

JEFFERSON HITSCHERICH RAMIREZ
ABOGADO

Doctora:

FAVIO FERNANDO JIMENEZ CARDONA

Juez Tercero Administrativo del Circuito de Florencia

E. _____ S. _____ D. _____

REF. MEDIO DE CONTROL DE REPARACION DIRECTA DE **ENITH MOTTA MURCIA Y OTROS** EN CONTRA DE LA **CLINICA MEDILASER S.A.S. Y OTROS**

RAD. 18-001-33-33-003-2020-00401-00

ASUNTO. CONTESTACION DE DEMANDA

JEFFERSON HITSCHERICH RAMIREZ, identificado civil y profesionalmente como aparece al pie de mi correspondiente firma, haciendo uso del mandato judicial conferido por la representante legal de la **CLINICA MEDILASER S.A.S**, mediante poder adjunto en el escrito de ampliación presentado con antelación y encontrándome dentro de la oportunidad procesal pertinente; procedo a descender el traslado del Medio de Control de Reparación Directa que ha dispuesto **ENITH MOTTA MURCIA Y OTROS**, en contra de la sociedad que presento, a través de apoderado judicial, en los siguientes términos:

A LOS HECHOS

Se contestarán así:

AL PRIMERO: No le consta a la clínica demandada. Lo descrito en estos numerales corresponden a la prestación de servicios médicos dados en unas IPS diferente a la Clínica Medilaser S.A.S. y que en nada se relaciona con esta. No obstante, ante la importancia de los hechos relatados por el costado actor, respecto de la condición del paciente en la ESE Sor Teresa De Adele, en su sede hospitalaria del municipio de Cartagena Del Chaira se extrae:

*"Desde el comienzo en que se le brinda atención médica al paciente este presentaba hipotensión, o tensión baja, y taquicardia, o frecuencia cardíaca alta, que son signos de shock, óseos choques den las condiciones físicas del paciente, **señal crítica con riesgo de muerte.**"*

De lo anterior se coligue que, los demandantes ya avizoraban el crítico estado de salud del paciente y su riesgo de muerte antes de ingresar a clínica Medilaser S.A.S.

AL SEGUNDO: Se niega. corresponde a un hecho complejo donde se relatan de manera subjetiva diferentes elementos facticos, sin la respectiva relación de las circunstancias de tiempo, modo y lugar; adicionalmente no se establece la correlación clínico patología con las imputaciones realizadas, ni se soporta técnico científicamente los dichos del apoderado de la parte actora. Por lo que, para dar claridad a la atención prestada del usuario Martin Hernández Ávila, en Clínica Medilaser S.A.S, entre los días 12 al 15 de junio del año 2018, esta defensa procederá a relacionarla así:

JEFFERSON HITSCHERICH RAMIREZ

ABOGADO

Conforme a la revisión de los registros de historia clínica,

Es cierto que el paciente ingreso el día 12/06/2018 5:16:51 p. m. paciente es valorado por la médica Hailyn Andrea Marín Castro quien registra:

ANALISIS

paciente de 45 años de edad con cuadro clínico de episodio psicopal, con posterior sensación de palpitación, disnea, diaforesis ingresa a ips primaria donde toman electro con evidencia de taquicardia sinusal, se administra manejo antisquemico, pero no es tolerado y sufre emesis durante su recorrido en ambulancia presenta aumento de frecuencia cardiaca(150bpm) por lo que se suministra 50 mg de metoprolol a su ingreso diaforetico con disnea, con constantes vitales normales.
a su ingreso hipotenso con taquicardia sinusal, diaforetico tolerando el decubito, con disnea
electro cardiograma ekg r-r regulares, no bloqueos no signos de isquemia o necrosis
paciente niega síntomas respiratorios, niega dolor torácico, niega, fiebre, y otro sintoma asociado sin comorbilidades, refiere episodio sincopal mientras se encontraba ordenando con recuperación medianamente rapida.
se solicita tac d torax para descartar patologia pulmonar + paraclinicos de ingreso, monitorizacion constante con valoracion por cardiologia.

De la nota medica traída a colación, se puede apreciar que el paciente ingresa en muy malas condiciones generales, al punto que es revalorado por la médica Sandra Patricia Alarcón Calderón el mismo día a las 6:32:03 p. m. describiendo:

OBJETIVO - ANALISIS

Paciente de 45 años sin antecedentes patológicos de importancia referidos
Hace 1 semana trauma en cadera derecha durante cabalgata, posterior dolor y limitación funcional, acudio a sobandero, aún así ha persistido con molestias en dicha zona.
Cuadro actual de 1 semana de evolución caracterizado por discomfort torácico, disnea, escalofríos, astenia y hoy episodio sincopal precedido de palpitaciones, por lo cual remiten
Signos vitales Ta 95/44mmHg Fc 115lpm Fr 26rpm SatO2 93%
Cc mucosa oral húmeda, escleras anictéricas. Cuello simétrico, sin adenopatías, no ingurgitación yugular.
neuroológico alerta, glasgow 15/15 sin focalizaciones neuro motoras, no signos meníngeos
torax simétrico, murmullo vesicular conservado, no agregados, taquipenia, dificultad respiratoria, rscs rítmicos sin soplos
abdomen abundante pániculo adiposo, no doloroso, no irritación peritoneal, no megalias, ruidos intestinales positivos
extremidades sin edemas, buena perfusión distal
piel mucosas secas, anictérico

Gases arteriales: Ph 7.33 PCO2 14 PO2 111 Na 130 K 5.4 Glucosa 153 Lactato 10.9 CHO3 -7.4 BE-18.5

Amplo estudios para descartar posibilidades como TEP IRA por rambomolisis o consumo de AINES ante antecedentes de trauma. Pendiente reporte de estudios. Ajusto manejo

En esta valoración es importante resaltar que, dentro de la evaluación clínica que tuvo el paciente se consideran diferentes hipótesis diagnosticas "*Amplo estudios para descartar posibilidades como TEP IRA por Rbdomiolisis o consumo de AINES ante antecedentes de trauma. Pendiente reporte de estudios. Ajusto manejo*" actuación que se ajusta a la Lex Artis.

En ese sentido, se puede concluir que la paciente le fue suministrado un tratamiento de forma integral conforme a sus signos y síntomas presentados, brindándole **el manejo a la paciente en clínica Medilaser S.A.S. Sucursal Florencia de forma oportuna y perita, sin evidencia de negligencia, impericia, imprudencia y ajustado a la Lex Artis Ad Hoc,** lo que de entrada desestima alguna imputación que pueda endilgar responsabilidad en cabeza de mi representada.

AL TERCERO: Se niega. corresponde a un hecho complejo donde se relatan de manera subjetiva diferentes elementos facticos, sin la respectiva relación de las circunstancias de tiempo, modo y lugar; adicionalmente no se establece la correlación clínico patología con las imputaciones realizadas, ni se soporta técnico científicamente los dichos del apoderado de la parte actora. No obstante, se aclara y complementa que, conforme a la revisión de los registros clínicos del señor Martin Hernández Ávila, en Clínica Medilaser S.A.S., El 12 de junio a las 10:24 p.m. se

JEFFERSON HITSCHERICH RAMIREZ

ABOGADO

registra en nota retrospectiva, en los siguientes términos:

- 12/06/2018 10:24:28 p. m. nota retrospectiva
paciente persiste en malas condiciones generales se realizó reanimación hídrica manteniendo cifras tensionales limítrofes sin embargo persistiendo con respiración acidótica por tanto se realiza gasometría arterial de urgencia-control evidenciando acidosis metabólica severa con Ph pH 7.19 PCO2 14 PO2 100 HC3 5.3 BE-20.3 Na 127 K 6.5 Lactato 11.2 por tanto se inician medidas para acidosis metabólica severa e hiperpotasemia. Se trasladó a reanimación y se inicia norepinefrina para garantizar cifras tensionales en rangos aceptable y evitar hipotensión durante secuencia de intubación, una vez se garantiza un ambiente seguro para realizar intubación orotraqueal se realiza secuencia de intubación rápida con éxito en el primer intento. Posteriormente se verifica bradicardia severa se inician maniobras de reanimación básicas y avanzadas se comprueba ritmo de paro asistolia, se inicia protocolo de línea isoelectrica y se inician maniobras de RCCP con RCE a los 15 minutos.
Se infirma a servicio de nefrología al UCI 2 no hay disponibilidad de camas al momento en UCI por lo cual y pensando en el bienestar del paciente se decide realizar paso de mahurkar y terapia dialítica en la unidad de urgencias, dado que es el problema actual evidenciado que pudo ser la causa del paro, en cuanto al causal se su estado actual no es claro, ante paciente joven que no supera los 50 años de edad sin antecedentes patológicos previos de importancia, antecedente reciente de trauma en cadera en mi primer opción tendría sospecha de TEP. Hasta el momento dadas sus condición critica se intentará estabilizar para continuar estudios.
- Tipo Estancia: GENERAL
Profesional: SANDRA PATRICIA ALARCON CALDERON MEDICINA GENERAL

Conforme la nota de evolución, es de destacar **el deterioro rápidamente progresivo del paciente con inestabilidad respiratoria** requiriendo traslado a sala de reanimación con inicio del manejo médico y se decide realizar intubación orotraqueal, **con posterior paro cardiorrespiratorio, por lo se realizan maniobras de reanimación por 15 minutos, siendo exitoso.**

Así mismo, para continuar con el manejo médico, se inserta catéter Mahurkar, procedimiento realizado por el especialista en medicina interna Dr. Luis Gonzalo Plata Serrano, tal y como se dejó registrado en nota de evolución del 12/06/2018 a las 11:01:55 p. m, por la Dra. Diana Lizeth Grajales Trujillo, así:

- 12/06/2018 11:01:55 p. m. Nota
Paciente con sospecha de TEP vs bacteremia oculta, se realizo paso de cateter mahurkar, via venosa central por especialista dr plata, solicito panel viral y estudios imagenologicos adicionales.
Se llevara a dialisis como medida inicial. posterior traslado a UCI.
TA: 140/101 mmHg TAM 100 fc: 78 lpm fr: 19 rpm so2: 97% con parametros ventilatorios.
- Tipo Estancia: GENERAL

Por lo tanto, **la elucubración del costado actor descrita su acápite "llama la atención que a esta hora el paciente continua sin valoración por especialista" es falsa y carece de correlación con las notas de evolución,** ya que el médico especialista en medicina interna había intervenido en el manejo del paciente, inclusive, con la realización del procedimiento de paso de catéter de Mahurkar; Adicionalmente se anticipa que la valoración del médico especialista en nefrología, se realiza a las 10:00 p.m., no obstante se registra retrospectivamente solo hasta 11:28:08 p.m. como se relatara en el hecho subsiguiente.

AL CUARTO: Se acepta parcialmente. Se aclara y complementa que, conforme a la revisión de los registros clínicos del usuario Martin Hernández Ávila, en Clínica Medilaser S.A.S, se acepta la hora de registro de la nota de evolución por la especialidad de nefrología Dra. María Elizabeth Ardila Cárdenas; no obstante, es preciso también afirmar que la intervención por parte de la galena tratante al paciente fue a las 10:00 p.m., generando una nota retrospectiva como se evidencia a continuación:

JEFFERSON HITSCHERICH RAMIREZ
ABOGADO

OBJETIVO - ANALISIS

nota de nefrologia

nota retrospectiva 10:00 pm
Dra Ardila/Dra Velasquez.
DX:

sepsis a confirmar punto de partida.
TEP??
acidosis metabolica resistente al tratamiento
hiperkalemia resistente al tratamiento

Valoro paciente en sala de urgencia, con vasoactivos, tubo endotraqueal, cateter mamulka femoral derecho, vi venosa central, sonda vesical, en malas condiciones clinicas, afebril, con deshidratacion moderada y ligera palidez cutaneo mucosa.
TA: 145/95 mmhg FC: 93 x min

Cardiopulmonar: murmullo vesicular audible en ambos campos pulmonares; sin agregados, Ruidos cardiacos ritmicos, sin soplos.
Abdomen globoso a expensas de paniculo adiposo, ruidos hidroaereos (+), extremidades: simetricas; eutroficas sin edema, Neurologico:no evaluable paciente con sedacion.

Paciente con azoados elevados, hiperkalemia, con gases arteriales donde se evidencia acidosis metabolica resistente al tratamiento por lo que amerita diálisis de urgencia.

Plan:
panel viral.
prescripcion de diálisis:
tiempo: 3 horas.
UF: 300 ml
QB: 300.
sin heparina.
filtro: 130.
control de signos vitales

gases control, hemograma, tac, sodio, potasio, calcio, cloro

Por tanto, el médico especialista profesional idóneo para el manejo del paciente, considera pertinente la realización de hemodiálisis, actuación que se ajusta a la *Lex Artis Ad hoc*.

De otra parte, en cuanto a la manifestación respecto del drenaje pericárdico, se considera que es una apreciación subjetiva del apoderado de la parte demandante que carente de sustento técnico científico de medicina basada en la evidencia.

AL QUINTO: En la forma narrada no es cierto. Se aclara y complementa que, conforme a la revisión de los registros clínicos del usuario Martin Hernández Ávila, diligenciada en Clínica Medilaser S.A.S, el paciente es revalorado por el médico de turno de la unidad de cuidados intensivos Dr. Luis Gonzalo Plata Serrano, quien consignó lo siguiente:

● 13/06/2018 2:15:58 a. m. RCP EXITOSO EN PACIENTE CON CUADRO HIPERAGUDO DE SINCOPE, DISTRES RESPIRATORIO, ACIDOSIS METABOLICA, ALTA SOSPECHA DE SEPSIS FOCO A ESTUDIO O EMBOLISMO PULMONAR POR SU TRAUMA PREVIO DE CADERA. REQUIERE VENTILACION MECANICA, SOPORTE ENTERAL, PRESORES Y ATENCION INTEGRAL EN UCI.

