

DESARROLLO DE AUDIENCIA ARTS 372 Y 373 5 DE SEPTIEMBRE: RAFAEL ESCORCIA DE LA HOZ Y OTROS VS INSTITUTO DE RELIGIOSAS DE SAN JOSÉ DE GERONA Y OTROS.

RECONOCIMIENTO DE PERSONERÍA PREVIO INICIAR AUDIENCIA Y VERIFICACIÓN DE LAS PARTES

Antes de dar inicio a la audiencia el Despacho resuelve la sustitución de poder reconociendo personería al suscrito para representar al Instituto de Religiosas de San José de Gerona. Asiste como RL la Dra. Soraya Lastra.

INICIA AUDIENCIA A LAS 9:31 A.M.

DECISIÓN SOBRE SOLICITUD DE APLAZAMIENTO DE AUDIENCIA ENVIADA PREVIO INICIO DE LA AUDIENCIA

Tras iniciar la audiencia, el Juez manifiesta que no hay justificación para aplazarla ya que el Dr. Cabana, quien informó de su imposibilidad de asistir, es testigo y no RL de alguna de las entidades demandas, esto conforme a lo contemplado en el artículo 372 del CGP.

Centro Médico Orthopedic propone recurso de reposición pues dice que si se permite allegar el despacho el certificado de cámara de comercio se verificará que sí es RL y es vital para el desarrollo de la diligencia.

Tras verificar el certificado se corrobora que sí es RL de la entidad por lo que revoca la providencia de no aplazar la audiencia, además que es un testigo solicitado por todas las partes.

Se reprograma para el 9 de septiembre a las 9:00 a.m.

Termina a las 9:57 a.m.

DESARROLLO AUDIENCIA 9 DE SEPTIEMBRE (se retoma a las 9:55 a.m.)

Resuelve la solicitud de reprogramar la contradicción del dictamen presentado por el instituto de religiosas de Gerona, por lo tanto, dice que adelantará las demás pruebas y cuando llegue el momento de suspender se continuará para el día siguiente, no se reprogramará con antelación de un mes, como se había solicitado en el escrito de justificación de inasistencia suscrito por el director de CENDES.

Se resuelve sin recursos.

COMPARECENCIA DE LAS PARTES

-Comparece la Dra. Zoraya por parte de Instituto de Religiosas de Gerona.

(luego de esto la inicia formalmente a las 11:13 am)

ETAPA DE CONCILIACIÓN

Se declara fracasada esta etapa porque ninguno de los demandados tiene una propuesta conciliatoria. La aseguradora dice que no tiene ánimo por los mismos motivos esgrimidos en la contestación.

INTERROGATORIO DE PARTE

MANUEL ESCORCIA DE LA HOZ

Convivió con la víctima por 54 años. Tenían la UMH.

No recuerda bien desde qué año vivió con la señora Manuela, pero sí recuerda que siempre vivieron en Bosconia, pueblo ubicado en Valledupar.

Vivieron en la finca soledad.

Sí vivía junto con la víctima para el momento de los hechos. También vivía con sus hijos: Julio, Carlos julio, Jaime, Jorge, Wilson, Luis, luz marina.

Para ese tiempo la víctima estaba mal de la rodilla, pero cuando fue a Cali fue en buen estado.

La señora Manuela estaba afiliada a Asmet Salud.

Una nieta suya acompañó a la paciente al hospital.

No sabe qué tratamiento le hicieron en la rodilla a su esposa.

Al momento del fallecimiento de la víctima, vivía con ella.

Dice que su esposa no sufría de la presión.

Dice que su esposa no tomaba ningún medicamento para la presión. Solo tomaba pastillas para el dolor.

Dice que la regresaron del hospital prácticamente muerta.

Su hija Luz Marina cuidaba a su esposa luego de la cirugía y le dio el medicamento mientras estuvo en la casa.

No recuerda haber realizado actividades familiares con ella antes de la cirugía.

No recuerda quien autorizó la operación. No sabía quién la atendió ni sus procedimientos ante las instituciones de salud por lo que él se la pasaba trabajando.

No tiene conocimiento de si la cirugía podía generar complicaciones.

INTERROGATORIO JULIO ESCORCIA

Se dedica a sembrar y cultivar en el campo.

La paciente era su mamá.

No sabe bien sobre la cuestión de salud de su madre porque permanecía trabajando en el monte, y era su sobrina quien la acompañaba.

Dice que su madre decía que siempre tenía un dolor en la rodilla y que por eso la enviaron a Cali para realizar la operación.

