



Señor

JUEZ ONCE CIVIL DEL CIRCUITO DE BARRANQUILLA

E. S. D.

REF: 2006-00174 – PROCESO ORDINARIO DE MAYOR CUANTIA -
RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA Y
EXTRA CONTRACTUAL

DEMANDANTE: ISABEL DEL SOCORRO MORAN GONZALEZ Y OTRO

DEMANDADA: ORGANIZACIÓN CLINICA GENERAL DEL NORTE S.A.

ALFONSO E. LOPEZ RODRIGUEZ, mayor de edad, y de esta vecindad, identificado con cédula de ciudadanía número 7.441.773 de Barranquilla, con tarjeta profesional No. 47.316 del Consejo Superior de la Judicatura. Actuando como apoderado de la parte actora en el proceso de la referencia, comedidamente acudo ante su despacho, con el fin de manifestarle que estando dentro de los términos legales respectivos, por este documento escrito **INTERPONGO y SUSTENTO RECURSO DE APELACION** contra la sentencia de primera instancia de fecha 24 de febrero de 2020, proferida por el Juzgado Once Civil del Circuito de Barranquilla, dentro del proceso ordinario de mayor cuantía (responsabilidad civil médica extracontractual) radicado bajo el número 2006-0174, notificada por edicto con fijación de fecha 28 de febrero de 2020, para que se desate por el Honorable Tribunal Superior de Barranquilla, **RECURSO DE APELACION** que sustento mediante los siguientes razonamientos fácticos, probatorios, legal y jurisprudencial.

Las razones que motivan la inconformidad de esta Procuraduría Judicial, con las deducciones a que llegó el juzgador de primera instancia, se circunscriben en la esfera de que la sentencia impugnada evidencia errónea valoración de las pruebas, guardándose además, silencio sobre aspectos de la controversia y consecuentemente, quedando cuestiones pendientes entre las partes:

1.- La señora ISABEL DEL SOCORRO MORAN GONZALEZ, cónyuge del interfecto, en su propio nombre y en representación de su menor hija LUISA

FERNANDA MACHUCA MORAN, me confirió poder especial, amplio y suficiente, para que en su nombre y representación incoara y llevara hasta su terminación PROCESO ORDINARIO DE MAYOR CUANTIA (RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA EXTRA CONTRACTUAL), artículo 1494 y 2341 C.C., en contra de la ORGANIZACIÓN CLINICA GENERAL DEL NORTE S.A. con el fin de que mediante sentencia se hagan las siguientes declaraciones y condenas:

I.- PETITUM

PRIMERO: Que se declare por medio de sentencia, responsable civilmente a la entidad demandada por la muerte de FERNANDO LUIS MACHUCA DE MIER, hecho que tuvo lugar el día 8 de Mayo de 2003, hora 2:00 PM, en la Unidad de Cuidados Intensivos de la ORGANIZACIÓN CLINICA GENERAL DEL NORTE de la ciudad de Barranquilla, debido a culpa por hechos, omisiones, violación al deber de cuidado, falta de diligencia de dicho centro asistencial y sus médicos tratantes, en la prestación de los servicios de salud y médicos.

SEGUNDO: Que la ORGANIZACIÓN CLINICA GENERAL DEL NORTE S.A. y los médicos que atendieron al paciente FERNANDO LUIS MACHUCA DE MIER, son solidariamente responsables extracontractualmente, por culpa, debido a omisión, violación al deber de cuidado, falta de diligencia en la prestación de los servicios de salud y médicos que funcionaron en forma irregular e inadecuadas, lo que ocasionó la muerte del paciente FERNANDO LUIS MACHUCA DE MIER, el 8 de mayo de 2003, de la ORGANIZACIÓN CLINICA GENERAL DEL NORTE, en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

TERCERO: Que como consecuencia de la anterior declaración se condene a la demandada a pagar a la parte demandante dentro de los seis (6) días siguientes a la fecha de ejecutoria de la sentencia, que así lo declare, o quienes los representen legalmente, el valor de los perjuicios materiales y morales sufridos por ISABEL DEL SOCORRO MORAN GONZALEZ y LUISA

FERNANDA MACHUCA MORAN, con ocasión de la muerte de su cónyuge y padre respectivamente.

2.- En ejercicio del poder conferido, presenté la correspondiente demanda contra la ORGANIZACIÓN CLINICA GENERAL DEL NORTE S.A., demanda que fue admitida mediante auto de fecha octubre 5 de 2006, por el despacho del Juzgado Sexto Civil del Circuito de Barranquilla (folio 262 exp.).

3.- Surtidos los términos de los traslados procesales y el periodo probatorio, el proceso al despacho para sentencia.

4.- El día 24 de febrero de 2020, el Juzgado Once Civil del Circuito de Barranquilla, dictó la correspondiente sentencia de primera instancia, que es materia de este recurso de apelación y en ello resolvió negar las súplicas de la demanda, causándose de esta manera perjuicio y agravio a la parte demandante.

II.- CAUSA PETENDI

En apoyo de las pretensiones expresadas en la demanda, se sustentaron los siguientes hechos:

PRIMERO: Con ocasión de sentirse afectado en su salud, el paciente FERNANDO LUIS MACHUCA DE MIER, acompañado de su señora esposa acudió el día 9 de abril de 2003, al centro asistencial ORGANIZACIÓN CLINICA GENERAL DEL NORTE, a consultar su estado de salud. Una vez valorado, los síntomas que presentaba fueron: fiebre, dolor en los músculos, cefalea y dolor en las articulaciones. Donde quedó demostrado que el motivo de su consulta fue “fiebre” y su enfermedad actual cinco (5) días de evolución de fiebre alta, asociado a malestar general y cefalea, quedando hospitalizado en la fecha por el Dr. RICARDO VILLA VARGAS (folio 57 del exp.).

SEGUNDO: El paciente **FERNANDO LUIS MACHUCA DE MIER**, el día diez (10) de abril de 2003, horas de la tarde ingresa a piso, procedente de urgencias; después de ser valorado quedó hospitalizado hasta el día 8 de mayo de 2003, día en que fallece a las 2:00 PM en la UCI de dicho Centro Asistencial, unidad responsable del desarrollo y cuidado especial en que se encontraba el paciente, con valoración médica del Dr. **ABEL ESPINOSA** que registra 1º Síndrome febril y viral; 2º Dengue clásico; 3º Fiebre tifoidea y leptosporosis? Interrogadas. Refiere sentirse mejor, consiente, buen estado general. Signos vitales normales; TA 120/70 – FC 90X, FR 20. Rs Cs Rs sin soplos. Pulmones claros y ventilados. Abdomen Blando depresibles. Extremidades: Extremidades: simétricas, sin edema S.N.C ⁽²⁾: No déficit aparente (folio 59 exp.).

TERCERO: Según evolución médica, para la fecha de su hospitalización y días siguientes 10 y 11 de abril de 2003, horas de la mañana, al examen físico el paciente acusó signos vitales normales: TA 120/70, FC 90X', FR 16X', T 37.5 c.c., Rs, Cs, Rs. Ruidos cardiacos ritmicos sin soplos, pulmones claros, ventilados. Extremidades simétricas, sin edema. S.N.C. Sin déficit aparente. Pacientes sin antecedentes cardiovasculares y sin ictericia. Buen estado general. Hidratado, sin dificultad respiratoria. Parámetros cardio respiratorios normales al ingresar al Centro Asistencial (se debe descartar otras patologías que causan fiebres como: fiebre tifoidea y leptosporosis, valoración de los Drs. **WILLIAM BENITEZ**, **ABEL ESPINOZA** (folios 58 y 59 exp.)

CUARTO: A partir del día 12 y 13 de abril de 2003, según valoración de los Drs. **PAUL SILVERA**, **FELIPE GONZALEZ** y **JULIO POSADA**, el paciente acusa dificultad respiratoria y edema grado 1 de manos, comienza a alterarse su estado cardio respiratorio. Presenta problemas cardio pulmonares. S.V. (signos vitales) TA: 130/100, FC 110X', FR 20X', T 37°C. Sistema hemodinámico alterado x alta FC y FR. hidratado por morbilidad bascular (folio 61 Exp.).

Para el día 13 de abril, horas de la mañana, paciente refiere que desde las 5.00 AM ha comenzado a presentarse dificultad respiratoria, continua con disnea (dificultad para respirar) con ruidos pulmonares anormales, según Departamento de Imagnología, el RX de Torax de la fecha presenta

infiltrados en ambos campos pulmonares por edema pulmonar, se ordena bajar líquidos y medicamentos con diuréticos que esfuerzan la orina (furosemida) para sacar líquidos por la sobre hidratación. **Al bajar los líquidos** se reporta bienestar del paciente, se normaliza el ritmo cardíaco y el estado del paciente. **PULMONES:** murmullos vesicular normal, paciente refiere sentirse mejor de su disnea. Valoración de los doctores **JULIO POSADA, FELIPE GONZALEZ** (folio 62 exp).

QUINTO: En horas de la tarde del día 13 de abril según valoración de los Dres Julio Posada y Felipe Gonzalez: El paciente refiere sentirse mejor de su disnea (dificultad para respirar), con signos vitales adecuados TA 130/70 FC 100X' FR 18X'. Pulmones estertores crepitantes en disminución. Plan **FUROSEMIDA** (folio 62 exp.)

Para el día 14 de abril de 2003, por medicina interna el paciente refiere haber pasado buena noche. Con estertores (ruidos pulmonares anormales) crepitantes bibasales de predominio izquierdo; paciente con signos vitales para la fecha: TA 120/70 FC 76X' FR 16X', Valoración y Diagnostico de los Dres **FELIPE GONZALEZ y JULIO POSADA** (folio 62 exp)

SEXTO: Para el día 15 de abril de 2003, según evaluación médica y valoración de los Drs **FELIPE GONZALEZ y JULIO POSADA S,** el paciente acusa síndrome viral por **dengue**. Edema agudo del pulmón por disnea y estertores crepitantes húmedos en las férulas de predominio izquierdo. Dice la valoración probable aumento de permeabilidad vascular. Alto Riesgo de C.I.R.S. (síndrome de respuesta inflamatoria sistémica) y presencia de foco infeccioso pulmonar. Para la fecha por servicio de medicina interna se le confirma mediante serología **DENGUE POSITIVO**. Plaquetas de 42.000 mm³ a 56.900 mm³ (micras). El paciente es trasladado a la Unidad Polivalente para **MONITOREO** y manejo de líquido (se disminuyen líquidos y se maneja con Furosemida.

CIFRAS DE SIGNOS VITALES: TA =130/80 (normal), FC = 130X', FR = 28X', con el sistema hemodinámico y respiratorio anormal, por el líquido infiltrado en los pulmones. Hecho que confirma los RX de Torax de abril 15 de 2003. Radiólogo Dr. Sergio T. Orozco Fandiño. Infiltrados pulmonares bilaterales x edema pulmonar (folios 63, 64, 65, 66 Exp.).

SEPTIMO: Para la fecha de 16 de Abril 2003, hora 8:50 A.M., el paciente FERNANDO LUIS MACHUCA DE MIER, es trasladado de la Sala Polivalente a la Unidad de Cuidados Intensivos (U.C.I.), por la gravedad que acusaba y malas condiciones generales. Según valoración de los Drs. ALVARO URBINA y FABIAN PEÑATE. En la fecha por NEUMOLOGIA, se le realiza FIBROBRONCOSCOPIA y lavado bronquial; a través de tubo orotraqueal, se observa mucosa hiporemica, con lecciones equimotricas en forma diseminadas y secreciones mucosas en escasas cantidad de proceso infeccioso de vía aérea de tipo viral. Una vez valorado en cuidados intensivos fue entubado. El paciente cursa con cifras tensionales adecuadas: TA 142/83, FC 122X', FR 16X', T: 37°C. Manteniendo buena saturación A cursado Afebril, con tendencia a la taquicardia. Sinusal RsCsRs Taquicardicos, no soplos, según RX de Torax de fecha 16 de abril de 2003, presenta filtrados ocupativos del espacio aéreo de ambos pulmones. Radiológicamente infiltrados algodonosos bilaterales. Registra la Valoración: gasométrica y bioquímicamente con cifras normales. Con plaquetas en ascenso 85.900 mm³ (micras) con empeoramiento clínico y radiológico por Bacteria Pseudomona, Stafilococo y Atípica.

OCTAVO: La valoración de la fecha (IV-16-2003, Hora 11 AM) registra 1ER día de estancia en UCI:

1.- Dengue Clásico; 2.- Neumonía Vs Atípica; 3.- Poliserasítis 2ria a (1); 4.- Síndrome de insuficiencia respiratoria aguda V.M. (ventilación mecánica) (folios 68, 69 Exp.).

Des: José Jaraba, Oscar I. Osorio, Juan José Castro Castro.

Valoración de la fecha, horas de la tarde, se le confirma por serologia dengue positivo. El paciente desde hace 3 días presentando cuadro de Disnea con Taquisnea. Se realizaron RX de Torax que muestra congestión pulmonar. Paciente presenta deterioro respiratorio por lo que necesita TOT (traqueostomia) y asistencia ventilatoria por proceso infeccioso.

La valoración registra: S.V.: TA = 146/92, TAM 92, FC 132X', T 38.5 °C Afebril. Pulmones crépidos húmedos en 2/3 de ambos hemitórax, RsCsR

taquicardicos. **Abdomen blando depresible. Diuresis(+)**, extremidades simétricas.- Saturación de 99%. Bioquímicamente en cifras normales. Leuco = 16.100 aumentados. Plaquetas en ascenso 85.900 micras (folios 71 y 73 Exp.).

Según evolución médica y valoración del Dr. WILLIAM BENITEZ P., del día 17-IV-2003 por Medicina Interna, en horas del medio día, paciente 1er día de estancia en (U.C.I.), se registra paciente con: 1. Distres (lesión pulmonar) respiratorio. 2.- **Dengue clásico**. En malas condiciones generales, bajo sedo analgésico con: dormicum -fentanilo e infusión.

Paciente continuó con edema pulmonar, taquicárdico, FC 120X', FR 16X'. los parámetros hemodinámicos indican aumento de presión en circulación pulmonar, con diuresis (+) 200cc por hora. Extremidades simétricas sin edema. El paciente lo mantienen con apoyo inotrópico (medicamento que estimula la frecuencia cardíaca). Hecho el conteo de plaquetas le registran 116.000 mm³ micras, Leucos 13.100 (ligero aumento). Libre de picos febriles (folio 74 Exp.).

Para la fecha por medicina interna en horas de la tarde, valoran al paciente con diagnóstico de :

- 1.- **Síndrome de choque del dengue**
- 2.- Lesión pulmonar aguda
- 3.- SEPSIS (?)
- 4.- S.D.R.A. (síndrome de insuficiencia respiratoria aguda 2ra a (I)

Parámetros ventilatorios y hemodinámicos con cifras normales. SAT 98.5% SV = TA 141/69, FC 115X', FR 16X', T 37.6°C. normales (folios 75, 76, 77 Exp).

NOVENO: El día 18 de abril de 2003, en horas de la noche, el paciente en su cuarto día de estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos, valorado por el Dr. OSWALDO CABEZA VEGA, con evolución médica:

- 1.- Síndrome de choque por dengue
- 2.- S.D.R.A. (síndrome de insuficiencia respiratoria aguda 2ría a (1)
- 3.- Derrame plural bilateral
- 4.- Proceso neumónico

Signos vitales normales: TA 130/70, FC 100X', FR 16X', Sao2 99%, T 36.5°C

Dice la evolución: Paciente inconsciente, bajo sedorrelajación, con ruidos cardíacos, rítmicos, pulmones con disminución de las complicaciones, abdomen y extremidades normales. Con cierta baja de hemoglobina, por lo que se transfunde una unidad de GRE, HEB 8.7 buen gesto cardíaco y buena diuresis pulmones con movilización de secreciones (folios 76 y 79 Exp.).

DECIMO: Para la fecha del día 19-IV- de 2003, horas de la mañana 6:10 a.m., el paciente es valorado por el Dr. EIDELMAN GONZALEZ MENA y otro, con evolución médica:

- 1.- Síndrome de Shock por dengue
- 2.- S.D.R.A. 2ario a 1

Paciente quien durante la noche permaneció hemo dinámicamente controlado con aparato ventilatorio, afébril, diuresis positiva normal tolerando gastroclisis. S.V. normales TA 130/70, FC 90X', FR 16X', Sao2 99%. Pulmones con movilización de secreciones. RsCsRs sin soplos. Abdomen blando depresible. Peristalsis (+) normal. Paciente bajo sedación.

Valoración de la fecha, horas de la tarde evolución clínica:

- 1.- Síndrome de Shock por dengue
- 2.- S.D.R.A. 2ario a 1

Paciente quien durante el turno ha permanecido con apoyo ventilatorio. Con peep de 5 cc. De H2O. Con Dopamina. Signos vitales igual cifras. Pulmones con movilización de secreciones. RsCsRs sin soplos. Abdomen blando depresible **Peristalsis (+) normales**. Paciente controlado. Paciente bajo

sedación y analgesia. Valoración del Dr. CARLOS REBOLLEDO (folios 78, 80, 81 Exp.)

El día 20 de abril, según evolución médica y valoración del Dr. OSWALDO CABEZA VEGA, le resulta el siguiente pronóstico:

- 1.- Síndrome de Shock por dengue
- 2.- S.D.R.A. 2ario a 1

Paciente bajo sedo analgesia con Medazolan y Fentanilo. Cursa con apoyo inotrópico (dobutamina, dopamina). Persisten picos febriles, evidencia de proceso infeccioso y notas de CIRS (síndrome de respuesta inflamatoria sistémica). Infiltrados pulmonares. Mantiene buenas cifras tensionales TA 115/70, FC 95X¹, FR 18X¹, T 37.5°C- RsCsRs no soplos (Folios 82, 83 y 84 Exp.).

DECIMO PRIMERO: El día 21 de abril de 2003, en horas de la mañana, según evolución y valoración médica, le registra al paciente:

- 1.- Síndrome de Shock por dengue
- 2.- S.D.R.A. 2 rio a (1)

Neurológicamente, el paciente bajo sedoanalgesia. Pupilas 2mm isocóricas reactivas. Con apoyo inotrópico, acoplado al respirador. Saturación de oxígeno: > 95%. Gasto urinario adecuado con apoyo diurético. **INFECTOLOGIA:** Febril. Sin SIRS. Diuresis: **gasto urinario adecuado.** Metabólicamente sin alteraciones. Con mejoría radiológica.

Día 21 de IV-2003, hora 2: 45 PM. con valoración médica por infectología:

- 1.- Síndrome Shock x Dengue
- 2.- S.D.R.A.

Paciente en su quinto día de estancia en UCI, taquicárdico, evolucionando con cuadro clínico sugestivo al dengue clásico. Se observa por RX de tórax

de la fecha infiltrados pulmonares bilaterales, derramen plural. Conteo de plaquetas hasta llegar a 44.000 mm³. FC 118 X'

EVOLUCION MEDICA: ABRIL 21 de 2003 HORAS DE LA MAÑANA

Valoración de los Dres. MARIO MUNEVAR B. y JOSE JARABA SIERRA, con los siguientes registros médicos:

1.- síndrome de Shock por Dengue

2.- S.D.R.A. 2do a (1)

S.V. T.A. = 141/75 P.A.M. 108, FC 108X', FR 16X', T 37.7°C. SNC = paciente bajo analgésico con fentanilo. Abdomen **blando depresible, peristalsis (+), diuresis (+), extremidades simétricas, No edema**, laboratorios: todos los exámenes con cifras normales, plaquetas 268.000 micras, normalizados, glóbulos blancos 14.600 M ligeramente aumentados. Hemocultivo: Bacilo G(-). BAL. G(-), Paciente taquicárdico (folios 85, 86, 87 Exp.)

DECIMO SEGUNDO: Según evolución medica del día 22 de IV-2003, horas de la mañana, valoración del Dr. MARIO MUNEVAR B., el paciente registra: **ABD: blando, depresible, peristalsis (+), Diuresis (+).** Extremidades, simétricas, no edemas de Mls.

Laboratorios: todos los exámenes con cifras normales. Plaquetas 288.000 micras normalizados. Glóbulos Blancos 14.400 con ligero aumento.

RX TORAX: **Infiltrados pulmonares bilaterales con mejoría en relación estudio anterior bioquímicamente: con cifras normales con taquicardia y datos de SIRS, con BALCON bacilo G (-).**

Para la fecha en horas de la tarde con valoración:

1.- Síndrome de Shock por dengue

2.- Injuria pulmonar

Paciente quien durante la tarde ha permanecido **hemo** dinámicamente controlado con tendencia a la taquicardia, con pico febril de 38°C, **diuresis positiva (+)**, tolerando alimentación S.V. TA 120/70, FC 100X', FR 18X', Saturación Oxígeno 98%, pulmones con secreción. RsCsRs, sin soplo Abd. **Blando depresible peristalsis normal** (folios 90 y 91 Exp).

El día 23 de abril de 2003, en su 7º día de estancia en UCI, con diagnóstico de:

- 1.- Síndrome de Shock Dengue + SIRS
- 2.- Injuria Pulmonar
- 3.- Sepsis x Bal G(-) en clasificación (proceso infeccioso nuevo) nosocomial
- 4.- S.D.R.A. 2do a (1)

Signos vitales adecuados, con tendencia a la taquicardia. **Neurologicamente:** periodos de ansiedad. Sube frecuencia cardiaca y respiratoria con el despertar, cursa febril.

SV: TA 116/76, FC 130X', FR 18X', T 38°C (folios 91, 92 Exp.)

DECIMO TERCERO: Evolución médica día 24-IV-2005 y valoración de los Drs. ELDELMAN GONZALEZ MENA, RICHARD USTA y ANTONIO CONSUEGRA, MARIO MUNEVAR B., con los siguientes pronósticos:

- 1.- Síndrome Shock por Dengue en Resolución
- 2.- Sepsis por G(-)

SV: TA 137/85, PAM 98, FC 112X', FR 20X', T 36.5°C

SNC: Paciente consciente alerta, moviliza MsS y Msi con infusión de Fentanilo R.C. taquicárdico con dopamina. Pulmones con movilización de secreciones. **Abdomen blando depresible, peristalsis (+), diuresis positivo (+)**. Extremidades simétricas no edema de MsS₁. Paciente con disminución de la temperatura. Neurologicamente, paciente consciente sin edema, paciente controlado. **Continuará plan de destete ventilatorio.**

Para el día 24 IV 2003, la hora de 10:15 AM, 7º día evolución en UCI, al paciente le registran por infectología.

- 1.- Síndrome de Shock Dengue
- 2.- Injuria pulmonar en Resolución

***3ª Forma del Dengue (folio 300 Exp)**

El paciente cursa hemodinámicamente **estable sin apoyo inotrópico, en plan de destete ventilatorio mecánico; afebril.**

Para el día 24 de IV de 2003, la evolución médica y valoración del Dr. ANTONIO CONSUEGRA, fue:

- 1.- Síndrome de Shock x Dengue Resuelto
- 2.- SDRA Resuelto

Clinica del Paciente:

Paciente despierto, colaborador, obedece órdenes, pulmones claros, acoplado al ventilador, Saturación de oxígeno >95%. Abdomen: **tolera gastroclisis, buen gesto urinario.** Extremidades simétricas.

Infectológico: **Afebril.** Con leucocitosis importantes.

Se valora el paciente por servicio de CX vascular, quien sugiere observación y seguimiento.

Paciente sin aumento de permeabilidad vascular.

Evolución favorable, tanto hemodinámica como ventilatoria. Sin datos de SIRS ni evento agudo que amenace constantes vitales. Actualmente controlado y con mejoría progresiva de su estado general. **Con llenado capilar adecuado. Buena perfusión vascular** (folio 93, 94, 95, 96 y 97 Exp.)

DECIMO CUARTO: El día 25 IV – 2003, en su octavo día de estancia en la UCI, el paciente según. Evolución y Valoración médica en horas de la tarde le registran:

- 1.- Síndrome de Shock del Dengue en Resolución
- 2.- Sepsis por A. Baumanis – Calcoacehins.

Paciente evoluciona con TA adecuado **sin inotrópicos**. TA 130/78, FC 117X', FR16X', Sato₂ 100%, realiza Pico febril 38°C en horas de la mañana, en la tarde afebril, RxCsRs, Murmullo vehicular en ambos campos pulmonares. **Diuresis (+)** neurológicamente bajo sedoanalgesia con Fentanilo y Medazolan. **Plan continuo igual manejo**. Valoración Dra. CARMEN ISABEL POLO (Ex.p. 98 Exp.).

DECIMO QUINTO: El día 26-IV-2003, 9º día evolución en UCI, el paciente FERNANDO LUIS MACHUCA DE MIER, evoluciona con diagnóstico según valoración médica del Dr. RICHARD USTA.

- 1.- Síndrome Shock Dengue Resuelto
- 2.- Injuría Pulmonar
- 3.- NN Asociado a ventilación
- 4.- Sepsis origen pulmonar por A. Baumannii

Se aísla A. Baumannii en secreción bronquial y gran (-) en hemocultivo y retrocultivo y se extreman medidas de aislamiento estricto y se **continuará con los antibióticos ceftazidima, amikocina**. Pulmones con estertores crepitantes en ambas bases - RxCsRs sin soplos. **ABDOMEN blando depresible sin dolor, peristalsis (+)**. Neurológico: bajo sedación. **Infectológico: febril, con leucocitos en descenso - metabólicamente sin alteración.**

Estable sin datos de deterioro en las últimas 24 horas (folios 98, 99, 100 y 101 Exp.)

DECIMO SEXTO: Según evolución médica del día 27-IV-2003, valoración del Dr. RICARDO VILLA, el paciente acusa:

- 1.- Neumonía asociada a ventilación (nosocomial)
- 2.- Sepsis origen pulmonar
- 3.- Síndrome Shock Dengue Resuelto

Paciente quien durante la mañana ha permanecido hemodinamicamente controlado, con apoyo ventilatorio. **Afebril, diuresis positivo, TA 120/70, FC 110X', FR 14X' Sato₂ 99%**, pulmones con ligeros estertores crepitantes bibasales. RscSRs, sin soplos infectológico: **afebril. Disminución de leucocitos 12.400. Abdomen blando depresible, peristalsis (+) normal.** Extremidades con edema. Neurológico: bajo sedación al momento del examen físico.