Tipo Estancia: UCI ADULTOS INTENSIVO

Profesional: LUIS GONZALO PLATA SERRANO

MEDICINA INTERNA

Conforme a la nota traída a colación, **el especialista realiza interpretación de las imágenes diagnósticas, entre esas el TAC de tórax**, encontrando ensanchamiento del mediastino, por lo que se diagnostica derrame pericárdico, y se informa al servicio de cirugía general. Colofón de lo acaecido, el cirujano general Dr. Daniel Eduardo Hernández Solarte, procede a realizar ventana pericárdica registrando lo siguiente:

JEFFERSON HITSCHERICH RAMIREZ

ABOGADO

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

Diagnósticos PRE-Operatorios:

CIE10

Diagnostico

Observaciones

Principal

I313

DERRAME PERICARDICO (NO INFLAMATORIO)

☐

Diagnósticos POS-Operatorios:

I313

DERRAME PERICARDICO (NO INFLAMATORIO)

☐

INTERVENCION PRACTICADA/TIPO DE ANESTESIA Y DE HERIDA

Fecha Hora de Inicio:

13/06/2018 2:30:00 a. m.

Fecha Hora que Termina:

13/06/2018 3:27:00 a. m.

Cirugia urgente:

☒

Tiempo Quirúrgico(Minutos):

57

No Sala de Cirugía:

uci II, cama2

Profilaxis con

Antimicrobianos:

☒

Tipo de Herida :

Limpia

Tipo de Anestesia :

General

Clasificación ASA:

5

Datos Adicionales:

Prótesis / Implante

☐

CX Caderas

☐

CX Rodillas

☐

Laparotomía

☐

Fractura Abierta

☐

Clas. Fractura:

Cirugías: (Can: Cantidad, P: Cirugía Principal)

Cod. C.U.P.S

Cirugia

Via Abordaje

Can.

P.

371202

PERICARDIOTOMIA VIA ABIERTA

UNICA

1

☒

341101

EXPLORACION Y DRENAJE DE MEDIASTINO POR MEDIASTINOTOMA

UNICA

1

☐

DESCRIPCION QUIRURGICA

Hallazgo Operatorio:

derrame pericárdico por liquido de aspecto vinoso, aprox/te 450 ml

Detalle Quirúrgico - Procedimientos:

1)anestesia general. 2)antisepsia y asepsia. 3)incisión mediana en zona xifoideo - epigástrica, disección por planos hasta el espacio preperitoneal en el abdomen y hasta el osteocartilaginoso distal del esternón dejando al descubierto el apéndice xifoides el cual se pinza con Allis y se luxa. 4)Disección roma subesternal en sentido cefálico hasta identificar el pericardio. 5)Abordaje del pericardio entre pinzas Allis. 6)Pericardiotomía con tijeras y evidencia del líquido pericárdico vinoso el cual se aspira - drena en la mayor cantidad posible. 7)inserción de sonda de folley 14 fr para drenaje a través de la pericardiotomía; se ocupa el balón taponador de la sonda folley con 7 ml de ss 0.9%; se exterioriza por contrabertura hacia la línea media por debajo de la incisión quirúrgica inicial. Se aspira y lava el espacio mediastinal anterior con SS 0.9% 500 ml y se deja además dren tubular fenestrado 24 fr en este último espacio en mención, exteriorizado el dren fenestrado también por contrabertura, con orificio de emergencia por debajo dren pericárdico. Los drenes se fijan a la piel con sutura de seda 2-0. 8)Sutura por planos de la herida quirúrgica hasta la piel. 9)colocación de apósitos.

Complicaciones:

choque cardiogénico, paro cardiopulmonar.
RCP exitosa.

Materiales (Que se Deben Cobrar Adicional a la Tarifa de los Qx):

sonda de folley 14 fr, dren fenestrado 24 fr

Compresas:

completo

Gasas:

completo

Conteo Material:

completo

Teniendo en cuenta lo referenciado, es preciso concluir que el procedimiento se realiza cuando se hace el diagnostico de derrame pericárdico, mas no como lo quiere hacer ver el costado activo en establecer como una negligencia médica. Lo anterior en virtud a las siguientes aseveraciones:

Se debe tener presente la complejidad clínica del caso y de los antecedentes del paciente que llevan a realizar diferentes impresiones diagnosticas como se describe en el hecho segundo del libelo genitor, en la revaloración realizada por la médica Dra. Sandra Patricia Alarcón Calderón el 12 de junio de 2018 a las 6:32:03 p. m. quien registra:

OBJETIVO - ANALISIS

Paciente de 45 años sin antecedentes patológicos de importancia referidos

Hace 1 semana trauma en cadera derecha durante cabalgata, posterior dolor y limitación funcional, acudió a sobandero, aún así ha persistido con molestias en dicha zona.

Cuadro actual de 1 semana de evolución caracterizado por disconfort torácico, disnea, escalofríos, astenia y hoy episodio sincopal precedido de palpitaciones, por lo cual remiten

Signos vitales Ta 95/44mmHg Fc 115lpm Fr 26rpm SatO2 93%

Cc mucosa oral húmeda, escleras anictéricas. Cuello simétrico, sin adenopatías, no ingurgitación yugular.

neuroológico alerta, glasgow 15/15 sin focalizaciones neuro motoras, no signos meníngeos

torax simétrico, murmullo vesicular conservado, no agregados, taquipnea, dificultad respiratoria, rscs rítmicos sin soplos

abdomen abundante panículo adiposo, no doloroso, no irritación peritoneal, no megalias, ruidos intestinales positivos

extremidades sin edemas, buena perfusión distal

piel mucosas secas, anictérico

Gases arteriales:

Ph 7.33 PCO2 14 PO2 111 Na 130 K 5.4 Glucosa 153 Lactato 10.9 CHO3 -7.4 BE-18.5

Amplo estudios para descartar posibilidades como TEP IRA por rambomielosis o consumo deAINES ante antecedentes de trauma. Pendiente reorte de estudios. Ajusto manejo

JEFFERSON HITSCHERICH RAMIREZ

ABOGADO

En esta atención medica es importante resaltar se consideran diferentes hipótesis diagnosticas "Amplio estudios para descartar posibilidades como TEP, IRA por Rabdomiolisis o consumo de AINES ante antecedentes de trauma. Pendiente reporte de estudios. Ajusto manejo"actuación que se ajusta a la Lex Artis.

Adicionalmente se debe enunciar que dentro de las múltiples omisiones que el apoderado de la parte demandate convenientemente excluye, se encuentra referenciar el resultado de la procalcitonina del 13/06/2018 12:21:11 p. m. que fue determinante en la evolución del paciente y que no puede ser atribuido a la atención en clínica Medilaser, así:

10	PROCALCITONINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	elevada	NO
Resultados de la Muestra 1			
Analitos		Valor	Observación
PROCALCITONINA		17.05 ng/ml	

Con cultivo positivo para Staphylococcus aureus, para lo que se había iniciado manejo con PIPERACILINA + TAZOBACTAM 4 G + 0.5 G Polvo para reconstituir solución inyectable. 4.50 g Cada 8 Hora(s) Vía: INTRAVENOSA, tal y como fue expuesto en la nota de evolución, así:

13/06/2018 7:51:42 p. m.	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA ORINA Y HECES.	27	☐
Interpretación:	pendiente reporte manual	Folio Inter: 40	
Resultados de la Muestra			
Analitos	Valor	Observación	
CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE	A/B	CULTIVO DE SECRECION TRAQUEAL POSITIVO PARA <u>Staphylococcus aureus</u> Nota : MAYOR DE 50 UFC.	

Teniendo en cuenta el resultado del paraclínico, se tiene un cultivo positivo en menos de 24 horas del ingreso del paciente, **lo que está relacionado con infección de origen común o extra institucional** y que fue determinante en la tórpida evolución del paciente a pesar del manejo interdisciplinario.

AL SEXTO: En la forma narrada no es cierto. Se aclara y complementa que, conforme a la revisión de los registros clínicos del usuario Martin Hernández Ávila, diligenciada en Clínica Medilaser S.A.S, se realizó nota retrospectiva por el médico especialista Dr. Diego Camilo Barón Lugo, quien registra dentro de su nota del 13/06/2018 las 6:55 a.m, lo siguiente:

JEFFERSON HITSCHERICH RAMIREZ

ABOGADO

● 13/06/2018 9:24:09 a. m.

EVOLUCION DE LA MAÑANA RETROSPECTIVA 6+55 AM

DIA 1 EN UCI PLENA

DIAGNOSTICOS

1. estado postparo
2. derrame pericardico masivo
3. choque cardiogenico
4. insuficiencia respiratoria aguda

VENTILATORIO

Bajo soporte ventilatorio desde el 12/06/2018, tubo 7.5 French, con secreciones escasas blancas, saturaciones 93-100 %

Tórax simétrico poco expandible

Murmullos disminuidos en bases, con estertores gruesos en ambos campos pulmonares.

Parametros ventilatorios en modo a/c-p fr: 20 x/min, insp 22 mmHg T insp 0.95 PEEP 8.0 FIO2 al 60 % VTe

502 PIP 30 mmHg P media 15 mmHg

PH y Gases arteriales PH 7.38 PCO2 53.4 mmHg PO2 131 mmHg HCO3 9.0 mmol/l EB -22.3 mmol/l SAT

94.3 %

PAO2 357 mmHg Gradiente 225 mmHg P/F 219

Se inicio disminuir Fr a 22 x/min, aumentamos PEEP a 11 cmH2O

ABDOMEN

blando depresible no signos de irritacion peritoneal, ruidos intestinales +, se evidencia dren pericardico con 130 cc serohematico, mediastinico 50cc serohematico.

HEMODINAMIA

Ruidos cardiacos de tono y ritmo normal, sin soplos audibles, Hemodinamicamente inestable, con triple soporte vasopresor, Norepinefrina 0.4 mcg/kg/min, dopamina a 10 kg/kg/min, vasopresina 8 mcg/kg/min, Con mala perfusion distal < de 2 seg y edema grado I en extremidades inferiores.

Monitoreo hemodinamico

PAS 89-104 mmHg

PAD 48-72 mmHg

PAM 68-73 mmHg

FC 85-113 x/min

Balance hidrico de 12 Horas Ingesta 366 cc Excretas 180 cc PI 800cc Total -614 cc

Diuresis total en 3 horas con GU 0.29 cc/kg/hora

INFECCIOSO

Un episodio Febril el día anterior T° 35.7-37 ° C

Antibióticos

piperacilina tazobactam dia 1

Hemograma leucocitosis moderada con neutrofilia moderada.

GB 17900 Gran 87.9 % Linf 9.6 % Mon 2.5 % plaquetas 152.000

TP 20.1 seg INR 1.53 TPT 35.8 seg

Hemocultivo del 13/06/2018

Urocultivo del 13/06/2018

Cultivo secreción traqueal pendiente por disponibilidad de tubo trampa.

NEFROMETABOLICO

dieta por gastrectomía.

Gases arteriales con acidosis mixta HCO3 9 mmol/l PCO2 53.4 mmHg

Sodio 138 mmol/l Potasio 4.60 mmol/l Cloro 104.2 mmol/L calcio 7.9 mg/dl

Glucometrías 140-181 mg/dl

Creatinina 2.55 mg/dl NU 22.1 mg/dl

HG 14.2 gr/dl HCT 44.9%

Bil total 0.97 mg/dl Directa 0.5 mg/dl indirecta 0.44 mg/dl ayer

NEUROLOGICO

RASS -2 PC sin déficit, pupilas a 2 mm reactivas a la luz,

TAC de craneo normal en espera de reporte de radiologo

ANALISIS Y PLAN

Paciente quien persiste en condición Crítica, aun inestable hemodinamicamente con requerimiento de triple soporte vasopresor para garantizar perfusion tisular

Presenta elevacion de azoados, se aumenta LEV, ante procedimientos de la madrugada se decide iniciar

piperacilina tazobactam.

ante cuadro clinico no claro se decide ordenar doppler de miembros inferiores para descartar posible tromboembolismo pulmonar.

Continúa seguimiento estricto por Cirugia general

control de gases arteriales en 3 hrs + acido lactico.

Paciente de mal pronóstico alta probabilidad de muerte

Se ha informado a sus familiares sobre su condición crítica y pronostico

Tipo Estancia: UCI ADULTOS INTENSIVO

Profesional: DIEGO CAMILO BARON LUGO

ANESTESIOLOGIA

Respecto de la valoración por la especialidad de cardiología, la misma se realizó el 13/06/2018 a las 09:30 a.m. quien registra:

JEFFERSON HITSCHERICH RAMIREZ

ABOGADO

● 13/06/2018 11:14:51 a. m. CARDIOLOGÍA - NOTA RETROSPECTIVA 09+30AM

Paciente de 47 años de edad, quien ingresa remitido de primer nivel en malas condiciones generales, con requerimiento de soporte inotrópico, por presentar cuadro sincopal aspoead a sensación de palpitaciens y episodio emético, por lo cual es remitido. Presenta además, trauma en cadera derecha hace aproximadamente 10 días al caer de caballo, niega antecedentes de importancia. Durante su traslado se administró dosis de betabloqueador por hallazgo de taquicardia y discomfort.

Enzimas cardíacas de ingreso negativas, función renal comprometida, con gases arteriales con academia metabólica severa, hemograma sin leucocitosis ni neutrofilia, línea roja normal con plaquetas en límite inferior, perfil hepático con transaminasas elevadas posiblemente secundario a bajo gasto, tiempos de coagulación de ingreso con leve prolongación, dímero D elevado e hiperlactatemia.