Dicen que su madre no sufría de ninguna otra enfermedad. (es decir niega que sufría de la presión)

Dice que cuando la paciente vuelve de la cirugía ella podía mirar pero no podía hablar. Eso vio cuando la visitó en el hospital de Bosconia aproximadamente una semana después de que la remitieran allí.

No pudo ver cómo estaba su madre cuando apenas regresó de Cali porque la visitó una semana después.

No vivía con su mamá y tampoco realizaban ninguna actividad familiar que haya cesado con motivo de la cirugía.

No sabe qué pastillas tomaba su mamá, pero sabía que era para el dolor de rodilla.

Vivía a unos 20 km de donde vivía su mamá.

INTERROGATORIO CARLOS ESCORCIA

Es docente de profesión en básica primaria en una entidad pública.

La señora Manuela vivía con el papá del señor Carlos, pero ella siempre llegaba al pueblo por el dolor de la rodilla, siempre le compraba ungüentos y ella tenía carnet de Asmet Salud.

La operaron a las 9:00 a.m. el 25 de abril. Él sabía por vía telefónica. Llamaba insistentemente a su sobrina que decía que no le daban reporte, sino que es hasta las 11 de la noche que dejan entrar a su sobrina.

Pidió que la trasladaran a un lugar más cercano, concretamente en Bosconia, y su mamá llega entubada, con ojos cerrados y entra al hospital. Fue en el hospital de Bosconia que se desmejoró así que después la trasladaron a otra clínica y luego a la clínica del Cesar.

Dice que su mamá tenía un ojo cerrado y el otro abierto, visitó a su madre el mismo día que su madre llegó al hospital. No sabía cuáles eran las condiciones de salud con las que se dio de alta a su madre, solo sabe en qué estado quedó. La mano derecha de su madre estaba dormida.

Luego la remiten a su casa entubada para alimentarla así. Los médicos la atendían en la casa y le hacían terapia.

Estaban de acuerdo con que su madre fuera a Cali para la operación de cirugía.

No le compraba ningún otro medicamento que no fuera para el dolor de la rodilla.

A raíz de eso ha existido una desunión en la familia.

De Cali la mandan directo a Bosconia, no hacen conexión con un hospital de alto nivel.

Su mamá duró 3 días en Bosconia y allí se desmejoró.

No le suministraron el medicamento para la presión entre el día de la orden médica para la cirugía y la cirugía.

No refiere dolor relacionado al daño a la vida de relación.

No les dijeron el día de la cirugía que su madre no podía ser operada.

Aunque inicialmente iban a operarla en Valledupar, no realizaron allá la cirugía porque no tenían los implementos.

Al momento de la cirugía, su sobrina tenía 23 años.

Cuando sucedió lo de la cirugía, a su madre la mandaron a vivir con su hija Luz.

No conoce cómo fue el estado de su madre luego de la cirugía, solo sabe que ingresó en buen estado y la regresaron en ese estado de salud muy delicado.

A la señora ni siquiera la bañaban o cambiaban pañal en la clínica Vitais

Isis (su sobrina) solo acompañó a la paciente en Cali pero en el resto de lugares ya la acompañó la señora Luz Marina.

INTERROGATORIO LUZ MARINA ESCORCIA

Es ama de casa y tiene un puesto de verduras.

Es hija de la señora Manuela.

No tiene conocimiento en lo relacionado con la cirugía de rodilla.

Cuando su mamá estuvo en Cali solo se comunicó con su hija Isis que fue quien acompañó a la paciente, pero no se comunicó con ningún médico.

Su hija la llamó y le contó que casi a las 9 de la mañana entró a cirugía y casi a las 11 de la noche seguía sin saber nada.

Fue hasta el día siguiente que pudo saber que su madre no estaba bien, que no le daba ninguna respuesta.

Dice que su madre no sufría de nada aparte de la rodilla.

Entre la fecha de la orden de la cirugía y la realización de la misma no se le dio a su madre ningún medicamento.

Dice que su madre antes de la cirugía la visitaba con frecuencia. Se veían casi todos los días.

No se le dijo que no se podía realizar la cirugía.

Su madre a veces intentaba decir algo, o la quedaba viendo, esto cuando su madre estuvo en la casa luego de la cirugía. A veces mostraba mejoría y luego se ponía mal y tocaba enviarla al hospital nuevamente.

Ella nunca la acompañó a su madre para la autorización de la cirugía de la rodilla.

