

**Señores Magistrados**  
**TRIBUNAL SUPERIOR DISTRITO JUDICIAL DE NEIVA**  
**Sala Civil, Laboral, Familia**  
**Magistrada Ponente: Dra. Gilma Leticia Parada Pulido**

**REFERENCIA:** PROCESO: ORDINARIO DE RESPONSABILIDAD CIVIL  
DEMANDANTE: OLGA LUCIA MOTTA PEÑA Y OTRAS  
DEMANDADOS: NUEVA EPS Y CLINICA MEDILASER  
RADICACION: 41041001-31-03-002-2014-00170-01  
ASUNTO: SUSTENTACION DEL RECURSO-ALEGATOS DE CONCLUSION

**JORGE LUIS RODRIGUEZ IGLESIAS**, conocido de autos, identificado civil y profesionalmente como aparece al pie de mi firma, en calidad de apoderado judicial de las demandantes, de conformidad con el artículo 14 del Decreto 806 de 2020, por medio del presente escrito sustento en esta instancia el recurso de apelación interpuesto contra la sentencia proferida por el Juez Primero Civil del Circuito, en los siguientes términos:

**PETICION**

Con fundamento en las razones de hecho y de derecho que expongo a continuación, respetuosamente solicito a los magistrados del Tribunal Superior de Neiva REVOCAR la sentencia recurrida y, en consecuencia, declarar prosperas las pretensiones de la demanda y se condene a las demandadas por concepto de daños y perjuicios ocasionadas a mis poderdantes.

Los argumentos que se exponen a continuación, con los que pretende desvirtuar la sentencia de primera instancia, se toman a partir de la audiencia de alegatos y fallo, con indicación en los momentos temporales (Minutos y horas) en que se desarrolló la misma. Igualmente, los folios referidos se señalan de acuerdo a la doble foliación que existe en el expediente.

Según los argumentos aducidos en primera instancia por la parte demandada en los alegatos finales, estas solicitan que se declaren desiertas las pretensiones de la demanda invocando que no se demostró la responsabilidad ni el nexo causal por la parte demandante (horas 1:32 y 2:46), y del Juez en la sentencia recurrida, en cuanto a que la parte demandante no acreditó la negligencia y que los médicos actuaron adecuadamente (hora 2:47).

**Debemos anotar que dentro la diligencia de alegatos finales ninguna de las partes demandas (IPS MEDILASER, la NUEVA EPS, la ASEGURADORA) ni el señor Juez, hicieron referencia alguna sobre cual debió ser o cual fue la intervención del MÉDICO ANESTESIOLOGO TRARANTE, aparte de asistir al paciente puntualmente en el primer procedimiento quirúrgico, sino que se limitan a manifestar de manera unánime, incluso el señor Juez en su intervención: "que por lógica, de manera concluyente y de acuerdo a la praxis, se da por sentada", pero contrario a ello, no sustentan su posición y no registra en la historia clínica nota que así lo demuestre. No se tuvieron en cuenta los testimonios de la Dra. Layla Tamer y el Dr. Fermín Canal, quienes corroboran la falla por omisión y el descuido del profesional anestesiólogo, al no autorizar el egreso de sala de recuperación a piso y hasta la estancia en el mismo que es donde se comete la falla y falta médica.**

**Contrario a lo afirmado por la parte demandada y el Juez de primera instancia, en el proceso sí están probados todos y cada uno de los elementos requeridos por la ley y la jurisprudencia para la configuración de la responsabilidad civil por falla en el servicio médico: el daño, la falla en el servicio y el nexo causal.**

El **DAÑO**, como una de las fuentes de las obligaciones deriva de lo dispuesto por el artículo 1494 del CC, que hace alusión al "hecho que ha inferido injuria o daño a otra persona", que en este caso fue la muerte del paciente, JUAN MOTTA STERLING.

La **CULPA O FALLA DEL SERVICIO MEDICO**, definida como el error de conducta en el cual no habría incurrido una persona prudente en las mismas circunstancias que el autor del daño, o como la falta de previsión del resultado dañino previsible, o como la confianza imprudente en poder evitarlo<sup>1</sup>.

La culpa en materia de responsabilidad médica puede presentarse de múltiples formas: la tardanza en la atención, la falta de cuidados postoperatorios, por diagnósticos errados, impericia en el acto médico y, en general, cualquier incumplimiento de los deberes principales y secundarios que van implícitos en el juramento hipocrático. Es por ello, que el personal médico al intervenir un paciente debe poner al servicio de su ministerio todos los conocimientos del caso, toda la diligencia, todo el cuidado, toda la prudencia que un médico, en igualdad de circunstancias, habría empleado, de ser ese médico idóneo, prudente y diligente en el ejercicio de su profesión.

El eje de la responsabilidad médica gira sobre los siguientes postulados: hacer todo aquello que esté indicado hacer, consideración habida al grado de progreso de los conocimientos médicos y a los recursos disponibles en el correspondiente medio; y abstenerse de hacer todo aquello que no deba hacerse, en atención a las mismas circunstancias<sup>2</sup>.

Se probó en el proceso que en la atención del señor JUAN MOTTA STERLING, se cometieron las fallas médicas y paramédicas indicadas desde el escrito de la demanda y en los alegatos de conclusión en primera instancia y que se reiteran y analizan amplia y detalladamente en el presente escrito de alegatos en segunda instancia: **1) No darse aviso por parte del personal de auxiliares y de enfermería al médico cirujano y al anesthesiólogo sobre el estado de hipotensión marcada en que se encontraba el paciente una vez sale de la primera intervención quirúrgica y desde su estancia en sala de recuperación; 2) la no toma y registros de signos vitales ni valoraciones posteriores desde el egreso de sala de recuperación; 3) el traslado del paciente de la sala de recuperación a piso no fue ordenado por el anesthesiólogo de la cirugía o médico, ni aparece en la historia clínica nota de supervisión médica postoperatoria; 4) haberse aplicado al paciente morfina, con el argumento de que presentaba dolor torácico, sin tener en cuenta que el paciente venía con signos de choque dados por hipotensión; 5) error médico grave por haber trasladado al paciente a piso estando en las condiciones en que se encontraba en ese momento: **álgido, pálido, refiriendo intenso dolor, con tensión arterial de 70/50 milímetros****

---

<sup>1</sup> CONSEJO DE ESTADO. Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera. Sentencia del 24 de octubre de 1990. Consejero Ponente: Dr. Gustavo de Greiff Restrepo. (Sentencia Número 5902). Copia tomada directamente de la Corporación.

<sup>2</sup> PÉREZ VIVES, Álvaro. *Teoría General de las Obligaciones*. Colombia, Editorial Temis, 1955. páginas 201 y ss. (Volumen III, Parte II).

de mercurio; 6) no reanimación adecuada del paciente, ya que según lo afirmó el cirujano, FERMIN CANAL, lo pertinente era iniciar reanimación con líquidos endovenosos con derivados sanguíneos y llevarlo de inmediato a cirugía, y no a piso como se hizo; y 7) la no valoración en sala de UCI por cirujano, pese a estar solicitada por el médico tratante de la UCI, esto en la segunda intervención.

