardiovascular, al no ser su especialidad conlleva a esta agencia judicial a dar mayor peso a las explicaciones efectuadas por el cirujano cardiovascular, ello teniendo como fundamento lo establecido por la H. Corte Suprema de Justicia en sentencia SC5186-2020 con ponencia del magistrado LUIS ARMANDO TOLOSA VILLABONA:

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

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

En suma, si la firmeza y calidad del dictamen, la otorgan la fuerza expositiva de los razonamientos, la ilación lógica de las explicaciones y conclusiones, así como la calidad de las comprobaciones y métodos utilizados por el experto, quedaría en una mera opinión personal de éste, el trabajo que, cual se aprecia en los que se dejaron resumidos, sólo se sustenta (...) en conclusiones subjetivas que no tienen apoyo en basamento alguno, que resulte comprobable respecto de las conclusiones o resultados que plantea -a partir de la información y la metodología que detalla- de cara al estado del arte o ciencia de que se trate, y suficientemente consistente en sus conclusiones desde la perspectiva de la lógica formal; soporte que, se repite, siempre debe explicitarse en el dictamen, a efectos de que, sin dejar de ser -a fin de cuentas- una opinión del perito, se sostenga ella en reglas, métodos, procedimientos técnicos, científicos o artísticos que la tornen lo más objetiva posible, y, por ese camino, que le brinden al trabajo realizado por el experto, la fuerza persuasiva necesaria para su acogimiento, en tanto es un juicio racional emitido con base en el conocimiento especializado acerca de un hecho cuya valoración es necesaria en el proceso y no pertenece a la órbita del derecho ni cae en el ámbito de la información media o común"

lo explicado anteriormente no exime a este despacho que valore lo expuesto por el galeno experto, por lo que si revisamos lo manifestado por el perito presentado por el apoderado demandante, en este punto el D. NELSON MURILLO BENITEZ, establece en la pagina 7 del dictamen lo siguiente: Esta paciente en la historia clínica, se documenta que tuvo monitorización en el transquirurgico y después con un catéter de SWAN GANZ, que es una adecuada medida de monitoreo para los pacientes y con esto determinar el componente hemodinámico de forma adecuada y continua. No es clara en la historia porque se retiró y mucho menos que llevo al medico a colocar por esta vía un catéter de Mahurka. En general en lo aportado no hay datos de si se cambio a un monitoreo Picco..."

*Carrera 44 No. 40 - 20, Edificio Seguros Colombia, Piso 4º, Oficina 401.

* Teléfono Celular 310 652 80 09. Email: josemg_777@hotmail.com

Barranquilla – Colombia.

JOSÉ DEL C. MUÑOZ GÓMEZ

Abogado.

Con base en lo cual, se aclara, que no le asiste razón a la señora Juez, en primer lugar, de manera desequilibrada toma del perito lo que fundamenta sus decisiones, pero en lo que le contradice, simplemente lo diseña.

En segundo lugar, si bien el perito manifestó que estaba documentado la monitorización SWANZ GANZ, también es cierto que manifestó *“No es claro en la historia porque se retiró y mucho menos que llevó al médico a colocar por esta vía un catéter de mahurka. En general, en lo aportado no hay dato de si se cambió a un monitoreo PiCCO.”*

Es decir, existe una gran confusión en la historia y es precisamente la manipulación que se hace en este sentido, para engañar y confundir la verdad. También menciona el perito, no ser claro, qué llevó al médico a colocar en la misma vía el mahurka. Al respecto, esta claridad la encontramos en la nota del doctor ELIECER VILLAMIZAR, cuando a folio 269, en el evento adverso de embolización del catéter, deja claramente consignado, que lo que hay en ese lugar, es un introductor, pero no SWANZ GANZ, sino un INTRODUCTOR DE MARCAPASOS, como ampliamente se aclaró en el recorrido de las notas de enfermería que antes se hizo. Se reitera, si allí hubiese habido un introductor SWANZ GANZ, lo cual, no es así, eso no acreditaría monitorización hemodinámica invasiva continua SWANZ GANZ, pues una cosa es el introductor y otra cosa es el catéter.

De tal suerte que tampoco le asiste razón a la señora Juez en este asunto, pues, la falta de monitoreo adecuada, implicó manejo empírico, que no permitió el manejo adecuado del shock cardiogénico y conllevó el empeoramiento del estado hemodinámico y la función renal.

✓ **EN CUANTO AL RETRASO INJUSTIFICADO EN LA REALIZACIÓN DE LA DIÁLISIS**

Dada el manejo empírico que implicó la falta de monitorización adecuada, la paciente empeoró el shock cardiogénico, lo cual desencadenó la necesidad de hacer diálisis, la cual fue ordenada por el médico tratante, pero injustificadamente se realizó, después de más de 11 horas como consta en historia clínica, lo cual implicó un retraso injustificado, que empeoró el estado clínico de la paciente.

En armonía con lo anterior, se evidencia en historia clínica, que la función renal esta conservada, por ejemplo, en folio 241, diuresis de 1490 cc en 14 horas, en folio 242, función renal conservada y en folio 247 creatinina normal; no obstante, por el retraso injustificado en realizar la diálisis, conllevó el deterioro absoluto de la misma, ocasionando oliguria o pérdida de la orina e injuria renal o daño renal agudo, como se observa en el mismo folio 242 complicación de la función renal y 258 creatinina en aumento, por lo que precisamente, se solicita valoración por nefrología y 259 diuresis 800 cc en 24 horas y función renal alterada.

Este evento, no solo se encuentra documentado en historia clínica, sino en la declaración del perito y su prueba pericial y en las declaraciones del doctor HERNANDO MUÑOZ y KATHERINE PAOLA REYES MUÑOZ.