Paciente con mejoría radiológica, disminución de leucocitos. Actualmente sin fiebre. Pronostico de acuerdo a evaluación Plan Paciente Igual Manejo (folios 102, 103, 105 Exp). Paciente con S.V. normales TA 120/70, FC 110X', FR 14X', Sato₂ 99%.

DECIMO SEPTIMO: Para el día 28-IV-2003, paciente en su día 12 de estancia en unidad de cuidados intensivos. Evolución horas de la mañana, sigue con:

- 1.- Neumonía asociada a ventilación mecánica
- 2.- Sepsis de origen pulmonar
- 3.- **Síndrome shock Dengue resuelto**

Signos Vitales con cifras normales TA 133/79, TAM 96, Febril T38°C, Sato₂ 100%, pulmones con crepitos en bases pulmonares derecho e izquierdo. SNC, paciente bajo sedación con dormicum, analgesia con Fentanilo.

RscSRs no soplo. **Abd = Blando depresible peristalsis (+), diuresis (+) normales.** Extremidades = simétricas, no edema MIs. Pronóstico reservado de acuerdo a evolución.

Signos vitales en horas de la noche con cifras adecuadas, Plaquetas 455.000 mm³ micras. Valoración de los Dr. MARIO MUNEVAR B JUAN JOSE CASTRO C, y JOSE JARABA S. (folios 104, 107 exp.)

DECIMO OCTAVO: El día 29 -IV-2003, paciente en su día 14 en UCI, con diagnóstico de:

- 1.- Neumonía Asociada a ventilación mecánica tardía
- 2.- Sepsis de origen pulmonar
- 3.- **Síndrome Shock Dengue Resuelto**

Signos Vitales con cifras normales T.A. = 120/70, Tam = 90, FC 100X', FR 14X'

RsCsRs taquicardico. Plaquetas 440.000 micras (normales)

Neurológicamente sin déficit aparente. Al paciente reprograman traqueotomía dado la reintubación prolongada a la fecha del paciente.

Pulmones: con disminución del murmullo vesicular, extremidades normales. RX infiltrados bilaterales.

Traqueotomía hoy, valoración de los Drs. CARMEN ISABEL POLO, JOSE JARABA, JUAN JOSE CASTRO CASTRO (Folios.106, 108, 109 Exp.).

DECIMO NOVENO: Según evolución médica 30-IV-2003 y valoración de los Drs. JOSE JARABAS y MARIO MUNEVAR B., al paciente en su día 15 de estancia en UCI, Abril 30 de 2003, horas de la mañana, le diagnostican:

- 1.- Síndrome de Shock Dengue Resuelto
- 2.- Neumonía AVM (asociada ventilación mecánica) tardía
- 3.- Sepsis de origen pulmonar
- 4.- Traqueotomía día (1)

S.V. normales – TA 113/73, PAM 93, FC 111X', FR 14X', T 36.3°C, S.N.C. (sistema nervioso central), bajo sedoanalgesia con dopamina. RsCsRs, NO soplos. Pulmones con disminución, de murmullo vesicular con bases pulmonares- Abd: **blando depresible peristolsis (+), diuresis (+).**

Extremidades simétricas, no edema de Mts. Laboratorios: Todos los exámenes con cifras normales, plaquetas 422.000 micras. Glóbulos blancos 13.600 con leve aumento, Sto₂ 97.6%, glicemia 93.

Paciente que en la fecha fue llevado a traqueotomía, por lo que se deja analgesia con Fentanilo 92.4 mg/h, domicon a 0.18 mg/h, hemodinámicamente controlado, Afebril en horas de la mañana, pronóstico reservado de acuerdo a evolución.

Evaluación médica en horas de la noche, Abril 30 de 2003, Valoración Dr. OSWALDO CABEZA V.

- 1.- Síndrome Shock dengue resuelto
- 2.- Neumonía hoscocomial AVM (asociada ventilación mecánica)

3.- Sepsis de origen pulmonar

PA - 131/70, FC 118X', FR 20X', T 37°C, Diuresis > 100cc/hora. Paciente bajo Sedoanalgesio con Fentanilo 10cc/h y dormicum a 10 cc/h. Estuvo despierto por momento, pupilas isocóricas y reactiva. **PULMONES con mejor murmullo vesicular.** Abdomen blando, depresible. Extremidades observándose debilidad muscular, por lo que se solicito férulas en servicio de terapia física.

Paciente con mejoría de PAEL, se puede intentar destete ventilatorio, con probabilidades de traqueotomía hoy. Buena diuresis y saturación (folios 110 y 111 Exp.).

Paciente presenta inicialmente sangrado a través de estoma de traqueotomía, con episodio de decantación parcial por "golpe de tos" y posterior satura (baja saturación de oxígeno) con hipoventilación (doble bajo carbono) a la auscultación por lo que se procede a reacomodar cánula de traqueotomía. Pero posteriormente nuevamente hoy protusión de la misma a pesar de estrecharse con punto de saturación con baja saturación de oxígeno 58%, por lo que se decide TOT y valoración URGENTE por ORL (otorrinolaringólogo), quien considera el paciente AMERITA canula de MAYOR TAMAÑO POR TENER UNA TRAQUE AMPLIA. (valoración de la Dra. CARMEN ISABEL POLO) folio 114 Exp.

VIGESIMO: Para la fecha 1 de V - 2003, según evolución médica y valoración del Dr. OSWALDO CABEZA VEGA, con el siguiente registro:

- 1.- Shock Dengue Resuelto
- 2.- Sepsis Pulmonar

PA 135/65, FC 118X', FR 18X', T 36.5°C, Diuresis (+) >100 cc/h, paciente bajo sedoanalgesio, pupilas isocóricas y reactivas, **pulmones buen o mejor murmullo, persiste neumonía nosocomial,** Abdomen blando, peristalsis positiva.

Buena hemodinámica y saturación, evolución con realización de traqueotomía, se retira la misma y necesita de reintervención plan igual manejo.

Mayo 1º - 2003 evolución médico, valorado por ORL Dr. BARRIO. 10.00 PM

Paciente con 2 día de traqueotomía y revisión de la misma; ayer en la noche me llaman: porque la cánula al parecer **se salió de la tráquea, se retira y se coloca nuevamente en tráquea**, se fija con puntos a piel y con cinta al cuello. Se solicita mantener al paciente en decúbito dorsal y en posición horizontal y no colocarlo en posición semisentado (folio 115 exp)

Mayo 1º - 2003, evolución médica día 16 de estancia en UCI horas de la noche, valoración Dra. CARMEN ISABEL POLO, igual pronóstico:

- 1.- Síndrome Shock dengue resuelto
- 2.- Sepsis pulmonar por A. haemolis. No hay dengue

Paciente llevado en horas de la noche a revisión de traqueotomía y colocación de cánula No. 9, la cual se fija con punto de sutura externos, **Presenta sangrado moderado** por lo que se toma **coagulograma que reporta NORMAL**. Plaquetas normal 381.000 micras, S.V. estables TA 138/70, FC 125X', T 38°C, FR 16X', febril, **tendiente a la taquicardia**.

Plan vigilar patrón respiratorio (folio 114, 112 exp.).

VIGESIMO PRIMERO: Evolución médica Mayo 2 de 2003, valoración Drs. JOSE JARABA SIERRA, OSWALDO CABEZA V., NOHEMI MEZA.

- 1.- Neumonía Asociada a ventilador. No hay dengue
- 2.- Sepsis de origen pulmonar (paciente no evoluciona dengue)

Para el día 2 de mayo horas de la mañana, el paciente continua con neumonía asociada a ventilador y sepsis de origen pulmonar. No hay dengue y **persisten los problemas orotraqueal, hay necesidad de recomendar sondas de traqueotomía por médico otorrino** y fijación con satura por escape de volumen. Actualmente acoplado al respirador. **Pulmones claros, saturación**

>95%, metabólicamente compensado y estabilidad hemodinámica. Se infectó la traqueotomía. Le suspenden sedoanalgesia con mejoría de la PAEI. Por Neurología impresión diagnóstica se observa apertura ocular espontáneo, obedece algunas órdenes. Cuadraparesia: 2/5 cuerpo izquierdo, 3/5 cuerpo derecho. Los 4 miembros afectados, con baja capacidad de respuesta. TA 129/66, FC 133X', T 37°C, TAM 92, Sto₂ 98%, **Abd blando, peristalsis positivo (+)**, paciente con apertura ocular espontánea con caída de pie izquierdo (folios 115, 117, 118, 119 Exp.).

VIGESIMO SEGUNDO: Evolución médica Mayo 3-2003, horas de la mañana, valoración Dra. CARMEN ISABEL POLO, JOSE JARABA SIERRA, el diagnóstico.

- 1.- Shock Dengue resuelto
- 2.- Neumonía asociada a ventilación

Paciente con TOT, bajo sedoanalgesia, TA 130/70, FC 116X', FR 18X', Sto₂ 99%, adecuadamente ventilado, valorado nuevamente por otorrino (Dr. Barrios), quien decide llevarlo a revisión al medio día de hoy. Febril 38°C, **diuresis positiva.** Neurologicamente bajo sedoanalgesia. Plan: Revisión de traqueotomía, **Revalorar por neurología con TAC cerebral** (folio 121 exp.)

Por neurología se revisó TAC cerebral **sin evidencia de patología aparente**, aunque no es el estudio para lesión en fosa posterior.

Paciente continua sin cambios; actualmente bajo sedoanalgesia. Se espera evolución, ya que es necesario realizar una RM que es imposible en este momento y se realizará estudio eléctrico.

Evolución médica de la fecha horas de la tarde, valoración Dr. CARLOS REBOLLEDO, con los mismos pronósticos.

- 1.- Síndrome Shock Dengue Resuelto
- 2.- Neumonía Asociada a Ventilador

Durante la tarde ventilación mecánica. Se realiza procedimiento quirúrgico. Colocación de tubo por orificio de traqueotomía, se toman punto de sutura y

mantiene adecuada hemodinámico. El paciente mantiene signos vitales adecuados: TA 130/70, FC 96X', FR 19X', Sto₂ 99%, Torax: con expansibilidad pulmonar. Ruidos cardiacos ritmicos no soplos Abdomen blando depresible. Extremidades simétricas (folios 120, 121, 122 Exp.)

Mayo 4-2003, evolución médica y valoración del Dr. MARIO MUNEVAR B. en su día 18 de estancia en UCI, sigue con el siguiente diagnóstico: hora de la mañana.

1.- Shock Dengue Resuelto

2.- Neumonía AVM

S.V. adecuado TA 105/55, PAM 74, FC 105X', FR 16X', T 36.5°C, SNC bajo Sedoanalgesia con dormicum a 30cc/h, RsCsRs, no soplos **pulmones con disminución del murmullo vesicular en bases pulmonares, Abd blando depresible, peristalsis (+), diuresis (+) 200cc en 2 horas. Extremidades: No edema de MsIs.**

G.A.S. = Exámenes con cifras normales.

Paciente hemo-dinámicamente controlado, **afebril desde ayer**, Evolución estacionaria.

LABORATORIOS: Todos los exámenes con cifras normales: Plaquetas 344.000 micras. Glóbulos Blancos con leve aumento.

Mayo 4-2003, evolución médica durante la noche. Valoración del Dr. OSWALDO CABEZA, con registro de:

1.- Síndrome Shock Dengue Resuelto

2.- Neumonía AVM (asociada ventilación mecánica).

Signos vitales adecuados TA 127/80, FC 125X', FR 16X', T 37°C, **DIURESIS BUENA.** Paciente con pupilas isocóricas en 2 mm reactivas, RsCsRs taquicardicas, **abdomen blando con peristalsis positiva.** Pulmones con murmullos vesicular. Saturación de oxígeno 99%, colocación de tubo por orificio de traqueotomía, se mantiene adecuada hemodinamia (folios 124 y 123 Exp.).

VIGESIMO TERCERO: Según evolución médica del día 5-V-2003 y valoración del Dr. MARIO MUNEVAR B., el paciente FERNANDO LUIS

MACHUCA DI; MIER, en su día 19 de estancia en UCI con el siguiente diagnóstico: Evolución horas de la mañana.

- 1.- Sepsis pulmonar por G(-)
- 2.- Neumonía A.V.A.
- 3.- Síndrome Shock Dengue resuelto
- 4.- Pop Traqueostomía

S.V.: TA 153/85, PAM 99%, FC 120X', FR 18X', T 38.5°C, con alteraciones de los signos vitales SNC: Paciente con apertura ocular espontánea con parcia de MsIs y MsSs bajo efectos de sedoanalgesia (suspendida) en horas de la mañana RsCs taquicardicos, no soplos, pulmones con disminución del murmullo vesicular (pulmones en mejoría) en bases pulmonares, con movilización de secreciones. **Abdomen blando depresible, peritallsis (+), diuresis (+) normales.** Extremidades no edema de MsIs.

GAS: Todos los exámenes en cifras normales Sato₂ 97.7%. En horas de la mañana con temperatura de 38.5°C. Laboratorio: todos los exámenes con cifras normales: Plaquetas 458.000 micras, glóbulos blancos 16.300 ligeramente aumentados.

Evolución médica y valoración de la fecha en horas de la noche, Drs JOSE JARABA, CARMEN ISABEL POLO, paciente con el siguiente diagnóstico:

- 1.- Sepsis de origen pulmonar
- 2.- POP Traqueotomía
- 3.- Shock Dengue resuelto

Paciente con evolución estable: TA 140/80, FC 110X', FR 18X', Sato₂ 98%. Afebril en las últimas 24 horas, TOT bien posicionada MV conservado, RsCsRs con tendencia a la taquicardia, tolerando gastroclisis, adecuada diuresis, x = 150 cc/h, neurológicamente con apertura ocular espontanea.

Plan: Maneja curva febril.

En ronda con Dr JARABA, se revisa catéter yugular, con secreciones y eritematoso por lo que se decide cambio de catéter femoral (posible foco de fiebre).

Mayo 5 de 2003, hora 2:40 PM – UCI TARDE

- 1.- Neumonía, asociada a V.M.->Baumoni
- 2.- Traqueotomía
- 3.- Sepsis via pulmonar
- 4.- S.S.D. (Síndrome Shock Dengue (r) folio 127 Exp.

TA 143/84, FC 123X', FR 27X', T 27°C

RsCsRs: **No falla cardiaca**, actualmente abdomen blando deprecible, **peritallsis (+), Diuresis (+)**

SNC: paciente actualmente consciente con apertura ocular espontánea.

Mayo 5 2003, en horas de la noche, evolución médica, valoración Dr. MARIO MUNEVAR B. (folio 459 exp.). **10.30 PM el paciente presenta hipertensión arterial de 190/105. Taquicardia de 130X'**. Persiste con hipertensión arterial y taquicardia, media hora después aún el equipo médico no había obtenido mejores tensión arterial a las 11:00 PM el paciente presentó hipotensión 89/49. Eso registra la evolución médica folio 459 exp.

El paciente 7 horas después de presentar hipertensión arterial TA 190/105, presentó hipotensión 89/49 el día Mayo 6 de 2003 a las 6:15 a.m., según la valoración lo registran: Paciente sin respuesta neurológica al examen físico, no hay datos de actividad a nivel de tallo cerebral, reflejos corneal (-), oculo cefálico (-), pupilar (-). No responde a los estímulos dolorosos. Paciente con ausencia de reflejo de tallo cerebral, por lo que se piensa compromiso neurológico por HTA por lo que se sugiere TAC Cráneo Simple en la mañana (folios 127 y 459 Exp).

VIGESIMO CUARTO: Mayo 6 de 2003, evolución médica, paciente en su día 20 de estancia en UCI, valoración del Dr. MARIO MUNEVAR B. acusa el siguiente diagnóstico:

- 1.- Sepsis pulmonar x G (-) acinetabacter baumonic
- 2.- Neumonía A.V.M.
- 3.- Shock Dengue Resuelto
- 4.- Pop Traqueotomía

S.V.: T.A. 105/56m PAM 80, FC 89X', FR 14X', T 36°C, S.N.C. paciente con pupilas en 7 mm en ambos ojos, reflejos corneal (-) oculo cefálico (-) pupilar (-) no responde a estímulo dolorosos RsCsRs no soplos, con apoyo

inotrópico con dopamino a 20 cc/h. pulmones con baja del murmullo vesicular en bases pulmonares con ventilación mecánica **abdomen blando depresible**, paciente con ausencia de reflejos de tallo cerebral, por lo que se piensa compromiso neurológico por hipertensión arterial por lo que se sugiere TAC cráneo simple. (MEDICO GENERAL PARA VALORACION NEUROLOGICA.

Mayo 6 de 2003, horas de la tarde, valoración médica Dra CARMEN ISABEL POLO, NOHEMI MEZA

1. Hematoma Intraparenquimatoso cerebral
2. Neumonía asociada a ventilación mecánica TAC
3. Síndrome Shock Dengue Resuelto

Paciente sin respuesta neurológica al examen físico, no hay datos de actividad a nivel de tallo cerebral corneal (-) automatismo respiratorio (-) amnflexia gratizada, pupilas 8 mm inactivas. Hemodinamicamente con TA:110/80, FC 79X² Sato2 99%, RsCsRs. murmullo vesicular conservado (folio 128 Exp.)

Mayo 7 – 2003, paciente en su día 23 de estancia en UCI con valoración médica de los Drs MARIO MUNEVAR B. y JOSE JARABA S.

1. Hematoma Intraparenquimatoso, EDEMA cerebral, herniación subfacial
2. Neumonía asociada a ventilación mecánica
3. Síndrome Shock Dengue Resuelto

S.N.C. Paciente sin sedoanalgesia, no responde a estímulo, con ausencia de reflejo de tallo (folio 129, 130, 132 Exp.).

VIGESIMO QUINTO: Al paciente FERNANDO MACHUCA, se le hizo **dos traqueotomía, pero hubo falla en el procedimiento quirúrgico, el equipo médico debió examinar si la canula era de la medida de la tráquea, fue mal aplicada y eso complicó la respiración, de ahí la baja saturación de oxígeno de 58%** (folio 114 Exp.)

El paciente se complicó por;

1. Neumonía por ventilador, infección pulmonar nosocomial, adquirida en el centro asistencial en la unidad de cuidados intensivos
2. Hipertensión e hipotensión (subió y bajó) tensión arterial 190/105, 89/49 (folio 459 Exp.)
3. Hemorragia Infracraneal (folio 459 Exp.)

VIGESIMO SEXTO: La muerte del paciente FERNANDO LUIS MACHUCA DE MIER, se debió a culpa por omisión y violación del deber de cuidado de los médicos, de los servicios de salud de la Organización Clínica General del Norte. El paciente según consta en la historia clínica, el motivo de consulta fue **fiebre**, enfermedad 5 días de evolución de fiebre alta, asociada a malestar general, cefalea, cuyo diagnóstico fue **DENGUE CLASICO** (Folio 54, epicrisis 57, 58 Exp.).

El Estado crítico que presentó el paciente a partir de la entubación Abril 16 de 2003, hora 8:50 am, no se compadece con el motivo de consulta del paciente a su ingreso el día 9 de Abril de 2003, 11:30 am. MOTIVO DE CONSULTA: FIEBRE.

VIGESIMO SEPTIMO: La organización Clínica General del Norte y los médicos de esa entidad asistencial, que atendieron al señor FERNANDO LUIS MACHUCA DE MIER, son solidariamente responsables de su muerte por **CULPA** (falta de diligencia), por omisión, descuido, malicia, demostrados en la prestación de los servicios de salud y médicos, lo que se pudo evitar con un adecuado y oportuna vigilancia y tratamiento. MEDICO GENERAL PARA VALORACION NEUROLOGICA.

Así descritos los hechos de la demanda, son una síntesis de la evolución médica y valoración, ordenes médicas, notas de enfermería, exámenes de laboratorio, epicrisis, descripción quirúrgicas; que integran la historia clínica del paciente FERNANDO LUIS MACHUCA DE MIER, prueba documental que obra en el proceso como demostración de los mismos hechos.

VEAMOSLO:

1.- El hecho 1 y 2 de la demanda se remite a la historia clínica del paciente FERNANDO LUIS MACHUCA DE MIER que registra el motivo de consulta – su enfermedad actual; quien en ocasión de sentirse afectado en su salud el día 9-IV-2003 acudió a la urgencia de la Clínica General del Norte a consultar su estado de salud. Una vez valorados los síntomas que presentó fueron: fiebre alta de 5 días de evolución, dolor en los músculos, cefalea, dolor en las articulaciones, malestar general, artroalgia, dolor reticular, donde quedó demostrado que el motivo de consulta fue “fiebre” y su enfermedad actual cinco (5) días de evolución de fiebre alta, asociada a malestar general y cefalea, signos vitales normales TA 120/70, FC 90X’ (folio 54 epicrisis 57 Exp)

2.- Desde que el paciente ingresó a dicho centro asistencial, es decir el 9 de abril de 2003, después de ser valorado quedó hospitalizado por orden del Dr. JAINER HORMECHEA y WILLIAM BENITEZ, con orden de hemograma y parcial de orina, hasta el día 8 de mayo de 2003, día en que fallece a las 2:00 pm en la Unidad de Cuidados Intensivos de la Organización Clínica General del Norte S.A., por PARADA CARDIACA; UNIDAD RESPONSABLE del cuidado especial en que se encontraba el paciente (folios 54, 56 Exp.) para ese momento sin múltiples complicaciones en su evolución y valoración médica por medicina interna.

3.- El día 10-IV-2003 el paciente fue trasladado de URGENCIA A PISO por medicina interna, quien cursa con cuadro febril, asociado a leve cuadro clínico compatible con fiebre de origen viral, por lo que se ordena examen de serología QDK para confirmar DENGUE CLASICO (Folio 58 Exp.).

Al examen físico el paciente acusa: **abdomen blando depresible, no dolor, no megalia, peristalsis (+) positiva.** Extremidades: no déficit neurológico. **Sin antecedentes cardiovasculares. Sin ictericia.**

Paciente en buen estado general. **Refiere sentirse mejor, RsCsRs sin soplos pulmones claros y ventilados.** Valoración del Dr. WILLIAM BENITEZ P., ABEL ESPINOZA, quien recomienda que se deben descartar otras patologías que causan fiebre como fiebre tifoidea, leptosporosis (evolución médica) de la fecha (folio 58, 59 Exp.)

SV normales TA 120/70, FX 90X'. No hipotensión.

Valoración médica: **Sin complicaciones y clínica del paciente sin aumento de permeabilidad capilar** abdomen blando depresible, sin dolor, sin distensión, diuresis positiva (+).

4.- A partir del día 12 y 13 de abril de 2003, según evolución médica, valoración de los doctores PAUL SILVERA, JULIO POSADA S. y FELIPE GONZALEZ, paciente consciente, hidratado. Pero, acusa dificultad respiratoria por DISNEA (1.- comienza a alterarse su estado cardiorrespiratorio) el paciente comienza alterarse por bajo gasto de oxígeno por cánula PRN. Presenta problemas cardiopulmonares (evolución de la fecha horas de la tarde, paciente refiere sentirse mejor de su disnea. TA 130/70, FX 100X', FR 18X'. pulmones claro murmullo vesicular normal. Sistema hemodinámico alterado (folios 61 Exp.).

Para el día 13 de abril de 2003 horas de la mañana, el paciente continúa con disnea. Con ruidos pulmonares anormales; según Departamento de imagenología, RX Tórax de la fecha, presenta infiltrados en ambos campo pulmonares por edema pulmonar. Sigue congestión pulmonar. Se bajan líquidos a 20 cc/h y se ordena furosemida para sacar líquidos. Plaqueta 54.000 mm³. **IGUAL MANEJO**. Plan: Furosemida.

Valoración de los Drs. JULIO POSADA S. y FELIPE GONZALEZ (folios 62, 186 Exp.)

(Evolución médica sin complicaciones, clínica del paciente, sin aumento de permeabilidad vesicular, en la fecha S.V. TA 130/100, FC 110X', FR 20X'. No hipotensión, no shock por dengue. Sin plan por aumento de permeabilidad vascular) **(ESTO ES LO QUE REGISTRA LA HISTORIA CLINICA)** en la fecha.

5.- Para el día 14 IV – 2003, el paciente refiere haber pasado buena noche, con S.V. Normales, TA 120/70, FC 76X', FR 16X'. Pulmones con estertores crepitantes bilaterales de predominio izquierdo. Evolución médica y valoración de los Doctores FELIPE GONZALEZ y JULIO POSADA S. (folio 62 Exp.). Esta evolución, valoración de los médicos: no registra

complicaciones en la clínica del paciente. No presión baja, No Shock por Dengue. **(sobre carga de líquidos)** falla en el manejo.

VEAMOS:

Abril 10 de 2003, hora 3:10 AM, valoración por medicina interna, se ordena para el paciente entre otros:

- 1.- Observación - Ordenes Médica
- 2.- Dieta normal – **Abundantes – Líquidos (Folios 136 Exp.)**

Abril 14 – 2003, Hora 6:00 AM – orden médica:

- 1.- Dieta normal. **Libre líquido antes abundante (Folio 140 Exp.)**

Este procedimiento sin observación fue la causa de sobre hidratación y sus complicaciones.

6.- Abril 15 de 2003. para la fecha, la salud del paciente desmejora, según evolución médica y valoración de los Drs. FELIPE GONZALEZ, JULIO POSADA, quienes registran:

Paciente con síndrome viral por Dengue. Con edema agudo del pulmón dado por disnea y estertores crepitantes húmedos en las ferulas de predominio izquierdo dice la valoración; por probable aumento de permeabilidad vascular (impresión médica). Así mismo distres respiratorio por probable aumento de permeabilidad capilar (impresión médica). Infiltrados pulmonares probablemente por edema pulmonar. Alto riesgo de S.I.R.S. Posible foco infeccioso pulmonar (folio 187 Exp.).