**EL NEXO CAUSAL**, entendido como la conexión entre la conducta del agente causante y el daño ocasionado, también está probado en el proceso, en la medida en que como resultado de una serie de conductas inadecuadas e improcedentes, que se traducen en múltiples fallas en la prestación del servicio médico cometidas por el personal de la salud, durante una etapa específica de la atención al paciente, esto es, en el período postoperatorio después de la primera cirugía durante su permanencia en la sala de recuperación, que es en donde el paciente presentó una evolución tórpida y de hallazgos iniciales de inestabilidad clínica por hipotensión, así como también en piso y en la sala de UCI; cúmulo de fallas estas que en últimas motivaron la muerte del paciente.

En conclusión, el NEXO DE CAUSALIDAD entre el daño causado en la persona del paciente JUAN MOTTA STERLIGN (su muerte) y la culpa representada en la omisión, negligencia, impericia del personal médico y paramédico (la falla en el servicio médico) se encuentra plena y técnicamente demostrado, que de no haberse cometido, se habría detectado oportunamente su mal estado de salud, corregido a tiempo y realizado una segunda intervención en condiciones más favorables y con resultados diferentes: he aquí donde se configura la PERDIDA DE OPORTUNIDAD DE VIDA del señor JUAN MOTTA STERLIN, conforme lo expuso en su declaración el médico cirujano, Fermín Canal.

**En relación con el nexo causal en materia de responsabilidad médica , la Sala de Casación Civil y Agraria de la Corte Suprema de Justicia, dentro de la acción de tutela, con ID 696568 y número de proceso 1100102030002020-00850-00, providencia STC3567-2020 de fecha T 01/06/2020, siendo Magistrado ponente el Dr. OCTAVIO AUGUSTO TEJEIRO DUQUE, dijo:**

“... ”

**Tesis:**

*«Examinado el fallo proferido por el Tribunal de Manizales, pronto advierte la Corte que el resguardo debe abrirse paso, tal como a continuación se explica.*

*2.- Dicha Corporación no otorgó a los reclamantes una mayor suma a la concedida a título de “perjuicios morales” porque, aunque observó “fallas en la atención médica” brindada a ..., como tardanza en la orden y práctica de la biopsia y no se le realizaron los estudios inmunohistoquímicos necesarios para consolidar un diagnóstico más preciso que permitiera establecer un plan de manejo, consideró que no había una relación de causalidad entre ellas y su deceso, y que las mismas tan solo lesionaron el “derecho a la salud” del paciente.*

*Por eso avaló varias de las “excepciones” propuestas, “negó las demás pretensiones de la demanda...”.*

*Dicha hermenéutica, en principio, sería razonable, sino fuera porque la motivación que la respalda es defectuosa. En efecto, para descartar el aludido “nexo causal” acogió la versión de los médicos al servicio de las instituciones de salud acusadas, en cuanto señalaron que el “tumor era irreseccable”. Sin embargo, no explicó por qué dicha afirmación tenía el mérito suficiente para ser acogida, ni la confrontó con la totalidad de los demás medios de convicción acopiados, de donde infirió que la conducta de las querelladas incidió en el deterioro de Leonardo. Además, sostuvo, de manera contradictoria, que “el resultado fatal habría sido el mismo”, no obstante, las omisiones evidenciadas, y a la vez, que “de haberse ordenado y tomado la biopsia, e igualmente si se hubiese contado con los resultados de la prueba de la*

inmunohistoquímica de forma oportuna, el paciente hubiera tenido un diagnóstico tempestivo que le permitiera acceder a un manejo apropiado".

...

No debe perderse de vista además que, esta Sala ha puntualizado que la responsabilidad en estos casos, concretamente, la "imputación jurídica del hecho dañoso", no se establece a través de una "prueba directa", esto es, una relación natural de "causa a efecto", sino ... a través de "la elaboración de hipótesis inferenciales con base en probabilidades (...)". Frente al tópico dijo esta Corporación:

(...) La imputación jurídica del hecho, en suma, es el razonamiento que abre la vía para imponer consecuencias jurídicas al artífice por sus actos, mas no es la subsunción lógica que impone la sanción prevista en la ley al caso concreto.

Estas consideraciones tienen una inestimable repercusión práctica en el ámbito de la valoración probatoria, dado que el objeto de la imputación -el hecho que se atribuye a un agente- generalmente no se prueba directamente, sino que requiere la elaboración de hipótesis inferenciales con base en probabilidades. De ahí que con cierta frecuencia se nieguen demandas de responsabilidad civil por no acreditarse en el proceso un "nexo causal" que es difícil demostrar porque no existe como hecho de la naturaleza, dado que la atribución de un hecho a un agente se determina a partir de la identificación de las funciones sociales y profesionales que el ordenamiento impone a las personas, sobre todo cuando se trata de probar omisiones o 'causación por medio de otro'; lo que a menudo se traduce en una exigencia de prueba diabólica que no logra solucionarse con la imposición a una de las partes de la obligación de aportación de pruebas, pues el problema no es sólo de aducción de pruebas sino, principalmente, de falta de comprensión sobre cómo se debe probar la imputación y la culpabilidad (...).

Para que el juez declare que un hecho es obra de un agente, deberá estar probado en el proceso (sin importar a quien corresponda aportar la prueba), que el hecho desencadenante del daño ocurrió bajo su esfera de control y que actuó o dejó de actuar teniendo el deber jurídico de evitar el daño. El juicio de imputación del hecho quedará desvirtuado si se demuestra que el demandado no tenía tal deber de actuación (SC13925-2016, destaca la Sala)».

**JURISPRUDENCIA RELACIONADA:** Rad: CSJ SC13925-2016, SC669-2019, SC15996-2016, STC1144-2020

## **ALEGATOS DE LA PARTE DEMANDADA – MEDILASER**

### **1. Primera intervención quirúrgica.**

**Dice esta parte (Min: 46):** "No hubo falla en la técnica de la primera cirugía, no hubo un inadecuado control de hemostasia ni hubo un defectuoso acto quirúrgico inicial". **En efecto, en la descripción de la primera intervención quirúrgica como tal no se evidencian dificultades técnicas.** (Folio: 139 y/o152)

### **2. Postoperatorio de primera intervención quirúrgica y estancia en sala de recuperación**

**Es durante el postoperatorio de la primera cirugía, exactamente EN SALA DE RECUPERACIÓN, donde el paciente empieza con una evolución tórpida con hallazgos incipientes de inestabilidad clínica dados por hipotensión.**

**Es en esta estancia donde comienza LA FALLA POR OMISIÓN por parte del personal paramédico (auxiliares, enfermeras) al no avisar sobre el estado de hipotensión marcada del paciente, tal como lo señala el cirujano Dr. FERMIN CANAL:** "De acuerdo a folio 124 reverso ... el paciente fue monitorizado en el servicio de recuperación donde se anotan los signos vitales del paciente desde el ingreso a la sala de recuperación, evidenciándose que el paciente desde las 11:30 a.m., se encontraba con hipotensión marcada saliendo de recuperación en esas condiciones las cuales son corroboradas al ingreso al piso,

según folio 164, donde persistía con hipotensión marcada, lo que indica que el paciente probablemente se encontraba en shock hipovolémico, y no existe ningún registro en el que conste que el cirujano que realizó el procedimiento quirúrgico ni el anestesiólogo a cargo del área de recuperación hayan sido informados de este hecho". Concluyente es el testimonio del mencionado Médico cirujano, concedor absoluto del procedimiento realizado al Sr. Juan Motta, cuando señala: "a la salida del paciente de sala de recuperación a las 11:30 a.m., ya se encontraba en estado de hipotensión marcada ... probablemente se encontraba en estado shock sin que repose en la Historia Clínica registro de informe previo al médico Cirujano y al Anestesiólogo para haber procedido a una segunda intervención en condiciones más favorables para el paciente".