A ellos no se les dijo el tipo de complicaciones que podía haber por la cirugía.

Se suspende a la 1:11 p.m.

Se retoma a las 2:22 p.m.

INTERROGATORIO JULIAN PATERNINA (RL ASMET)

Se garantizó el servicio conforme la red de IPS que tenía la EPS y entre esta red la IPS que podía atender la cirugía según el grado de complejidad.

Dice que ASMET Salud cumplió con el traslado en ambulancia medicalizada conforme la orden del profesional que le dio salida, nunca se le pidió a ASMET Salud una ambulancia aérea.

Ahora bien, sí se cumplió con que la ambulancia fuera medicalizada.

Dice que en sí la vinculación era con la clínica Orthopedic pero que ellos podían hacer la alianza estratégica con Nuestra Señora de los Remedios.

Es el médico quien ordena el traslado en ambulancia y la EPS lo autoriza conforme la indicación médica.

Tampoco hubo oposición de los familiares para ordenar la remisión de la paciente a Cali y que sea operada.

INTERROGATORIO RL ORTHOPEDIC, FUE INICIALMENTE INTERROGADO COMO PARTE Y DESPUÉS COMO TESTIGO (DR. CABANA)

La paciente fue atendida mediante el grupo de especialistas que tenía Orthopedic.

ASMET tiene una red y manda a su red solicitudes para ver quién puede atender a los pacientes, Orthopedic solo atienden pacientes ambulatorios, es el día 10 de abril que se decide hacer el reemplazo de rodilla.

Hicieron la alianza con la clínica de los remedios al ser tan afamada y grande en la ciudad y porque tienen unos protocolos bastante buenos, entonces realizar la operación ahí daba la tranquilidad de que los pacientes serían bien atendidos.

Él hizo la cirugía porque pertenecía a la clínica de los remedios, todo el personal era de dicha clínica y su protocolo es bastante bueno. Explica el protocolo y luego de ciertas situaciones previas se hace un check list, posteriormente la parte de anestesia que tiene un consentimiento informado, se explica también cómo es la cirugía que en realidad es compleja, esta también tiene un conocimiento informado.

Para llegar a la parte de anestesia todo debe estar ok.

La cirugía dura 1 hora y 40, el sangrado fue escaso, pasó a recuperación y ahí queda a cargo de anestesiólogo. Ahí hay una ruta del 1 al 6 en estos estándares hasta que pueda mover sus piernas que son óptimas condiciones, luego de esto se toma radiografía y después de esto se pasa al cuarto.

Su presión era normal, es muy difícil decir qué es la presión alta.

Posteriormente se le pregunta y aclara que atendió ambulatoriamente a la paciente en las instalaciones de Orthopedic. Sí era paciente de Orthopedic (no de la clínica) porque autorizó Asmet salud, y la clínica los remedios es un aliado estratégico que aporta lo que Orthopedic no tiene.

Orthopedic no pudo continuar con el seguimiento de la paciente luego de la cirugía por las complicaciones que existieron.

INTERROGATORIO A LA RL DE NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS

La institución cuenta con el personal para ese tipo de procedimientos. Los ayudantes, anestesiólogos, instrumentadores son de la clínica Nuestra señora de los remedios.

El cirujano es de Orthopedic, la cual tiene alianza con NSR quienes les venen unos servicios incluyendo quirófanos y servicios de alta complejidad, entonces acuden a la clínica para suministrar el quirófano con todo el personal y el médico tratante de Orthopedic realiza la cirugía.

Esta alianza existía para el 2017.

La paciente tuvo una cirugía sin complicaciones con cifras tensionales y signos vitales normales y hasta más o menos las 6:30 tiene un examen físico normal y es en horas de la noche cuando el médico de turno es llamado por la auxiliar por signos de ACV en la paciente.

Durante el procedimiento quirúrgico todos los pacientes son monitoreados en sus signos vitales y en recuperación existe un monitor para cada paciente para chequear todos los signos vitales.

Al revisar la HC no encuentra una presión arterial alta, sino que se tiene en cuenta la presión arterial media lo que se encontraba normal y se le puso anestesia raquídea lo que genera menos riesgo.

La atención que recibió la paciente por sus complicaciones fue brindada por personal de la clínica NSR, principalmente los médicos generales dan la atención que fue lo que sucedió aquí, ordenó la toma de imágenes diagnóstica, solicitó ingreso a UCI, el ingreso fue oportuno ya que la paciente no necesitaba ventilación mecánica y además se solicitó finalizando el día 25 y el día 26 fue pasada a UCI.