Durante atención inicial, requirió aseguramiento de la vía aérea e inicio de vasopresor, durante procedimiento presenta parada cardíaca con asistolia presentando posterior RCE a los 11 minutos, una vez estabilizado ante acidemia metabólica fue valorado por el servicio de nefrología quienes indicaron inicio de terapia dialítica para lo cual se realizó paso de catéter mahurka. Se considera además, cursa con taponamiento cardíaco por derrame pericárdico de origen a establecer por lo que se pasa a quirófano para realizar ventana pericárdica, con drenaje del mismo obteniendo 450cc de líquido hemático de aspecto "vinoso" dejando drenajes de mediastino y pericardio.

Actualmente a la valoración, paciente en muy mal estado general, con evidencia de drenaje hemático franco por drenaje de mediastino (aprox 400cc) y pericardio (aprox 250cc) en 5 horas, con requerimiento de triple soporte vasopresor, bajo ventilación mecánica invasiva. Se decide entonces realizar ecocardiograma transesofágico para descartar presencia de alteraciones a nivel de cavidades y/o valvulares, que mostró aurícula íntegra, buena función ventricular, derrame pericárdico de predominio posterior mínimo, integridad del ventrículo y de la aurícula derecha normal.

En primera instancia se interpreta como sangrado médico, se inicia corrección de tiempos de coagulación de control, y se solicita hematocrito de drenaje pericárdico y mediastínico para evaluar origen de sangrado, continuamos atentos a evolución, mal pronóstico a corto plazo con alto riesgo de complicaciones incluyendo la muerte. A la espera de revaloración por cirugía general con el fin de determinar si hay requerimiento de reintervención ante persistencia de sangrado mayor.

Idx
Choque ¿hipovolémico Vs. Cardiógeno?
Estado posparto cardíaco con resucitación exitosa
POP mediato ventana pericárdica - positiva
Derrame pericárdico masivo
Antecedente de trauma en cadera
Injuria renal aguda en TRR HD

Plan
Manejo integral en UCI
Transfusión de unidades de plaqueta
Hb y Hto de drenaje pericárdico y mediastínico
Manejo conjunto con cirugía general y nefrología
CSv - AC

Tipo Estancia: UCI ADULTOS INTENSIVO

Profesional: SEBASTIAN CAMPBELL QUINTERO

CARDIOLOGIA

Por lo tanto, ante la persistencia de sangrado se requiere exploración y drenaje de mediastino por mediastinotomía, como lo ordena el cirujano Daniel Eduardo Hernández Solarte, en nota media del 13/06/2018 a las 12:42:27 p. m, así:

Paciente con p.o inmediato de pericardiotomía para drenaje de derrame pericárdico más descompresión de taponamiento cardíaco.

Sospecha clínica de Tuberculosis pericárdica.

paciente en mal estado general con pronóstico ominoso. Ha estado experimentando producción hemática por drenes tanto endopericárdico como mediastinal aprox/te 650 ml en 9 hrs.

Tiene ecocardiograma transesofágico sin evidencia de lesión o herida cardíaca reciente.

Llama la atención el gasto hemático relativamente alto y el aspecto el cual al momento es de sangre no vinosa o "vieja" sino fresca; por lo tanto, se hace necesario nueva exploración mediastinal e investigar si hay lesión de tejidos blandos mediastinales prepericárdicos con sangrado activo u otras causas.

Se advierte que dependiendo de los hallazgos operatorios puede llegar a requerir toracotomía anterolateral o posterolateral o esternotomía, exploración de grandes vasos del tórax, cardiografías, angiografías, angio-oclusiones, toracostomías adicionales, neumectomías, derivaciones vasculares, tórax abierto, entre otras.

Autorizo el traslado a quirófano, previo consentimiento informado firmado.

Se realiza exploración y drenaje de mediastino por mediastinotomía por el cirujano Daniel Eduardo Hernández Solarte el 13/06/2018 a las 1:01:00 p. m.

JEFFERSON HITSCHERICH RAMIREZ

ABOGADO

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

Diagnósticos PRE-Operatorios:

CIE10

Diagnostico

Observaciones

Principal

I313

DERRAME PERICARDICO (NO INFLAMATORIO)

☐

Diagnósticos POS-Operatorios:

I313

DERRAME PERICARDICO (NO INFLAMATORIO)

☐

INTERVENCION PRACTICADA/TIPO DE ANESTESIA Y DE HERIDA

Fecha Hora de Inicio: 13/06/2018 1:01:00 p. m.

Fecha Hora que Termina: 13/06/2018 1:45:00 p. m.

Cirugia urgente: ☒

Tiempo Quirúrgico(Minutos): 44

No Sala de Cirugía: 3

Profilaxis con Antimicrobianos: ☒

Tipo de Herida : Limpia

Tipo de Anestesia : General

Clasificación ASA: 4

Datos Adicionales: Prótesis / Implante ☐ CX Caderas ☐ CX Rodillas ☐ Laparotomía ☐ Fractura Abierta ☐ Clas. Fractura:

Cirugías: (Can: Cantidad, P: Cirugía Principal)

Cod. C.U.P.S

Cirugía

Via Abordaje

Can. P.

341101

EXPLORACION Y DRENAJE DE MEDIASTINO POR MEDIASTINOTOMIA

UNICA

1 ☒

341202

BIOPSIA DE ORGANO O TEJIDO DE MEDIASTINO VIA ABIERTA

UNICA

1 ☐

DESCRIPCION QUIRURGICA

Hallazgo Operatorio:

mediastino anterior pre-pericárdico con tejidos blandos sin signos de sangrado activo. 2)sangre de aspecto vinoso residual en espacio pericárdico. 3)dren en espacio pericárdico 14 fr bilumen tipo folley funcionante. 4)dren mediastinal prepericárdico

Detalle Quirúrgico - Procedimientos:

1)anestesia general. 2)antisepsis y asepsia. 3)retiro de sutura de la herida qca mediana como abordaje para pericardiotomia previa. 4) ingreso a espacio operatorio evidenciado hallazgos. 5)retiro de drenes. 6)irrigación de espacio pericárdico con SS 0.9% tibia con sonda nellaton 18 fr a través de pericardiotomía, evacuando liquido vinoso residual hasta observar un aspecto claro del liquido de irrigación. 7) lavado local con SS 0.9% 500 ml, aspirado y secado. Toma de biopsia incisional de pericardio. 8)verificación de la hemostasia. 9)conteo completo del instrumental quirúrgico. 10)inserción de nuevo dren en espacio pericárdico tipo folley 16 Fr con balón taponador a 7 ml el cual se exterioriza por contrabertura tal cual como estaba ubicado el dren de folley previo. 11)cierre de la herida quirúrgica mediante sutura por planos hasta la piel. 12)colocación de apósitos.

Complicaciones:

no intraoperatorias adicionales.

Se realiza procedimiento encontrando mediastino anterior pre-pericárdico con tejidos blandos sin signos de sangrado activo, **no se evidencian complicaciones atribuibles al procedimiento anterior.**

Así mismo, en este acápite el actor refiere aseveraciones sobre la evolución del paciente; no obstante, omite le apoderado de la parte demandante referenciar que al paciente continuó inestable a pesar del manejo en la unidad de cuidados intensivos, con equipo interdisciplinario, y el paciente fallece el 15 de junio de 2018 a las 5:00 p.m.

Adicionalmente se debe enunciar que dentro de las múltiples omisiones que el apoderado de la parte demandante convenientemente excluye, se encuentra referenciar el resultado de la procalcitonina del 13/06/2018 12:21:11 p. m. que fue determinante en la evolución del paciente y que no puede ser atribuido a la atención en clínica Medilaser así:

10	PROCALCITONINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	elevada	NO
Resultados de la Muestra 1			
Analitos		Valor	Observación
PROCALCITONINA		17.05 ng/ml	

Con cultivo positivo para Staphylococcus aureus, para lo que se había iniciado manejo con PIPERACILINA + TAZOBACTAM 4 G + 0.5 G Polvo para reconstituir solución inyectable. 4.50 g Cada 8 Hora(s) Vía: INTRAVENOSA, tal y como fue expuesto en la nota de evolución, así:

JEFFERSON HITSCHERICH RAMIREZ
ABOGADO

13/06/2018 7:51:42 p. m. CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA ORINA Y HECES. 27
Interpretación: pendiente reporte manual Folio Inter: 40

Table with 3 columns: Resultados de la Muestra, Analitos, Valor, Observación. Row 1: CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE, A/B, CULTIVO DE SECRECION TRAQUEAL POSITIVO PARA Staphylococcus aureus, Nota : MAYOR DE 50 UFC.

Teniendo en cuenta el resultado del paraclínico, se tiene un cultivo positivo en menos de 24 horas del ingreso del paciente, lo que está relacionado con infección de origen común o extra institucional y que fue determinante en la tórpida evolución del paciente a pesar del manejo interdisciplinario.

En ese sentido, se puede concluir que la paciente le fue suministrado un tratamiento de forma integral conforme a sus signos y síntomas presentados, brindándole el manejo a la paciente en clínica Medilaser S.A.S. Sucursal Florencia de forma oportuna y perita, sin evidencia de negligencia, impericia, imprudencia y ajustado a la Lex Artis Ad Hoc, lo que de entrada desestima alguna imputación que pueda endilgar responsabilidad en cabeza de mi representada.

AL SEPTIMO: No es un fundamento factico. Lo descrito en este acápite corresponde a una manifestación subjetiva del apoderado de la parte demandante, sin correlación clínica, ni técnico científico de medicina basada en la evidencia, según las circunstancias de tiempo modo y lugar de la atención al paciente, sin que se realice la respectiva correlación clínico patológica de todas las complejas patologías con que ingreso el paciente a clínica Medilaser y que desde el relato de la remisión del paciente realizado en el primer hecho el mismo ya anticipaba cuando referencia de la atención realizada en la IPS de primer nivel:

Desde el comienzo en que se le brinda atención medica al paciente este presentaba hipotensión, o tensión baja, y taquicardia, o frecuencia cardiaca alta, que son signos de shock, óseos choques den las condiciones físicas del paciente, señal crítica con riesgo de muerte.

Adicional a esto, el paciente ingresa a clínica Medilaser y se inicia el despliegue diagnóstico y terapéutico según las circunstancias de tiempo modo y lugar al momento de la atención, lapso durante el cual el paciente se deteriora rápidamente presentando paro cardiorrespiratorio el cual fue asistido y revertido por el equipo de salud, se traslada a la unidad de cuidados intensivos, se diagnostica derrame pericárdico el cual fue manejado por cirugía general con ventana pericárdica, a pesar de lo cual el paciente no presenta mejoría de su cuadro clínico por lo que se indaga patologías adicionales interrogándose sepsis de origen desconocido, la cual se confirma con resultados de procalcitonina elevada, se inicia manejo antibiótico, con pobre respuesta al manejo instaurado.

Se tiene un cultivo positivo en menos de 24 horas del ingreso del paciente lo que está relacionado con infección de origen común o extrainstitucional y que fue

JEFFERSON HITSCHERICH RAMIREZ

ABOGADO

determinante en la tórpida evolución del paciente a pesar del manejo interdisciplinario. El resultado de cultivo del 13/06/2018 positivo para Staphylococcus aureus, para lo que se había iniciado manejo con PIPERACILINA + TAZOBACTAM 4 G + 0.5 G Polvo para reconstituir solución inyectable. 4.50 g Cada 8 Hora(s) Vía: INTRAVENOSA, por lo que el paciente pesar del manejo multidisciplinario instaurado, fallece debido a sus múltiples patologías desde el ingreso a la institución.

En ese sentido, se puede concluir que la paciente le fue suministrado un tratamiento de forma integral conforme a sus signos y síntomas presentados, brindándole **el manejo a la paciente en clínica Medilaser S.A.S. Sucursal Florencia de forma oportuna y perita, sin evidencia de negligencia, impericia, imprudencia y ajustado a la Lex Artis Ad Hoc**, lo que de entrada desestima alguna imputación que pueda endilgar responsabilidad en cabeza de mi representada.

AL OCTAVO: No es un fundamento Factico. Lo descrito en este numeral corresponde a apreciaciones subjetivas del actor, que carecen de material probatorio que lo confirme; pese al deber que recae en la parte actora de probar todas las manifestaciones de hecho y derecho que surjan dentro de la Litis. Pese a lo anterior, como se viene desvirtuando a lo largo de este escrito de contestación, **el paciente fallece como consecuencia de sus patologías de base**, a pesar del manejo médico quirúrgico realizado por el equipo médico de clínica Medilaser S.A.S, lo que deviene que **el usuario le fue suministrado un tratamiento de forma integral conforme a sus signos y síntomas presentados**, brindándole el manejo en la IPS que represento de forma oportuna y perita, sin evidencia de negligencia, impericia, imprudencia y ajustado a la *Lex Artis Ad Hoc*, lo que de entrada desestima alguna imputación que pueda endilgar responsabilidad en cabeza de mi representada.