Es menester aclarar, que la señora Juez, trae a colación la prueba pericial, para lo cual, textualmente transcribe, lo siguiente.

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

Es infundado y triste la forma como la señora Juez, valora esta prueba, pues de manera aislada de la misma prueba pericial y del resto del material probatorio, afirma lo que el perito no ha dicho, ni querido decir, pues, el primer problema mencionado, hace referencia al shock profundo con marcada inestabilidad hemodinámica y uso de vasopresores a dosis alta que hacen imposible la diálisis, el cual, fue un problema ocasionado por la pésima atención médica recibida, esto es, la fuerte inestabilidad ocasionada por el mal estado de salud al que se indujo a la paciente con el retardo injustificado en la cirugía y posteriormente el manejo empírico que se le dio al shock cardiogénico.

JOSÉ DEL C. MUÑOZ GÓMEZ

Abogado.

El segundo problema, hace referencia a la falta de una vía para hacerla dada la imposibilidad por la no presencia del catéter. Este otro problema, también es ocasionado por la pésima atención médica, pues si no había catéter fue porque no se quiso colocar uno porque existía la vía que era la región inguinal derecha, completamente libre, que fue donde, después del evento adverso, se colocó el mahurkar. De tal suerte que no le asiste razón a la señora Juez en este otro asunto.

✓ **EN CUANTO AL EVENTO ADVERSO O EMBOLIZACIÓN DEL CATÉTER, ATRIBUIBLE AL MÉDICO TRATANTE.**

Este evento, es atribuible al doctor Eliecer Villamizar, en los términos en que se expresó en los alegatos. Por tanto, se solicita, muy respetuosamente, a los Honorables Magistrados, tomar la intervención de los alegatos del suscrito apoderado. En el mismo sentido, este evento, fue debidamente argumentado en la declaración del doctor HERNANDO MUÑOZ y el perito en su pericia y en la sustentación.

✓ **En cuanto a la Falta de morigeración o no flexibilización de la carga de la prueba asociada a la errónea valoración del material probatorio.**

Es totalmente claro, que en Colombia la responsabilidad civil médica contractual o extracontractual, está regida en la legislación patria por el criterio de la culpa probada, por lo cual, en línea de principio, no existe duda, que le asiste a la parte demandante, en ejercicio de cumplimiento de la carga de la prueba, acreditar el acto médico, el daño sufrido, la culpa galénica y la adecuada relación de causalidad entre el acto y el daño, sin embargo, ello no constituye un principio absoluto de rigor inamovible.

En efecto, queriendo evitar que la rigurosa aplicación del artículo 177 del Código de Procedimiento Civil, pudiera implicar el fracaso de la finalidad reparadora del régimen de la responsabilidad civil, particularmente, por las dificultades probatorias en las que se puede encontrar la víctima, la Corte ha sostenido desde hace algún tiempo, que no se opone a que el juez, atendiendo los mandatos de la sana crítica y mediante diversos procedimientos racionales que flexibilizan el rigor de las reglas de la carga de la prueba, asiente determinadas inferencias lógicas enderezadas a deducir la culpabilidad médica en el caso concreto. Jurisprudencia que fue recogida por el legislador en el artículo 167 del Código General del Proceso y que ha venido siendo reiterada y perfeccionada por el órgano de cierre, lo cual, no tuvo en cuenta el despacho en el fallo impugnado.

En el caso que nos ocupa, el material probatorio aportado al proceso, prueba adecuadamente la culpa galénica como nexos causal, entre el acto y el daño. No obstante, en el evento de no haberse entendido así, debió entonces, el fallador de la instancia, dada la dificultad y la desventaja en que se encuentran los familiares de la paciente fallecida, frente al médico o especialista, frente a la IPS y frente a la EPS, con apego a la basta y reiterada jurisprudencia y a los artículos 167 del C. G. del P. y 1604 del C. C., flexibilizar o morigerar la carga de la prueba, esto es, exigir a la parte demandante acreditar la falta de diligencia y cuidado en el actuar médico, pero también exigir a la parte demandada, acreditar haber actuado con la diligencia y el cuidado requerido conforme a la lex artis, lo cual, realmente no lo hizo.

No existe duda, que la parte demandante, sobrada y abundantemente logró probar la falta de diligencia y cuidado galénica, con lo que la parte demandada, contrarió abiertamente la lex artis ad hoc. Asimismo, la parte demandada, en su conjunto, **no** cumplió su carga procesal probatoria, como era acreditar, que verdaderamente actuó con la diligencia y el cuidado que debió tener, conforme a la misma lex artis ad hoc. Sin embargo, en el fallo de primera instancia, objeto de reparo, la señora Juez, rigurosamente, olvidando morigerar la carga de la prueba y olvidando aún su deber acucioso, decidió en el tema probatorio, exigir solo a la parte demandante, cumplir la carga de la prueba, y lo peor aún, pretendió el fallador, que se probara aún más allá de la falta de diligencia y cuidado de los facultativos y de los demás actores de la salud.

DEJO PRESENTADOS Y SUSTENTADOS LOS REPAROS DE APELACIÓN.

De usted, atentamente,



JOSÉ DEL CARMEN MUÑOZ GÓMEZ.

C. C. No. 72.157.120 de Barranquilla.

T. P. No. 114.763 del C. S. de la J.

Barranquilla, noviembre 2 de 2023.

*Carrera 44 No. 40 - 20, Edificio Seguros Colombia, Piso 4º, Oficina 401.

* Teléfono Celular 310 652 80 09. Email: josemg_777@hotmail.com

Barranquilla – Colombia.