**Adicionalmente, dentro de los reportes de la historia clínica no se encuentran registros de signos vitales ni valoraciones posteriores, desde el egreso de sala de recuperación: solo se hace un nuevo folio al momento en el que se reporta estado de inestabilidad por parte de un familiar al personal de enfermería, poniendo en evidencia el inadecuado seguimiento, control y vigilancia que se le realizó al paciente, no solo durante la estancia en sala de recuperación sino también en piso de hospitalización. Notas y registros encontrados en la historia clínica:**

- *Notas de enfermería: 10+50 a.m., (Folio 151 y/o 164). Posteriormente no se vuelven a encontrar registros sino hasta las 12+30 p.m., (Folio 152 y/o 165).*
- *Notas de evolución y órdenes médicas (Folio 138 y/o 151 vto) en donde se observa nota de órdenes médicas a las 10+00 a.m., posterior a haber finalizado el procedimiento quirúrgico y luego se evidencia nota médica a las 12:40 p.m., por llamado de enfermería ante dolor torácico e hipotensión.*

**Hasta aquí han transcurrido aproximadamente dos horas desde la 10+50 a.m., hasta las 12:30 p.m., sin registros de control y seguimiento. Tampoco se encuentra nota médica ni de enfermería y tampoco registro de signos vitales al ingreso a piso.**

- *Nuevamente se encuentran registros a las 12+30 p.m., de enfermería (Folio 152 y/o 165) y médico (Folio 138 y/o 151 vto) cuando se encuentra paciente clínicamente inestable con hipotensión (tensión arterial media – TAM: 57 mmHg) teniendo en cuenta que la TAM no debe disminuir más de 60 mmHg, ya que esta es la presión de perfusión tisular (a órganos vitales como cerebro, corazón y riñón). (1)*

**De acuerdo con los argumentos del médico tratante de la atención en piso y ratificado esto con el testimonio de la auditora - Dra. Layla Tamer - junto con la abogada de la parte demandada sencillamente "el paciente no estaba clínicamente inestable, sino que únicamente se encontraba hipotenso". Y es contundente la abogada cuando reitera, "el paciente no se encontraba en estado de shock".**

No obstante lo anterior, basándonos en la literatura, es importante mencionar que "el estado de choque<sup>b</sup> se acompaña de hipotensión, es decir, una presión arterial media menor de 60 mmHg" (1) que se registró claramente en la historia clínica del paciente (Folio 152 y/o 165), lo cual pone en evidencia que si presentaba hallazgos compatibles con inestabilidad y ante el contexto de postoperatorio de esplenectomía se debía tener en cuenta el riesgo de hemorragia. Adicionalmente, teniendo en cuenta la clasificación que nos

refiere la guía de apoyo vital avanzado (ATLS) y según el protocolo básico de reanimación (2), se plantea que se deben identificar signos y síntomas tempranos que nos puedan indicar el estado de choque para determinar la causa y corregirla precozmente. (Tal como lo sustenta el médico FERMIN CANAL en su declaración). De esta forma, se indica que uno de los criterios de choque hemorrágico o hipovolémico<sup>c</sup> es la hipotensión el cual se relaciona con pérdidas sanguíneas moderadas o severas (grado III o IV) siendo compatible con una pérdida estimada entre el 30 - 40% de la volemia del paciente, (Se adjunta tabla donde se establecen los grados de choque y las manifestaciones asociadas a cada uno de estos, evidenciando que desde el grado 3 se asocia con hipotensión como es el caso de este paciente).

En relación con lo anterior, se comprobó la pérdida del volumen sanguínea efectivo circulante secundario a extravasación sanguínea documentado en la segunda intervención quirúrgica por evidencia de hemoperitoneo (acumulación de sangre en espacio peritoneal) estimado en 3 litros (Folio 157 y/o 170), teniendo que la volemia estimada de forma fisiológica en un paciente con un peso aproximado de 75 Kg es de 5 litros; en ese orden de ideas se estima una pérdida de más del 50% de la volemia en este paciente, que desde la estancia en sala de recuperación se manifestó en forma de hipotensión.

Con base en lo anterior, **la Dra. Layla está asumiendo lo que en la práctica se haría o lo que pudo pensar el médico tratante en ese momento, más no está valorando el probable estado de shock hipovolémico con base en los signos clínicos y la persistencia de hipotensión marcada que traía el paciente desde las 11:30 a.m., (momento en que sale de recuperación) como lo señala el cirujano Fermín Canal: “y no existe ningún registro en el que conste que el cirujano que realizó el procedimiento quirúrgico ni el anestesiólogo a cargo del área de recuperación hayan sido informados de este hecho”.**

**Señala el mismo Cirujano Fermín Canal:** *“Independientemente del tipo de sangrado ... se presentan signos clínicos tempranos como: las alteraciones en los signos vitales dadas por aumento de la frecuencia cardiaca y disminución de la presión arterial ...”, “Según el folio 124 reverso ... los signos vitales desde las 11:30 son signos de choque temprano”, “ ... desde las 11:30 en el folio 124 reverso, entre ellos una tensión arterial registrada de 86/48, es un signo de choque, entonces aquí la conducta médica adecuada (es decir a las 11:30 a.m.), para el manejo del paciente en ese momento sería: iniciar reanimación con líquidos endovenosos con derivados sanguíneos y ser llevado inmediatamente a cirugía”*

**De lo anterior se concluye que HUBO NEGLIGENCIA MÉDICA al no dar aviso temprano y a tiempo (desde la misma sala de recuperación) de las condiciones adversas en que se encontraba el paciente JUAN MOTTA.**

### **3. Egreso de la sala de recuperación.**

**Con relación al monitoreo en la primera cirugía y sala de recuperación y la no orden por parte del Anestesiólogo para traslado a piso refiere la parte pasiva (Min: 59): “es trasladado el paciente a recuperación por el equipo quirúrgico y que si bien no existen notas clínicas de evolución es evidente que se pueden aplicar las reglas de la experiencia aquí en este caso particular teniendo en cuenta que sale de una cirugía, es obvio y como lo manifiesta la perito enfermera YIDIS SALAZAR PARRA, cualquier egreso va ordenado como es lógico por un profesional de la salud - médico”, adicionalmente dice, “entonces no es que el personal paramédico se tome atribuciones médicas, pues si bien no existe anotaciones médicas, si están las anotaciones de enfermería lo que**

quiere decir que lo traslada el equipo médico, hay signos vitales a folio 124 y por reglas de la experiencia el paciente estaba siendo vigilado y monitoreado”.