A LAS PRETENSIONES

Se contestan así:

A LA PRIMERA: Se niega en lo que respecta a la CLÍNICA MEDILASER S.A.S. Lo anterior teniendo en cuenta el contenido de la historia clínica del paciente Martin Hernández Ávila, para los días 12 al 15 de junio del año 2018, en la Clínica Medilaser S.A.S Sucursal Florencia; **del que se puede concluir que el lamentable fallecimiento del usuario, no fue causado por algún actuar médico negligente, imprudente o en desconocimiento de la Lex Artis Ad Hoc, brillando por su ausencia algún elemento que permitan concluir su deceso fue determinado por alguna conducta desplegada por la Clínica demandada. Contrario sensu,** es claro basado en las pruebas obrantes dentro del plenario, que al usuario **se le brindo un tratamiento médico acorde al cuadro clínico que presento**, el cual estaba basado, en resumen, el paciente ingresa a clínica Medilaser y se inicia el despliegue diagnóstico y terapéutico según las circunstancias de tiempo modo y lugar al momento de la atención, lapso durante el cual **el paciente se deteriora rápidamente presentando paro cardiorrespiratorio** el cual fue asistido y revertido por el equipo de salud, se traslada a la unidad de cuidados intensivos, se diagnostica derrame pericárdico el

JEFFERSON HITSCHERICH RAMIREZ

ABOGADO

cual fue manejado por cirugía general con ventana pericárdica, a pesar de lo cual **el paciente no presenta mejoría de su cuadro clínico por lo que se indaga patologías adicionales** interrogándose sepsis de origen desconocido, **la cual se confirma con resultados de procalcitonina elevada, se inicia manejo antibiótico**, con pobre respuesta al manejo instaurado.

Se tiene un cultivo positivo en menos de 24 horas del ingreso del paciente lo que está relacionado con infección de origen común o extra institucional y que **fue determinante en la tórpida evolución** del paciente a pesar del manejo interdisciplinario. El resultado de cultivo del 13/06/2018 positivo para *Staphylococcus aureus*, para lo que se había iniciado manejo con PIPERACILINA + TAZOBACTAM 4 G + 0.5 G Polvo para reconstituir solución inyectable. 4.50 g Cada 8 Hora(s) Vía: INTRAVENOSA, por lo que el paciente pesar del manejo multidisciplinario instaurado, fallece debido a sus múltiples patologías desde el ingreso a la institución.

De la atención prestada al señor Martin Hernández Ávila, se puede concluir que **no se evidencia fallas en la prestación del servicio** ya que el desafortunado desenlace que tuvo el paciente no fue causado por alguna conducta médica, y la atención brindada se ajustó a la *Lex Artis ad hoc* según las circunstancias de tiempo modo y lugar y los recursos disponibles en la Institución de salud.

De conformidad con lo anterior, no se avizoran los elementos que al tenor de lo dispuesto en el artículo 90 constitucional deben resultar acreditados para que se declare responsable a una entidad estatal, siendo estos, el daño antijurídico y la imputación de este, desde un plano fáctico y jurídico.

A LA SEGUNDA: Se niega. Teniendo en cuenta lo argumentando en numeral anterior, en el presente asunto **no resultarán acreditados los elementos que constituyen la responsabilidad del estado (en este caso aplicable por fuero de atracción)**; por lo tanto, **no hay lugar** a que el Juez de instancia acceda al reconocimiento de alguna tipología de perjuicio inmaterial, que en este caso corresponde a los denominados *MORALES*.

A LA TERCERA: Se niega. Igualmente se reitera, para que opere el reconocimiento de la modalidad de perjuicios materiales denominados, LUCRO CESANTE de índole futuro y consolidado, debe resultar acreditada la responsabilidad de las instituciones demandadas; sin embargo, teniendo en cuenta que el caso que nos ocupa **no se logrará con este cometido**, por lo menos con la entidad que represento, por lo que esta pretensión resulta inoperante.

LA CUARTA: Se niega. Teniendo en cuenta lo argumentando los numerales anteriores, en el presente asunto **no resultarán acreditados los elementos que constituyen la responsabilidad del estado (en este caso aplicable por fuero de atracción)**; por lo tanto, **no hay lugar** a que el Juez de instancia acceda al reconocimiento de alguna tipología de perjuicio inmaterial, en especial el denominado por el apoderado actor "*A LA VIDA EN RELACIÓN*" a favor de los demandantes. Sumado a que, este tipo de perjuicios se extinguieron de la esfera de liquidación en la jurisdicción administrativa, conforme a la jurisprudencia de unificación del Consejo de Estado y más cuando la víctima directa ya tiene una

JEFFERSON HITSCHERICH RAMIREZ

ABOGADO

situación previa (Fallecimiento) que lo llevo a no poder disfrutar de ninguna de las actividades que se consideran placenteras y pueden de cierta forma estructurar algún perjuicio o al menos equiparable.

A LA QUINTA: Se niega. En virtud de la inexistencia de los presupuestos necesarios para declarar la responsabilidad patrimonial de la CLÍNICA MEDILASER S.A.S, de conformidad a los lineamientos definidos en el artículo 90 de la C. Pol; lo que deriva en que contrario a lo pretendido en estos numerales por la parte demandante, se deba generar una condena en costas al tenor del artículo 180 del CPACA, que por remisión normativa atiende a los parámetros definidos en el artículo 365 del C.G. P y S.ss, **pero en su contra.**

FUNDAMENTOS FACTICOS Y JURÍDICOS DE LA DEFENSA

Esta defensa manifiesta su **total oposición a las pretensiones del Medio de Control que nos ocupa**, ya que como resultará acreditado a través del análisis de las pruebas arrojadas al proceso, se logrará demostrar sin asomo de duda que la atención médica prestada al paciente *Martin Hernández Ávila*, en la Clínica Medilaser S.A.S. de Florencia (los días del 12 al 15 de junio de 2019) **no se configuró alguna falla del servicio médico a la que se pueda atribuir el desafortunado desenlace del usuario**, o alguna conducta negligente, imprudente o carente de pericia brindada, dentro de las fechas antes mencionadas al paciente. Contrario sensu, es evidente que dentro de las pruebas obrantes dentro del caso que nos ocupa, **no se puede concluir que, dentro de la prestación del servicio médico suministrado al usuario en comento**, le fueron causados los perjuicios reclamados, por el actuar médico que le fue brindado en la institución que represento; como quiera que el paciente ingresa a clínica Medilaser y se inicia el despliegue diagnóstico y terapéutico según las circunstancias de tiempo modo y lugar al momento de la atención, lapso durante el cual **el paciente se deteriora rápidamente presentando paro cardiorrespiratorio** el cual fue asistido y revertido por el equipo de salud, se traslada a la unidad de cuidados intensivos, se diagnostica derrame pericárdico el cual fue manejado por cirugía general con ventana pericárdica, a pesar de lo cual **el paciente no presenta mejoría de su cuadro clínico por lo que se indaga patologías adicionales** interrogándose sepsis de origen desconocido, **la cual se confirma con resultados de procalcitonina elevada, se inicia manejo antibiótico**, con pobre respuesta al manejo instaurado.

Se tiene un cultivo positivo en menos de 24 horas del ingreso del paciente lo que está relacionado con infección de origen común o extra institucional y que **fue determinante en la tórpida evolución** del paciente a pesar del manejo interdisciplinario. El resultado de cultivo del 13/06/2018 positivo para *Staphylococcus aureus*, para lo que se había iniciado manejo con PIPERACILINA + TAZOBACTAM 4 G + 0.5 G Polvo para reconstituir solución inyectable. 4.50 g Cada 8 Hora(s) Vía: INTRAVENOSA, por lo que el paciente pesar del manejo multidisciplinario instaurado, fallece debido a sus múltiples patologías desde el ingreso a la institución.

De la atención prestada al señor Martin Hernández Ávila, se puede concluir que **no se evidencia fallas en la prestación del servicio** ya que el desafortunado desenlace que tuvo el paciente no fue causado por alguna conducta médica, y la

JEFFERSON HITSCHERICH RAMIREZ

ABOGADO

atención brindada se ajustó a la *Lex Artis ad hoc* según las circunstancias de tiempo modo y lugar y los recursos disponibles en la Institución de salud.

Lo anterior, teniendo como fundamento la posición unificada del Consejo de Estado Colombiano y de la Doctrina, en el ámbito de la Responsabilidad del Estado (aplicable por fuera de atracción al caso); que al tenor de lo dispuesto en el Artículo 90 de la C. Pol, implica que, para declarar patrimonialmente responsable una entidad pública que preste servicios médicos, deban resultar acreditados dos presupuestos, el primero de ellos denominado daño antijurídico y el segundo imputación. Ultimo que comprende un análisis fáctico (atribución material del hecho) y otro jurídico en el que juega un papel importante los títulos de imputación (*falla en el servicio, daño especial, riesgo excepcional, etc.*). Así lo comenta el Honorable Consejo de estado, en jurisprudencia reciente¹, en los siguientes términos:

*"Son dos los elementos que se deben reunir para que se abra paso a la responsabilidad del Estado, a saber: i) **la existencia o configuración de un daño antijurídico** y; ii) **que éste sea imputable o atribuible a la acción de la administración** o la "omisión de un deber normativo"²..."*

(...)

*"Por su parte, la imputación del daño como el segundo de los elementos para que se abra paso a la responsabilidad del Estado, **implica un análisis desde dos ámbitos: el ámbito de imputación o atribución fáctica y el de imputación o atribución jurídica**. La imputación o atribución fáctica **implica realizar un análisis de la causalidad material o física en la producción del daño antijurídico, esto es, de las causas o las circunstancias en las que se produjo**, para así determinar si es imputable a la administración o si operó alguna de las causales de exclusión de la responsabilidad o una concurrencia de acciones u omisiones en su producción. **La imputación o atribución jurídica, implica establecer el fundamento o razón de la obligación de reparar o indemnizar determinado perjuicio derivado de la materialización de un daño antijurídico. La imputación o atribución jurídica implica analizar si el daño antijurídico es atribuible a la administración** conforme a "un deber jurídico (que opera conforme a los distintos títulos de imputación consolidados en el precedente de la Sala: falla o falta en la prestación del servicio –simple, presunta y probada-; daño especial –desequilibrio de las cargas públicas, daño anormal-; riesgo excepcional"³..." (subrayado y en negrilla fuera del texto)*

Presupuestos que brillan por su ausencia, pues la causa eficiente del daño discutido, no es atribuible al personal médico que atendió al usuario, y mucho menos a la misma IPS, de conformidad a la revisión del historial clínico que se allega, así como los elementos de prueba que se aportan con este escrito, en donde se dejó consignado **las condiciones y diagnósticos con los que ingreso el paciente, así como el manejo oportuno y acertado que le brindaron los profesionales tratantes en cada momento de la prestación del servicio, por lo que es inoperante derivar un error de conducta** para los galenos tratantes, y mucho menos es loable concluir que el desafortunado fallecimiento que

¹ Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección C, sentencia del 31 de mayo de 2019, Exp. 43506.

² Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 16 de febrero de 2017, Exp. 34928.

³ Ibídem.

JEFFERSON HITSCHERICH RAMIREZ

ABOGADO

presento fueron a causa de una negligencia, imprudencia o imperita atención médica. Para soportar lo dicho, se trae a colación el extracto del dictamen pericial de parte, rendido por el Dr. PEDRO ROCHA CASTELBLANCO, médico Especialista en CARDIOLOGIA, quien conceptúa:

"...7. Teniendo en cuenta el contenido de la historia clínica del paciente Martin Hernández Ávila, diligenciada en la CLÍNICA MEDILASER S.A.S. entre los días 12 al 15 de junio del año 2018; sírvase informar el perito ¿EL tratamiento generado al paciente estuvo acorde al motivo de consulta?

Rta/ el enfoque del paciente realizado desde el momento de su ingreso a la institución (Clínica Medilaser) es acorde a la sintomatología descrita y presentada, ya que aborda estudios paraclínicos como química sanguínea, imagenológica y formulación médica para tratar de lograr estabilización en el paciente

8. Teniendo en cuenta el contenido de la historia clínica del paciente Martin Hernández Ávila, diligenciada en la CLÍNICA MEDILASER S.A.S. entre los días 12 al 15 de junio del año 2018; sírvase informar el perito ¿existió alguna inoportunidad en el manejo medico generado al paciente? Justifique su respuesta

*Rta/ La historia clínica y los procedimientos realizados al paciente en cada uno de los momentos en que se va desarrollando la evolución del paciente y la obtención de resultados clínicos, paraclínicos e imagenológicos se fueron resolviendo dentro del momento en que se presentaron tales como a su ingreso solicitud de tac de tórax por características de la sintomatología pensando en un diagnóstico de TEP, solicitud de estudios de química sanguínea, inicio de reanimación hídrica y formulación posterior paciente con deterioro clínico acidosis metabólica severa con hiperkalemia; progresivamente empeora la disnea la cual no responde adecuadamente a oxigenación. Por tal motivo se IOT y presenta Paro Cardiorespiratorio; RCP exitoso a los 30 minutos. Se procede a informar a la familia, la necesidad imperante de pasar Mahurkar y realizar procedimiento dialítico el cual también se inicia, con el reporte de tac de tórax evidenciando derrame pericárdico se informa a cirugía general quienes realizan ventana pericárdica. Así se puede continuar dando resolución a cada situación buscando estabilización y mejoría en pro del paciente. **Por lo anterior no considero que hay inoportunidad en el manejo médico.***

(...)

12. Teniendo en cuenta el contenido de la historia clínica del paciente Martin Hernández Ávila, diligenciada en la CLÍNICA MEDILASER S.A.S. entre los días 12 al 15 de junio del año 2018; sírvase informar el perito ¿se puede establecer con certeza que la causa del derrame pericárdico sea atribuible a un indebido proceder médico o manejo integral por parte de los galenos tratantes?