En UCI es atendida por médicos especialistas en esta unidad e internistas, además acuden a consulta los especialistas que se requieran, también tiene nutricionista, terapeutas, terapeutas del lenguaje, etc.

Para abril de 2017 tenía el nivel 3 de complejidad.

Durante la hospitalización la paciente se desescaló en servicios, ejemplo, inicio en UCI, luego en cuidados intermedios, después a piso. Al momento de remisión las secuelas ya existían y al momento de la remisión no estaba en una situación crítica.

No había nada que requiriera que la paciente fuera atendida por un nivel mayor de complejidad.

La cirugía no tuvo complicaciones.

Luego de salir de UCI o de cuidados intermedios no se hizo ninguna referencia a la operación de rodilla y previamente el doctor Cabana ya había trabajado para la clínica.

Dice que las radiografías las toman los tecnólogos, los radiólogos realizan la lectura, pero en todo requerimiento de urgencias es el médico quien da la primera mirada a la placa para ver los hallazgos macros.

No considera que la señora manuela tenía una situación de salud que requiriera que fuera remitida por un medio diferente al que fue enviada, a un nivel 2 de complejidad, es decir, mediante ambulancia

INTERROGATORIO RL ALLIANZ

Explica la modalidad de cobertura, las exclusiones, el deducible, etc.

FIJACIÓN DEL LITIGIO

Verificar la responsabilidad de la clínica, el tratamiento brindado y el consecuente surgimiento de la obligación a cargo de la aseguradora.

SANEAMIENTO

Sin vicios que puedan afectar al proceso.

PRUEBA TESTIMONIAL

PREGUNTAS AL DR. CABANA COMO RESTIGO (primer testigo audiencia 373)

Se le explicó a la paciente los riesgos y complicaciones de la cirugía. Se le entregó la orden de cirugía y tras retornar al lugar de origen la EPS remite la autorización. En la cirugía no hubo sangrado ni contaminación, es una cirugía grande, agresiva, pero al paciente le fue muy bien.

Se pasó a recuperación, no hubo complicaciones, la señora subió a su piso a recuperación.

Le parecía una paciente joven, pero su deformidad era muy grande.

Uno de los riesgos de la cirugía es la muerte, lo cual también se explicó. Se hizo la check list.

La tensión arterial de la paciente era media, es decir dentro del rango normal.

La sra. Nunca aceptó que tenía presión arterial.

Si en la clínica de los remedios no tiene firmado el consentimiento no se pasa a cirugía. Hay bastantes filtros para explicar los riesgos de la cirugía.

Las complicaciones de la cirugía pueden comprender hemorragia, aflojamiento de las prótesis, trombos, neumonías, alto riesgo de muerte en el procedimiento.

Con solo tocar el aire, la sangre produce coágulos, si hay fibrilación ventricular se puede generar un trombo, incluso el trombo se puede causar por el contacto del metal de la aguja con la sangre.

El ACV está comprendido como el riesgo generado por el trombo, que migra y cuando va pasando por el cuerpo crece hasta que tapa una arteria. Estos trombos van al cerebro por la arteria media. Taponan la arteria y produce la isquemia.

Cuando la paciente está en rayos x se tranquiliza el médico cirujano porque ya pasó el posquirúrgico que es lo más agresivo.

Como lo del ACV no es su especialidad, solo verifica la rodilla, quita el hemobac que es una manguera para que bote sangre.

Al momento del trombo la paciente no estaba en un riesgo inminente de muerte. No era pertinente hacer la trombólisis porque la paciente viene de una cirugía grande.

Si el trombo produce un accidente hemorrágico hay que abrir para sacarlo, pero si es isquémico no se sigue este procedimiento.

La clínica tiene máquinas de asistencia ventilatoria que incluso sirve para el paciente antes de poder ingresar a UCI.

Las anotaciones en HC son particulares para cada paciente pues son diferentes cada uno. Quien decide si cancela la cirugía es el anestesiólogo. Ahora bien, la paciente siempre tuvo la tensión arterial normal pese a que decía que era alta, no obstante cambia esta respuesta en la siguiente pregunta que se le formula.

Lo normal en la presión es 120/80 y luego de esto hay unos 20 ml de mercurio para ver si es leve, moderada, o severa. Dice que la presión arterial que sale en la lista de chequeo no es normal.

ASMET no tuvo ninguna intervención al momento de realizar la cirugía.