**Desvirtuando la posición anterior, en la historia clínica, NO EXISTE NOTA SOBRE SUPERVISIÓN POSTOPERATORIA NI DE TRASLADO A PISO POR PARTE DEL ANESTESIÓLOGO RESPONSABLE DE LA CIRUGÍA O MÉDICO, según testimonio de la Dra. Layla Tamer, profesional internista nefróloga: “en manejo de patologías complejas como es el caso del sr. Juan Motta”, afirmación esta que es reiterada por el medico FREMIN CANAL cuando manifiesta que “el médico responsable de la atención de los pacientes en recuperación y de ordenar la salida del paciente de recuperación a piso, es el anestesiólogo, y que de acuerdo al folio 150 reverso, no existe orden de traslado a piso por el cirujano, y en el folio 163 en su frente la cual corresponde a las notas de enfermería, tampoco dice qué medico autoriza el egreso al piso, y el folio 156 reverso que corresponde al récord de anestesia tampoco se encuentra orden médica de traslado a piso. No le consta si para la fecha se estos hechos había medico anestesiólogo disponible en sala de recuperación”, adicional confirman estos dos profesionales que basados en las normas de habilitación vigentes para el 03 de marzo del 2009 “el líder y responsable del equipo en salas de recuperación es el anestesiólogo” quien brillo por su ausencia en el postoperatorio y quien por su misma ausencia incurrió en una FALLA POR OMISIÓN. Esta posición fundamentada por los especialistas apunta muy diferente a la posición de la abogada de la parte pasiva, quien además es contundente en decir “que no registran notas clínicas de evolución”; pero que y utilizando palabras como: “por lógica, es evidente, por reglas de la experiencia, es obvio”, le da total crédito al concepto de la perito YIDIS SALAZAR PARRA, quien manifiesta coloquialmente que “si bien se cumplió con el recurso humano para intervención quirúrgica, este mismo equipo comprende o extiende su atención en salas de recuperación”; error garrafal, descomunal, pues aquí si se tomaron atribuciones que no les correspondían al personal paramédico, violando protocolos y requerimientos de formalidad y de autoridad competente señalados para estos procedimientos, además ¿sin saber quién?, para realizar el traslado del paciente a piso y lo más grave en condiciones de hipotensión con posible shock hipovolémico como ya se señaló anteriormente; pero no tuvo en cuenta la parte demandada cuando la misma perito en su concepto señala que “NO ES PERTINENTE para el personal de piso de una clínica recibir un paciente recién salido de cirugía con tensión de 70/50 mmhg” (Folio 299) tal como sucedió. Dentro de un proceso como se llame no podemos sostener argumentos con base en supuestos lógicos como lo pretende hacer valer la abogada de la parte pasiva. Aquí se está demostrando LA FALLA EN EL SERVICIO POR NEGLIGENCIA MÉDICA, DESCUIDO E IMPERICIA.**

**Se confirma lo anterior, con lo manifestado en la declaración por la Dra. LAYLA MARÍA TAMER, quien es reiterativa al asegurar que “el paciente debe estar en sala de recuperación hasta que el ANESTESIÓLOGO este completamente seguro de que paciente está en nivel adecuado de conciencia (Recuperación del plano anestésico) y sus signos se encuentran estables. En los casos de esplenectomía como cirugía abdominal mayor se debe CUMPLIR ESTA CONDICIÓN” y lo confirma en la pregunta y respuesta N°4: “EL PROFESIONAL QUE TIENE LA FACULTAD DE IMPARTIR LA ORDEN DE TRASLADO DEL PACIENTE DE LA SALA DE RECUPERACIÓN A PISO, ES EL ANESTESIOLOGO, ASÍ ES”; registro que según la misma declarante no aparece en la Historia Clínica, cuando dice: “No le consta en los documentos recibidos”.**

Basándonos en la literatura relacionada con el cuidado y vigilancia postoperatoria, se estipula: “Todos los pacientes deben ser evaluados por un

proveedor de anestesia calificado antes del alta de la unidad de cuidados posanestésica a menos que se adopten criterios estrictos de alta. Los estándares para dar de alta a los pacientes son establecidos por el departamento de anestesiología y el personal médico del hospital. Antes del alta, se debe haber observado a los pacientes por depresión respiratoria durante al menos 20 a 30 minutos después de la última dosis de opioide parenteral. Otros criterios mínimos de alta para los pacientes que se recuperan de la anestesia general suelen incluir los siguientes: Facilidad de excitación (alerta), orientación completa, capacidad de mantener y proteger las vías respiratorias, constantes vitales estables durante al menos 15 a 30 minutos, capacidad de pedir ayuda, si es necesario, sin complicaciones quirúrgicas obvias (como sangrado activo)" (3), además "se utilizan sistemas de puntuación, en la cual se evalúa Spo2 (o color), conciencia, circulación, respiración y actividad motora (Ej: Escala de Aldrete). La mayoría de los pacientes pueden cumplir los criterios de alta dentro de los 60 minutos desde el momento de la llegada a la sala de recuperación" (4)

Teniendo en cuenta lo señalado y con relación a la historia clínica, no son claros los criterios de egreso de sala de recuperación en el paciente, ya que tampoco se realizaron escalas de medición de estado de conciencia (Ej: Escala de Coma de Glasgow) ni de evaluación postoperatoria (Aldrete). Adicionalmente la única orden de traslado a piso está sellada por auxiliar de enfermería, considerando que ante el contexto de una cirugía de tan alto riesgo debía ser valorado por personal médico y/o anesthesiólogo; además se considera egreso prematuro de sala de recuperación ya que según la historia clínica, la cirugía finalizó a las 10+00 a.m., lo cual se puede corroborar en la descripción quirúrgica (Folio: 139 y/o 152) así como en el folio de órdenes médicas postoperatorias (Folio 138 y/o 151 – vto), con reporte de ingreso a unidad de sala de recuperación a las 10+15 a.m., en el cual presentaba somnolencia (según se refiere secundaria efectos de sedación y anestesia) y a las 10+20 a.m., se autoriza el traslado a piso de hospitalización general (Folio 151 y/o 164). Con base en esto, se considera erróneo lo actuado ya que 5 minutos posterior a ingreso a recuperación se da egreso a pisos y el estado de conciencia no se evalúa de una forma adecuada. (Subrayado propio)

#### **4. Ingreso a piso**

**Aquí han transcurrido aproximadamente tres horas desde las 10+00 a.m., (salida de cirugía); 10+20 a.m., (autorización de traslado a piso de hospitalización), 12:30 p.m., (paciente es encontrado en estado de shock – reanimación), 1+30 p.m., (reintervención quirúrgica) en que de haberse actuado con diligencia y pericia desde la misma estancia en sala de recuperación seguramente los resultados hubiesen sido a tiempo y diferentes. (Enfermería: Folio 151 y/o 164 y Folio 152 y/o 165) – (Notas médicas Folio 138 y/o 151 – vto)**

**En esta estancia es indudable que el médico tratante en piso obvió el registro que se traía en la historia clínica desde la salida de sala de recuperación, tal vez por falta de diligencia o pericia al no revisarla previo al procedimiento aplicado o simplemente por actuar de acuerdo a la práctica y a la lógica o sencillamente suponer tal como lo menciona la parte pasiva al decir: "que el médico tratante en ese momento no lo miro en estado de shock" (Min: 51:32) "entonces supuso el médico que el dolor era porque acababa de salir de un procedimiento quirúrgico".**

Es importante resaltar que el paciente presenta dolor torácico asociado a hipotensión para lo cual ordenan inyección de morfina Folio 138 y/o 151 – VTO). Sin embargo, con base en la literatura, el paciente presenta signos de choque

dados por hipotensión (1), además estaba sometido a un evento de estrés asociado a un aumento en consumo de oxígeno miocárdico con disminución del aporte sanguíneo ante claros signos bajo gasto, lo cual condicionaría claramente un cuadro de infarto de miocardio (5). A razón de lo anterior y si bien es cierto que la morfina se puede utilizar como analgésico en contexto de dolor torácico, se recomienda usarla con precaución o no usarla en paciente con hipotensión y/o choque ya que como bien se referencia en la literatura: "La morfina causa liberación de histamina, que puede causar broncoconstricción y vasodilatación y, los individuos con reducción del volumen circulante son mucho más susceptibles a los efectos vasodilatadores de la morfina. Dado lo anterior, el uso de opioides puede agravar un choque hipovolémico." (6, 7).