El paciente es trasladado a la Unidad Polivalente para monitorización y manejo de líquidos por medicina interna.

Paciente con conteo de plaquetas de 42.000 mm³ a 56.900 (hoy). Para la misma fecha 8:30 AM, el paciente al examen físico con S.V.: TA 130/80, FX 108X', FR 26X', con sistema hemodinámico y respiratorio alterado por

edema pulmonar. Se disminuyen líquidos, proceso que lo manejan con furosamida. (folios 63, 64, 65, 66, 67 Exp.).

[Evolución y valoración médica que no registra presión arterial baja. Evolución y valoración médica sin registro de dengue hemorrágico].

Para el día 16 de abril de 2003, el paciente FERNANDO LUIS MACHUCA DE MIER, fue trasladado de Sala Polivalente a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), donde ingresó aproximadamente a las 8:50 AM, por malas condiciones generales y para monitorización, dice la valoración médica de la fecha. Una vez valorado el paciente en UCI, fue entubado.

Paciente bajo sedoanalgesia, con medicamentos dormicum – Fentanilo. **Estertores crepitantes con escasa secreción por tubo orotraqueal. Abdomen blando depresible. Diuresis positiva (+), 100 cc/h normal peristalsis (+). (gasto urinario normal).**

Bioquímicamente: todos los exámenes con cifras normales: conteo de plaquetas 85.900 mm³ y leucos 16.000 levemente aumentados.

ANALISIS: Paciente con cuadro clínico y hallazgo con fibrobronoscopia compatible a cuadro de Neumonía viral, se inicia esquema con **imipimen y vaucomicina, por empeoramiento clínico y radiológico para cubrir pseudomona, stafilococo y atípicos** (folios 69 Exp.).

Todo esto lo dice la evolución médica de la fecha:

Evolución Médica IV 16 - 2003, hora 11:00 AM

- 1.- Dengue Clásico
- 2.- Neumonía Viral Vs ATÍPICA
- 3.- Poliseratitis 2ria a (1)
- 4.- Síndrome de Insuficiencia Respiratoria Tipo 1
- 5.- Ventilación Mecánica

Valoración de los Dres: ALVARO URBINA, FABIAN PEÑATE B., JOSE JARABA, OSCAR I. OSORIO, CARLOS REBOLLEDO, JUAN JOSE

CASTRO CASTRO, SANDRA SANTO (folios 67, 68, 69, 70,71, 72, 73 Exp.)

Para la fecha 16 – IV-2003, paciente cursa con S.V. adecuados TA: 142/83, FC 122X', FR 16X', T 37°C, No tensión arterial baja, No Shock por Dengue, buena saturación de oxígeno.

El empeoramiento clínico y radiológico que presentó el paciente en la fecha es consecuencia de la bacteria **Pseudomona**, **Stafilococo** y atípicos (infección nosocomial) **adquirida en la Unidad Hospitalaria** (Folio 69 Exp.).

(Las maniobras de entubamiento y la colocación de sondas, son ocasión para estas infecciones intranosocomiales. Las más frecuentes son las **urinarias**, las **post quirúrgicas** y sobre todo las **respiratorias**, causadas generalmente por los agentes **Gran Negativos**, aunque pueden hallarse también **gran positivos**, como en el presente caso. (**DESCUBIERTOS TARDIAMENTE**).

7.- Para el día 17 – IV – 2003, horas de la mañana, el paciente en su primer día de estancia en UCI, con la siguiente evolución médica y valoración del Doctor **WILLIAM BENITEZ P.**, cursa: 1. Distres respiratoria (lesión pulmonar). 2.- Dengue Clásico. En malas condiciones generales, bajo sedoanalgesia con infusión de dormicum y fentanilo, con apoyo respiratorio mecánico. S.V. adecuados TA 120/58, PAM 80, FR 16X', demás parámetros normales. **Leucos bajaron 13.100**, **plaquetas en ascenso 116.000 mm³**. **Libre de picofebriles**. Paciente con aumento de presión en circulación pulmonar producida por la bacteria **pseudomona**, **stafilococo** y **atípica** (Bacteria nosocomial), cuadro de disnea descubierto, evolución médica del día 16 de abril de 2003 (folio 69 Exp.).

Es de recibo anotar, Señor Juez, que la historia clínica del paciente **FERNANDO LUIS MACHUCA DE MIER**, registra la forma específica del **Dengue Clásico**, hasta el día 17 - IV – 2003, horas de la mañana, según evolución médica de la fecha y valoración del Dr. **WILLIAM BENITEZ**. (Folio 74 Exp.)

CUYA DESCRIPCION CLINICA ES LA SIGUIENTE:

“Persona que presenta fiebre de 2 a 7 días de evolución y dos o más de las siguientes manifestaciones: dolor retroocular, mialgias, artralgias, erupción o manifestaciones hemorrágicas como: prueba de torniquete positiva, petequia, equimosis o purpuros hemorragias de las mucosas, del tracto gastrointestinal de los lugares de punción u otros”. (folio 299 Exp.)

Pasando al folio 75 y siguientes del expediente de la misma fecha 17- IV- 2003, hora de la tarde, la evolución médica registra:

Síndrome de shock de Dengue

La tercera forma específica del dengue, cuya descripción clínica es:

“Persona con fiebre o antecedentes cercanos de fiebre agudo, que presenta manifestaciones, hemorrágicas, trombocitopenia, signos de extravasación de plasma y además manifiesta signos de choque como pulso rápido y débil, hipotensión o tensión diferencial disminuida (menor o igual a 20 mmhg) (folio 300 Exp.)

La historia clínica registra por evolución médica, que el paciente fue valorado con dengue clásico (folio 68 Exp.) 16 – IV -2003. A partir del día 17 de abril de 2003, horas de la noche 11:00 PM, con síndrome de Shock por Dengue (folio 75 Exp.).

Pasó de Dengue clásico a Síndrome de Shock del dengue.

Vemos pues, que en el Dengue se definen tres (3) formas específicas: Dengue Clásico (DC), Dengue Hemorrágico (DH) y Síndrome de Choque Dengue (S.C.D.), con diversos niveles de gravedad (manual dengue del Ministerio de Salud) Folia 298 Exp.)

La Historia clínica registra por evolución médica que el paciente fue valorado con dengue clásico en principio y a partir del día 17 de abril de 2003, horas de la noche 11:00 PM con síndrome de Shock por dengue (tercera forma del dengue) de carácter complicado.

NO se observa en la historia clínica Acta suscrita por el médico infectólogo y/o el equipo médico tratante, del tránsito de Dengue Clásico a Síndrome de Shock del Dengue, y sin tenerse en cuenta su nivel de gravedad. Falla del servicio médico y de salud del equipo médico y la Institución.

El día 17- IV- 2003 a las 3:55 PM, el paciente FERNANDO LUIS MACHUCA DE MIER, con la siguiente nota de evolución y valoración médica:

- 1.- Síndrome de Shock por Dengue – Cambió Dengue
- 2.- S.D.R.A.
- 3.- Derrame pleural bilateral
- 4.- Proceso Neumónico (Folio 77 Exp.)

S.V.: TA 141/69, FC 115X', FR 16X', TAM 92, T 37°C, RsCs Rítmico sin soplo. Torax: Hipoventilación. Abd: **blando de presible, no doloroso, Diuresis positiva 200 cc/hora.** Extremidades simétricas sin Edema. SNC Bajo sedoanalgesio (folios 74, 75, 77 Exp.).

NOTA: Evolución y valoración médica sin aumento de permeabilidad vascular y tensión arterial adecuada. NO SHOCK. NO SANGRADO TA: 141/69 (evolución sin complicaciones).

(Esto es lo que muestra la historia clínica de la fecha).

8.- Para el día 18 - IV - 2003, horas de la noche, el paciente en su 4º día de estancia en UCI, bajo sedorelajación, con RsCsRs, **pulmones con disminución de presiones en circulación pulmonar (va cediendo la patología pulmonar), abdomen y extremidades normales.** Se transfundió una unidad de GR, HB 8.7. **Buen gasto cardíaco y buena diuresis.**

Valoración del Doctor OSWALDO CABEZA VEGA, Evolución Médica.

- 1.- Shock 2do a Dengue
- 2.- S.D.R.A.
- 3.- Derramen Pleural
- 4.- Neumonía

Hemodinámicamente: mejoraron las resistencias sistémicas y disminuyeron las pulmonares.

S.V. normales: TA 140/70, FC 90X', FR 16X', T 36.5°C (Folio 76 Exp.)

NOTA: Clínica del Paciente sin complicaciones. Evolución y valoración médica: Sin aumento de permeabilidad capilar. No hipotensión (presión baja). No Shock – TA 140/70 normal.

Para el día 18 – IV – 2003, hora 5:05 PM, Evolución y Valoración Médica Dr. Se le diagnostica al paciente:

- 1.- Síndrome de Shock Por Dengue
- 2.- S.D.R.A. 2río a (1)
- 3.- Apoyo ventilatorio

S.V. Normales: TA 130/70, FC 100X', FR 16X', SAO₂ 99%. Abdomen **blando depresible, peristalsis (+), normal**. Pulmones con movilización de secreciones. RsCsRs sin soplos. Extremidades con edemas.

Paciente que durante el día ha permanecido hemodinámicamente controlado con apoyo inotrópico (dopamina, Dobutamina). PEEP 5 con H₂O. Los exámenes con cifras normales. Paciente controlado con pronóstico reservado (folio 79 Exp.).

NOTA: Clínica del paciente en la fecha sin complicaciones. 2.- Evolución y valoración médica: sin aumento de permeabilidad vascular. **No presión arterial baja, No Shock, No Sangrado, TA 130/70** (No hay prueba de patología y complicaciones que comprometan la evolución, valoración médica y Clínica del paciente de la fecha).

9.- Según evolución médica de 19 –IV – 2003 y valoración de los Drs. FIDELMAN GONZALEZ MENA y CARLOS REBOLLEDO, se le diagnostico al paciente.

- 1.- Síndrome de Shock por Dengue

2.- S.D.R.A. 2rto a (1)

TA 130/70, FC 100X', FR 18X', T 37.5°C, S.V. normales, **Abdomen blando depresible, peristalsis (+) normal** RsCsRs sin soplos. Extremidades con Edema (Folio 78 Exp.)

Paciente quien durante el turno ha permanecido con apoyo ventilatorio, presenta pico febril de **38.5°C**. Pronóstico de acuerdo a evaluación (folios 80 y 81 Exp.)

NOTA: Clínica del paciente sin complicaciones. 2.- Evolución y Valoración Médica sin aumento de permeabilidad capilar. 3.- NO T.A. baja, No Shock. No sangrado. TA 130/70. **(ESTO ES LO QUE MUESTRA LA EVOLUCION – VALORACION MEDICA Y CLINICA DEL PACIENTE EN LA FECHA)**

10.- Para la fecha de 20 –IV – 2003, 3:15 horas de la tarde, en su 5° día de estancia en UCI, paciente con evolución, valoración médica Dr. OSCAR I. OSORIO y ANTONIO CONSUEGRA:

1.- Síndrome de Shock por Dengue

2.- S.D.R.A. 2rto a (1)

Paciente con buenas cifras tensionales: TA 115/70; FC 95X', FR 18X'. T corporal 37.5°C. S.V. normales. **Abdomen blando, diuresis positiva 100 CC/H**. Saturación 100%, baja sedoanalgesia. RsCsRs taquicardia No Soplo. Pulmones con murmullo vesicular positivo (Folios 82, 83, 84 Exp.). Mejoría radiológica y gasometría.-

NOTA: Evolución y valoración médica: sin aumento de permeabilidad capilar. No hipotensión, No Shock, No Sangrado. TA 115/70 normal.

11.- El 21 – IV -2003, paciente con la siguiente evolución y valoración médica. Dres: ANTONIO CONSUEGRA, MARIO MUNEVAR B., JOSE JARABA SIERRA:

1.- Síndrome de Shock por Dengue

2.- S.D.R.A. 2rto a (1)

S.V. normales: TA 141/75, PAM 108, FC 118X', FR 16X', T 37.7°C

S.N.C.: Paciente bajo analgesia con fentanilo, sedación con dompicun.

Ruidos Cardíacos: Taquicárdicos, No soplos, pulmones con movilización de secreciones. **Abdomen blando depresible, Peristalsis (+), Diuresis (+)**, Extremidades simétricas, No edema de Msls.

Examen de Laboratorios: Todos con cifras normales conteo de plaquetas: 268.000 mm³, normalizadas. Leve aumento de glóbulos blancos 14.600 por micro litro de sangre. Con bacilo Gran (-) en Bal. Paciente controlado, pronóstico reservado de acuerdo a evolución.

NEUROLOGICO: bajo sedación sedoanalgesia. Pupila 2 m.m. Isocóricas Reactivas. Acoplado al respirador. Saturación de Oxígeno >95%.

(INFECTOLOGICO: Febril. **Sin SIRS. Metabólicamente sin alteraciones**)

Paciente con compromiso agudo, aún de la función respiratoria, con mejoría radiológica, dependiente de inotropía y soporte ventilatorio. (folios 85, 86 Exp.)

NOTA: Clínica del Paciente sin traumatismo.- 2. Evolución y Valoración médica sin aumento de permeabilidad vascular. 3. No hipotensión. No Shock, No Sangrado. TA 141/75

Sin SRIS: Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica: es una inflamación generalizada, producida por una infección (microorganismo patógeno) (folio 85 Exp.) Sin evento agudo que amenace signos vitales.

12.- Para el día 22 - IV - 2003, horas de la mañana 3:45 A.M., la evolución médica y valoración del Dr. MARIO MUNEVAR B. registra:

Abdomen blando depresible, peristalsis (+) normal, diuresis (+), 800 cc en 4 horas, normal

Extremidades: simétricas, no edema de Msls.

Laboratorios: Todos los exámenes con cifras normales. Conteo de plaquetas 288.000 micros. Normales, en relación con las cifras de referencia.

Leucocitos (es decir, más de 12.000 glóbulos blancos por micro litro de sangre). Resultado del examen 14.400 G.B., es decir, un leve aumento de leucocitosis.

G.A.S. todos los exámenes con cifras normales.

RX Torax AP: Infiltrados pulmonares bilaterales con mejorías en relación a estudio anterior SatO₂ 99%

Paciente que tolera disminución de Peep a 5 cm H₂O, con pulsimetría 99%, se suspende infusión de domicon y se disminuye infusión de fontanillo a 10 cc/h. Paciente con mejoría en la placa de Pafi a 262. Hemodinamicamente más estable con Infusión de dopamina a 50cc/h (dice la evolución médica).

Paciente taquicárdico, datos de SIRS, con BAL con Bacilo G (-) -> Causa: Pseudomona, Stafilococo y atípica (folio 69 Exp.). Pronóstico reservado de acuerdo a evolución. (folio 90 Exp.).

No Plan por aumento de permeabilidad vascular.

Es de recibo anotar, que ninguna evolución y valoración médica: Registra: abdomen doloroso, ni distendido e inflamación.

En relación con la Diuresis: No existe la presencia de una disminución de la cantidad de orina expulsada. Buen gasto urinario, de acuerdo a valoración médica de la fecha.

En cuanto al conteo de plaquetas el paciente presentó trombocitopenia menor de 100.000/mm³, según evolución médica de:

15 - IV - 2003 42.000 a 56.900 micras (folio 63 Exp.)

16 - IV - 2003 85.900 Micras (Folio 69 Exp.)

Pero así mismo, observamos en la historia clínica, evolución médica y valoración del Dr. WILLIAM BENITEZ P., trombocitopenia mayor de 100.000/mm³, así:

17 - IV - 2003 116.000 micras (folio 74 Exp.)
 17 - IV - 2003 116.000 micras (Folio 77 Exp.)

Igualmente es notorio en la historia clínica, que el conteo de plaquetas en el paciente FERNANDO LUIS MACHUCA DE MIER, fue normalizado a partir del 17- IV -2003 y siguientes, veamos:

HEMATOLOGIA

Evol Médica	FECHA	PLAQUETAS		FOLIO
		Vr Resultado	Vr Referencia	
Ex. Laborat.	17-IV-2003	239.000 Micra	150.000-450.000	223 Exp
Ex. Laborat.	18-IV-2003	183.000 Micra	150.000-450.000	221 Exp
Ex. Laborat.	19-IV-2003	288.000 Micra	150.000-450.000	220 Exp
Ex. Laborat.	23-IV-2003	369.000 Micra	150.000-450.000	219 Exp
Ex. Laborat.	24-IV-2003	418.000 Micra	150.000-450.000	217 Exp
Ex. Laborat.	25-IV-2003	498.000 Micra	150.000-450.000	215 Exp
Ex. Laborat.	26-IV-2003	536.000 Micra	150.000-450.000	214 Exp
Ex. Laborat.	27-IV-2003	466.000 Micra	150.000-450.000	212 Exp
Ex. Laborat.	30-IV-2003	422.000 Micra	150.000-450.000	211 Exp
Ex. Laborat.	02-V-2003	345.000 Micra	150.000-450.000	210 Exp
Ex. Laborat.	05-V-2003	441.000 Micra	150.000-450.000	209 Exp
Ex. Laborat.	04-V-2003	344.000 Micra	150.000-450.000	208 Exp
Ex. Laborat.	05-V-2003	458.000 Micra	150.000-450.000	206 Exp
Ex. Laborat.	08-V-2003	441.000 Micra	150.000-450.000	204 Exp

De igual manera relacionamos los registros de LUCOCITOSIS que presentó el paciente

MÁS DE 12.000 GLOBULOS BLANCOS POR MICROLITOS DE SANGRE

Evol Médica	FECHA	Vr RESULTADOS	FOLIO
Ex. Laborat.	16-IV-2003	16.100 Globulos Blancos	69 Exp
Ex. Laborat.	17-IV-2003	13.100 Globulos Blancos	74 Exp
Ex. Laborat.	21-IV-2003	14.600 Globulos Blancos	86 Exp
Ex. Laborat.	22-IV-2003	14.400 Globulos Blancos	90 Exp
Ex. Laborat.	23-IV-2003	21.700 Globulos Blancos	93 Exp
Ex. Laborat.	25-IV-2003	19.900 Globulos Blancos	98 Exp
Ex. Laborat.	28-IV-2003	15.700 Globulos Blancos	107 Exp
Ex. Laborat.	29-IV-2003	11.900 Globulos Blancos	109 Exp
Ex. Laborat.	30-IV-2003	13.600 Globulos Blancos	111 Exp
Ex. Laborat.	04-V-2003	16.800 Globulos Blancos	124 Exp
Ex. Laborat.	05-V-2003	16.300 Globulos Blancos	125 Exp

Hematológicamente hubo alteración en el cuadro hemático del paciente, consistente en trombocitopenia y Leucocitosis por proceso infeccioso agudo adquirido hospitalariamente, por incidencia de Bacteremia: Pseudomona, Stafilococo y Atípica, Sepsis, Acine Tobacter Baumannii por Bacilo Gran (-), que disminuyeron su estado inmunológico, lo que fue superado en gran manera al normalizarse el número de plaquetas y leucocitos, con mínima diferencia (folio 69, 98, 100, 107 Exp.).

13.- 22 - IV - 2003 - EVOLUCION HORAS DE LA NOCHE 6:00 pm,
Valoración Médica: Drs Antonio Consuegra y Otros,

- 1.- Síndrome de Shock por dengue
- 2.- Injuria Pulmonar

Paciente quien durante la tarde ha permanecido hemodinamicamente controlado con tendencia a la taquicardia, con pico febril de 38°C. Diuresis (+) 150 cc/h. Tolerando alimentación.

S.V. NORMALES: T.A. 120/70, FC 100X', FR 18X', Sato₂ 98%. Pulmones con movilización de secreciones. RsCsRs sin soplos.

Abdomen: **blando depresible. Peristalsis (+) normal.** Extremidades con edema.

Neurológico: paciente bajo sedación.

Paciente controlado (folio 91 Exp.).

La evolución y valoración de la fecha no registra: TA BAJA (hipotensión), Shock, sangrado, sin Sirs, sin aumento de permeabilidad vascular, no hay plan para aumento de permeabilidad vascular. Clínica del paciente sin graves complicaciones.

14.- 23 - IV - 2003, 8:00 AM, por infectología evolución y valoración médica: Dr. RICHIARD USTA G.

1. **Dengue complicado Shock Dengue**
2. Injuria Pulmonar
3. Ventilación Mecánica

4. Neumonía Nosocomial

Paciente despierto al llamado, acoplado a ventilación mecánica, signos vitales estables, con apoyo inotrópico, con tendencia a la taquicardia. Paciente con fiebre intermitente de más o menos 48/h **Proceso infeccioso nosocomial**

PLAN: Hemocultivo x 2 y rotación de antibióticos

Suspender vancomicina e imipimen e iracim, cepepinc, expectando probable proceso nosocomio infeccioso (folios 88 Exp.).

15.- 23 – IV – 2003 – 10:55 am, Evolución y Valoración de los Drs EIDELMAR GONZALEZ MENA, JUAN JOSE CASTRO CASTRO. El paciente acusa los siguientes registros:

1. **Síndrome Shock Tipo Dengue**
2. SDRA 2rio a (1)
3. Sepsis x Bacilo Gran (-) en identificación

Paciente evoluciona con S.V. estables: TA 119/54, FC 130X' (frecuencia cardiaca), FR 18X', T 38°C, Soto₂ 100%, RsCs taquicardicos, **Diuresis (+) > 100 cc/h.** Permanecen murmullo vesicular en campos pulmonares, debido a la injuria pulmonar que acusa el paciente. Extremidades: simétricas, buen pulso. **Le suspenden vancomicina, imipimen.** Actualmente febril, taquicardico. Pronóstico reservado (folios 88, 89, 91, 92, 93 Exp.) **(REITERADAMENTE SUSPENDEN ANTIBIOTICO).**

La evolución y valoración médica de la fecha. No registra:

1. La presencia de una tensión arterial baja o una disminución de la cantidad de orina expulsada
2. La presencia de signos de shock alguno
3. La presencia de sangrado
4. **Aumento de permeabilidad vascular**
5. **Plan por aumento de permeabilidad vascular**
6. Alteraciones en la coagulación sanguínea
7. Aumento de glucosa en sangre o afectaciones hormonales

20 - IV - 2003	2.- SDRA 2río a (1)	(Folio 84)
21 - IV - 2003	1.- Síndrome de Shock por Dengue 2.- SDRA 2río a (1)	} (Folio 86)
23 - IV - 2003	1.- Síndrome de Shock por Dengue 2.- SDRA 2río a (1)	
23 - IV - 2003 3:00 PM	1.- Síndrome de Shock tipo Dengue 2.- SDRA 2río a (1)	} (Folio 92)

A folio 96 del expediente se encuentra evolución médica y valoración del Dr. ANTONIO CONSUEGRA, médico tratante internista, de fecha 24 - IV- 2003, con el siguiente registro:

- 1.- Síndrome de Shock por Dengue Resuelto
- 2.- S.D.R.A. Resuelto

Evolución favorable tanto hemodinámica como ventilatoria. Sin datos de SIRS, ni evento agudo que amenace constantes vitales (folio 96 Exp.)

PLAN: Igual manejo.

En el Dengue se definen tres formas específicas: 1) Dengue clásico (DC); 2) Dengue Hemorrágico (DH) y Síndrome de Choque Dengue (SCD), con diversos niveles de gravedad (folio 298 Exp.)

El dengue que registra la evolución y valoración médica de las fechas anteriores. Es la tercera forma del Dengue Síndrome de Shock Dengue, que según valoración médica del Dr. ANTONIO CONSUEGRA de fecha 24 de IV - 2003, fue resuelto, cuando registra:

- Síndrome de Shock x dengue resuelto
- SDRA Resuelto

Remitiendo este registro, al plano de:

1. Síndrome de Shock por Dengue
2. S.D.R.A. 2rio (1)

Luego el registro 2 (SDRA) es consecuencia del Registro (1) en conclusión, lo secundario sigue el destino de lo principal.

Al examen físico registra la valoración: paciente despierto, colaborador, obedece órdenes:

- Pulmones claros acoplado al ventilador
- Saturación > 95%
- Abdomen : tolera gastroclisis
- Renal: Buen Gasto Urinario
- Extremidades: Disminución de pulsos medio MsIs

Paciente valorado por servicio de Cx vascular quien sugiere observación y seguimiento. Plan: Igual manejo (folio 96 Exp.).

Signos vitales adecuados. Clínica del Paciente sin complicaciones.

24-IV-2003, paciente en su día 7 de estancia en UCI, valorado por el Dr. MARIO MUNEVAR B., hora 5:45 AM, con registro de:

- 1.- Síndrome de Shock Dengue en Resolución
- 2.- Sepsis por G (-)

1) De lo que se trata: Es de la 3ra forma específica del Dengue en Resolución Con evolución favorable.

Con S.V. normales: TA 137/85, PAM: 98, FC 112X', FR 20X', T: 36.5°C, SNC Paciente consciente, alerta, moviliza MsIs y MsSs con infusión de fentanilo a 10 cc/h. RsCs Taquicárdico, con apoyo inotrópico con dopamina

pulmones con murmullos vesicular (+). **Abdomen = blando depresible, peristalsis (+). Renal = Diuresis (+) 5000 ml / 24h, normal.** Ext = simétricas, no edema de Msls. Paciente con disminución de la temperatura horas de la mañana de hoy, **progreso en ventilación mecánica.** Neurológico: **paciente consciente sin déficit.**

Continúa plan de destete ventilatorio (folio 93 Exp).