Se hace contra interrogatorio para precisar que en el folio 107 del documento 13 del expediente sí obra un consentimiento informado en el que se explica el riesgo de formación de trombos, este es el consentimiento informado de anestesiología.

Menciona que las presiones arteriales altas pueden ser leves, moderadas y altas, en esta última se cancela pero la paciente no tenía la presión alta, esto lo decide el anestesiólogo, los anestesiólogos incluso juegan o manejan eso para evitar hipertensión o hipotensión, las anestesias raquídeas no son tan agresivas como a anestesia general, el trombo no solo lo puede generar una presión alta sino por muchas otras razones.

no se puede predecir el riesgo de un ACV, se puede evitar, por eso también hay una valoración anestésica.

Luego de la cirugía el anestesiólogo entrega a la paciente al servicio de recuperación de la clínica que tiene 9 pasos, sin embargo la paciente no puede salir de recuperación hasta que esté estable, incluso en piso alguien la recibe y ve que no está sangrado, ve signos vitales, si hay algo anormal se la devuelve a la paciente y se hace una nota en la que se dice que se reinicia el proceso de recuperación.

Se suspende a las 5:58 p.m.

TESTIMONIO DR. HUERTAS: (inicia a las 9:04 a.m. del 10 de septiembre)

Los pacientes que sufren un ACV no necesariamente requieren ingreso a UCI pero sí a cuidados intermedios que fue lo que sucedió aquí conforme a la nota del internista

Dice que la paciente no tuvo una crisis hipertensiva que pudiera explicar la falla del corazón y en UCI nunca se requirió algún momento de algo para regular la presión.

Sobre el ACV como causa común de muerte dice que depende de la secuela neurológica del paciente y de la extensión del evento. No sabe cómo se la trató a la paciente en otras clínicas por lo que no sabe si tuvo incidencia.

Se le encontró una arritmia a la paciente que es una de las principales causas de ACV isquémico.

Trabaja en UCI desde 2017. La señora Manuela fue paciente de la unidad, él evaluó a la paciente en ciertas fechas.

En la historia clínica se evidencia una fibrilación auricular que es lo que genera el ACV, es decir, la arritmia genera falla cardíaca y ACV. Tiene dos veces más posibilidades de generar ACV.

En el momento de UCI se le solicitan los estudios como ECG y otros para verificar la causa.

Verifica que la paciente tenía antecedente de HTA. A la UCI llega con el ACV, el TAC que muestra lesión hipodensa, es un ECV ya establecido y se observa en el TAC que tenía un deterioro neurológico.

Los ECV se trabajan con trombólisis pero ella tenía una cirugía de horas por eso no podía realizar ese tratamiento, el otro procedimiento era la trombectomía pero eso se hace cuando hay tejido cerebral para salvar pero acá ya había ciertas lesiones establecidas.

Su evolución en UCI fue favorable porque luego paso a cuidados intermedios y de ahí pasó a hospitalización.

Inicialmente no se supo la causa del ACV pero luego hay un informe de cuidados intermedios en el que dice que ella tuvo fibrilación ventricular.

La arritmia no es fácil documentarla.

Las arritmias pueden pasar inadvertidas pero con el estrés quirúrgico y hospitalización se pueden dar.

La trombectomía se hace en una sala hemodinámica, esto solo se hace cuando el paciente no tiene lesión. La trombectomía solo podía hacerse dentro de las 6 horas entonces no había ventana suficiente de tiempo. Como ya estaba la lesión, solo se podía averiguar la causa y evitar un segundo accidente.

Para un evento agudo de ACV no se puede anti coagular de un día para otro, sino que toca esperar unos días porque puede haber una transformación en hemorragia.

Las dosis de noxaparina eran profilácticas entonces eso ayudaba a evitar la formación de trombos, es anticoagulante dependiendo de la dosis que se use. El clopidogrel es antiplaquetario.

En UCI las cifras tensionales estuvieron en meta. Es decir para un ACV se debe permitir las cifras tensionales un poco altas para hacer cierto procedimiento neurológico.

El control de las cifras arteriales hecho a la señora Manuela en UCI solo sirve para evitar futuros daños.

En el término de unos días o semanas hay que evaluar la coagulación porque la fibrilación auricular se trata con anticoagulantes. No es que no se haya dado tratamiento sin que no era el momento para hacerlo por la cirugía.

El ACV no empieza con una sospecha clínica.

La fibrilación auricular no es una consecuencia directa de la cirugía o la anestesia, sino que el estrés pudo desatarlo. Además no refería síntomas pues si bien el HTA es alto, no está entrando en crisis así que imagina que por esto el anestesiólogo pudo permitir la cirugía.