Rta/ No se puede atribuir a un proceder médico o manejo por parte del personal de salud la causa del derrame pericárdico ya que se debe a cualquier proceso patológico que cause inflamación tiene la posibilidad de generar un incremento en

JEFFERSON HITSCHERICH RAMIREZ

ABOGADO

la producción de líquido pericárdico (exudado). Un mecanismo alternativo de acúmulo de líquido pericárdico es la disminución en la absorción, debido a una presión sistémica venosa aumentada, resultado de insuficiencia cardíaca congestiva o hipertensión pulmonar (trasudado). En la siguiente tabla se muestra las causas potenciales para derrame pericárdico

Tabla 7.1-2. Causas de derrame pericárdico	
Exudados	• Inflamación: – Virus – Fármacos – Enfermedades sistémicas: lupus, AR • Infección: pericarditis purulenta
Trasudados	• Insuficiencia cardíaca • Embarazo • Hipoproteinemia (cirrosis, desnutrición) • Hipotiroidismo (mixedema) • Elevación de las presiones de llenado lado derecho del corazón • Obstrucción del sistema venoso: VCS, sistema ácigos-hemiácigos • Obstrucción del conducto torácico: DP quiloso
Hemático	• Sangrado posquirúrgico • Perinfarto de miocardio: – Rotura cardíaca – Pericarditis epistenocárdica – Síndrome de Dressler – Disección de aorta • Causa traumática: – Laceración traumática – Traumatismo torácico cerrado – Yatrogenia: implante electrodos, intervencionismo coronario y no coronario, procedimientos intervencionistas electrofisiológicos, accesos vasculares centrales
Otros	– Tumores

DP: derrame pericárdico ; VCS: vena cava superior

Según diferentes series, en los países desarrollados muchos casos son idiopáticos (hasta un 50%), otras causas comunes son el cáncer (10-25%), las infecciones (15-30%), las causas yatrogénicas (15-20%) y las enfermedades del tejido conectivo (5-15%). Sin embargo, la tuberculosis es la causa más frecuente en los países subdesarrollados (>60%).

(...)

14. Teniendo en cuenta el contenido de la historia clínica del paciente Martin Hernández Ávila, diligenciada en la CLÍNICA MEDILASER S.A.S. entre los días 12 al 15 de junio del año 2018; sírvase informar el perito ¿Fue adecuada la atención médica integral dada a este paciente por los galenos de Clínica Medilaser S.A.S?

Rta/ Como se ha descrito en preguntas anteriores la atención **considero fue oportuna ya que desde el ingreso del paciente a la Clínica Medilaser se prestó una atención de calidad, oportuna teniendo en cuenta la sintomatología y la evolución del paciente tratando de resolver la inestabilidad** presentada desde el sitio de remisión apoyándose en medidas diagnósticas, quirúrgicas, clínicas y paraclínicas quien **a pesar de todo lo realizado se lleva a un desenlace fatal** ...”(subrayado y en negrilla fuera del texto)

De conformidad a lo anterior, queda probado con el historial clínico allegado con este escrito, además de las pruebas que se aportan, se decreten y practiquen

JEFFERSON HITSCHERICH RAMIREZ

ABOGADO

dentro de este problema jurídico, la pertinencia, oportunidad y diligencia en la prestación del servicio médico por parte de nuestros galenos tratantes, para los días 12 al 15 de junio del año 2018, desvirtuando alguna conducta que pueda endilgar responsabilidad por parte de la institución que represento.

Así las cosas, **NO HAY LUGAR A QUE SE ACCEDA A LAS SUPlicas DE LA DEMANDA**, como adelante se expone en las siguientes:

EXCEPCIONES DE MÉRITO

a) INEXISTENCIA DE FALLA EN LA PRESTACION DEL SERVICIO MEDICO ATRIBUIBLE A LA CLINICA MEDILASER S.A.S.

En lo que respecta al elemento falla en el servicio, que deberá resultar acreditado para que se predique la responsabilidad de un agente que preste servicios de salud y que sea vinculado a un proceso por fuero de atracción, como el que nos ocupa, el máximo órgano de la Jurisdicción Contenciosa Administrativa ha Considerado:

*"... En relación con el acto médico propiamente dicho se señala que los resultados fallidos en la prestación del servicio médico, tanto en el diagnóstico, como en el tratamiento o en la cirugía **no constituyen una falla del servicio, cuando esos resultados son atribuibles a causales naturales, como aquellos eventos en los cuales el curso de la enfermedad no pudo ser interrumpido con la intervención médica, bien porque el organismo del paciente no respondió con era de esperarse a esos tratamientos**, o porque en ese momento aún no se disponía de los conocimientos y elementos científicos necesarios para encontrar remedio o paliativo para esas enfermedades, o porque esos recursos no están al alcance de las instituciones médicas del estado..."*⁴ (Subrayado en negrilla fuera del texto)

Frente a lo planteado, encontramos que el costado demandante determina en los acápites de la parte fáctica, que presuntamente recae la obligación patrimonial sobre la entidad que represento, en virtud de la configuración -a interpretación de esta defensa- por falla en la atención médica suministrada al usuario Martin Hernández Ávila, con relación a la negligente prestación del servicio médico asistencial, derivado de un inadecuado manejo medico en su atención, demora en el tratamiento generado, inoportunidad en el diagnóstico y falta de unidad e integralidad en la atención médica, lo cual condujo el desafortunado fallecimiento del paciente, así lo describo el apoderado actor:

⁴ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Consejera Ponente: Ruth Stella Correa Palacio, Sentencia del 27 de abril de 2011, Radicación Numero: 08001-23-31-000-1993-07622-01 (19846)

JEFFERSON HITSCHERICH RAMIREZ

ABOGADO

8. El deceso de **MARTIN HERNANDEZ AVILA**, ha causado profundo dolor, afectación física, económica, daño en la vida en relación a su compañera permanente, sus menores hijos, y sus hermanos que le sobreviven, como consecuencia de su temprano fallecimiento, Nótese señor JUEZ debido a al procedimiento medico tardio, la salud del paciente se deteriora alarmantemente, padeciendo sufrimiento, donde llega la muerte en condiciones lamentables de calidad de vida, afectando no solo al paciente sino a su entorno familiar, es decir señor JUEZ hubo retardo en el diagnóstico, la no interpretación de lecturas de imágenes diagnosticas, procedimiento quirúrgico ya tardío, desidia administrativa en la no remisión cuando no había cama en cuidados intensivos, desencadenaron en la muerte del señor MARTIN HERNANDEZ AVILA, hubo falta de unidad e integralidad en el tratamiento medico prestado al paciente. "... "

Por lo tanto, estas manifestaciones y su respectiva justificación carecen de total y rotundamente de soporte, por lo cual no habrá lugar a ser tenidos en cuenta para resolver el presente litigio; prueba de lo anterior, en el presente asunto habrá que verificarse lo siguiente:

- **En lo que respecta al ineducado manejo y la demora en el tratamiento médico generado al paciente:**

Conforme a la revisión del historial clínico Suministrado en Clínica Medilaser S.A.S, entre los días 12 al 15 de junio del año 2018, se puede colegir el adecuado manejo suministrado a la paciente, que en resumen se trató de un paciente que ingresa a clínica Medilaser y se inicia el despliegue diagnóstico y terapéutico según las circunstancias de tiempo modo y lugar al momento de la atención, lapso durante el cual **el paciente se deteriora rápidamente presentando paro cardiorrespiratorio** el cual fue asistido y revertido por el equipo de salud, se traslada a la unidad de cuidados intensivos, se diagnostica derrame pericárdico el cual fue manejado por cirugía general con ventana pericárdica, a pesar de lo cual **el paciente no presenta mejoría de su cuadro clínico por lo que se indaga patologías adicionales** interrogándose sepsis de origen desconocido, **la cual se confirma con resultados de procalcitonina elevada, se inicia manejo antibiótico**, con pobre respuesta al manejo instaurado.

Se tiene un cultivo positivo en menos de 24 horas del ingreso del paciente lo que está relacionado con infección de origen común o extrainstitucional y que **fue determinante en la tórpida evolución** del paciente a pesar del manejo interdisciplinario. El resultado de cultivo del 13/06/2018 positivo para Staphylococcus aureus, para lo que se había iniciado manejo con PIPERACILINA + TAZOBACTAM 4 G + 0.5 G Polvo para reconstituir solución inyectable. 4.50 g Cada 8 Hora(s) Vía: INTRAVENOSA, por lo que el paciente pesar del manejo multidisciplinario instaurado, fallece debido a sus múltiples patologías desde el ingreso a la institución.

JEFFERSON HITSCHERICH RAMIREZ

ABOGADO

- **En lo que respecta a la ausencia de valoración por especialistas:**

Esta imputación carece de elementos de prueba que lo afirme, a contrario sensu, para continuar con el manejo médico del paciente desde su ingreso, se inserta catéter Mahurkar, procedimiento realizado por el especialista en medicina interna Dr. Luis Gonzalo Plata Serrano, tal y como se dejó registrado en nota de evolución del 12/06/2018 a las 11:01:55 p. m, por la Dra. Diana Lizeth Grajales Trujillo, así:

● 12/06/2018 11:01:55 p. m. Nota
Paciente con sospecha de TEP vs bacteremia oculta, se realizo paso de cateter mahurkar, via venosa central por especialista dr plata, solicito panel viral y estudios imagenologicos adicionales.
Se llevara a diálisis como medida inicial, posterior traslado a UCI.
TA: 140/101 mmHg TAM 100 fc: 78 lpm fr: 19 rpm so2: 97% con parametros ventilatorios.
Tipo Estancia: GENERAL

Por lo tanto, **la elucubración del costado actor descrita su acápite "llama la atención que a esta hora la paciente continua sin valoración por especialista" es falsa y carece de correlación con las notas de evolución**, ya que el médico especialista en medicina interna había intervenido en el manejo del paciente, inclusive, con la realización del procedimiento de paso de catéter de Mahurkar;

Adicionalmente se anticipa que la valoración del médico especialista en nefrología, se realiza a las 10:00 p.m., no obstante, se registra retrospectivamente solo hasta 11:28:08 p.m. en donde se establece lo siguiente:

OBJETIVO - ANALISIS

nota de nefrologia

nota retrospectiva 10:00 pm
Dra Ardila/Dra Velasquez.
DX:

sepsis a confirmar punto de partida.
TEP??
acidosis metabolica resistente al tratamiento
hiperkalemia resistente al tratamiento

Valoro paciente en sala de urgencia, con vasoactivos, tubo endotraqueal, cateter marmukha femoral derecho, vi venosa central, sonda vesical, en malas condiciones clinicas, afebril, con deshidratacion moderada y ligera palidez cutaneo mucosa.
TA: 145/95 mmHg FC: 93 x min

Cardiopulmonar: murmullo vesicular audible en ambos campos pulmonares; sin agregados, Ruidos cardiacos ritmicos, sin soplos.
Abdomen globoso a expensas de paniculo adiposo, ruidos hidroaereos (+), extremidades: simetricas; eutroficas sin edema, Neurologico; no evaluable paciente con sedacion.

Paciente con azoados elevados, hiperkalemia, con gases arteriales donde se evidencia acidosis metabolica resistente al tratamiento por lo que amerita diálisis de urgencia.

Plan:
panel viral.
prescripcion de diálisis:
tiempo: 3 horas.
Uf: 300 ml
QB: 300.
sin heparina.
filtro: 130.
control de signos vitales

gases control, hemograma, tac, sodio, potasio, calcio, cloro

Por tanto, el médico especialista profesional idóneo para el manejo del paciente, considera pertinente la realización de hemodiálisis, actuación que se ajusta a la *Lex Artis Ad hoc*.

En suma, de la revisión de los registros clínicos del señor en comento, se puede apreciar que el usuario recibió manejo multidisciplinario por parte de las

JEFFERSON HITSCHERICH RAMIREZ

ABOGADO

especialidades, de medicina interna, nefrología, cirugía general, cardiología, anestesiología, medicina general, con el fin de contrarrestar el motivo de consulta de usuario, y los diagnósticos descritos en el historial clínico, pese a que, el paciente ingresa y transcurre en su estancia con graves condiciones de salud, que no fueron posibles mejorar pese al manejo ofertado. Por lo tanto, esta aseveración carece de elemento de prueba.

- **En lo que respecta a la ausencia de interpretación de las ayudas diagnósticas y la demora en el manejo de la ventana pericárdica:**

Esta imputación carece de elementos de prueba que lo corrobore, máxime cuando se tiene probado dentro del plenario lo siguiente:

En los registros de historia clínica, es revalorado por el médico de turno de la **unidad de cuidados intensivos** Dr. Luis Gonzalo Plata Serrano, quien consignó lo siguiente:

● 13/06/2018 2:15:58 a. m. RCP EXITOSO EN PACIENTE CON CUADRO HIPERAGUDO DE SINCOPE, DISTRES RESPIRATORIO, ACIDOSIS METABOLICA, ALTA SOSPECHA DE SEPSIS FOCO A ESTUDIO O EMBOLISMO PULMONAR POR SU TRAUMA PREVIO DE CADERA. REQUIERE VENTILACION MECANICA, SOPORTE ENTERAL, PRESORES Y ATENCION INTEGRAL EN UCI.

Tipo Estancia: UCI ADULTOS INTENSIVO

Profesional: LUIS GONZALO PLATA SERRANO

MEDICINA INTERNA

Conforme a la nota traída a colación, **el especialista realiza interpretación de las imágenes diagnósticas, entre esas el TAC de tórax**, encontrando ensanchamiento del mediastino, por lo que se diagnostica derrame pericárdico, y se informa al servicio de cirugía general. Colofón de lo acaecido, el cirujano general Dr. Daniel Eduardo Hernández Solarte, procede a realizar ventana pericárdica registrando lo siguiente:

JEFFERSON HITSCHERICH RAMIREZ

ABOGADO

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

Diagnósticos PRE-Operatorios:

CIE10

Diagnostico

Observaciones

Principal

I313

DERRAME PERICARDICO (NO INFLAMATORIO)

☐

Diagnósticos POS-Operatorios:

I313

DERRAME PERICARDICO (NO INFLAMATORIO)

☐

INTERVENCION PRACTICADA/TIPO DE ANESTESIA Y DE HERIDA

Fecha Hora de Inicio: 13/06/2018 2:30:00 a. m.