NOTA: En la evolución de la fecha y hora, no hay Shock por dengue en Resolución, porque no hay hipotensión, la TA del paciente es 137/85 normal

24 – IV – 2003 hora 10:15 AM, valoración del Dr. RICHARD USTAD, Por Infectología:

1. **Shock por Dengue**
2. **Injuria pulmonar en Resolución**

En la evolución de la fecha y hora 10:15 AM, se registra de manera inadecuada **Shock por Dengue**, sin que el paciente acuse hipotensión, u otra afectación que lo produzca: **Le agregan al paciente x infectología patología que no evoluciona o padece el paciente.**

Paciente cursa hemodinámicamente estable, sin apoyo inotrópico en plan destete v/m. hoy despierto al llamado con buena tolerancia (folio 95 Exp.) (No registra la evolución y valoración médica presión baja) (Clínica del Paciente sin complicaciones).

24 – IV – 2003, hora 1:58 PM, valoración paciente con síndrome de shock por dengue en resolución, recuperación de SDRA y actualmente controlado y con mejoría progresiva de su estado general con aparente baja de pulso medio. **Con llenado capilar adecuado.** Se recomienda observación y seguimiento, **con buena perfusión vascular**, en este momento. Avisar cambios (folios 97 Exp).

OJO BUENA PERFUSION VASCULAR (IMPERMEABILIDAD VASCULAR)

Evolución y valoración médica y clínica del paciente de la fecha (mañana y tarde) favorable. **NO REGISTRA:**

1. Presencia de tensión arterial baja o disminución de la cantidad de orina expulsada
2. Presencia de signos de Shock alguno
3. Presencia de sangrado
4. Presencia de aumento excesivo de permeabilidad vascular
5. Plan por aumento de permeabilidad vascular
6. Alteraciones en la coagulación sanguínea
7. Aumento de glucosa en sangre o afectaciones hormonales
8. Oliguria (disminución de la cantidad de orina que se forma)
9. Elevación de las enzimas hepáticas. Ictericia (acumulación de bilirrubina)
10. Manifestaciones cutáneas
11. El resto del recorrido de la historia clínica del paciente Fernando Machuca de observaciones o cambios del llenado capilar adecuado y de la buena perfusión vascular (folio 97 Exp.)

(LO QUE INDICA QUE NO HAY EVOLUCION DE AUMENTO DE PERMEABILIDAD VASCULAR EN LA CLINICA DEL PACIENTE)

16.- 25 - IV- 2003 - EVOLUCION MEDICA, HORA: 11:20 am. Valoración médica del Dr. EIDELMAN GONZALEZ MENA (medicina interna), quien registra:

- 1.- Síndrome de Shock por Dengue en Resolución
- 2.- Stafilococemia?

Paciente quien durante la mañana presentó deterioro respiratorio con aumento del trabajo ventilatorio, infiltrados alveolares en los campos pulmonares, motivo por el cual se le decide realizar entubación orotraqueal y se le conecta a ventilación mecánica bajo sedación y analgesia. (folio 97 Exp.)

25 - IV - 2003, Hora 16:30 PM, valoración médica de los Drs: CARMEN ISABEL POLO y ANTONIO CONSUEGRA, quienes al examen registran:

1. Shock por Dengue en Resolución
2. Sepsis por Acinetobacter
Baumanil - calcoacilim multiresistente

NOTA: En la evaluación de la fecha y hora 16:30 PM, no es dado registrar Shock por dengue porque el paciente evoluciona con TA 130/78 (adecuada) sin hipotensión de lo que se trato: Síndrome de Shock por dengue.

Paciente evoluciona con TA adecuada: 130/78, FC: 117X', FR 16X', Sato₂ 100%; con PEEP 5 cc H₂O, pico febril 38°C en hora de la mañana; en la tarde afebril, RsCsRs murmullo vesicular bajo (), en ambos campos pulmonares, Diuresis (-) 150 cc/h. Neurológicamente bajo sedación con fentanilo y Medazolan.

Plan Continua igual manejo (folio 98 Exp.).

Evaluación, valoración médica y clínica del paciente de la fecha. NO REGISTRA:

1. Presencia de SDRA
2. Presencia de tensión arterial baja
3. Presencia de signos de Shock alguno
4. Presencia de sangrado
5. Presencia de aumento excesivo de permeabilidad vascular
6. Plan por aumento de permeabilidad vascular
7. Alteración en la coagulación sanguínea
8. Oliguria (disminución de la cantidad de orina que se forma)
9. Elevación de las enzimas hepáticas. Ictericia (acumulación de bilirrubina)
10. Manifestaciones cutáneas
11. Presencia de evento agudo que amenace constantes vitales

17.- 26-IV-2003, hora 5:15 A.M., evolución y valoración médica del paciente FERNANDO LUIS MACHUCA DE MIER que registra:

- 1.- Síndrome de Shock por Dengue en Resolución
- 2.- Sepsis por Acinetobacter, Baumannil multiresistente

Paciente con S.V. adecuados TA: 140/70, FC 180X', FR 18X', Sato₂ 100%; Pulmones con estertores crepitante en ambas bases. RsCsRs sin soplos. **Abdomen blando depresible, peristalsis (+), Neurológico, paciente bajo sedación. Afebril Diuresis (+) 100 cc/h (folio 98 Exp.).**

26-IV-2003 – Evolución médica por infectología, Hora 10:30 AM, Valoración del Dr. RICHARD USTAD, quien consigna los siguientes registros médicos:

1. Síndrome de Shock por dengue (complicado)
2. Injuria pulmonar
3. NN (nosocomial) asociada a ventilación mecánica

Para la fecha el paciente se infecta y se sobre infecta con bacterias multiresistentes, toman las muestras y según resultados de exámenes clínicos se descubre que es una bacteria intrahospitalaria, llamada acinetobacter – Baumannil en secreción bronquial y gran negativo en hemocultivo y retrocultivo (folio 99 Exp.)

Paciente con S.V. normales; TA 129/75, TAM = 94, FC 108X', T 38°C, Sato₂ 100%; pulmones con **disminución del murmullo vecicular en ambos campos pulmonares**. Corazón = RsCsRs no soplos, taquicardico, **Diuresis (+), SNC = bajo sedación.**

Bioquímico = Paciente con leucos ligeramente aumentados 14.900.

En la fecha se solicitó Ecocardiograma para descartar proceso de endocarditis, valoración del Drs. EIDELMAN, JUAN JOSE CASTRO (folio 100, 201 del Exp.)

26 - IV – 2003, hora 3:00 PM, el paciente con evolución y valoración médica del Dr. ANTONIO CONSUEGRA, que registra:

- | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|-----------|
| <ol style="list-style-type: none"> 1.- Neumonía asociada a ventilador 2.- Sepsis de origen pulmonar 3.- Síndrome Shock por dengue resuelto | } | Bacterias |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|-----------|

Paciente que cursa normotenso **sin apoyo inotrópico**. Pulmones claros. Saturación de oxígeno 100%, oxomio 107, acoplado al respirador, Rx infiltrados, Bronconeumónicos bilaterales. Bajo sedoanalgesia. Abdomen: tolera gastroclisis. Renal: Gasto urinario 130 cc/h (-) extremidades: disminución pulso medio anterior en MII

INFECTOLOGICO: febril, leucocitos en descenso. **Metabólico:** **sin alteraciones.**

PLAN: Traqueostomía.

Paciente estable sin datos de deterioro en las últimas 24 horas (folio 101 Exp.).

Evolución, valoración médica y clínica del paciente de la fecha:

Paciente se infecta y se sobreinfecta con bacterias multiresistentes, toman muestras y según resultados de examen clínicos se descubre que es una bacteria intrahospitalaria llamada acinetobacter baumannii en secreción bronquial y gran negativo Gran (-) en hemocultivo y retrocultivo. De ahí el proceso infeccioso y la permanente temperatura corporal: Igual a 38°C y mayor (folios 88, 99, 100 Exp.) y frecuencia cardíaca mayor de 100 latidos por minutos.

Pulmones claros, con disminución del murmullo vecicular en ambos campo pulmonares. Leucocitos en descenso, Diuresis (+) peristalsis (+).

Al examen físico, Paciente con: S.V. normales, para la hora 5:15 AM, TA 140/70, FC 80X', FR 18X, Sato₂ 99% , **gasto urinario normal.**

Para la hora 11:00 AM: TA 129/70, TAM 94, FC 108X', T 38°C. Sato 100%. **Renal: gasto urinario normal.**

Clínica del paciente, **no registra:** según evaluación y valoración médica:

1. Presencia de SDRA
2. Registra presencia de hipotensión
3. Presencia de signos de Shock alguno
4. Presencia de sangrado
5. Presencia de aumento excesivo de permeabilidad vascular
6. Plan por aumento de permeabilidad vascular
7. Presencia de signos de alteración en la coagulación sanguínea
8. Oligurea (disminución de la cantidad de orina que se forma)
9. Presencia de evento agudo que amanece constantes vitales

Es notorio en la historia clínica del paciente FERNANDO LUIS MACHUCA DE MIER, el registro de **Síndrome de Shock por Dengue en Resolución**, según valoración de los médicos tratantes en las siguientes fechas y horas:

24 – IV – 2003, hora: 5:45 AM

- 1.- Síndrome de Shock por dengue en Resolución (folio 93 Exp.)

24 – IV – 2003, hora: 1:58 PM

- 1.- Paciente con Síndrome de Shock por Dengue en Resolución (folio 97 Exp)

25 – IV – 2003, hora: 16:30 AM

- 1.- Síndrome de Shock por dengue en Resolución (folio 98 Exp.)

Y a partir de la evolución del día 26 – IV -2003 pasó a **Síndrome Shock por dengue Resuelto** (folio 101 Exp.)

[DENGUE REDIMIDO]

18.- 27- IV – 2003 Evolución Mañana – HORA: 11:05 AM, Valoración médica del Dr. Firma y RM 0124/97, con el siguiente registro médico:

- 1.- Neumonía Asociada a ventilación
- 2.- Sepsis de origen pulmonar
- 3.- Síndrome Shock por Dengue RESUELTO

Dice la evolución médica, paciente quien durante la mañana ha permanecido hemodinámicamente controlado con apoyo ventilatorio. **Afebril Diuresis 100cc/h. Pulmones con ligeros estertores crepitantes bilaterales.** Corazón con RxCsRs sin soplos.

S.V. Normales: TA 120/70, FC 110X', FR 18X', Sato₂ 98%

Por infectología valoran paciente:

Infectologica: **Afebril. Disminución de Leucocitosis 12,400 glóbulos blancos por microlitros de sangre. Abdomen blando depresible, peristalsis (+) normal. Extremidades con edema.** Neurológico: Baja sedación al momento del examen físico.

Paciente con mejoría radiológica y disminución de leucocitos. **Actualmente sin fiebre.** Pronóstico de acuerdo a evolución (folios 102-103 Exp.)

27- IV -2003 – Evolución Noche -6:00 PM – Valoración del Dr. RICARDO VIIJA, paciente continua con el mismo diagnóstico de la fecha:

1. Neumonía asociada a ventilación
2. Sepsis Origen pulmonar
3. Síndrome Shock por Dengue Resuelto

Paciente bajo sedación normotenso. **Afebril sin episodio de dependencia con el ventilador. Diuresis 100 cc/h,** Corazón: RxCsRs bien timbradas sin soplos. **Pulmones ventilados, sin crepitos bibosales,** abdomen blando depresible sin dolor, tolera gastroclisis. SNC: Bajo sedación. Sigue igual manejo (folio 102 Lix.p).

[Evolución, valoración médica y clínica del paciente de la fecha: Muy favorable, sin evento agudo que amanece constates vitales. Clínica del paciente sin complicaciones. Pulmones ventilados, sin crepitos bibosales, corazón bien timbrado. Sin fiebre. NO REGISTRA:]

1. Presencia de hipotensión
2. Presencia de signos de shock alguno
3. Presencia de sangrado
4. Presencia de aumento excesivo de permeabilidad vascular
5. Plan aumento de permeabilidad vascular
6. Presencia de signos de alteración en la coagulación sanguínea

7. Oligario (disminución de la cantidad de orina que se forma)
8. Presencia de evento agudo que amenace constantes vitales

19.- 28 - IV - 2003 - HORA: 6:00 AM - Paciente en su día 12 de estancia en UCI - Evolución y valoración médica de los Drs: MARIO MUNEVAR B. y JOSE JARABA S., con los siguientes registros médicos:

1. (NAV) Neumonía asociada a ventilación mecánica
2. Sepsis de origen pulmonar
3. Síndrome Shock por Dengue Resuelto
4. Sin complicaciones pulmonares [pulmones ventilados, sin crépitos bibosales]

Paciente con signos vitales adecuados:

TA: 142/70, FC 115X', FR23X', T 38°C, bajo sedación con dormicum a 30 cc/h y analgesia con Fentonila 20 cc/h. SNC: Paciente bajo sedación, RsCsRs, no soplos, pulmones en presencia de crépitos bibosales.

Abdomen: **normal, depresible, peritasis (+), Diuresis (+), 100 cc/h.**

Extremidades: simétricas no edema. Pronóstico reservado de acuerdo a evolución (folio 104 Exp.).

28 - IV -2003 - HORA: 6:00 am, valoración Médica del Dr. JOSE JARABA SIERRA, que dice paciente en su día 12 de estancia en cuidados intensivos, con diagnóstico de:

1. (NAV) Neumonía Asociada a Ventilación
2. SEPSIS de Origen pulmonar
3. Shock por Dengue Resuelto

NOTA: En la evolución de la fecha y hora 6:00 AM, no es dado registrar SHOCK por Dengue, porque el paciente evoluciona con TA 142/90 (adecuada) sin hipotensión de lo que se trata: Síndrome de Shock del Dengue Resuelto.

Paciente bajo sedación con midasolan y fentanilo. S.V. adecuados TA: 133/79, TAM 96, Sato₂ 100%, T 38°C. Febril. Pulmones con crépitos en bases pulmonares (folio 104 Exp.).

23 - IV - 2003, Hora 10:40 AM, misma evolución anterior, con valoración de TA 133/79 normal, cifra tensional que no equivale a hipotensión.

Para la evolución médica de la fecha, según valoración del médico tratante, el paciente solo acusa el proceso infeccioso pulmonar por la NAV (neumonía asociada ventilación). Sepsis de origen pulmonar. En cuanto al síndrome Shock por Dengue que fue resuelto según evolución médica de fecha 24 -IV - 2003 (folio 96 Exp.) y 26 - IV -2003 (folio 101 Exp.) y siguientes:

[Evolución, valoración médica y clínica del paciente no registra]:

1. Presencia de hipotensión
2. Presencia de signos de shock alguno
3. Presencia de sangrado
4. Registra aumento excesivo de permeabilidad vascular
5. Plan por aumento de permeabilidad vascular
6. Presencia de signos de alteración en la coagulación sanguínea
7. Oliguria (disminución de la cantidad de orina que se forma)
8. Presencia de evento agudo que amenace constantes vitales

Como también son normales las anteriores TA: IV-28 115-70 - F107, TA: 132/80 - Folio 105 Exp; TA 142/90 - F 104, TA 120/70 - F 102, TA 129/70 - Folio 100 Exp.

Posteriores: TA 126/76 - F 108, TA 120/70 - Folio 109 Exp.

20.- 29-IV-2003 Paciente día 14 de estancia en la UCI. Evolución, Valoración médica y clínica del paciente. Valoración sin nombre, firma ilegible, con los siguientes registros médicos:

Evolución:

1. NAV - Neumonía Asociada a Ventilación
2. Sepsis de origen pulmonar
3. Shock Resuelto (de lo que se trata es de síndrome Shock del Dengue Resuelto)

Según evolución de la fecha Registra al paciente **Shock Resuelto**, pero la valoración médica registra: TA 117/69 (adecuada), no hay presión baja (hipotensión) (folio 106 Exp.).

Paciente evoluciona con S.V. normales, TA: 117/67, FC 97 X', FR 14 X', T 38° C – Diuresis > 100 cc/h (+), en AVM, bajo sedoanalgesia con dormicum a 30 y fentanilo a 20, pupilas lentas, reactivas, **pulmones con disminución del murmullo vesicular** – Abdomen blando, extremidades normales, **gasometría normal**, hemodinámico bien, infiltrados bilaterales. Plan: Traqueostomía hoy (folio 106 Exp).

Valoración sin nombre de médico y firma ilegible.

29-IV-2003 – Evolución horas de la tarde, con el siguiente registro médico:

1. Síndrome de Shock Dengue **Resuelto**
2. Neumonía nosocomial asociada ventilación mecánica
3. Sepsis de origen pulmonar

Paciente Evoluciona con S.V. estables; afebril. TA 126/76, FC 108X', FR 16X', Sato2 99% **sin sedoanalgesia desacoplado con el ventilador**, ansioso, taquicárdico. Se decide revisar sedoanalgesia y reprogramar traqueostomía dado la reintubación y la intubación prolongada a la fecha del paciente. Diuresis 150 cc/h. **Neurológicamente sin déficit aparente.**

Plan: Traqueostomía mañana 1 PM. Valoración Dra. Carmen Isabel Polo (Folio 108 Exp.) [Clínica del paciente sin complicaciones]

29-IV-2003 – Evolución, Valoración médica y clínica del paciente. Doctores JOSE JARABA SIERRA, JUAN JOSE CASTRO C., por evolución se le registra al paciente:

1. N.A.V.
2. Sepsis de origen pulmonar
3. Shock por dengue Resuelto

En cuanto a la valoración médica: al examen físico el paciente registro: S.V. normales: TA 120/70, TAM 90, FC 100X', FR 18X', Pulmones con disminución del murmullo vesicular con ausencia en base izquierda, crépito en base derecha. RscRs, taquicárdico, no soplos, abdomen blando depresible, peristalsis (+). Diuresis (+) 100 cc/h.

NOTA: En la evolución de la fecha no es dado registrar Shock x Dengue, porque el paciente evoluciona con TA 120/70 (normal), sin hipotensión de lo que se trata: Síndrome de Shock del Dengue (Resuelto).

Labratorios: Plaquetas 440.000 mm³ y leucos 11.900 glóbulos blancos por microfiltros de sangre con cifras normalizadas. Resto de exámenes con cifras normales (folio 109 Exp.)

Para la evolución médica de la fecha, el paciente acusa el mismo proceso infeccioso nosocomial (por la NAV y la bacteria Sepsis de origen pulmonar)

Evolución médica y clínica del paciente favorable. No Registra:

1. Presencia de hipotensión
2. Presencia de signos de shock alguno
3. Presencia de cuadros hemorrágicos
4. Presencia de aumento excesivo de permeabilidad vascular
5. Registra Plan por aumento de permeabilidad vascular
6. Presencia de signos de alteración en la coagulación sanguínea
7. Oliguria (disminución de la cantidad de orina que se forma)
8. Presencia de evento agudo que amenace constantes vitales
9. Clínica del paciente sin complicaciones

21.- 30 – IV – 2003 – Hora 11:20. Paciente en su día 15 de estancia en la UCI, evolucionando con la misma sintomatología:

1. **Síndrome Shock por dengue resuelto**
2. Neumonía AVM Tardía
3. Sepsis de origen pulmonar
4. Pop Traqueostomía día 1

Al examen físico paciente con S.V. normal: TA 113/73, PAM: 93, FC 111X', FR 14X', T 36.30° C, SNC: Paciente bajo sedoanalgesia con dormicum a 20 cc/h (2,4 Mg/h).

Valoración: Drs: JOSE JARABA S., MARIO MUNEVAR, RsCsRs, No Soplos, pulmones del paciente en mejoría con disminución del MV (murmullo vecicular) en bases pulmonares, en VM (ventilación mecánica),

Diuresis (+), 650 cc/4h, paciente con buen gasto urinario. Abdomen blando depresible, Peritalsis (+). Extremidades: Simétricas, no edema de Mts.

Laboratorio: Plaquetas normales 422.000 mm³, G.B. 13.600 por microlitros de sangre, con un ligero aumento, demás exámenes de laboratorio con cifras normales.

Paciente en la fecha fue llevado a traqueostomía, por lo que se deja analgesia con Fentanilo, sedación con domicon, hemodinamicamente controlado, **paciente afebril en horas de la mañana.**

Pronóstico reservado de acuerdo a evolución. Folio 111 Exp.

30 - IV - 2003 - Evolución paciente hora de la noche. Valoración Dr OSWALDO CABEZA VEGA, con el mismo proceso infeccioso nosocomial.

1. Síndrome Shock **por dengue resuelto**
2. Neumonía nosocomial asociado a AVM (asociado a ventilación mecánica)
3. Sepsis de origen pulmonar

Al examen físico el paciente registra signos vitales adecuados: TA 131/70, FC 118X', FR 20X', T 37°C, TA Adecuada: No Hipotensión.

Abdomen blando depresible, **pulmones con mejor murmullo vecicular, Diuresis 100 cc/h.** Paciente estuvo despierto por momentos. Pupilas isocóricas y reactivas, extremidades observándose debilidad muscular por lo que se solicita férula y terapias físicas. Paciente bajo sedoanalgesia.

Paciente con mejoría de PAEL. Se puede intentar destete ventilatorio, con posibilidad de traqueostomía en la fecha. Plan Traqueostomía (Folio 110 Exp.).

30 - IV - 2003, Evolución y valoración médica de los Drs. ANTONIO CONSUEGRA y JUAN JOSE CASTRO C. Paciente con el mismo proceso infeccioso pulmonar nosocomil.

1. Neumonía Asociada a V.M. (NAV) tardía.
2. Sepsis de origen pulmonar

3. POP de traqueostomía día 1
4. Sepsis de origen pulmonar

NOTA: Evolución médica sin dengue

Paciente que al examen físico le valoraron:

S.V. Normales TA 126/78, PAM 96, FC 112X', FR 18X', T 35.8°C

Paciente bajo analgesia con dornicun a 20 cc/h, Fentanilo a 2.4 mg/kl.

Pulmones continua con disminución del murmullo vesicular en bases pulmonares en VM. Abdomen blando depresible, con peristalsis positivo (+), **Diuresis (+)**. Extremidades simétricas. S.N.C. No déficit Neurológico.

Paciente que fue llevado a traqueostomía, por lo que se le deja infusión de fentanilo bioquímica: **leucocitos 13.600**. Evolución de traqueostomía normal.

Pronóstico reservado de acuerdo a evolución (folio 113 Exp.)

Evolución médica y clínica del paciente favorable. No Registra:

1. Presencia de hipotensión
2. Presencia de signos de shock alguno
3. Presencia de cuadros hemorrágicos
4. Presencia de aumento excesivo de permeabilidad vascular
5. Registra Plan por aumento de permeabilidad vascular
6. Presencia de signos de alteración en la coagulación sanguínea
7. Oliguria (disminución de la cantidad de orina que se forma)
8. Presencia de evento agudo que amenace constantes vitales
9. Clínica del paciente sin complicaciones

30 – IV- 2003 - Evolución y valoración de la Dra CARMEN ISABEL POLO.

Paciente que al examen físico presentó los siguientes registros:

Presenta inicialmente sangrado a través de estoma de traqueostomía, con episodio de decantación parcial, por golpe de tos posterior – Sato2 (bajo saturación de oxígeno) (doble baja carbono) con hipoventilación a la auscultación, por lo que se procede a reacomodar cánula de traqueostomía, pero posteriormente, nuevamente hay protrusión de la misma, a pesar de estrecharse con punto de sutura; **con bajo Sato2 58%**, por lo que se decide

TOT y valoración urgente por ORL (otorrinolaringólogo). Plan – Paciente valorado por ORL, quien considera el paciente amerita cánula de mejor tamaño por tener una tráquea amplia (folio 114 Exp.).

1.- Se observa en la evolución y valoración médica de la fecha; el paciente acusa el mismo proceso infeccioso nosocomial (NAV mecánica) y la bacteria sepsis de origen pulmonar).

2.- Se observa también en esta evolución y valoración médica que dice: "paciente presenta inicialmente sangrado a través de estoma de traqueostomía, con episodios de decantación parcial por golpe de tos" (folio 114 Exp.)

Traqueostomía (procedimiento quirúrgico (DIA 1)

"Sangrado por golpe de Tos"

Se toma coagulograma que reporta normal.

NO POR MANIFESTACION HEMORRAGICA.

Porque el Síndrome de Shock del Dengue que le trataban al paciente, desde el 17 de IV- 2003; a partir del 24 -IV -2003 **Los médicos tratantes lo declararon Resuelto**, inclusive el día 8 -V – 2003, fecha en que el paciente fallece (folio 96 – 132 Exp.).

3.- Así mismo, registra esta evolución:

1.- Baja Sato2 (baja saturación de oxígeno)

2.- Doble baja C (Doble baja de carbono)

Por lo que se procede a reacomodar cánula de traqueostomía. Pero nuevamente hay protusión de la misma a pesar de estrecharse con punto de sutura; con Baja Sato2 (baja saturación de oxígeno 58%), por lo que se decide traqueostomía y valoración urgente por ORL (otorrinolaringólogo) quien considera el paciente amerita cánula de mayor tamaño por tener una tráquea amplia. Firma la evolución médica la Dra. CARMEN ISABEL POLO (folio 114 Exp.).

Falla en el proceso quirúrgico de la traqueostomía de parte del equipo médico y falla del servicio: **hubo falta de diligencia, falta al necesario deber de cuidado.**

1.- La necesidad de reacondicionar la cánula, sometió al paciente a un grave riesgo de muerte, con la doble baja saturación de oxígeno y la doble baja de C. (folio 114 Exp.).

2.- Falla del servicio y del equipo médico, por no examinar y analizar la traquea del paciente para colocarle la cánula de la medida, hubo falta de diligencia del equipo médico por lo que se decide:

1.- TOT (doble traqueostomía)

2.- Valoración urgente por ORL, quien considera **"el paciente amerita cánula de mayor tamaño por tener una tráquea amplia"** (Folio 114 Exp.)

El paciente es sometido a doble mismo procedimiento quirúrgico, que siente y le lastima. Si el equipo médico obra con diligencia no ocurre lo previsible (falla del servicio médico y salud). Violación al necesario deber de cuidado (obsérvese deterioro cerebral).