**No obstante, la parte pasiva (Min: 49) comenta:** "en lo relacionado con la aplicación de morfina según declaración del Dr. Francisco Javier Bonilla en el contexto del paciente que atendió se puede usar la morfina y la purpura no contraindica su utilización por el contrario como efecto secundario de la morfina la hipotensión tiende a disminuir, es decir que según el médico no lo observo en estado de Shock, sino que tenía una tensión de 90/50, y era beneficiosa su aplicación porque tendería a disminuir la hipotensión, pero no estaba choqueado, por eso ordenó se le aplicara la morfina" **e igualmente refiere la demandada a el testimonio de la Dr. Layla Tamer al manifestar:** "se puede pensar en iniciar un manejo analgésico para infarto al miocardio y para el dolor"; **asumen estos entonces que la morfina<sup>d</sup> fue suministrada para el dolor.**

Así las cosas, la administración de morfina fue indicada a las 12+40 p.m., (Folio 138 y/o 151 – vto), con posterior revaloración a la 1+00 p.m., porque la familiar encuentra al paciente inestable y con respiración agónica, paciente en paro cardiorrespiratorio (Folio 156 y/o 166). Con base en esto, no se observa vigilancia médica entre 12+30 p.m., y 1+00 p.m., teniendo en cuenta que se sabía la condición de inestabilidad del paciente. (Subrayado propio)

Sumado a lo anterior, tampoco hubo monitorización de otras variables que nos permitieran objetivar el estado de choque ni el grado de hipoperfusión tisular<sup>f</sup>. Dentro de los parámetros a evaluar durante la vigilancia postoperatoria se encuentran el gasto urinario que nos permite establecer el grado de perfusión renal, siendo este uno de los órganos con más requerimiento de riego sanguíneo teniendo en cuenta que en estados de hipovolemia se presenta oliguria y lesión renal que se determinará mediante la cuantificación estricta de los líquidos eliminados (diuresis mediante sonda vesical) (1, 2). Extrapolando lo anterior a la historia clínica del Sr. Juan Motta, observamos que no hubo cuantificación de gasto urinario como otra variable vital en el estado de choque hipovolémico. Adicional, otra de las medidas que nos indican el nivel de perfusión hística o tisular es evaluar la presencia de trastornos ácido-base y la medición de niveles de lactato, los cuales se pueden realizar mediante la toma de gases arteriales, teniendo en cuenta que estados de hipoperfusión se relacionaran con acidosis o acidemia metabólica (disminución en niveles de ph) y elevación del lactato, este último es indicador pronóstico importante de supervivencia (1, 8). Sin embargo, en este caso no se observa medición de gases arteriales de forma oportuna como medida de hipoperfusión tisular, únicamente se evidencia toma del examen a las 15:32 p.m., y 15:49 p.m., (Folio 187 y/o 174) una vez se encontraba en estado post-reanimación encontrando un trastorno ácido base grave dado por acidemia metabólica severa sin evaluar niveles de hiperlactatemia. (Subrayado propio)

**Y para confirmar los argumentos anteriores, en declaración del mismo cirujano FERMÍN CANAL (última pregunta del cuestionario) manifiesta:** "de acuerdo a lo registrado en la historia clínica folio 165 frente del cuaderno (caratula figura juzgado sexto administrativo) lo ordenado por el médico FRANCISCO BONILLA en razón de la hipotensión presentada por el paciente LA CONDUCTA ASUMIDA POR ESTE DEBIÓ SER INFORMAR AL CIRUJANO DE LAS CONDICIONES CLÍNICAS DEL PACIENTE cosa que no aparece registrada en la historia clínica", como se señaló en la parte inicial de este escrito. Adicional, "el manejo consignado en la historia clínica que es solicitar un electrocardiograma y administrar morfina NO ES EL ADECUADO ... la morfina NO ERA NECESARIA porque dentro de sus efectos secundarios se encuentra el desarrollo de la hipotensión arterial porque produce dilatación del sistema venoso"

**Así, entonces, desestimamos el procedimiento adoptado en piso (habitación) por el médico Ospina, que si bien la parte pasiva pondera su formación académica (Min: 53) también es cierto que este vulneró las normas del ABC en reanimación, pues no empleó su destreza médica a pesar de haber actuado en compañía en ese preciso momento con la auxiliar de enfermería y el Dr. Bonilla. De hecho, es aquí en este lapso de casi una hora de 12:30 p.m., a 1:30 p.m., donde se pierde mucho tiempo con el paciente por la falta de pericia. Ya fue posterior al tiempo perdido donde se logra estabilizar los signos que registran en la historia clínica para luego ser reintervenido. Téngase en cuenta la declaración de la Sra. Amparo Motta, testigo de los hechos a las 12:30 en piso.**

##### **5. Paciente sin antecedente de patología cardiaca**

**La Parte pasiva (Hora: 1:02) insiste en antecedente cardiaco del paciente, LO CUAL ES COMPLETAMENTE FALSO. No se registra en Historia Clínica antecedente de patología cardiaca y tampoco se documenta antecedente de cardiopatía isquémica ni revascularización miocárdica.**

Es importante establecer los tipos de Infarto Agudo de Miocardio (IAM)<sup>f</sup>, los cuales de forma general se clasifican en cuatro procesos, siendo los más prevalentes los dos primeros, los cuales se citarán dentro del texto ya que son los puntos para evaluar dentro del contexto del paciente. "El IAM (a) se clasifica: como **tipo 1** en caso de ser causado por una enfermedad coronaria aterotrombótica (EC) que suele precipitarse por la rotura o erosión de una placa aterosclerótica. Mientras que en el **tipo 2**, el mecanismo fisiopatológico que conduce al daño miocárdico isquémico es el exceso en la demanda de oxígeno asociado a limitación en el aporte del riesgo sanguíneo. Por definición, la rotura aguda de una placa aterotrombótica no es una característica del IM tipo 2. La presencia de un factor estresante agudo como, por ejemplo: anemia grave e hipotensión arterial, el suministro de oxígeno puede ser insuficiente puede producir un daño miocárdico y un IM tipo 2. Esto se debe a que el aporte de flujo sanguíneo en el miocardio isquémico es insuficiente para satisfacer el aumento de la demanda de oxígeno que se produce en condiciones de estrés" (1,5)

Es evidente entonces que el síndrome coronario agudo tipo Infarto Agudo de Miocardio con elevación del ST (folio 146 y/o 159) fue condicionado por la pérdida de la volemia asociada al hemoperitoneo, lo cual conllevó a déficit de aporte sanguíneo a nivel cardiaco, MÁS NO por patología coronaria ni antecedente de cardiopatía como lo ha aseverado en la audiencia la parte demandada.