Fecha Hora que Termina: 13/06/2018 3:27:00 a. m.

Cirugia urgente: ☒

Tiempo Quirúrgico(Minutos): 57

No Sala de Cirugía: uci II, cama2

Profilaxis con Antimicrobianos: ☒

Tipo de Herida : Limpia

Tipo de Anestesia : General

Clasificación ASA: 5

Datos Adicionales: Prótesis / Implante ☐ CX Caderas ☐ CX Rodillas ☐ Laparotomia ☐ Fractura Abierta ☐ Clas. Fractura:

Cirugías: (Can: Cantidad, P: Cirugía Principal)

Cod. C.U.P.S

Cirugia

Via Abordaje

Can.

P.

371202

PERICARDIOTOMIA VIA ABIERTA

UNICA

1

☒

341101

EXPLORACION Y DRENAJE DE MEDIASTINO POR MEDIASTINOTOMA

UNICA

1

☐

DESCRIPCION QUIRURGICA

Hallazgo Operatorio:

derrame pericárdico por liquido de aspecto vinoso, aprox/te 450 ml

Detalle Quirúrgico - Procedimientos:

1)anestesia general. 2)antisepsia y asepsia. 3)incisión mediana en zona xifoideo - epigástrica, disección por planos hasta el espacio preperitoneal en el abdomen y hasta el osteocartilaginoso distal del esternón dejando al descubierto el apéndice xifoides el cual se pinza con Allis y se luxa. 4)Disección roma subesternal en sentido cefálico hasta identificar el pericardio. 5)Abordaje del pericardio entre pinzas Allis. 6)Pericardiotomía con tijeras y evidencia del líquido pericárdico vinoso el cual se aspira - drena en la mayor cantidad posible. 7)inserción de sonda de folley 14 fr para drenaje a través de la pericardiotomía; se ocupa el balón taponador de la sonda folley con 7 ml de ss 0.9%; se exterioriza por contrabertura hacia la línea media por debajo de la incisión quirúrgica inicial. Se aspira y lava el espacio mediastinal anterior con SS 0.9% 500 ml y se deja además dren tubular fenestrado 24 fr en este último espacio en mención, exteriorizado el dren fenestrado también por contrabertura, con orificio de emergencia por debajo dren pericárdico. Los drenes se fijan a la piel con sutura de seda 2-0. 8)Sutura por planos de la herida quirúrgica hasta la piel. 9)colocación de apósitos.

Complicaciones:

choque cardiogénico, paro cardiopulmonar.
RCP exitosa.

Materiales (Que se Deben Cobrar Adicional a la Tarifa de los Qx):

sonda de folley 14 fr, dren fenestrado 24 fr

Compresas:

completo

Gasas:

completo

Conteo Material:

completo

Teniendo en cuenta lo referenciado, es preciso concluir que el procedimiento se realiza cuando se hace el diagnostico de derrame pericárdico, mas no como lo quiere hacer ver el costado activo en establecer como una negligencia médica. Lo anterior en virtud a las siguientes aseveraciones:

Se debe tener presente la complejidad clínica del caso y de los antecedentes del paciente que llevan a realizar diferentes impresiones diagnosticas como se describe en el hecho segundo del libelo genitor, en la revaloración realizada por la médica Dra. Sandra Patricia Alarcón Calderón el 12 de junio de 2018 a las 6:32:03 p. m. quien registra:

OBJETIVO - ANALISIS

Paciente de 45 años sin antecedentes patológicos de importancia referidos

Hace 1 semana trauma en cadera derecha durante cabalgata, posterior dolor y limitación funcional, acudió a sobandero, aún así ha persistido con molestias en dicha zona.

Cuadro actual de 1 semana de evolución caracterizado por disconfort torácico, disnea, escalofríos, astenia y hoy episodio sincopal precedido de palpitaciones, por lo cual remiten

Signos vitales Ta 95/44mmHg Fc 115lpm Fr 26rpm SatO2 93%

Cc mucosa oral húmeda, escleras anictéricas. Cuello simétrico, sin adenopatías, sin ingurgitación yugular.

neuroológico alerta, glasgow 15/15 sin focalizaciones neuro motoras, no signos meníngeos

torax simétrico, murmullo vesicular conservado, no agregados, taquipnea, dificultad respiratoria, rcos rítmicos sin soplos

abdomen abundante panículo adiposo, no doloroso, no irritación peritoneal, no megalias, ruidos intestinales positivos

extremidades sin edemas, buena perfusión distal

piel mucosas secas, anictérico

Gases arteriales: Ph 7.33 PCO2 14 PO2 111 Na 130 K 5.4 Glucosa 153 Lactato 10.9 CHO3 -7.4 BE-18.5

Amplo estudios para descartar posibilidades como TEP IRA por rambomiosis o consumo deAINES ante antecedentes de trauma. Pendiente reorte de estudios. Ajusto manejo

JEFFERSON HITSCHERICH RAMIREZ
ABOGADO

En esta atención medica es importante resaltar se consideran diferentes hipótesis diagnosticas "Amplio estudios para descartar posibilidades como TEP, IRA por Rabdomiolisis o consumo de AINES ante antecedentes de trauma. Pendiente reporte de estudios. Ajusto manejo"actuación que se ajusta a la Lex Artis.

Adicionalmente se debe enunciar que dentro de las múltiples omisiones que el apoderado de la parte demándate convenientemente excluye, se encuentra referenciar el resultado de la procalcitonina del 13/06/2018 12:21:11 p. m. que fue determinante en la evolución del paciente y que no puede ser atribuido a la atención en clínica Medilaser, así:

10	PROCALCITONINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	elevada	NO
Resultados de la Muestra 1			
Analitos		Valor	Observación
PROCALCITONINA		17.05 ng/ml	

Con cultivo positivo para Staphylococcus aureus, para lo que se había iniciado manejo con PIPERACILINA + TAZOBACTAM 4 G + 0.5 G Polvo para reconstituir solución inyectable. 4.50 g Cada 8 Hora(s) Vía: INTRAVENOSA, tal y como fue expuesto en la nota de evolución, así:

13/06/2018 7:51:42 p. m.	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA ORINA Y HECES.	27	☐
Interpretación:	pendiente reporte manual	Folio Inter: 40	
Resultados de la Muestra			
Analitos	Valor	Observación	
CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE	A/B	CULTIVO DE SECRECION TRAQUEAL POSITIVO PARA <u>Staphylococcus aureus</u> Nota : MAYOR DE 50 UFC.	

Teniendo en cuenta el resultado del paraclínico, se tiene un cultivo positivo en menos de 24 horas del ingreso del paciente, **lo que está relacionado con infección de origen común o extra institucional** y que fue determinante en la tórpida evolución del paciente a pesar del manejo interdisciplinario.

Respecto de la valoración por la especialidad de cardiología, la misma se realizó el 13/06/2018 a las 09:30 a.m. quien registra:

JEFFERSON HITSCHERICH RAMIREZ

ABOGADO

● 13/06/2018 11:14:51 a. m. CARDIOLOGÍA - NOTA RETROSPECTIVA 09+30AM

Paciente de 47 años de edad, quien ingresa remitido de primer nivel en malas condiciones generales, con requerimiento de soporte inotrópico, por presentar cuadro sincopal aspoead a sensación de palpitaciens y episodio emético, por lo cual es remitido. Presenta además, trauma en cadera derecha hace aproximadamente 10 días al caer de caballo, niega antecedentes de importancia. Durante su traslado se administró dosis de betabloqueador por hallazgo de taquicardia y disconfort.

Enzimas cardíacas de ingreso negativas, función renal comprometida, con gases arteriales con academia metabólica severa, hemograma sin leucocitosis ni neutrofilia, línea roja normal con plaquetas en límite inferior, perfil hepático con transaminasas elevadas posiblemente secundario a bajo gasto, tiempos de coagulación de ingreso con leve prolongación, dímero D elevado e hiperlactatemia.

Durante atención inicial, requirió aseguramiento de la vía aérea e inicio de vasopresor, durante procedimiento presenta parada cardíaca con asistolia presentando posterior RCE a los 11 minutos, una vez estabilizado ante acidemia metabólica fue valorado por el servicio de nefrología quienes indicaron inicio de terapia dialítica para lo cual se realizó paso de catéter mahurka. Se considera además, cursa con taponamiento cardíaco por derrame pericárdico de origen a establecer por lo que se pasa a quirófano para realizar ventana pericárdica, con drenaje del mismo obteniendo 450cc de líquido hemático de aspecto "vinoso" dejando drenajes de mediastino y pericardio.

Actualmente a la valoración, paciente en muy mal estado general, con evidencia de drenaje hemático franco por drenaje de mediastino (aprox 400cc) y pericardio (aprox 250cc) en 5 horas, con requerimiento de triple soporte vasopresor, bajo ventilación mecánica invasiva. Se decide entonces realizar ecocardiograma transesofágico para descartar presencia de alteraciones a nivel de cavidades y/o valvulares, que mostró aurícula íntegra, buena función ventricular, derrame pericárdico de predominio posterior mínimo, integridad del ventrículo y de la aurícula derecha normal.

En primera instancia se interpreta como sangrado médico, se inicia corrección de tiempos de coagulación de control, y se solicita hematocrito de drenaje pericárdico y mediastínico para evaluar origen de sangrado, continuamos atentos a evolución, mal pronóstico a corto plazo con alto riesgo de complicaciones incluyendo la muerte. A la espera de revaloración por cirugía general con el fin de determinar si hay requerimiento de reintervención ante persistencia de sangrado mayor.

Idx
Choque ¿hipovolémico Vs. Cardiógeno?
Estado posparto cardíaco con resucitación exitosa
POP mediato ventana pericárdica - positiva
Derrame pericárdico masivo
Antecedente de trauma en cadera
Injuria renal aguda en TRR HD

Plan
Manejo integral en UCI
Transfusión de unidades de plaqueta
Hb y Hto de drenaje pericárdico y mediastínico
Manejo conjunto con cirugía general y nefrología
CSv - AC

Tipo Estancia: UCI ADULTOS INTENSIVO

Profesional: SEBASTIAN CAMPBELL QUINTERO

CARDIOLOGIA

Por lo tanto, ante la persistencia de sangrado se requiere exploración y drenaje de mediastino por mediastinotomía, como lo ordena el cirujano Daniel Eduardo Hernández Solarte, en nota media del 13/06/2018 a las 12:42:27 p. m, así:

Paciente con p.o inmediato de pericardiotomía para drenaje de derrame pericárdico más descompresión de taponamiento cardíaco.

Sospecha clínica de Tuberculosis pericárdica.

paciente en mal estado general con pronóstico ominoso. Ha estado experimentando producción hemática por drenes tanto endopericárdico como mediastinal aprox/te 650 ml en 9 hrs.

Tiene ecocardiograma transesofágico sin evidencia de lesión o herida cardíaca reciente.

Llama la atención el gasto hemático relativamente alto y el aspecto el cual al momento es de sangre no vinosa o "vieja" sino fresca; por lo tanto, se hace necesario nueva exploración mediastinal e investigar si hay lesión de tejidos blandos mediastinales prepericárdicos con sangrado activo u otras causas.

Se advierte que dependiendo de los hallazgos operatorios puede llegar a requerir toracotomía anterolateral o posterolateral o esternotomía, exploración de grandes vasos del tórax, cardiografías, angiografías, angio-oclusiones, toracostomías adicionales, neumectomías, derivaciones vasculares, tórax abierto, entre otras.

Autorizo el traslado a quirófano, previo consentimiento informado firmado.

Se realiza exploración y drenaje de mediastino por mediastinotomía por el cirujano Daniel Eduardo Hernández Solarte el 13/06/2018 a las 1:01:00 p. m.

JEFFERSON HITSCHERICH RAMIREZ
ABOGADO

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA
Diagnósticos PRE-Operatorios:
CIE10 Diagnostico Observaciones Principal
I313 DERRAME PERICARDICO (NO INFLAMATORIO)
Diagnósticos POS-Operatorios:
I313 DERRAME PERICARDICO (NO INFLAMATORIO)

INTERVENCION PRACTICADA/TIPO DE ANESTESIA Y DE HERIDA
Fecha Hora de Inicio: 13/06/2018 1:01:00 p. m. Fecha Hora que Termina: 13/06/2018 1:45:00 p. m. Cirugia urgente:
Tiempo Quirúrgico(Minutos): 44 No Sala de Cirugía: 3 Profilaxis con
Tipo de Herida : Limpia Tipo de Anestesia : General Antimicrobianos:
Clasificación ASA: 4
Datos Adicionales: Prótesis / Implante CX Caderas CX Rodillas Laparotomia Fractura Abierta Clas. Fractura:
Cirugías: (Can: Cantidad, P: Cirugía Principal)
Cod. C.U.P.S Cirugía Via Abordaje Can. P.
341101 EXPLORACION Y DRENAJE DE MEDIASTINO POR MEDIASTINOTOMIA UNICA 1
341202 BIOPSIA DE ORGANOS O TEJIDO DE MEDIASTINO VIA ABIERTA UNICA 1

DESCRIPCION QUIRURGICA
Hallazgo Operatorio:
mediastino anterior pre-pericárdico con tejidos blandos sin signos de sangrado activo. 2)sangre de aspecto vinoso residual en espacio pericárdico. 3)dren en espacio pericárdico 14 fr bilumen tipo folley funcionante. 4)dren mediastinal prepericárdico
Detalle Quirúrgico - Procedimientos:
1)anestesia general. 2)antisepsia y asepsia. 3)retiro de sutura de la herida qca mediana como abordaje para pericardiotomia previa. 4) ingreso a espacio operatorio evidenciado hallazgos. 5)retiro de drenes. 6)irrigación de espacio pericárdico con SS 0.9% tibia con sonda nellaton 18 fr a través de pericardiotomia, evacuando liquido vinoso residual hasta observar un aspecto claro del liquido de irrigación. 7) lavado local con SS 0.9% 500 ml, aspirado y secado. Toma de biopsia incisional de pericardio. 8)verificación de la hemostasia. 9)conteo completo del instrumental quirúrgico. 10)inserción de nuevo dren en espacio pericárdico tipo folley 16 Fr con balón taponador a 7 ml el cual se exterioriza por contrabertura tal cual como estaba ubicado el dren de folley previo. 11)cierre de la herida quirúrgica mediante sutura por planos hasta la piel. 12)colocación de apósitos.
Complicaciones:
no intraoperatorias adicionales.