La evolución y valoración médica clínica del paciente de la fecha, no registra:

1. Presencia de hipotensión arterial
2. Presencia de signos de shock alguno
3. Presencia de aumento excesivo de permeabilidad capilar
4. Registra Plan por aumento de permeabilidad vascular
5. Presencia de signos de alteración en la coagulación sanguínea
6. Oliguria (disminución de la cantidad de orina que se forma)
7. Presencia de evento agudo que amenace constantes vitales

22.- 01 V - 2003 - Para la evolución y valoración médica de la fecha, hora 6:40 PM, Dra. CARMÉN ISABEL POLO, Paciente llevada en horas de la noche a revisión de traqueostomía y colocación de cánula No 9, la cual se fijó con puntos de sutura externa. Presenta sangrado moderado, por lo que se toma coagulograma que reporta normal (Folio 114 Exp.).

S.V. Estables: TA 138/70, FC 125X', tendencia a la taquicardia y febril, T 38°C, RsCsRs, tolerando gastroclisis. **Diuresis 100 cc/h** – Neurológico: bajo sedación.

PLAN: Vigilar patrón respiratorio. **Meter tubo por la boca**, punto de partida para la muerte. Baja cantidad de oxígeno en los pulmones.

FALLA EN EL PROCEDIMIENTO: quirúrgico:

1. Nos aspira la cánula
2. Expulsa la cánula **por la tos**
3. Proceden a **Reacomodar** cánula, que se salió dos veces. Baja saturación de oxígeno, fue de 58% y lo normal es cien (100%) Folio 112 y 114b Exp.

1. V – 2003 Evolución y Valoración médica Dr. OSWALDO CABEZA VEGA, paciente con el siguiente diagnóstico:

1. **Síndrome Shock dengue Resuelto**
2. Sepsis pulmonar por *Acinetobacter Baumannii*

Al examen físico paciente con:

S.V. Adecuados: TA 135/65, FC 118X', FR 18X', T:36.5°C.
Diuresis > 100cc/h (+)

Paciente bajo sedoanalgesia, pupilas isocóricas y reactivas, **pulmones bien o mejor murmullo vecicular. Abdomen blando, peritáxis positivas**, buena hemodinámico y saturación de oxígeno con realización de traqueostomía, se reanimó y necesitó de **Reintervención**.

Plan igual manejo (folio 112 Exp.).

Mayo 1º - 2003, Hora 10:00 PM, valoración médica Dr. BARRIOS (otomolaringólogo) ORL "Paciente con registro de 2º día de traqueostomía y revisión de la misma. **Ayer en la noche, me llaman porque la cánula al parecer se salió de tráquea. Se retoma y se coloca nuevamente en tráquea, se fija con punto a piel y con cinta al cuello. Se solicita mantener**

al paciente en decúbito dorsal y en posición horizontal y no colocarlo en posición semisentado" (Folio 115 Exp.).

1 - V - 2003 - Evolución y Valoración del paciente horas de la tarde, y en su día 15 de estancia en UCI, con el siguiente registro:

1. Neumonía asociada a ventilación mecánica tardía
2. Sepsis de origen pulmonar No hay dengue, evolución y valoración
3. POP Traqueostomía sin dengue.

Al examen físico el paciente presentó, S.V. adecuados:

TA : 107/59, TAM 84, FC 100X', FR 16X', Sato2 99%

SNC Sedoanalgesia

RsCsRs sin soplos. **Abdomen blando depresible no dolor. Diuresis 250 cc/h (+).** Extremidades simétricas, móviles sin edema. Bajo soporte ventilatorio.

Laboratorio: Plaquetas 381.000 micras, normales – Leucos 15.200 glóbulos blancos, con leve aumento. Los demás exámenes con cifras normales. Gases arteriales, los exámenes con cifras normales.

Pronóstico reservado de acuerdo a evolución (Folio 116 Exp.).

Evolución, valoración médica y clínica del paciente de la fecha:

1.- En cuanto a la evolución, valoración y clínica del paciente de la fecha, el **paciente no evoluciona Dengue en ninguna de sus formas**

b) Abdomen blando, sin dolor sin distensión

c) Peristalsis positiva (+) Buena hemodinamia

d) Diuresis Positiva, buen gasto urinario

2.- Solamente queda el paciente con el proceso infeccioso pulmonar nosocomial, por la sepsis pulmonar por *Acinetobacter Baumannie*.

3.- Se le suma un nuevo procedimiento quirúrgico "La traqueostomía"

4.- **Paciente afebril**

5.- Con leve aumento de la FC

Evolución, Valoración médica y clínica del paciente de la fecha, favorable.
NO REGISTRA:

1. Presencia de múltiples y graves complicaciones
2. Presencia de hipotensión
3. Presencia de signos de shock alguno
4. Presencia de sangrado
5. Presencia de excesivo aumento de permeabilidad vascular
6. Presencia de plan por aumento de permeabilidad vascular
7. Presencia de signos de alteración en la coagulación sanguínea
8. Registra oliguria (disminución de la cantidad de orina que se forma)
9. Presencia de evento agudo que amenace constantes vitales

23.- 2 - V - 2003 - Evolución y valoración médica del paciente de la fecha, hora 10:00 AM, en su día 17 de estancia en la UCI, Valoración de los Drs JOSE JARABA S. y OSWALDO CABEZA VEGA, con el siguiente registro:

1. Dengue + Shock
2. Neumonía asociada a ventilador
3. Sepsis secundaria al anterior

Es de recibo anotar que al paciente lo vienen valorando con síndrome de shock del dengue. Ya resuelto.

Sin ningún fundamento clínico, en la evolución de la fecha, horas de la mañana, le registran "Dengue - Shock" {TA Adecuada 118/60, No hipotensión}

Evolución médica favorable: tanto hemodinámica como ventilatorio, sin datos de deterioro.

Clínica del Paciente: Al examen físico, con S.V. Adecuado: TA: 118/60, FC 109X', FR 16X', T: 37°C

Sistema Urinario: sin alteración: Diuresis > 100 cc/h. Positiva (+)

No hay trastornos en la eliminación de orina:

NO REGISTRA LA EVOLUCION MEDICA, EDEMA RENAL

Le suspenden al paciente sedoanalgesia con mejoría de la PAEI, con pupilas reactivas y pulmones con regular murmullo vesicular, acoplado a ventilación mecánica y traqueostomía funcionando bien. (Folio 118 Exp.).

PLAN: Despertar al paciente.

La evolución y valoración médica de la fecha no registra:

1. Presencia de múltiples y graves complicaciones
2. **Presencia de hipotensión arterial**
3. **Presencia de signos de shock alguno**
4. Presencia de sangrado
5. Presencia de excesivo aumento de permeabilidad vascular
6. Presencia de plan por aumento de permeabilidad vascular
7. Presencia de signos de alteración en la coagulación sanguínea
8. Presencia de oliguria (disminución de la cantidad de orina que se forma)
9. Presencia de evento agudo que amenace constantes vitales

2 - V- 2003 – Por Neurología e impresión diagnóstica, le observan y probabilizan al paciente apertura ocular espontánea, obediencia a algunas órdenes cuadriparesia 2/5 cuerpo izquierdo, 3/5 cuerpo derecho. Los 4 miembros afectados con baja capacidad de repuestas. Signos meníngeo (-) y le ordenaron TAC cerebral simple:

A.- Lesión corteza cerebral ??

Lesión tallo cerebral

PLAN: TAC cráneo simple con corte en fosa posterior. Firma NOHEMY MEZA (folio 119 Exp.)

Según valoración de fecha 3 - V - 2003, hora 12:15 PM (folio 121 Exp.), por Neurología (suplantada), se revisa estudio TAC cerebral, sin evidencia de patología operante (folio 202 Exp.)

"Aunque no es el estudio indicado para lesión en fosa posterior" (dice la valoración) Dra. SANDRA SANTOS (médico cirujano) medicina general.

"Paciente continua sin cambios, actualmente bajo sedoanalgesia, se espera evolución, ya que es necesario realizar una RM (resonancia magnética) que es imposible en este momento y se realizará estudio eléctrico ante la posibilidad de que siga asociado... se sugiere iniciar antidepresivos con Fluoxetina 20 mg c/día (folio 121, 202 Exp.).

Para respaldar la valoración médica x neurología. Firma desconocida ilegible.

Imitaron los rasgos de la firma original de la Dra. NOHEMI MEZA Médico neuróloga.

Llama la atención y crea sospecha la escritura y firma de los folios 121 y 128 V-6-2003 - 11:45 AM y V - 3 - 2003, HORA 12:15 pm, contentivos de las valoraciones con TAC y estudio del mismo. Confrontar y analizar firma y escritura con firma y escritura de los folios 119 y 179 Exp.).

En lo que tiene que ver con Neurología (Dra. NOHEMY MEZA), igualmente el folio 128 Exp., Escanear folios originales 119 y 179 y folios 121 y 128 (firmas falsas) y confrontar lo escaneado a renglón seguido.

En lo que hace relación a la revisión TAC cerebral y la valoración por Neurología de fecha 3 - V- 2003, hora 12:15 anotación (folio 121 Exp.), nos pronunciamos que es "suplantada", por lo que se trata de revisión TAC cerebral, y valoración médica por Neurología, "estudio especializado al paciente FERNANDO LUIS MACHUCA DE MIER, para un médico Neurólogo.

Que contraste para la atención de la salud y vida del paciente, que institucionalmente ordenaron a un médico cirujano (medicina general) para

la revisión del estudio TAC cerebral y valoración médica por Neurología (folio 121 Exp.) y valoración por neurología (folio 128 Exp.).

V – 6 – 2003, hora 11:45 am, anotación sin nombre del médico, sin identificación personal y profesional; sustituyeron ilegalmente a la médico neuróloga NOHEMY MEZA, quien según valoración por Neurología de fecha V – 2 -2003, le ordenó al paciente PLAN TAC cráneo simple con corte en fosa posterior (folio 119 Exp.); por una médico cirujano (medicina general), Dra. SANDRA SANTOS (Folios 67,142, 143, 144, 182 Exp.).

Falsas valoraciones y Revisión Estudio TAC cerebral por Neurología, sin orden médica (folio 121 y 128 Exp.). Firma de la Dra. NOHEMY MEZA, fue falsificada (notas fueron agregadas) para respaldar las valoraciones médicas y la revisión de los estudios TAC por Neurología.

Expusieron a riesgo – peligro la vida del paciente FERNANDO LUIS MACHUCA DE MIER, en una acción de la Organización Clínica General del Norte, en manos de los médicos tratantes, en un caso aventurado, censurable y punible: Poner en manos de un médico cirujano (medicina general) la responsabilidad de las valoraciones médicas por Neurología y revisión de los estudios de TAC cerebral (folios 121 y 128 Exp.).

Reprobamos las valoraciones médicas por Neurología y Revisiones por Neurología de los Estudios TAC Cerebral y TAC cráneo, e inclusive el plan de revalorar por Neurología con TAC cerebral, de la Dra. CARMEN ISABEL POLO (médico cirujano) Folio 121 Exp., por falta de legítima procedencia.

FALSEDAD EN DOCUMENTO PRIVADO y FRAUDE PROCESAL.
 “Conducta punible que compromete la responsabilidad penal y civil de la Organización Clínica General del Norte y los médicos tratantes del paciente Fernando Luis Machuca de Mier”. Valoración médica por Neurología (folios 121 y 128 Exp.).

Falta provocada del servicio de salud y médicos por acción (violación al necesario deber de cuidado).

Falsa valoración por Neurología de fecha 6 – V – 2003, hora 11:45 AM. Plan: TAC cerebral para descartar evento cerebro vascular agudo, posiblemente hemorrágico (folio 128 Exp.). E. igual falsa revisión TAC x Neurología de fecha 3 -V-2003, hora 12:15 PM (folio 121 Exp.).

Ambas anotaciones sin nombre del médico tratante (Neurólogo), sin identificación personal y profesional. Las dos anotaciones con la misma caligrafía y respaldadas con firmas falsas e imitaciones, firma de la Neuróloga NOHEMY MEZA (folio 119, 128 anotación de V – 6 – 2003, hora 12:15 PM y folio 179 Exp. Mayo 2 de 2003, TAC cráneo simple (orden médica).

¿Por qué las anotaciones cuestionadas (caligrafía) de la Dra. SANDRA SANTOS (folios 121 y 128 Exp.?)

Veamos:

a.- Asociamos caligrafía anotaciones x neurología (folios 121 y 128 Exp.), con caligrafía anotación 15 – IV -2003, hora 6:00 pm (folio 67 Exp.). Esta anotación con sello, firma y nombre de la Dra. SANDRA SANTOS (médico cirujano). Las tres anotaciones con la misma caligrafía.

b.- Dice la anotación (folio 67 exp.)

“además se colocará sonda vesical, ya que el paciente no ha presentado diuresis en toda la tarde...”

c.- A folio 142 Exp. – 15 – IV – 2003, Hora 6:00 pm. Capítulo de órdenes médicas de la historia clínica, encontramos la anotación de la Dra. SANDRA SANTOS, ordenando la aplicación de sonda vesical. Medir PUC e/2h

d.- Folio 143 Exp. – 15 – IV – 2003, hora 7:00 PM, sello Dra. SANDRA SANTOS (folio 143 Exp. – 15 -IV – 2003, hora 8:00 PM, transfundir. Sello Dra. SANDRA SANTOS.

e.- Folio 144 Exp. 16 – IV -2003, hora 5:00 AM, anotación firma y sello Sandra Santos.

f.- (Folio 121 Exp.) 3 – IV -2003, hora 12:15 PM, Revisión TAC cerebral por Neurología.

“Se revisa TAC cerebral sin evidencia de patología aparente”, aunque no es el estudio indicado para lesión en fosa posterior”

Anotación que termina diciendo:

“... se sugiere iniciar antidepresivo con Fluoxetina 20 mg c/día.

Anotación: caligrafía y números de la Dra, SANDRA SANTOS

Veamos (folio 182 Expediente) capítulo ordenes médicas:

3 – V – 2003, hora 12:20 PM, Fluoxetina 20 mg c/día, caligrafía y números, firma y sello SANDRA SANTOS (médico cirujano).

Bioquímica: todos los exámenes con cifras normales, con pico febril y leucocitosis.

Plan: Revisión de traqueostomía

Revalorar por neurología

Con TAC cerebral (folio 120 – 121 Exp.)

3 – V – 2003 – Evolución UCI horas de la noche 5:00 PM – Valoración Dr. RICARDO VILLA.

Paciente con cánula de traqueostomía mal función con empuje labial. Se consulta con ORI. quien responde que ya la cánula fue cambiada y no tiene porque empujar, es menor que la tráquea que es muy grande, se entuba ya que en este estado se aumenta el metabolismo en paciente, se relaja y se entuba con tubo No. 8, se conecta a ventilador, se inicia infusión de dormicum y fentanilo con %, disminuye FC hasta 110X' y FR16X', Sato2 100%, Diuresis adecuada 100 cc/h. S.V. adecuados. RsCsRs taquicárdico sin

soplo. **Pulmones ventilados sin crépitos. Abdomen blando depresible, sin dolor.** Pronóstico reservado (folio 119 y 120 Exp.)

24 - 3 - V- 2003 – Evolución médica de la fecha, horas de la tarde 4:00 PM, valoración Dr. CARLOS REBOJILLO, con los mismos pronósticos:

1. **Síndrome Shock Dengue Resuelto**
2. Neumonía Asociada a Ventilador

Durante la tarde ventilación mecánica. Se realiza procedimiento quirúrgico, colocación de tubo por orificio de traqueostomía, se toman puntos de sutura y mantiene adecuada hemodinamia con S.V. normales: TA 130/70M FC 96X', FR 19X', Sato₂ 99%, Tórax: **Con expansibilidad pulmonar. Abdomen blando depresible.** Ruidos cardiacos ritmicos. Se solicitará bioquímica completa y se suspenderá sedación con midazolam (folio 122 Exp.)

Evolución, valoración médica y clínica del paciente de la fecha:

1.- En cuanto Evolución Médica: tanto hemodinámica, radiológica y ventilatoria **Favorable**, sin datos de deterioro, ni evento agudo que amenace constantes vitales.

2.- **Superado y Resuelto.** El síndrome de Shock del Dengue y las alteraciones sistémicas (shock), como lo expresa la evolución médica de 24 y 26 de abril de 2003 y siguientes, hasta el día 8 de mayo de 2003, fecha en que fallece el paciente, el paciente evoluciona otras patologías de tipo nosocomial, es decir, se infectó intrahospitalariamente, con:

1. Neumonía nosocomial asociada a ventilador
2. Sepsis por acinetobacter baumannii multirresistente (folio 89 Exp)
3. Sepsis de origen pulmonar por bacilo Gran (-)
4. Pseudomona, stafilococo y atipicos (folio 69 Exp.)

3.- Clínica del Paciente: Al examen físico, con S.V. normales: TA 130/70, FC 116X', FR 18X', Sato₂ 99%

Sistema Abdominal:

Abdomen blando depresible. Peristalsis positiva sin dolor, no distensión.

SISTEMA URINARIO: Infección de vías urinarias

Diuresis: Positiva, 100 cc/h

No hay trastornos en la eliminación urinaria

- A- Poliuria: aumento de la eliminación urinaria por encima de 1.600 cc al día
- B- Oliguria: disminución de la orina por debajo de 400 cc al día
- C- Anuria: Es la eliminación urinaria por debajo de 100 cc en 24 horas

Evolución y Valoración médica de la fecha – No Registra:

1. Presencia de múltiples y graves complicaciones
2. Presencia de hipotensión arterial
3. Presencia de signos de Shock alguno
4. Presencia de sangrado
5. Presencia de aumento de permeabilidad vascular
6. Presencia de Plan por aumento de permeabilidad capilar
7. Presencia de signos de alteración en la coagulación sanguínea
8. Presencia de Oliguria (disminución de la cantidad de orina que se forma)
9. Presencia de evento agudo que amenace constantes vitales
10. Empeoramiento clínico

25.- 4 -- V- 2003, Hora de la mañana: Evolución médica y valoración del Dr. MARIO MUNEVAR B., en su día 18 de estancia en UCI, sigue con el mismo pronóstico:

1. Síndrome Shock del Dengue Resuelto
2. Neumonía AVM

Evolución, Valoración Médica y Clínica del Paciente de la fecha.

1.- En cuanto a la Evaluación médica: hemodinámica, radiológica y ventilatoria: favorable. Sin datos de deterioro. Ni evento agudo que amenace constantes vitales. Al paciente no se le registra dengue en ninguna de las tres formas: Dengue Clásico (DC), Dengue Hemorrágico (DH) y Síndrome de Choque Dengue (SCD), con diversos niveles de gravedad (folio 298 Exp.)

2.- Valoración Médica: Paciente que al examen físico con: S.V. adecuados: TA 105/55, PAM 74, FC 105X¹, FR 16X¹, T: 36.5°C, Sato₂ 91.8%.

SNC paciente bajo sedoanalgesia con dormicum a 30 cc/h y Fontanilo a 20 cc/h. RsCsRs- No Soplos, **Pulmones con disminución del murmullo vesicular en bases pulmonares**, en V.M. (ventilación mecánica). **ABDOMEN: Blando, depresible, peristalsis positiva (+) sin dolor y sin distensión en las paredes abdominales.**

SISTEMA URINARIO: Infecciones de vías urinarias, no las registra, la evolución y valoración médica:

Diuresis (+) Positiva 200 cc/h en 2 horas

No hay trastornos en la eliminación de la orina.

No registra la evolución y valoración médica **EDEMA RENAL.**

No registra la evolución y valoración médica una disminución del torrente sanguíneo hacia los riñones.

La evolución, Valoración médica y clínica del paciente de la fecha, No Registra:

1. Presencia de múltiples y graves complicaciones
2. Presencia de hipotensión arterial
3. Presencia de signos de shock alguno
4. Presencia de sangrado
5. Presencia de signos de alteración en coagulación sanguínea
6. Presencia de aumento excesivo de permeabilidad vascular
7. Presencia de Plan por aumento de permeabilidad vascular

8. Presencia de Oliguria (disminución de la cantidad de orina que se forma)
9. Presencia de aumento agudo que amenace constantes vitales

Laboratorio: plaquetas normalizadas 344.000 mm³, Leucos ligeramente aumentados 16.800. Demás exámenes con cifras normales (folio 124 Exp.)

26.- Según evolución médica del día 5 - V - 2003 y valoración del Dr. MARIO MUNEVAR B., el paciente FERNANDO LUIS MACHUCA DE MIER, en su día 19 de estancia en UCI, con el siguiente pronóstico:

EVOLUCION MEDICA:

1. Sepsis pulmonar por Gran (-)
2. Neumonía asociada a ventilación mecánica (NAVVM)
3. Síndrome Shock por dengue resuelto (No hay Shock por Dengue, porque el paciente evoluciona con TA153/85 (Folio 125 Exp.) no hay presión baja.
4. POP Traqueostomía

Hemodinámica, Radiológica y ventilatoria: Favorable.

Se le suspende sedoanalgesia para progresión en VM (ventilación mecánica). Con paresia de MsSs y Msls, aún bajo efectos de sedoanalgesia, suspendida en horas de la mañana, paciente con evolución estable.

Laboratorios: Plaquetas normalizadas, Leucocitos con leve aumento de glóbulos blancos (Folio 125 Exp.).

Los demás exámenes de laboratorio: con cifras normales.

2.- Valoración Médica: Paciente que al examen físico presentó: favorable.

S.V. alterados, TA 153/85, PAM 99, FC 120X', FR 18X', T 38.5°C, SatO₂ 97%

SNC Paciente con apertura ocular espontánea, con Paresia de Msls y MsSs, aún bajo efectos de sedoanalgesia, RsCs taquicárdicos, No soplos. Pulmones con disminución del murmullo vesicular en bases pulmonares, con

movilización de secreciones. Extremidades: No edema de Msls (folio 125 Exp.).

G.A.S. todos los exámenes con cifras normales.

3.- Clínica del Paciente

SISTEMA ABDOMINAL:

Abdomen blando depresible. Peristalsis positiva, sin dolor y distención abdominal.

SISTEMA URINARIO

Diuresis: Positiva (+), 2.650 cc en 24 h. Previos. (Folio 125 Exp.)

INFECCION DE VIAS URINARIAS

No hay trastorno en la eliminación urinaria.

5 - V - 2003, Hora de la noche: Evolución y valoración médica de los Drs. JOSE JARABA S. con los siguientes pronósticos:

1.- Evolución Médica continua con:

1. Sepsis de origen pulmonar por Gran (-)
2. POP traqueostomía
3. Síndrome Shock Dengue Resuelto

No hay Shock por Dengue, porque el paciente evoluciona con TA normal 140/80, no hay presión baja (Folio 126 Exp.)

Paciente con evolución estable. En las últimas 24 horas traqueostomía bien posicionada, murmullo vesicular conservado. R_sC_sR_s, con tendencia a la taquicardia. Neurológicamente con apertura ocular espontánea (Folio 126 Exp.)

2.- Valoración Médica: Paciente que al examen físico favorable. S.V. normales. TA140/80, FC 110X[°], FR 18X[°], Sato₂ 98%. Afebril.

Plan: Vigilar curva febril y leucocitaria (folio 126 Exp.)

Mayo 5 – 2003, Hora 12:00 PM, los Drs MARIO MUNEVAR B. y JOSE JARABA S., deciden cambio de catéter en retrocultivo yugular, con secreciones y heritomatoso y colocar catéter femoral (por posible foco de fiebre) (folio 127 Exp.)

5 – V – 2003, Hora: 2:40 PM, Evolución Valoración médica, paciente con los mismos pronósticos médicos:

- 1.- Neumonía asociado a ventilación mecánica A. Baumanni (tardía)
- 2.- Traqueostomizado
- 3.- Sepsis vía pulmonar
- 4.- S.S.D. (Síndrome Shock Dengue (R) Resuelto

1.- EVOLUCION MEDICA

Paciente desacoplado de la máquina, con taquicardia sinusual.

Se cambia catéter yugular por catéter femoral, por posible foco de fiebre (**Evolución favorable**) (Folio 127 Exp.).

2.- VALORACION MEDICA: Al examen físico, paciente con alteraciones de FC y FR, S.V. adecuados: TA 143/84, FC123X', FR 27X', T 37°C – **AFEBRIL.**

3.- clínica del paciente: Favorable

SISTEMA URINARIO

Diuresis: Positiva (+): 250 cc/h (folio 127 Exp.).

Evolución y Valoración Médica y Clínica del Paciente de la fecha: No registra: Infección de vías Urinarias

No hay trastornos en la eliminación urinaria

5 – V – 2003, Hora: 10:30 PM -- Evolución y Valoración Dr. MARIO MUNEVAR B. Paciente presentó HIPERTENSION ARTERIAL. de 190/105, Taquicardia de 130X', dice la valoración: por lo que en Ronda con

Dr. CRISTIANSEN le ordena Metoprolol 2.5 Inf IV diluido, persisten con (HTA) Hipertensión arterial y taquicardia, por lo que se ordena 2.5 inf IV más de Metoprolol y le **adicionan** infusión de fentanilo a 20 cc/h. Media hora después 11:00 PM, aún el equipo médico, no había obtenido mejores tensión arterial, por lo que se ordena Infusión de dopamina a 10cc/h, obteniendo TA 156/68 (folio 459 Exp.) {TA subió, bajó y subió el equipo médico no logró normalizar la TA}

El paciente en su día 20 de estancia en UCI, donde fuera trasladado, desde el 16 - IV - 2003, de la Unidad Polivalente, para continuar monitoreo (folio 68 Exp.); 6 horas aproximadamente después de presentar hipertensión arterial (TA 190/105); el día 6 - V -2003 a las 6:15 AM, hipotensión 89/49, según valoración de la fecha al examen físico le registra:

Paciente: S.N.C. con pupilas en 7 mm en ambos ojos, reflejo corneal (-) óculo cefálico (-), óculo cefálico (-), pupilar (-), No responde a estímulos dolorosos (folio 459 Exp.)