## 6. Valoración en UCI posterior a segunda cirugía

Señala la apoderada de la parte pasiva (Min: 56), con base en declaración de la Dra. Layla Tamer que "si bien se había solicitado valoración por parte del médico cirujano al paciente luego de la segunda cirugía y ya en la UCI, no tenía ninguna incidencia que este galeno no hiciera la valoración solicitada pues es el mismo cirujano quien manifiesta que no hay error en la técnica, y ya no había otro procedimiento quirúrgico que realizar". Aquí vale anotar que el resultado de la reintervención quirúrgica no exime al cirujano de su responsabilidad postoperatoria, es decir, no se tenía porque delegar esta al equipo médico y paramédico de la UCI. Una cosa es el resultado de la técnica aplicada en cirugía y otra es la valoración posterior a la misma, la cual se omitió.

## 7. Incongruencias en la historia clínica

Relaciona la parte pasiva (Hora: 1:07) que en informe de aclaración y complementación de dictamen del perito Anestesiólogo Dr. JESUS HERNAN TOVAR CARDOSO , radicado en 19 de febrero del 2020, este manifiesta: "si existen los signos tomados al paciente en sala de recuperación, solo que no los había visto por que estaban en hoja aparte a las notas de enfermería y notas médicas". (Subraya fuera de texto)

Basados en este concepto, vayamos entonces a la "RESOLUCIÓN 1995 de 1999 PROFERIDA POR EL MINISTERIO DE SALUD que relaciona el manejo que se le debe dar a la historia clínica": Art. 1: Literal a. "(...) es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención (...)". Art. 3- CARACTERÍSTICAS DE LA HISTORIA CLÍNICA: "Integralidad, Secuencialidad, Racionalidad científica, Disponibilidad, Oportunidad". Art. 4- OBLIGATORIEDAD DEL REGISTRO: "Los profesionales, técnicos y auxiliares que intervienen directamente en la atención a un usuario, tienen la obligación de registrar sus observaciones, conceptos, decisiones y resultados de las acciones en salud desarrolladas, conforme a las características señaladas en la presente resolución". Art. 5: GENERALIDADES: "debe diligenciarse en forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas. Cada anotación debe llevar la fecha y hora en la que se realiza, con el nombre completo y firma del autor de la misma". Art. 7: NUMERACION CONSECUTIVA: "Todos los folios que componen la historia clínica deben numerarse en forma consecutiva, por tipos de registro, por el responsable del diligenciamiento de la misma".

Como parte actora, me pregunto ¿por qué aparecen de manera posterior hojas aparte de la historia clínica con registros solamente de signos vitales en recuperación? Es curioso, que justo en aquella época se dijera o autorizara por parte de la Clínica Medilaser a registrar signos de los pacientes por fuera de un consecutivo de la respectiva historia Clínica que ya reposaba dentro del expediente y, como si fuera poco, de un dictamen aclaratorio que se da casi a una década de iniciado el mismo proceso (en primera instancia); adicional, es solamente este perito quien hace mención a ello ("en hoja aparte a las notas de enfermería y notas médicas"), sin haber sido tenidos en cuenta por los mismos profesionales intervinientes (médicos y paramédicos) en cada evento durante toda la asistencia médica del paciente y tampoco son relacionadas por estos como soportes en sus respectivas pruebas testimoniales. Aquí vale la pena mencionar que el primer dictamen del perito Anestesiólogo al que nos referimos se presentó el 04 de julio del 2016, y posteriormente presenta la

respectiva aclaración y complementación el 19 de febrero del 2020, a pesar de haberse hecho el respectivo requerimiento en varias oportunidades. Dejo a consideración de la nueva instancia esta contundente apreciación.

#### **8. Argumentos adicionales**

**En desarrollo de la audiencia de alegatos finales, (Hora: 1:06; 1:07; 1:13) Insiste la parte demandada que:** "por reglas de la experiencia y si bien no se evidencian notas medicas del anestesiólogo, pero junto con el personal paramédico de la sala de recuperación es evidente que está el personal profesional médico pendiente de la situación y que da egreso para piso no por atribuciones de los auxiliares sino porque había una orden medica que se dio el traslado a piso, y que esto lo afirma la perito enfermera YIDIS". Es repetitiva la parte pasiva en su exposición en insistir "NO SE EVIDENCIAN NOTAS DEL ANESTESIÓLOGO NI DEL PERSONAL PROFESIONAL MÉDICO EN RECUPERACIÓN"

**Insisto y me pregunto entonces como parte actora del proceso ¿a dónde está la orden médica de la cual habla la perita enfermera YIDIS o la que supone la abogada de la parte pasiva en su exposición actual? Aquí no podemos hablar sobre SUPUESTOS FACTICOS, aquí estos hechos se demuestran con evidencias contundentes (ES DECIR CON NOTAS REGISTRADAS EN LA HISTORIA CLINICA, LAS CUALES SENCILLAMENTE NO EXISTEN).**

**En adelante la representante de la IPS MEDILASER, se dedica a reiterar lo ya expuesto anteriormente, haciendo énfasis en el monitoreo constante del paciente, PERO EN SU ANÁLISIS PASA POR ALTO EL LAPSO COMPRENDIDO DESDE LA SALIDA DE RECUPERACIÓN DEL PACIENTE AL MOMENTO EN QUE SE ENCUENTRA EL MISMO EL ESTADO DE SHOCK EN LA HABITACIÓN. La misma parte pasiva obvia la declaración del testigo presencial de los hechos señora Amparo Motta.**

**Es claro que aquí no debemos y no podemos hablar del seguimiento que se haya hecho al paciente con base en la lógica y en la experiencia médica sino sobre los HECHOS, OMISIONES, DESCUIDO, FALLAS POR NEGLIGENCIA MÉDICA, IMPERICIA, absolutamente reales y contundentes que terminaron con el hecho que aquí nos ocupa, la muerte del señor JUAN MOTTA, y que más allá del riesgo que implicaba el procedimiento quirúrgico como consecuencia de la patología diagnosticada se pudo evitar al haber tomado medias previas y en tiempo oportuno dando aviso al médico cirujano y al anestesiólogo por parte del personal paramédico, a cerca de las condiciones de hipotensión en que se encontraba el paciente desde la misma salida de recuperación, para así lograr una reintervención oportuna y en otras condiciones, tal como lo manifiesta el médico-cirujano FERMÍN CANAL en su declaración, si se hubiese actuado con el DEBIDO CUIDADO, DESTREZA, DILIGENCIA.**

#### **Alegatos de la NUEVA EPS**

De acuerdo a lo expuesto por el apoderado de la NUEVA EPS, este solo tuvo en cuenta los testimonios literales de los médicos declarantes a favor de la IPS MEDILASER, resaltando el buen manejo que ellos mismos señalan sobre su actuar en la atención al paciente, pero más allá, no aporta ninguna novedad a las fallas incurridas en el lapso de las 10:30 a.m., a 12:30 p.m., y sobre todo desde la estancia del paciente en sala de recuperación, que es donde se comienza a incurrir en LA FALLA MÉDICA POR NEGLIGENCIA E IMPERICIA, sustentada en los argumentos ya expuestos a lo largo de este documento, la cual queda evidenciada también en la OMISIÓN de orden de traslado por parte de anestesiólogo, que la parte actora demuestra a lo largo del proceso, esto como requerimiento obligatorio que se debió de realizar de acuerdo a los

protocolos establecidos y que son enfáticos en sus declaraciones el Dr. Fermín Canal y la Dra. Layla, falla en la que se incurrió por parte del personal paramédico al asumir o suponer por la experiencia y no por normas y hechos contundentes en sala de recuperación que luego de una intervención de la complejidad que se le practicó al paciente, la mera coparticipación de un equipo médico les daba vía libre para realizar un traslado a piso, descuidando y cometiendo fallas de omisión al no comunicar el estado crítico del paciente.