El trombo llega inmediatamente al cerebro.

Las arritmias cardíacas se pueden dar por cambios estructurales cardíacos, ahora uno de los factores de riesgo para la misma es la edad. Por lo que la paciente era más propensa y esta arritmia hubiera podido pasar en cualquier momento.

Hay gente que ni sabe que tiene arritmia.

El mal manejo del dolor puede colaborar a la arritmia.

La arritmia es un movimiento anormal de las aurículas del corazón que puede generar trombos para cualquier parte del cuerpo pero es más común para el cerebro porque es el camino más corto.

Esta fibrilación es la causa más probable porque hay un diagnóstico que no se tenía identificado antes.

Las lesiones iniciales son edemas, pérdida de sustancia blanca o gris, pérdida en eventos agudos conforme al tamaño de la lesión. Pero por la lesión hipodensa que está en la nota del internista antes de ingresar a UCI, la trombólisis estaba contraindicada y por la lesión ya no era posible hacer nada frente a la misma.

El evento fue súbito y agudo porque la paciente entró bien a la cirugía. Dice que la arritmia puede pasar desapercibida y el ACV es agudo.

Hay presiones en crisis, pero no la de la paciente porque no pasaba de 180/110. En UCI se permite un poco de hipertensión para continuar con perfusión cerebral. Ahora bien, para mantener la tensión en rangos deseados la paciente tenía medicados antihipertensivos.

INTERROGATORIO DR VLADIMIR

Al verificar el ACV se da tratamiento de prevención secundaria para que la paciente no vuelva a realizar el evento.

Él dio el alta de la paciente por sugerencia del hijo. Se completa todo y se hace el home care que es un traslado en el que se dice qué cuidados necesita el paciente en casa.

Al identificar los factores que desencadenaron el evento, estabilizar signos y demás, es posible hacer el home care y solo ahí el paciente puede salir de hospitalización.

El estado del paciente ya era el adecuado para salir del hospital, uno ve a dónde se va a ir para hacer los trámites de salida de la paciente.

La EPS se encarga de tramitar el home care para ver quién va a hacer las terapias, qué personal va a atender a la paciente, etc.

La paciente se fue unos días después de que diera el home care.

Los ACV isquémicos generalmente se asocian a arritmia, como en este caso. Como hizo ACV se pidió ECG, dopler y otros mediante los cuales se determinó la fibrilación auricular.

Es un evento muy desafortunado porque no es común que un paciente entre a cirugía y suceda este evento.

En la época en que sucedieron los eventos había otras rutas entonces no es posible cuestionar la intervención de esa época con la información de ahora. En ese tiempo la CNSR no tenía ruta de ACV aún y el tratamiento que se dio fue el adecuado.

Sí era apropiado remitir a la paciente en ambulancia, no era necesario tenerla más días en el hospital con el riesgo de otras infecciones hospitalarias.

La distancia del hospital al lugar de origen no era un problema porque ya tenía tratamiento oral y su respiración estaba controlada.

No siempre la arritmia puede detectarse.

Como el evento ya estaba instaurado no era viable hacer una trombectomía ni una trombólisis sino que hay que limitarse a la prevención secundaria.

El anestesiólogo determina si se hace cirugía o no, ellos suben o bajan la presión. El solo dolor de rodilla puede causar arritmia, pero la tensión arterial alta no está contraindicada.

El criterio para dar salida a la paciente sí es médico, pero el destino del paciente depende de lo que digan los familiares.

La orden de Home care la hace el médico tratante. Al momento de la orden la señora Manuela ya tenía secuelas del ACV y un segmento que no podía mover.

El ACV puede desarrollarse por condiciones propias del paciente. Por la edad de la paciente es más posible que suceda un ACV.

No se sabe dónde se originan propiamente los trombos, pero si hay arritmia se dice que se originan en el corazón y estos viajan por ahí.

No se sabe exactamente en cuánto tiempo se origina el trombo, pero son eventos agudos, no crónicos.

No se puede definir si al hacerse o no la operación hubiera sucedido el ACV.

Dice que no era necesario que fuera por vía aérea. tampoco conoce la vía a Bosconia. tampoco fue informado de un acceso difícil. no había una razón especial para que hubiera tenido que ir en avión.

Se suspenderá la audiencia a las 11:41 a.m. hasta el 3 de diciembre de 2024 a las 9:00 a.m.