2.- "Paciente con ausencia de reflejos de tallo cerebral, por lo que se piensa **compromiso neurológico por HTA**, hipertensión, por lo que se sugiere TAC cráneo simple en la mañana (folio 459 Exp.).

- 1- ¿Qué pasó con el paciente?
- 2- ¿Qué pasó con el monitoreo?

2.- MONITOREO

La evolución y valoración médica del paciente en la fecha a continuación registra:

FECHA	HORA	TA	FC	FR	T	FOLIO
4-V-2003	5.30 am	127/80	125X'	16X'	37°C	123 Exp
4-V-2003	9.15 am	105/55	105X'		36.5°C	124 Exp
4-V-2003	6.00 pm	135/80	111X'		37°C	125 Exp
5-V-2003	10 00 am	153/85	120X'	18X'	38.5°C	125 Exp
5-V-2003		140/80	110X'			126 Exp
5-V-2003	2.40 pm	143/84	123X'	27X'		127 Exp

5-V-2003	10.30 pm	190/105	459 Exp
5-V-2003	11.00 pm	156/68	459 Exp
6-V-2003	6.15 am	105/56	36°C 459 Exp

Estas cifras tensionales debieron alertar el cuerpo médico, por el riesgo que corría el paciente, frente a esta situación debió ordenarse monitoreo continuo de S.V., para evitar lo previsible (el deterioro cerebral) falla equipo médico (falta de diligencia).

Así: "El paciente 7 horas después de presentar la hipertensión arterial (190/105) e hipotensión 89/49; el día 6 de mayo de 2003, a las 6:15 am, según valoración le registran:

Paciente sin respuesta neurológica al examen físico, no hay datos de actividad a nivel de tallo cerebral, reflejos corneal (-), pupilas no reactivas 7 mm. Extremidades sin respuestas al estímulo, reflejo corneal (-), oculocéfalo (-), pupilar (-). No responde a los estímulos dolorosos. Paciente con ausencia de reflejos de tallo cerebral. Por lo que se piensa compromiso neurológico por HTA por lo que se sugiere TAC cráneo simple en la mañana (folios 125, 459 Exp.). Valoración Dr. MARIO MUNEVAR B.

Hallazgo que se confirma con estudio de imagenología - tomografía computada de cráneo simple, de fecha 6 de mayo de 2003. Paciente: FERNANDO LUIS MACHUCA DE MIER (folio 203 Exp.)

27.- Mayo 6 de 2003, Hora: 11:45 **Supuesta valoración** y Plan Tac Cerebral por Neurología, paciente actualmente se encuentra con pupilas 8mm, no reactivo a la luz, oculocéfalo (-), corneal (-) bilateral.

Plan: TAC cerebral para descartar evento cerebro vascular agudo, posiblemente hemorrágico (folio 128 Exp.)

Mayo 6 - 2003, Hora 12:15 PM Neurología. Estudio Dra. NOHEMI MEZA

TAC CRANEO: Hematoma intraparenquimatoso. Fronto parietal izquierdo, con drenaje a ventrículo con defecto comprensivo sobre tallo cerebral, signos de herniación subfácial.

Se observa sangrado que llega hasta 4° ventrículo.

Paciente con mal pronóstico de recuperación (folio 128 exp.).

Mayo 2 – 2003, según valoración de la fecha, por Neurología, el paciente **FERNANDO LUIS MACHUCA DE MIER**, con apertura ocular espontánea, obedece algunos ordenes sencillas, aunque con dificultad, **cuadriparesia 2/5** semicuerpo izquierdo, **3/5** semicuerpo derecho, signos meníngeo (-), estímulos dolorosos en 4 extremidades.

A. Lesión corteza cerebral??

Lesión tallo cerebral

Plan: TAC cráneo simple con corte en fosa posterior (valoración Dra. **NOHEMI MEZA**) Neuróloga (folios 119 y 179 Exp.).

Se cumple este plan con el estudio de Tomografía computarizada de cráneo simple de fecha Mayo 3 de 2003 (folio 202 Exp.)

Aplica el estudio que se exploró desde la base, hasta la convexidad del cráneo, con los siguientes hallazgos.

En la fosa posterior: los hemisferios cerebelosos y el tallo cerebral, muestran morfología, amplitud y coeficientes atenuación normal. El 4° ventrículo es central de formas y volumen habitual, ángulos ponto cerebelosos libres.

El parénquima cerebral muestra sustancia gris y la sustancia blanca de densidad, amplia y morfología habitual, **no hay evidencia de lesiones focales o extraxiales.**

Conclusión: Sin evidencia de patología aparente.

Según tomografía computarizada, paciente sin deterioro cerebral.

El día 3 de mayo de 2003 (folio 121 Exp.), la Dra. **CARMEN ISABEL POLO** y **JOSE JARABA S.** recomiendan **Plan:** Revisión de traqueostomía y revalorar por Neurología con **TAC cerebral.**

Es notorio en este plan:

1. Que la revisión de traqueostomía fue (ordenada) su realización por la Dra. CARMEN ISABEL POLO y Dr. JOSE JARABA S. (folio 181 Exp.)
2. Mientras que la revaloración por Neurología con Tac Cerebral, demandada carece de orden médica.

En el mismo (folio 121 Exp.), a renglón seguido, encontramos a 3 de mayo 2003, hora 12:15 PM, según **supuesta neurología:**

“Se revisa TAC cerebral sin evidencia de patología aparente (folio 202 Exp.). esto dice la tomografía computarizada de cráneo simple de mayo 3 de 2003

A renglón seguido dice:

Aunque no es el estudio indicado para lesión en fosa posterior (esto no lo dice el estudio tomográfico)

El equipo médico lo usó para controvertir el estudio de la tomografía computarizada de cráneo simple (Mayo 3 de 2003), en lo que hace relación a la fosa posterior.

Y continúa diciendo la revisión del TAC cerebral, hechos que nada tienen que ver con el estudio de la tomografía computarizada, veamos:

Paciente continua sin cambios, actualmente bajo sedación, se espera evolución ya que es necesario realizar una RM que es imposible en este momento y se realizará estudio eléctrico, ante la posibilidad de que siga asociado... se sugiere iniciar antidepresivos **Fluoxetina 20 mg c/día (folio 121 Exp.)**

Obsérvese señor Juez, en este (folio 121 expediente) en lo que hace relación a la revisión TAC cerebral, caligrafía y firma diferentes a la de la Dra.

NOHEMI MEZA, Neuróloga del paciente (folio 119 y 179 Exp.), quien ordenara el Plan TAC cráneo simple con corte en fosa posterior (folios 119 y 179 Exp.) de fecha Mayo 2 – 2003, fue realizado mediante estudio tomografía-computada de cráneo simple (folio 202), de fecha Mayo 3 – 2003, **sin evidencia de lesiones focales o extraaxiales.**

Sin evidencia de patología aparente.

Así mismo su Señoría, llamó mucho la atención y de manera preocupante, que a folio 128 del expediente aparece nueva valoración por Neurología y TAC cráneo de fecha 5 de Mayo de 2003, hora 11:45 AM, que dice: Por Neurología:

“Paciente masculino, 35 años, actualmente se encuentra pupilas midriáticas 8 mm, no reactivas a la luz, oculocefálicas (-) bilateral, comcal (-) bilateral, alioespinal (-), bilateral, no responde a estímulos dolorosos en extremidades, arreflexia generalizada, respuesta planton bilateral”

Plan: TAC cerebral para descartar evento cerebro vascular agudo, posiblemente hemorrágico (folio 128 Exp.).

Reiteramos Señor Juez, caligrafía y firma diferentes a la de la Dra. NOHEMI MEZA, Neuróloga del paciente e igualmente valoración y TAC cerebral **carecen de orden médica** y de identidad personal, identificación personal y profesional y autoridad profesional.

Su Señoría, en el mismo folio 128 Exp., se encuentra seguidamente a la supuesta valoración del paciente, hora 12:15 PM, TAC cráneo: hematoma intraparenquimatoso fronto parietal izquierdo con drenaje a ventrículos, defecto compresivo sobre tallo cerebral, signos de heniación subfacial.

Se observa sangrado que llega hasta 4º ventrículo.

Paciente con mal pronóstico de recuperación.

Si bien es cierto que este documento es escritura y firma de la doctora NOHEMI MEZA, Neuróloga a cargo del paciente FERNANDO LUIS

MACHUCA DE MIER, reiteramos señor Juez, que tanto la valoración como su TAC cerebral, para descartar evento cerebro vascular agudo, posiblemente hemorrágico, de fecha 6 de mayo de 2003, hora 11:45 AM, como su estudio TAC cráneo de la misma fecha, hora 12:15PM, carecen de orden médica (FUERON AGREGADOS).

Caso distinto es el Plan TAC cráneo simple con corte en fosa posterior, que presenta el folio 119 Exp.), ordenado por Neurología, la Dra. NOHEMI MEZA (folio 179 Exp.) de fecha Mayo 2 de 2003 órdenes médica.

Para obtener mayor claridad en este cuadro sospechoso, es necesario cotejar juiciosamente la caligrafía y firma del folio 119 de fecha Mayo 2 de 2003, que contiene valoración neurológica del paciente, con Plan TAC cráneo simple con corte en fosa posterior de la Dra. NOHEMI MEZA, con la caligrafía y firmas de los folios 121, 128 y 179 este folio en lo que tiene que ver con el TAC cráneo simple.

Sustituyeron (sustituir: poner a alguien o algo en lugar de otro) igualmente a la Neuróloga Dra. NOHEMI MEZA, por alguien de quien se desconoce su identidad y profesión y especialidad médica. Con el objetivo de lograr el fraude propuesto, el equipo médico subestimó es estudio TAC cráneo simple con corte en fosa posterior, tomografía computada de cráneo simple de fecha Mayo 3 - 2003 del paciente FERNANDO LUIS MACHUCA DE MIER, ordenada por la Neuróloga Dra. NOHEMI MEZA, el día 2 de Mayo 2003 (folios 119 y 179 Exp.), que dice:

“Mediante cortes axiales secuenciales simples, se exploró desde la base, hasta convexidad del cráneo, con los siguientes hallazgos:

En la fosa posterior, los hemisferios cerebelosos y el tallo cerebral, muestran morfología, amplitud y coeficientes de extenuación normal. El 4º ventrículo es central de forma y volumen habitual. Ángulos ponto cerebelosos libres.

El parénquima cerebral muestra sustancia gris y la sustancia blanca de densidad ampliada y morfología habitual, **no hay evidencia de lesiones focales o extraxiales.**

Sistema ventricular supratentorial de volumen, posición y densidad **normal.**

El aspecto subaracnoideo cortical, los surcos y las cisuras son de amplitud adecuadas.

Mastoides, senos paranasales y orbitas normales.

CONCLUSION: sin evidencia de patología aparente (folio 202 Exp.)

Prueba Neurológica sin evidencia de patología, producida en la fecha 3 de Mayo de 2003.

Señor Juez, hablamos de la figura **"El equipo médico subestimó"** el estudio TAC cráneo simple con corte en fosa posterior – Tomografía computada de cráneo simple, con base en la escritura:

"Aunque no es el estudio indicado para lesión en fosa posterior"

Que presenta el (folio 121 Exp.), en la supuesta revisión TAC cerebral de fecha Mayo 3 de 2003, hora 12:15 PM, y cuyo responsable es desconocido en la historia clínica del paciente. **¿Qué autoridad neurológica emite ese concepto?**

Es el mismo estudio tomografía – computada de cráneo simple de fecha 3 de Mayo de 2003 (folio 202 Exp.), que confronta dicho argumento en lo que afirma:

"Mediante cortes axiales secuenciales simples, se exploró desde la base, hasta la convexidad del cráneo con los siguientes hallazgos"

En la fosa posterior, los hemisferios cerebelosos y el tallo cerebral, muestran morfología, amplitud y coeficientes de atenuación normal. El IV ventrículo es central de forma y volumen habitual. Ángulos ponto cerebelosos libres.

El parénquima cerebral muestra sustancia gris y la sustancia blanca de densidad, amplitud y morfología habitual, **no hay evidencia de lesiones focales o extraxiales (folio 202 Exp.)**

No dice el estudio:

“Aunque no es el estudio indicado para lesión en fosa posterior”

Pretende el equipo médico ocultar el estudio de la fosa posterior, el cual está incluido en el estudio integral que presenta la tomografía computada de cráneo (folio 202 Exp.).

Cuyo propósito fue lograr una siguiente valoración médica por neurología, la que supuestamente presenta el folio 128 del expediente, de fecha mayo 6 de 2003, hora 11:45 AM, con ella abrieron puerta para sobreponer el siguiente:

“Plan TAC cerebral para descartar evento cerebro vascular agudo, posiblemente hemorrágico”

Y así mismo, el estudio TAC cráneo: **HEMATOMA INTRAPARENQUIMATOSO frontoparietal izquierdo**, que igualmente presenta el folio 128 Exp. De fecha Mayo 6 de 2003, hora 12:15 PM, supuesta patología que pretenderá darle mejor crédito del estudio que presenta el folio 202 (tomografía – computada de cráneo simple de fecha 3 de mayo de 2003).

Reitero Señor Juez, esta valoración, incluido su plan TAC cerebral, no están soportados por orden médica alguna. Dicha valoración y firma hemos cuestionado por falta de procedencia. Lo que indica fraude en la historia clínica.

Su Señoría, ese cuadro sospechoso a que me he referido reiteradamente, permitido por el equipo médico que tuvo a cargo el paciente, con procedimientos fuera de lo protocolos clínicos como los que presentan los folios 121 de fecha 3 de mayo de 2003 y 128 de fecha 6 de mayo de 2003.

Procedimiento que culmina con el TAC cráneo: hematoma intraparenquimatoso frontoparietal izquierdo con drenaje a ventrículos, defecto compresivo sobre tallo cerebral, signos de herniación subfacial.

Se observa sangrado que llega hasta 4 ventrículo {Esto dice la valoración}
Paciente con mal pronóstico de recuperación.

Señor Juez, con esta supuesta patología (deterioro cerebral), es producto de un manejo clínico malicioso e irregular del equipo médico: que la parte demandada al contestar la demanda pretende darle la categoría de complicaciones que le generó al paciente el **Dengue Hemorrágico**. Así lo reitera cuando dice: "las complicaciones como sangrados, daños neurológicos y demás" (folios 284, 291 Exp.)

Esta fue la razón para que el equipo médico permitiera el argumento "aunque no es el estudio indicado para lesión en fosa posterior"

Y el argumento:

"Plan TAC cerebral para descartar evento cerebro vascular agudo posiblemente hemorrágico"

No les conviene la HTA e hipotensión arterial, por tipificar fallas del servicio de salud y médico. (que se identifican en la Revisión TAC cerebral y en la valoración que presentan respectivamente el folio 121 y 128 del Exp.).

Su Señoría, pretende la parte demandada y su procurador judicial, desconocer o pasar por inadvertido de la hipertensión arterial 190/105 e hipotensión 89/49 (folio 459 exp.), que presentó el paciente y taquicardia de 130X', el día 5 de mayo de 2003, hora 10:30 PM, paciente persiste con (HTA) hipertensión arterial Y taquicardia, media hora después 11:00 PM aun el equipo médico, no había obtenido mejores tensión arterial (folio 459 Exp.

El paciente en su día 20 de estancia en UCI, donde fuera trasladado desde el 16 -IV-2003 de la Unidad Polivalente, para continuar MONITOREO (folio 69 Exp.); 7 horas aproximadamente después de presentar hipertensión arterial

(TA 190/105) e hipotensión 89/49; el día 6 – V – 2003, a las 6:15 AM, según valoración de la fecha, al examen físico le registran:

1.- Paciente SNC con pupilas en 7 mm en ambos ojos, reflejos corneal (-), oculo cefálico (-), pupilar (-), no responde estímulos dolorosos (folio 459 exp.)

2.- Paciente con ausencia de reflejos de tallo cerebral por lo que se piensa **compromiso neurológico por HTA**, lo que sugiere IAC cráneo simple en la mañana (folio 459 Exp.).

Valoración del Dr. MARIO MLNEVAR B.

1.- ¿Qué pasó con el paciente?

2.- ¿Qué pasó con el monitoreo?

Obsérvese Señor Juez, por orden médica el Plan de Monitoreo aplicado al paciente MACHUCA, a partir del momento que ingresó a UCI (unidad de cuidados intensivos), que fue el día 16 – IV -2003, hasta el día 8 de V – 2003 del mismo año, fecha en que fallece.

Veamos:

FECHA	HORA	MONITOREO	FOLIO EXP
16-IV-2003	5:00 am	Monitoreo Hemodinamico	149
21-IV-2003	7:00 am	Monitoreo	155
22-IV-2003		Monitoreo	157
23-IV-2003		Monitoreo Continuo	158
24-IV-2003	6:00 am	Monitoreo Continuo sv	160
27-IV-2003	6:00 am	Monitoreo Continuo	171
1- V-2003	6:00 am	Monitoreo Continuo sv	177
2-V-2003	6:00 am	Monitoreo Continuo sv	180
3-V-2003		Monitoreo	181
5-V-2003	6:00 am	Monitoreo Sr	185
5-V-2003	10:30 pm	No hubo Monitoreo S.V.	

Durante los 23 días de estancia del paciente en UCI lo monitorearon en 10 oportunidades.

A partir del día 4 de Mayo de 2003, hora 9:15 AM, el paciente comenzó a presentar alteraciones sistémicas vasculares, inclusive el día 5 -V -2003, hora 10:00 am, signos vitales alterados: TA 153/85, PAM 99%, FC 120X', FR 18X', T 38.5°C; posteriormente 2:40 PM, TA 143/84, FC 123X', FR 27X', taquicárdico.

Estas cifras tensionales, reiteramos debieron alertar al cuerpo médico, para que se ordenase monitoreo continuo de signos vitales, por el riesgo que corría la vida del paciente, para evitar lo previsible (el deterioro cerebral) y muerte del paciente.

Efectivamente ocurrió lo previsible, el 5 - V - 2003, hora 10:30 PM, el paciente presentó hipertensión arterial de 190/105, taquicardia de 130X'. Que al examen físico le registraron, seguidamente hipotensión 89/49 (folio 459 Exp.).

SNC paciente con pupilas en 7mm, en ambos ojos, reflejo corneal (-) oculocefálico (-), pupilar (-), no responde a estímulos dolorosos.

Paciente con ausencia de reflejos de tallo cerebral, por lo que se piensa compromiso neurológico por HTA, por lo que se sugiere TAC cráneo simple en la mañana (folio 459 Exp.), valoración del Dr. MARIO MUNEVAR B.

FALLA DEL SERVICIO de salud y médicos. Esta omisión del cuerpo médico habla de ineficiencia en el seguimiento que el deber de cuidado imponía en ese momento (folio 125, 459 Exp.).

6 - V - 2003 UCI mañana en su día 21 de estancia. Evaluación y valoración médica Drs. JOSE JARABA S. y OSWALDO CABEZA VEGA (folio 460 Exp.) con el siguiente diagnóstico: le confirman

1. Sepsis pulmonar
2. Neumonía
3. POP traqueostomía

4. **Urgencia hipertensiva**
5. CCV isquémico vrs hemorrágico
{Evolución sin dengue}

Paciente con:

SNC: Pupilas no reactivas 7 mm

Extrem : sin respuesta al estímulo, ausencia de reflejos de tallo

Paciente en mal estado neurológico, sin respuestas al llamado, motivo por el cual se realizará TAC y valoración por neurología para investigar evento: isquémico y/o hemorrágico.

Paciente en mal estado neurológico (folio 460 Exp.).

Su Señoría,

Por su naturaleza: secuelas tienen relación la **urgencia hipertensiva e hipotensiva**, que presentó el paciente, valorado por el médico MARIO MUNEVAR B., el día 5 de Mayo de 2003. hora 10:30 PM Y 11:00 PM, en la Unidad de Cuidados Intensivos TA 190/105 (folio 459 Exp.) 89/49 y demás alteraciones de los signos vitales, como se puede observar el día 5 de Mayo hora 10:00 AM, presentó presión arterial TA 153/85, PAM 99, FC 120X', FR 18X', T 38.5°C. hubo omisión del equipo médico, falta de diligencia en el seguimiento que el deber de cuidado imponía en ese momento, para un **monitoreo continuo de los signos vitales** (falla del servicio de salud y médico).

Mayo 7 -2003, Hora 10:15 Evolución y Valoración de los Drs. MARIO MUNEVAR y JOSE JARABA, paciente en su día 23 de estancia en UCI con los siguientes registros médicos:

1. El mismo deterioro cerebral
2. Neumonía asociada a VM
3. **Síndrome Shock Dengue Resuelto**

S.V. TA: 87/46, PAM 81, FC 81X', FR 14X', T 35°C

SNC Paciente no responde a estímulos con ausencia de reflejos de tallo. Glasgow 3/15, RsCsRs No soplos. Abdomen blando depresible, peritalsis (+) Diuresis (+), 250 cc/3h

Clínica del Paciente: 1) Complicaciones: El deterioro cerebral x HTA hipertensión arterial e hipotensión

2) Evolución y Valoración médica: sin aumento de permeabilidad capilar

3) Abdomen blando depresible, no dolor, no distensión, Diuresis (+), peritalsis (+), no hay plan para aumento de permeabilidad vascular.

Sin presencia de signos de alteración en la coagulación sanguínea

Sin presencia de Oliguria: disminución de la cantidad de orina que se forma.

Mayo 8 – 2003, hora 5:30 AM, Evolución y Valoración médica de los Drs OSWALDO CABEZA VEGA, MARIO MUNIVAR B., paciente en su día 24 de estancia en UCI con el siguiente registro médico:

DX

1. Hematoma Intraparenquimatoso cerebral + edema cerebral + herniación subfacial
2. Neumonía asociada a VM
3. Síndrome Shock por dengue resuelto

S.V. adecuados. TA 90/70, FC 95X', FR 16X', T 36°C, Diuresis > 100 cc/h

Paciente en mal estado, pupilas medriásticas, no reactivas, con ausencia de reflejos de tallos, abdomen blando depresible, Diuresis (+) positiva 3.600 cc/24 h, RsCsRs no soplos, pulmones con baja del murmullo vecicular en ambos hemitórax.

Paciente sin variación desde el punto de vista neurológico en muerte cerebral, quien realiza parada cardíaca, no responde a maniobras y fallece.

Por su naturaleza, secuelas tienen relación la **urgencia hipertensiva arterial e hipotensión** que presentó el paciente. Valoración del médico MARIO

MUNEVAR B. el día 5 de mayo – 2003, hora 10:30 PM, TA 190/105 – 89/49 (FOLIO 459 Exp).

Plan Igual manejo.

¿Por qué el plan: TAC cerebral para descartar evento cerebro vascular agudo?

Para sobreponer el estudio:

“TAC cráneo: hematoma intraparenquimatoso frontoparietal izquierdo con drenaje a ventrículos, defecto comprensivo sobre tallo cerebral... Se observa sangrado que llega hasta 4º ventrículo”

Su Señoría el apoderado de la parte demandada pretende inducir en error al despacho, atribuyéndole a la Clínica del Paciente, esa supuesta patología:

- 1- Para justificar que el deterioro cerebral y el sangrado son una de las complicaciones que produce el Dengue hemorrágico.
- 2- Que lo que predispone al paciente a la adquisición de la bacteria nosocomial es en primera instancia el Dengue Hemorrágico, en segunda instancia el excesivo aumento de permeabilidad vascular, neumonía, alteraciones sistémicas (shock), dificultad respiratoria, daño neurológico, y la prolongada intubación en la Unidad de Cuidados Intensivos, son producto de las múltiples complicaciones que le generó al paciente el Dengue Hemorrágico (folios 283, 284, 286, 289, 291 Exp.)

Señor Juez, hago énfasis en actitud de reproche a esta clase de argumentos del apoderado de la parte demandada, para que usted reflexione sobre los conceptos o juicios de valor clínicos que hace el abogado, que aún no los registra la evolución y valoración médica del paciente y él no es autoridad médica, infectológico, tratante, atribuyéndole a la clínica del paciente patologías y complicaciones que no registra la historia clínica de FERNANDO LUIS MACIUCA.

Valga la oportunidad para referirme al susodicho sangrado; de éste solo tres (3) son las notas que alude la evolución médica del paciente:

1. "paciente presenta inicialmente **sangrado** a través de estoma de traqueostomía, con episodio de decantación parcial por "golpe de tos" y posterior baja SaO_2 (baja de saturación de oxígeno)
Doble baja de C (doble baja de carbono (folio 114 Exp.) 30 – IV - 2003
2. Paciente llevado en horas de la noche a revisión de traqueostomía y colocación de cánula No. 9, la cual se fija con punto de sutura. Externos, **presenta sangrado moderado por lo que se toma coagulograma que reporta normal**" Mayo 1 – 2003, hora 6:40 PM (folio 114 Exp.).
3. Se observa sangrado que llega a 4º ventrículo, Mayo 6/2003, hora 12:15 PM (folio 128 exp.)

Este hallazgo según TAC cráneo simple, dado aproximadamente 7 horas después que el paciente presentara la hipertensión arterial 190/105 e hipotensión 84/49 en fecha Mayo 5 de 2003, hora 10:30 PM (folio 459 Exp.).

Señor Juez, reitero por su naturaleza, éstas secuelas tienen relación con la urgencia hipertensiva que presentó el paciente, seguido media hora el paciente responde con TA 89/49 (hipotensión), luego TA 156/68. PA subió – bajó – subió.

En cuanto al 1er y 2º sangrado, la misma valoración medica explica el motivo.

En la historia clínica no existe ninguna otra valoración médica que indique sangrado, ni plan para combatirlo.

En cuanto a las múltiples complicaciones que referencia la contestación de la demanda entre otras principales "el excesivo aumento de la permeabilidad vascular que según la contestación de la demanda genera el **DENGUE HEMORRAGICO**, que según complicó la Clínica del Paciente. Esto dice la contestación de la demanda (folio 291 Exp.)