Para el abogado de la NUEVA EPS el único testimonio contradictorio, paradójicamente, es el del Médico cirujano FERMIN CANAL, contraviniendo absolutamente su conocimiento, aporte y experiencia a la intervención dentro de este caso que nos ocupa y por el contrario pone en tela de juicio su testimonio cuando es el mismo médico FERMÍN CANAL quien como autoridad máxima de la cirugía reconoce y confirma el error que constituye la falla médica, la NEGLIGENCIA POR OMISIÓN al señalar la ausencia de procedimiento, la falta de comunicación oportuna del personal paramédico que lo asistió. Aquí no podemos ni debemos tomar extractos o frases aisladas de su declaración sino tener en cuenta el contexto general de la falla en la que se incurrió. Contrario a esto, al igual que la representante de la parte pasiva, acogen en su integridad el testimonio de la perita enfermera YIDIS SALAZAR, quien declara con base en supuestos prácticos que le ha dado la experiencia, desconociendo y omitiendo en absoluto todas las reglas de procedimiento requeridas en salud.

Así las cosas, queda demostrado con el análisis realizado a la ponencia de la parte demandada y del apoderado de la Nueva EPS, que **EVIDENTEMENTE EXISTE** en el acervo probatorio relacionado por la parte actora el **NEXO DE CAUSALIDAD** entre el daño ocasionado en la persona del Sr. Juan Motta (su muerte) y la culpa endilgada o sea la Falla o falta representada en la omisión, negligencia, impericia del personal médico y paramédico y requisitos **sine qua non** "condición sin la cual no" dejados de cumplir en la prestación de servicio médico.

Si bien existieron riesgos en la esplenectomía, también es cierto que el paciente no murió como producto del sangrado luego de la misma sino por las fallas incurridas a partir del postoperatorio, como se ha demostrado y que de haberse actuado con diligencia y pericia los resultados hubiesen sido diferentes.

**Vale resaltar también que, a pesar de tratarse de un paciente mayor a 60 años, este era una persona absolutamente funcional tal como lo demuestran los exámenes y ecografías realizadas a sus demás órganos, previos a la primera intervención, así como igualmente lo muestra la misma patología realizada al bazo que resultó por cierto en términos muy normales a pesar de ser este el órgano afectado de acuerdo al diagnóstico inicial.**

Adicionalmente, es importante aclarar que al ingreso a la institución se debe objetivar la funcionalidad del paciente por medio de diferentes escalas (**Escala de Katz y de Barthel**), como bien se menciona en la literatura para "definir el grado de dependencia y de esa manera plantear los objetivos del tratamiento y la rehabilitación, así como iniciar medidas de prevención contra un mayor deterioro." (8). Teniendo en cuenta esto y si bien es cierto que durante la estancia hospitalaria no se documentó, el paciente era completamente funcional física y mentalmente, y tenían un puntaje de **Barthel de 100/100.** (Subrayado propio)

## REFERENCIAS

1. Harrison: Principios de Medicina Interna, 14ª Edición. McGraw-Hill Interamericana de España 2008.
2. Programa Avanzado De Apoyo Vital En Trauma Para Médicos (ATLS). 7th ed. Chicago, Ill.: American College of Surgeons. 2008. pp.75-80.
3. Morgan & Mikhail's. Clinical anesthesiology. 5th edition. McGraw-Hill Education. LANGE. United States. 2006
4. Manual del anestesiólogo. URPA y REA. Javier Longás Valián - José Cuarteto Lobera. Madrid. 2007.
5. Braunwald. Tratado de cardiología. Texto de medicina cardiovascular. 8va ed. Libby P, Bonow RO, Zipes DP, Mann DL y Braunwald E. Elsevier, Barcelona; 2009
6. Goodman & Gilman. Las bases farmacológicas de la terapéutica. 11 ed. Laurence. L. Brunton. McGraw-Hill Interamericana. México. 2006.
7. Fundamentos de farmacología en Terapéutica. Quinta edición. Isaza CA, Isaza G, Fuentes J, Marulanda T. Pereira, Colombia; Postergraph; 2008.
8. Schwartz. Principios de cirugía. 8va ed. McGraw-Hill Interamericana. 2006.

### TABLA

Programa Avanzado De Apoyo Vital En Trauma Para Médicos (ATLS). 7th ed. Chicago, Ill.: American College of Surgeons. 2008. pp.75-80.

TABLA 3-1 ■ Pérdida Estimada de Sangre <sup>a</sup> en Base a la Presentación Inicial del Paciente <sup>b</sup>				
	GRADO I	GRADO II	GRADO III	GRADO IV
Pérdida de sangre (ml)	Hasta 750	750-1500	1500-2000	>2000
Pérdida de sangre (% del Volumen Sanguíneo)	Hasta 15%	15%-30%	30%-40%	>40%
Frecuencia del pulso	<100	100-120	120-140	>140
Presión arterial	Normal	Normal	Disminuida	Disminuida
Presión de pulso (mm Hg)	Normal o aumentada	Disminuida	Disminuida	Disminuida
Frecuencia respiratoria	14-20	20-30	30-40	>35
Diuresis (ml/hora)	>30	20-30	5-15	Insignificante
Estado mental <sup>c</sup> SNC	Levemente ansioso	Moderadamente ansioso	Ansioso Confuso	Confuso Letárgico
Restitución de líquidos	Cristaloides	Cristaloides	Cristaloides y sangre	Cristaloides y sangre

### DEFINICIONES

#### a. Hipotensión

Disminución de la tensión arterial que puede clasificarse en: absoluta:

Cuando la presión arterial sistólica es <90 mmHg o presión arterial media <65 mmHg)

Relativa (p. Ej., Una disminución de la presión arterial sistólica > 40 mmHg)

Ortostática: Disminución de la presión sistólica > 20 mmHg o > 10 mmHg caída de la presión diastólica con la bipedestación)

Profunda: Dependiente de vasopresores.