Se realiza procedimiento encontrando mediastino anterior pre-pericárdico con tejidos blandos sin signos de sangrado activo, no se evidencian complicaciones atribuibles al procedimiento anterior.

De la atención prestada al señor Martin Hernández Ávila, se puede concluir que no se evidencia fallas en la prestación del servicio ya que el desafortunado desenlace que tuvo el paciente no fue causado por alguna conducta médica, y la atención brindada se ajustó a la Lex Artis ad hoc según las circunstancias de tiempo modo y lugar y los recursos disponibles en la Institución de salud. Lo anterior está plenamente concluido igualmente por el perito especialista en Cardialgia, Dr. PEDRO ROCHA CASTELBLANCO, quien conceptuó lo siguiente:

“...7. Teniendo en cuenta el contenido de la historia clínica del paciente Martin Hernández Ávila, diligenciada en la CLÍNICA MEDILASER S.A.S. entre los días 12 al 15 de junio del año 2018; sírvase informar el perito ¿EL tratamiento generado al paciente estuvo acorde al motivo de consulta?

Rta/ el enfoque del paciente realizado desde el momento de su ingreso a la institución (Clínica Medilaser) es acorde a la sintomatología descrita y presentada, ya que aborda estudios paraclínicos como química sanguínea, imagenológica y formulación médica para tratar de lograr estabilización en el paciente

8. Teniendo en cuenta el contenido de la historia clínica del paciente Martin Hernández Ávila, diligenciada en la CLÍNICA MEDILASER S.A.S. entre los días 12 al 15 de junio del año 2018; sírvase informar el perito ¿existió alguna inoportunidad en el manejo medico generado al paciente? Justifique su respuesta

JEFFERSON HITSCHERICH RAMIREZ

ABOGADO

*Rta/ La historia clínica y los procedimientos realizados al paciente en cada uno de los momentos en que se va desarrollando la evolución del paciente y la obtención de resultados clínicos, paraclínicos e imagenológicos se fueron resolviendo dentro del momento en que se presentaron tales como a su ingreso solicitud de tac de tórax por características de la sintomatología pensando en un diagnóstico de TEP, solicitud de estudios de química sanguínea, inicio de reanimación hídrica y formulación posterior paciente con deterioro clínico acidosis metabólica severa con hiperkalemia; progresivamente empeora la disnea la cual no responde adecuadamente a oxigenación. Por tal motivo se IOT y presenta Paro Cardiorespiratorio; RCP exitoso a los 30 minutos. Se procede a informar a la familia, la necesidad imperante de pasar Mahurkar y realizar procedimiento dialítico el cual también se inicia, con el reporte de tac de tórax evidenciando derrame pericárdico se informa a cirugía general quienes realizan ventana pericárdica. Así se puede continuar dando resolución a cada situación buscando estabilización y mejoría en pro del paciente. **Por lo anterior no considero que hay inoportunidad en el manejo médico.***

(...)

12. Teniendo en cuenta el contenido de la historia clínica del paciente Martin Hernández Ávila, diligenciada en la CLÍNICA MEDILASER S.A.S. entre los días 12 al 15 de junio del año 2018; sírvase informar el perito ¿se puede establecer con certeza que la causa del derrame pericárdico sea atribuible a un indebido proceder médico o manejo integral por parte de los galenos tratantes?

Rta/ No se puede atribuir a un proceder médico o manejo por parte del personal de salud la causa del derrame pericárdico ya que se debe a cualquier proceso patológico que cause inflamación tiene la posibilidad de generar un incremento en la producción de líquido pericárdico (exudado). Un mecanismo alternativo de acúmulo de líquido pericárdico es la disminución en la absorción, debido a una presión sistémica venosa aumentada, resultado de insuficiencia cardíaca congestiva o hipertensión pulmonar (trasudado). En la siguiente tabla se muestra las causas potenciales para derrame pericárdico

JEFFERSON HITSCHERICH RAMIREZ

ABOGADO

Tabla 7.1-2. Causas de derrame pericárdico	
Exudados	• Inflamación: – Virus – Fármacos – Enfermedades sistémicas: lupus, AR • Infección: pericarditis purulenta
Trasudados	• Insuficiencia cardíaca • Embarazo • Hipoproteinemia (cirrosis, desnutrición) • Hipotiroidismo (mixedema) • Elevación de las presiones de llenado lado derecho del corazón • Obstrucción del sistema venoso: VCS, sistema ácigos-hemiácigos • Obstrucción del conducto torácico: DP quiloso
Hemático	• Sangrado posquirúrgico • Pericarditis epistenocárdica: – Rotura cardíaca – Pericarditis epistenocárdica – Síndrome de Dressler – Disección de aorta • Causa traumática: – Laceración traumática – Traumatismo torácico cerrado – Yatrogenia: implante electrodos, intervencionismo coronario y no coronario, procedimientos intervencionistas electrofisiológicos, accesos vasculares centrales
Otros	– Tumores

DP: derrame pericárdico ; VCS: vena cava superior

Según diferentes series, en los países desarrollados muchos casos son idiopáticos (hasta un 50%), otras causas comunes son el cáncer (10-25%), las infecciones (15-30%), las causas yatrogénicas (15-20%) y las enfermedades del tejido conectivo (5-15%). Sin embargo, la tuberculosis es la causa más frecuente en los países subdesarrollados (>60%).

(...)

14. Teniendo en cuenta el contenido de la historia clínica del paciente Martin Hernández Ávila, diligenciada en la CLÍNICA MEDILASER S.A.S. entre los días 12 al 15 de junio del año 2018; sírvase informar el perito ¿Fue adecuada la atención médica integral dada a este paciente por los galenos de Clínica Medilaser S.A.S?

Rta/ Como se ha descrito en preguntas anteriores la atención **considero fue oportuna ya que desde el ingreso del paciente a la Clínica Medilaser se prestó una atención de calidad, oportuna teniendo en cuenta la sintomatología y la evolución del paciente tratando de resolver la inestabilidad** presentada desde el sitio de remisión apoyándose en medidas diagnósticas, quirúrgicas, clínicas y paraclínicas quien **a pesar de todo lo realizado se lleva a un desenlace fatal**...” (subrayado y en negrilla fuera del texto)

Con todo, se puede concluir que el desafortunado fallecimiento del paciente **es como consecuencia de las deplorables condiciones con las que ingreso, y las patologías que llevaron al paciente a presentar sus condiciones clínicas**, a pesar del manejo médico realizado por el equipo médico de clínica Medilaser S.A.S, no se pudo establecer que la descompensación hemodinámica y consecuencias del derrame pericárdico, fue derivado de algún inadecuado manejo médico quirúrgico, lo que deviene que **el usuario le fue suministrado un tratamiento oportuno, de principio a fin**, lo que de entrada desestima alguna imputación que pueda endilgar responsabilidad en cabeza de mi representada.

JEFFERSON HITSCHERICH RAMIREZ

ABOGADO

Por lo tanto, queda probado hasta ahora el manejo pertinente, oportuno, perito y ajustado a ley del arte médico, brindado por la institución que represento, **lo que desvirtúa las imputaciones de alguna falla en la prestación del servicio médico.**

En este orden de ideas, no existe como establecer algún vínculo de conexión entre las deplorables imputaciones que manifiesta el actor y que fueron desvirtuadas con los argumentos expuestos, con la desafortunada desarticulación que padeció el paciente, y mucho menos posibilidad de endilgar responsabilidad en cabeza de mí representada por los hechos objeto de la demanda.

b) INEXISTENCIA DE NEXO CAUSAL ENTRE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO SUMINISTRADO AL PACIENTE Y SU DESENLACE.

En lo que respecta al elemento NEXO CAUSAL, la Jurisprudencia y la Doctrina han sido claras en enfatizar que este resulta acreditado en la medida que se demuestre que el daño **tuvo su génesis, fue originado o es consecuencia directa de las fallas en la prestación del servicio médico dado al paciente.** Al respecto, el tratadista En palabras del tratadista Jorge Pantoja Bravo en su obra Derecho de Daños, Tomo II:

"...El Consejo de Estado en la falla del servicio establece los elementos así:

- a. *Servicio que funcionó mal, no funcionó o lo hizo traídamente (...)*
- b. *Un perjuicio (...)*
- c. *Relación de causalidad entre a y b: entre la falla en el servicio y el perjuicio debe existir una relación de causalidad, es decir, **que el daño debe ser efecto o resultado de esa falla o falta de servicio; este nexo causal debe ser próximo, debe ser determinante del daño y debe ser acto o idóneo para causar dicho daño...**"⁵ (Negritas y subrayado fuera del texto)*

De conformidad a lo anterior, en el caso que nos ocupa, el profesional del derecho que representa al costado activo tiene la carga probatoria de demostrar que, la prestación del servicio médico que se le brindó al usuario *Martin Hernandez Avila*, en Clínica Medilaser S.A.S, los días del 12 al 15 de junio del año 2018, por parte de los galenos tratantes, tuvieron alguna demora, negligencia, imprudencia, impericia o sin adoptar los lineamientos de la *lex artis* médica (fallas alegadas), y **esto deberá enlazarse causalmente con el desenlace falta que presentó la paciente.** Al respecto, cabe anotar desde ya que, como bien lo sustenta el perito de parte, Dr. PEDRO ROCHA CASTELBLANCO, galeno especialista en Cardiología, **la Clínica Medilaser S.A.S. puso a disposición de todos los medios y servicios que tenía a su alcance;** sin embargo, las deplorables condiciones clínicas con las que ingreso, la descompensación hemodinámica, y las múltiples factores que predispuso la atención del usuario, a nunca encontrarse en una estabilidad de su patologías de base, fueron los que llevaron a que presentara un alto índice de mortalidad, lo que derivó a que el paciente infortunadamente no mejorara

⁵ Página 693-694, Editorial Leyer, edición 2015.

JEFFERSON HITSCHERICH RAMIREZ

ABOGADO

sus condiciones hemodinámicas, pese a todo el manejo medico ofertado por la IPS que represento.

Sumado a ello, del análisis pormenorizado de los medios de pruebas que obran en este escrito de contestación, no se logra acreditar que el manejo medico generado por parte de los galenos especialistas en medicina interna, nefrología, cirugía general, cardiología, anestesiología, estuvieran con inobservancia de las guías y protocolos de manejo para el manejo quirúrgico de la paciente, y mucho menos una negligente atención medica pos operatoria. Con todo, y basados en las pruebas obrantes dentro del plenario, no existe imputación que pueda endilgar responsabilidad en cabeza de mi representada, y afora una ausencia de nexo de causalidad entre la atención de la paciente en clínica Medilaser S.A.S. y el infortunado fallecimiento del señor Martin Hernández Ávila. Lo anterior está documentado dentro del concepto pericial rendido por el Dr. PEDRO ROCHA CASTELBLANCO, médico especialista en cardiología, quien conceptuó así:

“...10. Teniendo en cuenta sus conocimientos técnicos en la especialidad de cardiología, y basado en la literatura médica aplicable; sírvase informar el perito ¿Cuál era el pronóstico e índice de mortalidad del paciente con los diagnósticos que padeció?

Rta/ Gracias a los estudios realizados a lo largo del tiempo tenemos varias tablas por decirlo de alguna manera para poder medir la morbilidad y mortalidad del paciente que ingresa a urgencias y UCI. Entre ellas existe la escala SOFA, APACHE II. etc., sin embargo, **aplicadas en el contexto del paciente al momento de ingreso todas dan un riesgo muy alto de mortalidad y morbilidad desde el ingreso las cuales aumentan con su evolución a lo largo del tiempo**

Escala SOFA (Sepsis related Organ Failure Assessment)					
CRITERIOS	0	1	2	3	4
SNC Escala de Glasgow	15	13-14	10-12	6-9	< 6
Renal Creatinina (mg/dl) Diuresis (ml/día)	< 1,2	1,2-1,9	2-3,4	3,5-4,9 ou < 500	> 5 ou < 200
Hepático Bilirrubina (mg/dl)	< 1,2	1,2-1,9	2-5,9	6-11,9	> 12
Coagulación Plaquetas 10 ³ /mm ³	≥ 150	< 150	< 100	< 50	< 20
Respiratorio PaO ₂ /FiO ₂ (mmHg)	≥ 400	< 400	< 300	< 200 y soporte ventilatorio	< 100 y soporte ventilatorio
Cardiovascular TAM (mmHg) Drogas vasoactivas (µg/kg/min)	≥ 70	< 70	Dopamina a < 5 o dobutamina a cualquier dosis	Dopamina 5-15 Noradrenalina o adrenalina ≤ 0,1	Dopamina > 15 Noradrenalina o adrenalina > 0,1

SNC: sistema nervioso central; PaO₂: presión arterial de oxígeno; FiO₂: fracción de oxígeno inspirado; TAM: tensión arterial media.