En la historia clínica (folio 63 Exp.), encontramos valoración médica (impresión diagnóstica) de fecha abril 15 - 2003, donde se consignó:

"Paciente con edema pulmonar agudo del pulmón lado izquierdo por disnea y estertores crepitantes húmedos con las férulas de predominio izquierdo (extravasación de plasma) por aumento de permeabilidad vascular).

Seguidamente le registran distrés respiratorio con proceso favorable de aumento de permeabilidad capilar. Alto riesgo de SIRS (taquicardia + leucocitos y taquisnea) valoración Drs. FELIPE GONZALEZ y JULIO POSADA (impresión diagnóstica).

Paciente en unidad polivalente fecha 16 - IV -2003, hora 8:00 PM (folio 67 Exp.).

Dice la valoración: se recibe reporte de laboratorio con discreta elevación de froseninosas. Llama la atención el aumento progresivo de glóbulos blanco por lo que se ordena poscultivarlo (folio 67 Exp.).

A folio 68 Exp.- Abril 16 de 2003, hora 8:50 am, por neumología se realiza fibro broncoscopia mas lavado bronquial, a través de tubo orotraqueal, se aprecia mucosa hiperémica, con lesiones equimotricas en formas diseminadas y secreciones mucosas en escasa cantidad. Las lesiones equimotricas pueden ser secundaria a la trombocitopenia y las mucosas hiperémica es sugestiva de proceso infeccioso de vías aéreas de tipo viral (impresión diagnóstica) de los Drs. ALVARO URBINA (Neumólogo) y FABIAN PEÑATE B.

A folio 69 Exp. Se observa lavado broncoscopico (bal), Gran (-) escasos, cocos Gran (+) en Diplo y en Grupo.

ANALISIS: Paciente con cuadro clínico y hallazgos en fibrobroncoscopia, compatible cuadro de neumonía. Se inicia esquema con imipemen mas vangomicina por empeoramiento clínico y radiológico, para cubrir la bacteria

Pseudomona, Stafilococo y atípicas {comprometió el sistema inmunológico del paciente}

Paciente presentando cuadro de disnea con taquisnea. Se realiza Rx de tórax (folio 189 Exp.) que presenta congestión pulmonar con deterioro respiratorio por lo que necesita traqueostomía y asistencia ventilatoria (folio 459 Exp.).

Esta bacteria es la causa de la evolución tórpida del paciente, por lo que se ordena traslado a UCI para continuar monitoreo (folio 69 Exp.).

A partir de la fecha 16 -IV -2003, comienzan a valorar el paciente, con registro de **lesión pulmonar aguda, síndrome de insuficiencia respiratoria, aumento de presión en circulación pulmonar producida por patología pulmonar.**

El neumococo: Neumonía -streptococcus. Es un coco grampositivo que frecuentemente tiene un aspecto oval al microscopio, con extremos en punta, organizado generalmente en parejas o cadenas cortas. Crean trastorno pulmonar.

La resistencia a la infección neumocócica parece estar determinada por factores no específicos, tales como las secreciones mucosas y acción ciliar de las membranas mucosas respiratorias intactas, un reflejo tusígeno vivo y la fagocitosis, así como por anticuerpos humorales tipos específico, que facilitan la fagocitosis combinándose con el polisacárido capsular.

El anticuerpo antineumocócico existe predominantemente en las fracciones séricas IgG e IgM.

La lesión del pulmón en la neumonía neumocócica, ya sea localizada o diseminadas consiste de un derrame de líquido edematoso en los alveolos, estos se llenan de cantidades de leucocitos que ingieren las bacterias y las siguen algunos heritrocitos. Los linfáticos pulmonares se implican desde el comienzo del proceso. Los linfáticos y el conducto torácico sirven como vía por la cual los neumococos alcanzan el torrente circulatorio de los pacientes

con neumonía, que afectan la pleuria y reacciona con la producción de líquido edematoso y se afecta la respiración.

La fase inicial con cefalea, fiebre, malestar general, alteración de la frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca hasta 170 X'. Está generalizada su alteración desde el 15 – IV- 2003, hasta el día que fallece 8 – V-2003.

Como infección de la vía respiratoria, puede acceder al parénquima pulmonar de dos formas distintas: por aspiración de la flora de las vías respiratorias altas y por diseminación hematógena. La neumonía estafilocócica representa una infección grave que se caracteriza clínicamente por DISNEA, toxicidad general y desde una perspectiva anatomopa, falogica, por infiltración intensa de neutrófilos, **por el germen cocos Gram (+) en Diplo y en grupo (ver análisis) (folio 69 Exp.).**

Los hallazgos de la fibrobroncoscopia crearon el deterioro respiratorio, por lo que se necesitó realizar TOT y asistencia ventilatoria (folio 71 y 288 Exp.), queda claro que la afectación pulmonar es bacteriana.

Neumonía bacteriana Cap. 12 Margaret HD SMIT MD.

A partir del día 23 – IV -2003, folio 89 Exp., según valoración de los Drs. EIDELMAN GONZALEZ y JUAN JOSE CASTRO CASTRO, le registran al paciente la segunda bacteria nosocomial SEPSIS para Bacilo Gram (-) en identificación.

Para el día 25 -IV -2003, según evolución médica y valoración de los Drs. ANTONIO CONSUEGRA y CARMEN ISABEL POLO, le registran en definición al paciente la bacteria SEPSIS POR ACINETOBACTER BAUMANNIL -CALCOACILIUM (folio 98 Exp.).

A partir del día 26 – IV-2003, hora 3:00 PM, valoración del Dr. ANTONIO CONSUEGRA, le definen la bacteria intrahospitalaria SEPSIS DE ORIGEN pulmonar y continua la patología pulmonar, neumonía asociada a ventilación mecánica hasta 8 -V-2003 fecha en que fallece.

La SEPSIS: Infección Nosocomial, consiste en una respuesta inflamatoria del cuerpo humano que actúa como un mecanismo de defensa, ante las infecciones graves, generalmente producida por bacterias, esta reacción **exagerada** del sistema inmune es sumamente grave y puede llegar a causar la muerte en aproximadamente una de cada tres casos, ya que impide que la sangre realice sus funciones con normalidad, pudiendo formarse coágulos de pequeño tamaño que interrumpen el flujo sanguíneo a órganos vitales.

Esta infección nosocomial se encuentra registrado en la historia clínica de Fernando Luis Machuca de Mier, según evoluciones médicas así:

Según Evolución médica del día 23-IV-2003, le registran: SEPSIS por acinetobacter baumannii calcoaciliun – multirresistente (folio 98 Exp.) Y para la fecha de 26-IV-2003 se aísla Acinetobacter baumannii en secreción bronquial y Gran (-) en Hemocultivo y Retrocultivo (Folio 99 Exp.).

Las principales bacterias causantes de Sepsis son las llamadas Gran Negativas (-) y las Gran Positivas con menor frecuencia.

Las bacterias Gran Negativas (-), provocan un mayor número de complicaciones que llegan a producir un Shock séptico.

La clínica de la Sepsis es muy variada, porque puede dañar la gran mayoría de los órganos del cuerpo humano.

COMPLICACIONES PRINCIPALES DE LA SEPSIS

- ❖ **FIEBRE:** Es un síntoma muy frecuente, pero en algunas ocasiones puede no estar presente.
- ❖ **COMPLICACIONES:** Cardiopulmonares. El desequilibrio ventilatorio perfusión: produce un descenso de la presión de oxígeno arterial (O₂).

Al comienzo de la evolución del proceso:

- ❖ El aumento de la permeabilidad capilar, origina edema pulmonar
- ❖ La aparición de infiltrados pulmonares difusos (ver rayo x de tórax portátil (historia clínica)
- ❖ La disminución de la distensibilidad y la hipoxemia en la sangre arterial
- ❖ DISNEA
- ❖ Síndrome de dificultad respiratoria del adulto (SDRA)
- ❖ Taquicardia
- ❖ Insuficiencia cardíaca
- ❖ Neumonía Pulmonar
- ❖ El Shock Séptico
- ❖ Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS). SIRS producido por una infección (microorganismo patógeno) que se reconoce por la presencia de dos o más de los siguientes fenómenos:
 - ❖ Frecuencia respiratoria mayor de 24 respiraciones por minutos
 - ❖ Frecuencia cardíaca mayor de 90 latidos por minutos
 - ❖ Leucocitosis (más de 12.000 glóbulos blancos por microlitros de sangre)
 - ❖ Shock Séptico: Sepsis grave con tensión arterial baja

COMPLICACIONES RENALES

La insuficiencia renal se debe en gran parte a la hipotensión o la lesión capilar.

TRASTORNOS DE LA COAGULACION. En un 10% a 30% de los enfermos existe trombocitopenia, en algunos pacientes suele encontrarse cifras muy bajas de plaquetas (menos de 50.000 micras)

DATOS DEL LABORATORIO: Cuando se instaura la Sepsis, suelen encontrarse las siguientes alteraciones:

- ❖ Leucocitosis con desviación a la izquierda
- ❖ Trombocitopenia. Hiperbilirubinemia y proteinuria

La Sepsis puede afectar todos los sistemas del organismo, la difusión de órganos comunes causadas por la Sepsis son: Disfunción pulmonar,

disfunción cardiovascular, Disfunción renal, Disfunción hepática, Disfunción Hematológica, sistema nervioso central.

Toda la información de la Sepsis y sus complicaciones, definiciones y demás tomadas de principios de medicina interna de Harrison. Edición 14ª Volumen 1 – Capítulo 124 – Sepsis y Shock Séptico.

- ❖ Todas estas complicaciones se encuentran registradas en la historia clínica, según valoraciones médicas del paciente.

La tercera bacteria intrahospitalaria registrada al paciente se denomina El *Acinetobacter Baumannii*, es un bacilo Gran Negativo (-) que a la fecha 26-IV-2003, hora 10:30 AM. por Infectología, se aísla esta bacteria en secreción Bronquial y Gran (-) en hemocultivo y retrocultivo, se estiman medidas de aislamiento estricto (folio 99 y 100 Exp.)

Esta bacteria nosocomial desempeña un papel preponderante en las infecciones respiratorias, fundamentalmente las neumonías, que compromete el sistema inmunológico del paciente, siendo responsable de una elevada morbi-mortalidad.

Con la descripción de estas tres (3) bacterias nosocomiales que registra la historia clínica del paciente, según evaluación y valoración de los médicos tratantes, cuyas complicaciones comprometieron la clínica del paciente a partir de los días 15 y 16 IV -2003, que urgió su traslado de la Unidad Polivalente a la Unidad de Cuidados Intensivos, paciente con cuadro clínico y hallazgos en fibrobroncoscopia compatible a cuadro de Neumonía por empeoramiento clínico y radiológico, por la bacteria *Pseudomona*, *Stafilococo* y *Atipicos* (folio 69 Exp.)

De las complicaciones que hacemos énfasis en asteriscos y de cada bacteria, se encuentran registradas en el cuadro de evolución y valoración médica y exámenes de RX de Tórax Portatil que hacen parte de la historia clínica, son generadas por el poder infeccioso de dichas bacterias.

La historia clínica de Fernando Luis Machuca de Mier, en su cuadro de evolución y valoración médica registra abdomen blando depresible sin dolor, no distendido peritasis positiva, no megelia normal (sin patología).

SISTEMA URINARIO

Diuresis (+) Positiva, Buen Gasto urinario, en todo el recorrido de la historia clínica.

La Diuresis que registra el paciente, según valoraciones médicas nos dice que no tiene insuficiencia renal.

En la historia clínica no hay soportes para los resultados de la necropsia (renal).

En el folio 69 Exp., se observa gasometría (se mide por presión arterial). La presión arterial del paciente en todo el recorrido de la historia clínica es normal y adecuada con minorías excepciones. Datos de las pruebas en sangre está en contra de la insuficiencia renal.

Tres (3) casos que están en concordancia para desvirtuar insuficiencia renal:

Bioquímicamente: creatinina 1.03

Bun 26.4 y Urea 56.4 (Folio 69 Exp.)

A folio 76 del Exp. Encontramos: **Hemodinámicamente mejoraron las resistencias sistémicas y disminuyeron los pulmonares: buen gasto cardíaco. Diuresis buena.**

A folio 86 Exp., otra vez parámetros del laboratorio confirmando que los riñones estaban bien (3 exámenes) Creatinina 0.95, Bun 16.7, Urea 35.7 (duda frente al diagnóstico patológico).

Folio 90 Exp., parámetros laboratorio: Creatinina 0.89, Bun 12.5, Urea 26.7 nuevamente se desvirtúa el diagnóstico patológico de insuficiencia renal. Duda entre los resultados de laboratorio y el diagnóstico patológico (QUEDA LA DUDA).

Folio 111 Exp., continúa la duda planteada: cifras de los exámenes de laboratorio: creatinina 0.96, Bun 10.5, Urea 22.4, nuevamente se desvirtúa el diagnóstico patológico de insuficiencia renal, **duda entre los resultados de laboratorio y el diagnóstico patológico.**

A folio 95 Exp., paciente consciente, se moviliza, responde, volvió a estar alerta (al despertarse se puso ansioso por verse en esa situación – taquicardia. Elimina 5 litros de agua en 24 horas (prueba el buen estado de riñones). Diuresis 150 cc/h.

A folio 96 Exp. Renal: buen gasto urinario (persiste la duda con el diagnóstico patológico)

La **ecocardiografía** bidimensional con doopler convencional o en color, suele definir el número y la localización de las comunicaciones intraventriculares, **así como detectar las anomalías asociadas** (principios de medicina interna 14ª Edición, Vol. 1; Pag. 1.491 (Harrison).

Ecocardiograma doopler: son las técnicas más precisas para detectar y determinar insuficiencia cardíaca (principios de medicina interna 14ª Edición (Harrison), Vol 1, Pag. 1491.

INFORME ECOCARDIOGRAFICO de Fernando Machuca de Mier de fecha 26- IV - 2003 (FOLIO 201 Exp.). Registra:

Con buena ventana ecocardiográfica, se realizó estudio en las modalidades modo M y Bidimensional con Doppler, observándose:

M BIDIMENSIONAL

Aurícula izquierda: Diámetro y morfología normal, sin trombos ni masas en su interior. Retorno venoso pulmonar normal.

Válvula Mitral: Estructural y funcionamiento normal.

Ventriculo Izquierdo: Diámetros normales, grosor parietal septal y posterior normal, contractilidad global y secundaria conservada. Septum interventricular íntegro, tractos de entrada y salida libres.

Función ventricular izquierda normal FE 60%

Pericardio: Derrame pericárdico posterior

Válvula Aortica: Estructural y funcionalmente normal.

Ventriculo derecho: diámetro, morfología y función normales.

Válvula Tricuspide: sin alteraciones funcionales

Válvula Pulmonar: sin alteraciones funcionales, ni estructurales.

Aurícula Derecha: diámetro y morfología normal, Septum interauricular íntegro. Retorno venoso sistémico normal.

DOPLER

Flujo diastólico Mitrál, con velocidad máxima de 136 cms/seg, flujo sistólico en Aorta ascendente con velocidad máxima de 84 cms/seg.

Flujo Sistólico en TAP, con velocidad máxima de 96 cms/seg

Flujo diastólico tricúspideo con velocidad máxima de 76 cm/seg.

DX

1. Derrame Pericárdico posterior mínimo
2. Función ventricular izquierda conservada: FE 60%

Dr. RAUL RODRIGUEZ PARDO, Cardiólogo

Obsérvese estudio del corazón con SUS: (Folio 201 Exp.)

1. Válvulas estructural y funcionamiento normal
2. Aurículas izquierda y derecha: Diámetro, morfología y función normal y su respectivo retorno normal.
3. Ventriculo izquierdo y derecho: diámetro, morfología y funciones normales

DX 1- Derrame pericárdico posterior mínimo.

La evolución y valoración médica de Fernando Machuca registra:

Corazón:

Hemodinámicamente, paciente con cifras tensionales adecuadas TA 120/58, PAM 80, FR 16X', FC 120X', taquicárdico (folio 74 Exp.).

Folio 75 Exp., parámetros hemodinámicos: aumento de presión en circulación pulmonar, **producida por patología pulmonar**, paciente evoluciona con lesión pulmonar aguda; para la fecha 17 - IV -2003 y siguientes: **Principal responsable de esta patología y sus consecuencias: la bacteria PSEUDOMONA, STAFILOCOCO y ATIPICA**, registrada según Fibrobroncoscopia de la fecha (folio 69 Exp.), por lo que fue trasladado al paciente urgentemente a UCI.

Folio 76 Exp., paciente con S.V. normal TA 140/70, FC 90X', FR 16X', T 36.5°C, RsCsRs. Se le transfundió una unidad de GRE por HB 8.7, Corazón: Hemodinámicamente, mejoraron las resistencias sistémicas, y disminuyeron las pulmonares. **Buen gasto cardiaco** (Evolución y valoración médica favorable)

Folio 77 Exp., S.V. adecuados TA 141/69, TAM 92, FC 115X', FR 16X', T 37°C, RsCsRs sin soplos.

Folio 78 Exp., paciente con S.V. normales TA 130/70, FC 90X', FR 16X', Sato₂ 99%, RsCsRs sin soplos.

Folio 79 Exp., S.V. normales, TA 130/70, FC 100X', FR 16X', Sato₂ 99. Hemodinámicamente controlado con apoyo inotrópico RsCsRs sin soplos.

Folio 80 Exp., S.V. normales TA 130/70, FC 100X', FR 18X', Sato₂ 98.7%, RsCsRs sin soplos, T 37°C

Folio 81 Exp., S. V. normales: TA 130/70, FC 100X', FR 18X', Sato₂ 98%, RsCsRs sin soplos.

Folio 82 Exp. S.V. ESTABLE HEMODINAMICAMENTE

Folio 83 Exp. S.V.: TA 100/62, FC 120X', FR 18X', Sato₂ 99%, T 38.5°C, RsCsRs sin soplos, taquicárdico (por alteración FC).

Folio 84 Exp., S.V. TA 115/70 normales, FC 95X', FR 18X', T 37.5°C, RsCsRs No soplo, hemodinamicamente controlado con apoyo inotrópico. Buena Sato₂ 100%

Folio 86 Exp., Paciente S.V. 141/75, PAM 108, FC 118X', FR 16X', T 37.7°C

Folio 89 Exp., RsCsRs sin soplos – taquicárdico

Folio 91 Exp., paciente con S.V. normales TA 120/70, FC 100X', FR 18X', Sato₂ 98%. **Hemodinamicamente controlado con tendencia a la taquicardia**

Folio 93 S.V. TA 116/76 adecuados, FC 130X', FR 18X', T 38°C, Sato₂ 99%, RsCsRs taquicardico (alteración FC)

Folio 95 Exp., Paciente evoluciona con **Infección Pulmonar en Resolución**, cursa hemodinamicamente estable, sin apoyo inotrópico, en plan de destete de V/M (ventilación mecánica), despierto al llamado {Evolución favorable}

Folio 96 Exp., paciente evoluciona con **Síndrome de Shock por Dengue Resuelto. Síndrome de deficiencia respiratoria del adulto (SDRA Resuelto**, Paciente despierto, colaborador, obedece órdenes.

Se valora por servicios de Cx vascular, quien sugiere observación y seguimiento.

Evolución favorable tanto hemodinámica (corazón) como ventilatoria. Sin datos de SIRS, ni evento agudo que amenace constantes vitales. {Clínica del Paciente sin complicaciones}

Folio 97 Exp., paciente con Síndrome de Shock por Dengue en Resolución y Recuperación de SDRA y actualmente controlado y con **mejoría progresiva de su estado general. Con llenado capilar adecuado.** Se recomienda observación y seguimiento. **Con buena perfusión vascular en este momento.** Avisar cambios

{CLINICA DEL PACIENTE SIN COMPLICACIONES}

Folio 98 Exp., paciente evoluciona con TA adecuada. **Sin inotropios.** TA 130/78, FC 117X', FR 16X' – Sato₂ 100%, T 38°C, RsCsRs no soplos. **Taquicárdico por la patología pulmonar**

{CLINICA DEL PACIENTE SIN GRAVES COMPLICACIONES}

Folio 99 Exp., fecha 26-IV – 2003, Paciente: corazón con RsCsRs sin soplos, para la fecha se recomienda **Ecocardiograma.** Se realizó estudio en las modalidades modo M y Bidimensional, **con morfología y funciones cardiacas en todo su contexto normal. Sin alteraciones funcionales, ni estructurales** (folio 201 Exp.)

Folio 100 Exp. **Corazón normal con RsCsRs, sin soplos** taquicárdico, S.V. TA 129/75, TAM 94, FC 108X', T 38°C, Sato₂ 100%.

Folio 101 Exp., paciente cursa normotenso, **sin apoyo inotrópico,** saturación de oxígeno (Sato₂ 100%), **metabólicamente sin alteraciones.**

Paciente estable, sin datos de deterioro en las últimas 24 horas.

{SIN COMPLICACIONES}

Folio 102 Exp., Dinámica del corazón: RsCsRs bien timbrados, sin soplos. TA 120/70, FC 110X', FR 18X'. SV normales.

Folio 105 Exp, S.V. Normales TA 132/80, TAM 101, FC 101X', FR 14X', Sato₂ 100%, RsCsRs sin soplos.

Folio 106 Exp., paciente con SV normales: TA 117/67, FC 97X', FR 14X', T 38°C

{EVOLUCION MEDICA FAVORABLE}

Folio 109 Exp., paciente con S.V. normales TA 120/70, TAM 90, FC 100X', FR 18X', RsCsRs, no soplo, plaquetas normales 440.000 mm³, leucos normales 11.900 {Resuelta la trombocitopenia}

{Evolución Favorable}

Folio 110 Exp. S.V. 131/70, FC 118X', FR 20X', T 37°C, paciente con mejoría de PAEL, **se pudo intentar destete.**

{Paciente sin complicaciones}

Folio 111 Exp. S.V.: TA 113/73, PAM 93, FC 111X', FR 14X', T 36.30°C. Traqueostomía, hemodinámicamente controlado. RsCsRs no soplos.

{CLINICA DEL PACIENTE SIN COMPLICACIONES}

Folio 112 Exp., SV: TA 135/65, FC 118X', FR 18X', T 36.5°C **Buena hemodinamia y saturación**, con realización de traqueostomía y **necesitó de reintubación.**

Folio 113 Exp., SV normales, TA 126/78, PAM 96, FC 112X', FR 16X', Abril 30 de 2003, para la fecha: la evolución, valoración médica, **no registra dengue en ninguna de sus tres formas.**

{Clínica del paciente sin complicaciones}

Folio 114 Exp., paciente con S.V. adecuados TA 138/70, FC 125X', tendencia a la taquicardia, T 38°C. Paciente presenta sangrado moderado por lo que se **tomó coagulograma que reporta normal** (folio 115 Exp.).

Paciente despierto, cursa normotenso en ritmo sinusal. **Metabólicamente compensado.**

Actualmente compensado. Sin datos de Toxemia, estabilidad hemodinámica.

Mayo 2 de 2003, hora 5:30 AM, folio 115, Evolución y valoración médica. **NO REGISTRA DENGUE EN NINGUNA DE SUS TRES FORMAS.**

Folio 116 Exp., 1-V-2003 paciente con S.V. adecuados, TA 107/59, TAM 84, FC 100X', FR 16X', Sato₂ 99%, Corazón R_sC_sR_s No soplos. Evolución y valoración médico **NO REGISTRA DENGUE, EN NINGUNA DE SUS 3 FORMAS.**

Folio 117 Exp., 2 -V -2003, SV adecuados 129/66, FC 133X', FR 23X', T 37°C, Sato₂ 98%. Evolución y valoración médica **NO REGISTRA DENGUE.**

Folio 118 Exp., S.V. adecuados TA 119/60, FC 109X', FR 16X', T 37°C. Esta valoración no registra cifras tensionales que amerite shock.

Folio 122 Exp., **PACIENTE** mantiene **adecuada hemodinamia** TA 130/70, FC 96X', FR 19X, Sato₂ 99%, Ruidos cardiacos rítmico sin soplos.

{CLINICA DEL PACIENTE SIN COMPLICACIONES}

Folio 124 Exp., **Paciente hemodinamicamente controlado.** TA 105/55, PAM 74, FC 105X', FR 16X', T 36.5°C, R_sC_sR_s no soplos.

Folio 125 Exp., paciente hemodinamicamente controlado TA 153/85, PAM 99, FC 120X', FR 18X', T 38.5°C, CP R_sC_s taquicardico no soplos.

Folio 126 Exp., paciente con evolución estable TA 140/80, FC 110X', FR 18X', Sato₂ 98%, R_sC_sR_s, con tendencia a la taquicardia.

Folio 127 Exp., Paciente se revisa catéter yugular con secreción y eritomaso por lo que se decide cambio de catéter, retrocultivo y colocar catéter femoral (por posible foco de fiebre).

TA 143/84, FC 123, FR 27, T 37°C, Tendencia a la taquicardia por alteración de la FC.

En cuanto a las enfermedades del corazón el capítulo 233 del libro de Principios de Medicina Interna, Edición 14ª Volumen 1 (folios 1471 y siguientes) nos habla de la **insuficiencia cardiaca, sus formas y manifestaciones clínicas de la insuficiencia cardiaca** y nos enseña que insuficiencia cardiaca es:

“El estado fisiopatológico en que una anomalía de la función cardiaca es responsable de la insuficiencia del corazón para bombear la sangre a un ritmo que se adapte a las necesidades de los tejidos en fase de metabolización”

La historia clínica, en su parte de la evolución y valoración médica, registra la condición clínica pulmonar del paciente Fernando Luis Machuca de Mier, desde el día de su hospitalización hasta el día de su muerte en UCI, veamos:

IV-10 - 2003

Valoración médica: pulmones claros y ventilados (folio 59Exp.)