**REFERENCIA: Assessment of Clinical Criteria for Sepsis: For the Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). Seymour CW, Liu VX, Iwashyna TJ, Brunkhorst FM, Rea TD, Scherag A, Rubenfeld G, Kahn JM, Shankar-Hari M, Singer M, Deutschman CS, Escobar GJ, Angus DC. JAMA. 2016 Feb;315(8):762-74.**

#### b. Choque

Es un síndrome clínico que se produce como consecuencia de una perfusión inadecuada de los tejidos. Con independencia de la causa, el desequilibrio entre el aporte y las necesidades de oxígeno y sustratos inducido por la hipoperfusión provoca disfunción celular. Esto lleva a un círculo vicioso, en el cual el trastorno de la perfusión ocasiona la lesión celular provocada por una mala distribución del flujo sanguíneo, lo cual dificulta aún más la perfusión celular; esta última es la causa de la insuficiencia de múltiples órganos y, si no se interrumpe el proceso, de la muerte.

Cuando es muy intenso o persistente, el aporte insuficiente de oxígeno origina lesión celular irreversible y sólo el rápido restablecimiento del suministro de oxígeno puede frenar la progresión del estado de choque-

Por lo tanto, la estrategia terapéutica fundamental es reconocer a tiempo el estado de choque manifiesto o inminente e intervenir de forma inmediata para restablecer la perfusión. El estado de choque clínico en general se acompaña de hipotensión, es decir, una presión arterial media (MAP, mean arterial pressure) <60 mmHg en personas previamente normotensas.

**REFERENCIA: Harrison: Principios de Medicina Interna, 14ª Edición. McGraw-Hill Interamericana de España 2008.**

**c. Hipovolemia**

La hipovolemia es un estado de pérdida combinada de sodio y agua que culmina en contracción del volumen extracelular. La pérdida de los dos factores puede nacer de riñones o de sitios fuera de ellos. Las causas de hipovolemia de origen extrarrenal incluyen pérdida de líquidos desde el tubo digestivo. También causan tal problema la acumulación de líquido dentro de compartimientos hísticos específicos (de manera característica el plano intersticial, el peritoneo o el tubo digestivo). Los síntomas de dicho cuadro son inespecíficos e incluyen fatiga, debilidad, sed y mareo postural; signos y síntomas más intensos son oliguria, cianosis, dolor abdominal y de tórax, y confusión u obnubilación. Entre los signos fidedignos de hipovolemia están: taquicardia ortostática e hipotensión del mismo tipo (disminución mayor de 10 a 20 mmHg en la tensión arterial al estar de pie el sujeto). Pérdidas más intensas de líquido culminan en choque hipovolémico, con hipotensión, taquicardia, y vasoconstricción y deficiencia de riego, ambas en zonas periféricas; los pacientes en estos casos pueden presentar cianosis periférica, frialdad de extremidades, oliguria y alteración del estado mental. Las pruebas bioquímicas y la medición de gases en sangre, ambas practicadas corrientemente, pueden aportar signos de trastornos acidobásicos. Por ejemplo, los individuos en choque hipovolémico profundo pueden presentar acidosis láctica e incremento del desequilibrio aniónico

**REFERENCIA: Harrison: Principios de Medicina Interna, 14ª Edición. McGraw-Hill Interamericana de España 2008.**

**d. Choque hipovolémico**

Éste constituye la variedad más frecuente y se debe a la disminución de la masa eritrocítica y plasma por una hemorragia o la reducción del volumen plasmático aislado.

La hipovolemia leve ( $\leq 20\%$  del volumen sanguíneo) provoca taqui-cardia leve con relativamente pocos signos externos, en especial en el paciente joven que reposa en decúbito dorsal. Con la hipovolemia moderada ( $\sim 20$  a  $40\%$  de la volemia) el enfermo presenta ansiedad creciente y taquicardia; aunque se puede mantener una presión arterial normal en decúbito dorsal, tal vez se observe una importante hipotensión postural y taquicardia. Si la hipovolemia es intensa ( $\geq 40\%$  de la volemia) aparecen los signos clásicos de estado de choque; la presión arterial desciende y se torna inestable incluso en decúbito dorsal y el paciente manifiesta taquicardia, oliguria, agitación o confusión acentuada.

**REFERENCIA: Harrison: Principios de Medicina Interna, 14ª Edición. McGraw-Hill Interamericana de España 2008.**

**e. Morfina**

Es un agonista opioide de uso clínico que se obtiene del opio o se extrae de la amapola.

Efectos adversos: La morfina causa liberación de histamina, que puede causar broncoconstricción y vasodilatación. Los individuos con reducción del volumen circulante son mucho más susceptibles a los efectos vasodilatadores de la morfina y fármacos relacionados; por tanto estos fármacos deben utilizarse con precaución en individuos con hipotensión de cualquier origen. En pacientes con disminución del volumen sanguíneo circulante deben utilizarse con precaución los opioides morfínicos, porque pueden agravar un choque hipovolémico.

**REFERENCIAS: Goodman & Gilman. Las bases farmacológicas de la terapéutica. 11 ed. Laurence. L. Brunton. McGraw-Hill Interamericana. México. 2006. / Fundamentos de farmacología en Terapéutica. Quinta edición. Isaza CA, Isaza G, Fuentes J, Marulanda T. Pereira, Colombia; Postergaph; 2008.**

**f. Infarto agudo de miocardio/Cardiopatía isquémica**

Es un trastorno en que parte del miocardio recibe una cantidad insuficiente de sangre y oxígeno; surge de manera específica cuando ha un desequilibrio entre el aporte de oxígeno y la necesidad de él por dicha capa muscular.

**REFERENCIA: Braunwald. Tratado de cardiología. Texto de medicina cardiovascular. 8va ed. Libby P, Bonow RO, Zipes DP, Mann DL y Braunwald E. Elsevier, Barcelona; 2009**

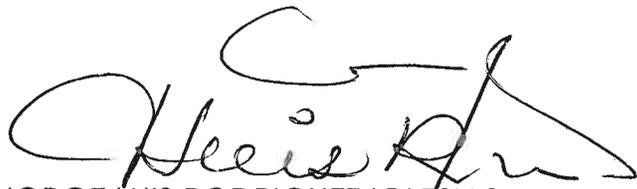
**g. Perfusión tisular**

Se define como el aporte de oxígeno adecuado a la demanda. La demanda de oxígeno depende de los requerimientos metabólicos de cada tejido y en estados de inadecuada entrega de oxígeno y nutrientes a los órganos vitales se conocerá como hipoperfusión tisular, lo cual conlleva una disfunción orgánica múltiple que predispone a la muerte.

**REFERENCIA: García Balmaseda Alexanders, Miranda Pérez Yamilka, Breijo Puentes Alina, Ramos Rodríguez Ediel, Álvarez Dubé Emilio. Marcadores de hipoperfusión tisular y su relación con la mortalidad en pacientes con shock séptico. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2015 Dic [citado 2020 Nov 03] ; 19( 6 ). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-31942015000600012&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942015000600012&lng=es).**

Recibo notificaciones en la calle 7 No. 6-27, Piso 10, oficina 1002 A, Edificio Banco Agrario, Neiva (Huila). Celular: 315-8916032. Correo electrónico: [jorluisprocesos@gmail.com](mailto:jorluisprocesos@gmail.com)

Atentamente.



JORGE LUIS RODRIGUEZ IGLESIAS  
C.C. No. 72.012.641 de Baranoa (Atlántico)  
T.P. No. 47.677 del C.S.J.