ESCALA APACHE II

es un sistema de clasificación de severidad o gravedad de enfermedades, uno de varios sistemas de puntuación usado en las unidades de cuidados intensivos.

JEFFERSON HITSCHERICH RAMIREZ

ABOGADO

Puntuación APACHE II									
APS	4	3	2	1	0	1	2	3	4
Temperatura rectal (°C)	>40,9	39-40,9		38,5-38,9	36-38,4	34-35,9	32-33,9	30-31,9	<30
Pres. art. media (mmHg)	>159	130-159	110-129		70-109		50-69		<50
Frec. cardiaca (lpm)	>179	140-179	110-129		70-109		55-69	40-54	<40
Frec. respiratoria (rpm)	>49	35-49		25-34	12-24	10-11	6-9		<6
Oxigenación									
Si FIO2 ≥ 0.5 (AaDO2)	499	350-499	200-349		>200				
Si FIO2 ≤ 0.5 (PaO2)					<70	61-70		56-70	<56
pH arterial	>7,9	7,60-7,69		7,50-7,59	7,33-7,49		7,25-7,32	7,15-7,24	<7,15
Na plasmático (mmol/L)	>179	160-179	155-159	150-154	130-149		120-129	111-119	<111
K plasmático (mmol/L)	>6,9	6,0-6,9		5,5-5,9	3,5-5,4	3,0-3,4	2,5-2,9		<2,5
Creatinina* (mg/dL)	>3,4	2,0-3,4	1,5-1,9		0,6-1,4		<0,6		
Hematocrito (%)	>59,9		50-59,9	46-49,9	30-45,9		20-29,9		<20
Leucocitos (x1000)	>39,9		20-39,9	15-19,9	3-14,9		1-2,9		<1
Suma de puntos									
Total APS									
15- GSC									
Edad									
Enfermedad crónica									
Preoperatorio programado									
Preoperatorio urgente o médico									
Puntos APS (A)									
Puntos GCS (B)									
Puntos edad (C)									
Puntos enf. previa (D)									
Total de puntos APACHE II A+B+C+D =									

11. Teniendo en cuenta el contenido de la historia clínica del paciente Martin Hernández Ávila, diligenciada en la CLÍNICA MEDILASER S.A.S. entre los días 12 al 15 de junio del año 2018; sírvase informar el perito ¿Cuál fue la Causa del Derrame pericárdico que llevo al paciente a su fallecimiento?

Rta/ La causa es desconocida ya que no se le practico autopsia al paciente

12. Teniendo en cuenta el contenido de la historia clínica del paciente Martin Hernández Ávila, diligenciada en la CLÍNICA MEDILASER S.A.S. entre los días 12 al 15 de junio del año 2018; sírvase informar el perito ¿se puede establecer con certeza que la causa del derrame pericárdico sea atribuible a un indebido proceder médico o manejo integral por parte de los galenos tratantes?

Rta/ No se puede atribuir a un proceder médico o manejo por parte del personal de salud la causa del derrame pericárdico ya que se debe a cualquier proceso patológico que cause inflamación tiene la posibilidad de generar un incremento en la producción de líquido pericárdico (exudado). Un mecanismo alternativo de acúmulo de líquido pericárdico es la disminución en la absorción, debido a una presión sistémica venosa aumentada, resultado de insuficiencia cardíaca congestiva o hipertensión pulmonar (trasudado). En la siguiente tabla se muestra las causas potenciales para derrame pericárdico

JEFFERSON HITSCHERICH RAMIREZ

ABOGADO

Tabla 7.1-2. Causas de derrame pericárdico	
Exudados	• Inflamación: – Virus – Fármacos – Enfermedades sistémicas: lupus, AR • Infección: pericarditis purulenta
Trasudados	• Insuficiencia cardíaca • Embarazo • Hipoproteinemia (cirrosis, desnutrición) • Hipotiroidismo (mixedema) • Elevación de las presiones de llenado lado derecho del corazón • Obstrucción del sistema venoso: VCS, sistema ácigos-hemiácigos • Obstrucción del conducto torácico: DP quiloso
Hemático	• Sangrado posquirúrgico • Perinfarto de miocardio: – Rotura cardíaca – Pericarditis epistenocárdica – Síndrome de Dressler – Disección de aorta • Causa traumática: – Laceración traumática – Traumatismo torácico cerrado – Yatrogenia: implante electrodos, intervencionismo coronario y no coronario, procedimientos intervencionistas electrofisiológicos, accesos vasculares centrales
Otros	– Tumores

DP: derrame pericárdico ; VCS: vena cava superior

Según diferentes series, en los países desarrollados muchos casos son idiopáticos (hasta un 50%), otras causas comunes son el cáncer (10-25%), las infecciones (15-30%), las causas yatrogénicas (15-20%) y las enfermedades del tejido conectivo (5-15%). Sin embargo, la tuberculosis es la causa más frecuente en los países subdesarrollados (>60%).

13. Teniendo en cuenta el contenido de la historia clínica del paciente Martin Hernández Ávila, diligenciada en la CLÍNICA MEDILASER S.A.S. entre los días 12 al 15 de junio del año 2018; sírvase informar el perito ¿existe algún enlace causal entre el fallecimiento del usuario y la atención medica generada en Clínica Medilaser S.A.S.?

Rta/ Entre el fallecimiento del paciente y la atención medica prestada en la Clínica Medilaser no existe un enlace ya que desafortunadamente el paciente desde su traslado del sitio de remisión ya se encontraba con variables las cuales fueron contribuyendo a la inestabilidad y pese a los grandes esfuerzos realizados por todo el personal de salud y la realización de diversos procedimientos para tratar de disminuir la mortalidad del paciente no fue posible...”(subrayado y en negrilla fuera del texto)

Así las cosas, con los argumentos expuestos en los acápite anteriores, permiten desestimar algún nexo causal entre la atención medica brindada por mi representada y las secuelas que tuvo el paciente.

c) LA DENOMINADA GENÉRICA

Por mandato expreso del legislador, puede ser declarada oficiosamente las excepciones que aquel encuentre probadas.

Por lo tanto, solicito al señor juez, se sirva declarar probadas las excepciones que resulten dentro del presente proceso conforme al artículo 187 inciso 2º de CPACA.

JEFFERSON HITSCHERICH RAMIREZ

ABOGADO

PRUEBAS DE LA OPOSICIÓN Y DE LAS EXCEPCIONES DE FONDO

Con el objeto de probar: Las excepciones propuestas; al igual que los fundamentos facticos y jurídicos de la defensa, muy respetuosamente solicito al señor juez se decreten y practiquen las siguientes pruebas:

DOCUMENTALES:

Téngase como documental las aportadas totalmente con la demanda y anexo a ellas las siguientes:

- 1.1 Copia autentica de la Historia Clínica del paciente Martin Hernández Ávila, en lo correspondiente a las atenciones prestadas Clínica Medilaser S.A.S. en Florencia, relacionada con el objeto del litigio, con su respectiva transcripción, generando un total de dos (2) documentos comprimidos en formato WINRAR.

2. PERICIAL DE PARTE:

- 2.1 Dictamen pericial de parte rendido por el Dr. **PEDRO ROCHA CASTELBLANCO**, galeno Especialista en Medicina Interna y Cardiología quien efectuó concepto técnico sobre los hechos objeto de litigio.

3. TESTIMONIALES:

Para que declaren sobre los hechos de la demanda y sobre las respuestas dadas en esta contestación, se solicita recibir el testimonio de las siguientes personas:

- 3.1 Doctora **HAILYN ANDREA MARIN CASTRO**, Médica general, que se localiza en la Carrera 6 No. 14ª – 55 en Florencia Caquetá, en Clínica Medilaser S.A.S de Florencia, para que explique su intervención en este asunto, según la historia clínica de la paciente que obra en el pleito. Igualmente para efectos de notificación electrónica podrá ser ubicada en la dirección hailyn.marin@hotmail.com, al abonado telefónico 3152898141.

En el evento que para el momento de la diligencia la testigo no resida en la ciudad de Florencia, se solicita al despacho que se ordene la recepción de su testimonio por medio de videoconferencia con apoyo de los medios tecnológicos.

- 3.2 Doctora **SANDRA PATRICIA ALARCON CALDERON**, Médica general, que se localiza en la Carrera 6 No. 14ª – 55 en Florencia Caquetá, en Clínica Medilaser S.A.S de Florencia, para que explique su intervención en este asunto, según la historia clínica de la paciente que obra en el pleito. Igualmente, para efectos de notificación electrónica podrá ser ubicada en la dirección, khleopatra@hotmail.com, al abonado telefónico 3125331741.

En el evento que para el momento de la diligencia la testigo no resida en la ciudad de Florencia, se solicita al despacho que se ordene la recepción

JEFFERSON HITSCHERICH RAMIREZ

ABOGADO

de su testimonio por medio de videoconferencia con apoyo de los medios tecnológicos.

- 3.3 Doctor **LUIS GONZALO PLATA SERRANO**, Médico internista, que se localiza en la Carrera 6 No. 14ª – 55 en Florencia Caquetá, en Clínica Medilaser S.A.S de Florencia, para que explique su intervención en este asunto, según la historia clínica de la paciente que obra en el pleito. Igualmente para efectos de notificación electrónica podrá ser ubicada en la dirección luisplata51@hotmail.com, al abonado telefónico 3135793397.
- 3.4 Doctora **MARÍA ELIZABETH ARDILA CÁRDENAS**, Médica nefróloga, que se localiza en la Carrera 6 No. 14ª – 55 en Florencia Caquetá, en Clínica Medilaser S.A.S de Florencia, para que explique su intervención en este asunto, según la historia clínica de la paciente que obra en el pleito. Igualmente, para efectos de notificación electrónica podrá ser ubicada en la dirección, elitatis@yahoo.com, al abonado telefónico 3002122114.

En el evento que para el momento de la diligencia la testigo no resida en la ciudad de Florencia, se solicita al despacho que se ordene la recepción de su testimonio por medio de videoconferencia con apoyo de los medios tecnológicos.

- 3.5 Doctor **DANIEL EDUARDO HERNANDEZ SOLARTE**, Médico cirujano general, que se localiza en la Carrera 6 No. 14ª – 55 en Florencia Caquetá, en Clínica Medilaser S.A.S de Florencia, para que explique su intervención en este asunto, según la historia clínica de la paciente que obra en el pleito. Igualmente, para efectos de notificación electrónica podrá ser ubicada en la dirección danielhernandez_28@hotmail.com, al abonado telefónico 3008046092 - 3222003371.

En el evento que para el momento de la diligencia la testigo no resida en la ciudad de Florencia, se solicita al despacho que se ordene la recepción de su testimonio por medio de videoconferencia con apoyo de los medios tecnológicos.

- 3.6 Doctor **SEBASTIAN CAMPBELL QUINTERO**, Médico cardiólogo, que se localiza en la Carrera 6 No. 14ª – 55 en Florencia Caquetá, en Clínica Medilaser S.A.S de Florencia, para que explique su intervención en este asunto, según la historia clínica de la paciente que obra en el pleito. Igualmente, para efectos de notificación electrónica podrá ser ubicada en la dirección, sebas_campbell@hotmail.com, al abonado telefónico 3015537750.

En el evento que para el momento de la diligencia la testigo no resida en la ciudad de Florencia, se solicita al despacho que se ordene la recepción de su testimonio por medio de videoconferencia con apoyo de los medios tecnológicos.

JEFFERSON HITSCHERICH RAMIREZ

ABOGADO

- 3.7 Doctor **DIEGO CAMILO BARON LUGO**, Médico anesthesiólogo, que se localiza en la Carrera 6 No. 14ª – 55 en Florencia Caquetá, en Clínica Medilaser S.A.S de Florencia, para que explique su intervención en este asunto, según la historia clínica de la paciente que obra en el pleito. Igualmente, para efectos de notificación electrónica podrá ser ubicada en la dirección, dbaronlugo@gmail.com, al abonado telefónico 3012021617.

En el evento que para el momento de la diligencia la testigo no resida en la ciudad de Florencia, se solicita al despacho que se ordene la recepción de su testimonio por medio de videoconferencia con apoyo de los medios tecnológicos.

PETICIONES DE LA CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA:

Se solicita, con fundamento en lo contestado, se absuelva a la parte demandada de las pretensiones contenidas en la demanda y **se condene en costas a la parte actora.**

Téngase por contestada el medio de control de reparación directa dentro del término legal, en virtud de la notificación electrónica suscrita a este costado demandado.

ANEXOS:

- I. Las enunciadas en el acápite de pruebas documentales
- I. Poder especial conferido, presentado en el escrito de ampliación.
- II. Certificado de existencia y representación legal de la sociedad CLÍNICA MEDILASER S.A.S.

NOTIFICACIONES:

Las partes en los lugares indicados en la demanda.

La CLINICA MEDILASER S.A.S. en la en la Calle 6º No. 14ª-55 B/ Juan XXIII, teléfono 4366000 Ext. 2135 Cel. 3123804302, dirección de notificación electrónica: notificacionjudicial@medilaser.com.co

El suscrito apoderado podrá ser notificado en la Calle 6º No. 14ª-55 B/ Juan XXIII, teléfono 4366000 Ext. 2135 Cel. 3123804302, dirección de notificación electrónica: jhr992@hotmail.com.

Atentamente,



JEFFERSON HITSCHERICH RAMIREZ
C.C. No.1.018.451.801 de Bogotá D.C.
T.P. No. 266.117 del C.S. de la J.