IV - 12 - 2003 - paciente hidratado, con disnea, bajo gasto de oxígeno por cánula PRN. Refiere que desde las 5:00 AM ha comenzado a presentar dificultad respiratoria. Pulmones claros, murmullo vecicular normal (folio 61 Exp.) **Se bajan líquidos a 20 cc/h.** Paciente refiere sentirse mejor de su disnea. Estertores crepitantes en disminución. Paciente refiere haber pasado buena noche. Estertores crepitantes bibosales de predominio izquierdo (folio 62 Exp.)

IV -15 - 2003 (folio 63 Exp.) se le sumó a la clínica pulmonar del paciente, foco infeccioso pulmonar dado por congestión pulmonar, por lo que es trasladado a la Unidad Polivalente para monitorización y manejo de líquidos,

por sobrecarga de éste, como se puede observar por órdenes médicas (folio 136, 140 Exp.), que dice: Dieta normal – abundante líquido
 “Dieta normal – libre líquido antes abundante”

(IV - 16 - 2003, Folio 69 Exp.), acompañado dicho proceso infeccioso, con bacilos: Cocos Gran (+) en Diplo y en grupo. Observar: Análisis: Paciente con cuadro clínico y hallazgos en fibrobroncoscopia compatible cuadro de Neumonía, con aplicación de Imipemen y vancomicina por empeoramiento clínico y radiológico para cubrir Pseudomona, Stafilococo y Atípicas y traslado a UCI para continuar monitoria (Bacteria intrahospitalaria) {que creó gran afectación a la clínica del paciente} Neumonía, permaneció en la evolución y valoración médica del paciente, hasta el día de su muerte inclusive.

IV - 16 - 2003, según valoración de la fecha, paciente continúa con patología pulmonar. Presenta deterioro respiratorio por lo que se sugiere TOT y asistencia ventilatoria. Con RX de tórax que muestra congestión pulmonar (folio 71 Exp.).

IV - 17 - 2003, paciente evoluciona con distrés respiratorio (lesión pulmonar), paciente con edema pulmonar (folio 74 Exp.).

IV - 17 - 2003 - Por Medicina Interna, paciente evoluciona 11:00 PM, con síndrome de Shock por Dengue y lesión pulmonar aguda.

Dice la valoración médica que el paciente cursa con buenos parámetros ventilatorios.

Los parámetros hemodinámicos indican aumento de presión en circulación pulmonar producida por patología pulmonar; que manejan con dobutamina. Se deja paciente con los líquidos a 200 cc/hora (folio 75 Exp.)

Es de recibo anotar que a la fecha y hora última registrada hubo transito de Dengue clásico a Síndrome de Shock Dengue (ver folios 74 y 75 Exp.)

IV - 18 - 2003, según valoración médica hemodinámicamente mejoran las resistencias sistémicas y disminuyeron las pulmonares (folio 76 xp.)

IV - 19 - 2003, según valoración de la fecha, paciente quien durante la noche permaneció hemodinámicamente controlado con apoyo ventilatorio. Pulmones con movilización de secreciones (folio 78 Exp.).

IV - 19 - 2003, paciente quien durante el turno ha permanecido con apoyo ventilatorio en A/C. Pulmones con disminución del murmullo vesicular en ambas bases (folio 81 Exp.).

{Clínica del paciente sin complicaciones}

IV - 20 - 2003, Paciente con buena valoración médica, con buena auscultación medios pulmonares. Con RX de Tórax en mejoría por campos pulmonares más aereados índice de O₂ 205.

Estable hemodinámicamente. Paciente con mejoría radiológica (folio 82 Exp.). Evidencia de proceso infeccioso activo por datos de SIRS.

IV - 20 - 2003, HORA 3:45 PM, paciente con murmullo vesicular (+) en ambos hemitórax. Sin sobreagregados. Leve movilización de secreciones. Saturación O₂ 100%.

Análisis: parámetros de SWAN - 6AM, con cuña y PUC adecuada, gasto normal y resistencias pulmonares altas (folio 84 Exp.).

IV - 21 - 2003, Paciente con compromiso de su función respiratoria, con mejoría radiológica y soporte ventilatorio. Saturación > 95% (folio 85 Exp.)

IV - 21 - 2003, HORA 1:10 AM, paciente valorado pulmones con movilización de secreciones, con RX de tórax que muestra infiltrados bilaterales (folio 86 Exp.).

IV- 22 - 2003, paciente con RX de Tórax con infiltrados pulmonares bilaterales con mejoría en relación a estudio anterior (folio 90 Exp.)

IV -24 - 2003, **PACIENTE con injuria pulmonar en Resolución, cursa hemodinámicamente estable, sin apoyo inotrópico, en plan de destete de V/M, paciente despierto al llamado, con murmullo en ambos campos pulmonares (folio 95 Exp.)**

IV - 24 - 2003. **Paciente con evolución favorable, tanto hemodinámica como ventilatoria. Sin datos de SIRS ni evento agudo que amenace constantes vitales.**

Evoluciona con: **Síndrome de Shock Dengue RESUELTO**
SDRARESUELTO

Paciente despierto colaborador obedece órdenes (folio 96 Exp.)

{CLINICA DEL PACIENTE SIN COMPLICACIONES}

Obsérvese señor Juez, la evolución médica desde el día 18 al 23 de abril de 2003, se le registra al paciente: 1.- Síndrome de shock por dengue
 2.- SDRA 2río a (1)

(folios 79 - 80 83 - 84 - 85 - 86 - 89 - 92 Exp.)

Para el día 24 de abril - 2003, la evolución médica registra: Evolución favorable tanto hemodinámica como ventilatoria. **Sin datos de SIRS, ni evento que amenace constantes vitales.**

Con Síndrome de Shock Dengue Resuelto
 SDRA Síndrome de deficiencia respiratoria aguda Resuelto

En el entendido que lo secundario sigue el destino de lo principal

24 - IV 2003, hora 1:58 PM, dice la Evolución Médica: "Paciente con síndrome de Shock por Dengue en Resolución y Recuperación de SDRA y actualmente controlado, **con mejoría progresiva de su estado general. Paciente con llenado capilar adecuado.** Se recomienda observación y

seguimiento, **con buena perfusión vascular**. En este momento avisar cambios" (folio 97 Exp.).

{No hay aumento de permeabilidad vascular}

{Clínica del paciente sin complicaciones}

26 – IV – 2003, **PACIENTE** pulmones con estertores crepitantes en ambas bases. Murmullo vesicular con tendencia a la baja en ambos campos pulmonares. Pulmones con disminución del murmullo vesicular en ambos campos pulmonares (folios 99 – 100 Exp.)

{Evolución pulmonar favorable}

IV – 26 – 2003, hora 3:00 PM, paciente evoluciona con Neumonía asociada a ventilador. Con Sepsis de origen pulmonar. **Sin síndrome de Shock Dengue, porque fue RESUELTO.**

Paciente cursa Normotenso **sin apoyo inotrópico**. Pulmones claros. Saturación 100%. Acoplado al respirador. RX infiltrado bronco neumónicos bilateral.

Evolución estable sin datos de deterioro en las últimas 24 horas (folio 101 Exp.).

{Clínica del Paciente sin aumento de permeabilidad vascular. sin sangrado, sin múltiples complicaciones}. Sin plan para aumento de permeabilidad vascular}

IV – 27 – 2003 – 1) Paciente evoluciona con Sepsis de origen pulmonar. 2) Neumonía asociada a ventilación (folio 102 Exp.).

Los parámetros hemodinámicos del paciente indican aumento de presión en circulación pulmonar producida por patología pulmonar, producto de la acción infecciosa de las tres bacterias adquiridas intrahospitalaria:

pseudomona, stafilococo y atípica, Sepsis de origen pulmonar y acinetobacter Baumanni (folios 69, 99, 101 Exp.).

El Shock que relaciona la evolución de la fecha, no tiene sustento clínico, toda vez que las cifras tensionales que registra las evoluciones médicas anteriores no tienen el carácter de hipotensión o TA baja. En este caso mal puede registrarse **Shock por Dengue Resuelto**.

Paciente con mejoría radiológica, sin fiebre, **pulmones con ausencia de crepitos bibosales**. (folios 102, 103, 104, 106 y 107 Exp.)

{Lo que está resuelto es el síndrome de Shock Dengue. Tercera forma específica del Dengue (folio 300 Exp.)

Que a partir del 17 - IV - 2003, hora 4:00 PM, lo vienen valorando (folio 75 Exp.)

{Clínica del paciente sin aumento de permeabilidad vascular. Sin sangrado, sin múltiples complicaciones}

Esto es lo que registra la historia clínica evolución y valoración médica.

29 - IV - 2003 Paciente evoluciona con Neumonía Nosocomial asociado a ventilación mecánica tardía, Sepsis de origen pulmonar. **Síndrome shock Dengue Resuelto**.

Paciente sin sedoanalgesia, desacoplado con el ventilador. Reprogramado para traqueostomía dada la reintubación y la intubación prolongada (folio 108 Exp.).

La valoración y evolución médica: no registran aumento de permeabilidad, sangrado, ni complicaciones: **sin cuadro de disnea, edema pulmonar, ni SIRS**.

29 - IV - 2003. Para la fecha, el paciente evoluciona con Neumonía Asociado a ventilador, Sepsis de origen pulmonar. **Pulmones con disminución del**

murmulo vesicular en base izquierda, con ausencia de crepidos en base derecha.

En cuanto al Shock que le anotan a la evolución del paciente, en la fecha es contrario a la valoración médica, que en su examen físico le registran TA 120/70 (NORMAL), cifra tensional que no tiene el carácter de hipotensión o tensión arterial baja y los demás signos vitales normales: obsérvese tensión arterial anterior. Paciente con plaquetas normalizadas y leucocitos normales (folio 109 Exp.).

La valoración del paciente no registra aumento de permeabilidad vascular, no registra sangrado, no registra complicaciones {Clínica del paciente favorable}.

30 - IV -2003 Paciente continua con la Neumonía Nosocomial asociada a ventilación mecánica. Sepsis de origen pulmonar.

En cuanto al Shock, la valoración médica no registra TA bajo o hipotensión, la presión arterial de la fecha es adecuada 131/70.

De lo que se trata es:

Síndrome Shock del Dengue Resuelto.

Reiteramos fue resuelto a partir del 24 - IV - 2003. {Eso dice la evolución médica del médico tratante}

Paciente: pulmones con mejor murmullo vesicular y con mejoría de PAEL. Dice la valoración que se puede intentar destete ventilatorio, pero que también hay posibilidad en la fecha de traqueostomía (folios 110, 111 Exp.)

{Paciente con mejoría pulmonar}

Evolución y Valoración médica: sin complicaciones: no registra: aumento de permeabilidad capilar, sangrado, Sírs, Plaquetas y Glóbulos Blancos normales.

1 - V - 2003 Registra la evolución médica, paciente con los siguientes diagnósticos:

1. Shock Dengue Resuelto
2. Sepsis pulmonar (patología nosocomial intrahospitalaria)

Es de recibo anotar en esta evolución médica que solo le queda al paciente el registro de la **Sepsis Pulmonar**, porque el síndrome Shock por Dengue está resuelto pulmones bueno, mejor murmullo. **Persiste Neumonía Nosocomial** (Folio 112 Exp.). TA adecuada 135/65.

30 - IV - 2003 - Paciente evoluciona con: 1) **Neumonía asociada a ventilación mecánica tardía**. 2) **Sepsis de origen pulmonar**. Paciente primer día de traqueostomía.

Obsérvese:

Evoluciona sin dengue.

Pulmones con disminución del murmullo vesicular en bases pulmonares (folio 113 Exp.) (Clínica del paciente sin complicaciones).

30 - IV-2003 Dice la valoración: "Paciente presenta inicialmente sangrado a través de estoma de traqueostomía, con episodio de decantación parcial por "golpe de tos" y posterior, baja Sato_2 y doble baja de C, con hipoventilación a la auscultación por lo que se procede a reacomodar cánula de traqueostomía. Pero posteriormente nuevamente hay protusión de la misma a pesar de estrecharse con punto de sutura; con baja Sato_2 58% por lo que se decide TOT y valoración urgente por ORL.

Plan: Paciente valorado por ORL quien considera el paciente amerita cánula de mayor tamaño por tener una traquea amplia (folio 114 Exp.)

- 1.- Bajo Sato_2 y Doble baja de C = baja saturación de oxígeno. Doble baja de C
- 2.- Baja Sato_2 58% = baja saturación de oxígeno 58%

3.- Traqueostomía = TOT

4.- ORL = Otorrinolaringólogo

30 – IV – 2003 Presenta sangrado por herida, volvieron a meter tubo por la boca, punto de partida para la muerte.

Baja saturación de oxígeno (paro respiratorio) dañó el cerebro.

Falla procedimiento quirúrgico:

- No aspiró la cánula (con firmeza)
- Expulsa la cánula por la tos
- Proceden a reacomodar cánula (salió dos veces)
- Saturación de Oxígeno fue de 58% y lo normal cerca del 100%

Falla clásica equipo médico.

Eso es como un martillazo en el cerebro con secuelas **neuroológicas graves**.

1 – V – 2003: Paciente llevado en horas de la noche a revisión de traqueostomía y **colocación de cánula # 9**, la que se fijó con puntos de sutura externas.

Presenta sangrado moderado, por lo que se toma coagulograma que reporta normal. (folio 114 Exp.). Esto registra la historia clínica.

2 – V – 2003: Paciente continúa evolucionando con Sepsis Neumonía Asociada a ventilador y la Bacteria de origen pulmonar. Pulmones claro, saturación > 95%. Requiere de reacomodar sonda de traqueostomía por ORL y **fijación con sutura por escape de volumen. Actualmente conectado al respirador.** (folio 115 y 118 Exp.). Traqueostomía funcionando bien acoplado, en la noche salió aire por la boca. Paciente compensado sin datos de toximia y estabilidad hemodinámica.

{Evolución y Valoración médica favorable}; No registra:

1. Distres respiratorio con proceso de aumento de permeabilidad capilar
2. Edema Pulmonar

3. Alto riesgo de SIRS

{Clínica del paciente sin complicaciones}

3 - V - 2003 - con cánula de traqueostomía mal función -- con empuje lavial cánula fue cambiada y no tiene porque empeorar, es menor, es menor que la tráquea muy grande. Se mueve, ya que en este estado se aumenta el metabolismo con tubo # 8, se conecta ventilador y se inicia infusión de dormicum y fantanilo, **falla tráqueal**, disminuye FC a 110X' y FR 16X', **pulmones ventilados sin crépidos**. Sato₂ 100% (folio 120 Exp.)

{Clínica pulmonar del paciente favorable, sin complicaciones. Mejoró la FC y FR}

4 - V -2003 - Paciente continúa evolucionando con Neumonía asociada a ventilación mecánica. Pulmones con murmullo vesicular aumentados en el lado derecho sin crépidos.

En cuanto al Shock por Dengue que registra la evolución de la fecha y siguientes (folios 123, 124, 125, 126 Exp.), de lo que se trata resuelto es el Síndrome Shock Dengue, reiteramos la tercera forma específica del Dengue que le venían valorando al paciente desde el 17 de abril de 2003.

Cifras tensionales: 127/80, 105/55, 153/85, 135/80, 140/80, que no asumen el carácter de hipotensión o presión baja. Respectivamente con los folios antes citados.

Mayo 5 - 2003, hora 2:40 PM, el hecho reiterado que hemos cuestionado, lo confirma la evolución y valoración médica de la fecha (folio 127 Exp.) que registra S.S.D. (Síndrome Shock Dengue) Resuelto.

5 - V -2003, Hora 10:30 PM, paciente presentó **hipertensión arterial de 190/105**, taquicardia de 170X', por lo que en ronda con el Dr. CRISTIANSEN se ordena Metoprolol 2.5 mp IV diluido, persisten con HTA y taquicardia, por lo que se ordena 2.5 mp IV más de metoprolol, y se aumenta infusión de Fentonilo a 20 cc/h.

V - 5 -2003 - 11:00 AM. **Paciente presenta TA 89/49**, por lo que se pasan bolos de LEV SSN 0.9% 1500 cc, paciente no mejora, por lo que se ordena infusión de dopamina a 10 cc/h obteniendo mejores TA 156/68 (folio 459 Exp.).

V - 6 - 2003 - 6:15 AM. Evolución y Valoración médica en su día 20 de estancia en UCI, Dr. MARIO MUNEVAR, le registra al paciente:

1. Sepsis pulmonar por G (-)
2. Neumonía AVM
3. Shock por Dengue Resuelto
4. POP Traqueostomía

{5-V-2003, HORA 10:30 pm, paciente presentó hipertensión 190/105 - subió 5-V -2003, hora 11:00 pm, paciente presentó hipotensión 89/49 bajó (folio 459 Exp.). Urgencia hipertensiva que causó el daño cerebro vascular}

Continuación Evolución y Valoración Médica V -6 - 2003, hora 6:15 AM, Dr. MARIO MUNEVAR - S.V. TA 105/56, PAM 80, FC 89X³, FR 14X¹, T 36°C - S.N.C. Paciente con pupilas en 7 mm en ambos ojos - reflejo corneal (-) óculo cefálico (-), pupilar (-), no responde a estímulos dolorosos.

CP: R5C5R5 **NO soplos**, con apoyo inotrópico con dobutamina a 20 cc/h. pulmones con baja del murmullo vesicular en bases pulmonares.

Paciente con ausencia de reflejos de tallo cerebral, por HTA, por lo que sugiere TAC cráneo simple en la mañana (folio 459 Exp.)

Es de anotar que en cuanto al Shock por dengue Resuelto, hemos reiterado y demostrado que el Síndrome Shock del Dengue fue RESUELTO; y de haber Shock por Dengue, en este caso, el Shock no estaría Resuelto por evolucionar el paciente con TA 105/56 **equivalente a hipotensión, cifra tensional baja.**

V- 7 – 2003, hora 10:15 AM, Evolución y Valoración médica de los Drs MARIO MUNEVAR y JOSE JARABA, quienes les registran al paciente:

1. Hematoma intraparenquimatoso cerebral + edema cerebral + herniación subfacial
2. Neumonía asociada a V.M
3. Shock por Dengue Resuelto

S.V. TA 87/46, PAM 81, FC 81X', FR 14X', T 35°C – SNC paciente sin sedoanalgesia, no responde a estímulos, con ausencia de reflejos de tallo, Glasgow 3/15.

CP: RsCsRs No soplos. Pulmones con Crépitos bibasales, en V.M

Paciente: neurológicamente con Glasgow 3/15, con ausencia de reflejos de tallo.

En cuanto a la tendencia hacia la hipotensión que registra la valoración médica de la fecha V -7-2003 (folio 129 Exp.). Ciertamente después de la urgencia hipertensiva o hipotensión: del 5 de Mayo de 2003, hora 10:30 PM, TA 190/105 y Mayo 5 -2003 hora 11:00 PM: TA 89/49 (folio 459 Exp.) e inclusive la valoración de los folios 130, 132, 133 Exp.), la tensión arterial del paciente tuvo una tendencia a la hipotensión inclusive el día 8 -V -2003 fecha en que fallece.

Paciente con hipertensión arterial e hipotensión (subió, bajo y subió) tensión arterial.

Su Señoría, reiteramos en cuanto al **Shock por Dengue Resuelto**, que registra la valoración médica de fecha 8-V-2003, hora 5:30 AM, TA 90/70 y valoración médica de la misma fecha, hora 7:30 AM, TA 88/46 (folio 132 Exp.), por haber Shock por Dengue no estaría Resuelto, por cuanto el paciente evoluciona en ambos casos con TA 90/70 y 88/46, presión baja e hipotensión, y es por ello que reiteramos el deterioro cerebral se debió a la urgencia hipertensiva e hipotensión y no ha complicaciones del Dengue Hemorrágico; lo que atribuye el apoderado de la parte demandada, como causa del daño cerebral y muerte del paciente.

Estudiada y analizada la historia clínica del paciente FERNANDO LUIS MACHUCA DE MIER, como se puede observar en su contexto: Evolución Médica, Valoración Médica, Clínica del paciente, órdenes médicas, notas de enfermería, epicrisis, exámenes de laboratorio, Rx tórax portátil. Informe ecocardiográfico, tomografía computada de cráneo simple, que integran la historia clínica, prueba documental científica que obra en el proceso, dando cuenta del tratamiento aplicado al paciente, su comportamiento clínico durante el tiempo de urgencia y hospitalización y su egreso de muerte el día 8 de Mayo -2003, hora 2:00 PM. Su estado de salud y el motivo de su ingreso, y así mismo de los desaciertos del equipo médico y las fallas del servicio de salud y médicos y de la persona moral (Organización Clínica General del Norte S.A.).

Al Estudiar y analizar la historia clínica del paciente, fue imposible conocer el contenido de algunas anotaciones de la evolución y valoración médica, debido a su ilegibilidad.

Respecto de la obligación que tienen las instituciones médicas de registrar de una manera adecuada la historia clínica a cada paciente la Jurisprudencia ha precisado:

La doctrina, en materia de derecho médico – sanitario, valora la historia clínica como algo más que una simple recopilación de datos del paciente, de hecho, otorga una importancia tal a ese instrumento, que lo considera no solo una “biografía patológica de una persona”, sino también como un “documento fundamental y elemental del saber médico, en donde se recoge la información confiada por el enfermo al médico para obtener el diagnóstico, el tratamiento y la posible curación de la enfermedad. Es así como este documento, en materia de responsabilidad médica, adquiere gran importancia en cuanto puede constituir un medio de prueba idóneo, para determinar si las prestaciones médicas asistenciales de que fue objeto el paciente se adecuaron a los procedimientos establecidos por la ciencia en ese campo.

La historia clínica no solo es una descripción del estado de salud de quien consulta o es atendido, sino que es también una secuencia de los

procedimientos que se le realicen tanto por el médico tratante, como por el equipo de salud (enfermeras y auxiliares) que lo asisten. De allí que, en la historia clínica se reflejan los actos médicos (diagnóstico y tratamiento), la evolución del paciente, la atención paramédica e inclusive los actos extra médicos.

La historia clínica debe ser diligenciada en forma clara, legible, no puede contener tachones, enmendaduras o intercalaciones, tampoco puede presentar espacios en blanco, ni utilizar siglas. Además, cada anotación debe llevar la fecha y hora en que se realiza, con el nombre completo y firma del autor de la misma ()

La historia clínica es un documento con características especiales que amerita un manejo determinado, que concentra toda la información relacionada con la atención del paciente, sus diferentes síntomas, signos, las patologías diagnosticadas y los tratamientos ordenados, entra en conexidad de forma global con el derecho a la salud y permite la verificación en relación con la atención brindada, así como el contenido y alcance en el cumplimiento de las obligaciones que se refieren, tanto al médico como a los pacientes en torno a la relación científica y legal que represente la atención hospitalaria o sanitaria.

El incumplimiento a los deberes de conservación y custodia de la historia clínica generan un significativo y flagrante desconocimiento de la Ley () y a los reglamentos que regulan la materia, lo que se traduce en un indicio de falla en contra de la entidad hospitalaria, que ha sido acogido por la Sección Tercera del Consejo de Estado.

Así las cosas, corresponde a la entidad demandada desvirtuar el indicio de falla, que se convierte en una presunción judicial o de hombre (presumptio hominis), toda vez que la historia clínica constituye el eje central sobre el cual se estructura no solo la atención integral médica y hospitalaria, sino que en el derecho de daños por la actividad sanitaria se erige como el principal instrumento de convicción para el Juez.

Es de recibo anotar que la historia clínica del paciente FERNANDO LUIS MACHUCA DE MIER, adolece de muchas falencias, en cuanto a la forma en que debe ser diligenciada. La historia clínica es un documento con características especiales que amerita un manejo determinado, que contiene una declaración de ciencia, en donde el médico consigna cuales son los síntomas, el diagnóstico y el tratamiento a que debe someterse el paciente.

Es notorio en todo el recorrido de la historia clínica del paciente MACHUCA que muchas anotaciones no son claras, legibles, algunas evoluciones y valoraciones médicas sin fecha y hora, sin el nombre e identificación del médico tratante, firmas ilegibles, anotaciones con caligrafía ilegibles, con intercalaciones y espacios en blanco.

Lo más preocupante: se registra plan y procedimientos ilegítimos, sin ordenes médicas, como se puede observar en tratamientos especializados por su complejidad, en los folios 121 y 128 Exp.:

1.- A folio 121 – 3-V-2003 (Exp.), la doctora CARMEN ISABEL POLO, médico cirujano, en su valoración médica de la fecha, registra Plan: Revisión de traqueostomía; **Revalorar por Neurología con TAC cerebral.**

En la misma fecha, hora 12:15 PM, y en el mismo folio 121 y según por Neurología, se registra la siguiente anotación:

“Se revisó TAC cerebral sin evidencia de patología aparente “aunque no es el estudio indicado para lesión en fosa posterior”. Paciente continúa sin cambios, actualmente bajo sedoanalgesia, se espera evolución, ya que es necesario realizar una RM () que es imposible en este momento y se realizará estudio eléctrico. Ante la posibilidad de que siga asociado... se sugiere iniciar antidepresivos con Fluoxetina 20 mg c/día”.

En este preciso caso se desconoce la identidad, el nombre del médico neurólogo que escribió la anotación y la firma es ilegible.

Intentaron copiar la firma de la Doctora NOHEMI MEZA, Neuróloga del paciente, para respaldar la anotación.

A folio 128 – 6-V-2003, hora 11:45 AM (Exp.), según por Neurología, se registra la anotación que dice: paciente masculino, 35 años, actualmente se encuentra pupilas midráticas 8mm, no reactivas a la luz, oculocefálicos (-) bilateral, corneal (-) bilateral, celioespinal (-) bilateral, no responde a estímulo doloroso en extremidades, arreflexia generalizada, respuesta plantar derecha bilateral.

PLAN: TAC cerebral para descartar evento cerebro vascular agudo, posiblemente hemorrágico.

{REISA MEDICO, CIRUJANO – MEDICINA GENERAL }

Obsérvese, anotación sin nombre del médico, sin identificación, sin registro médico, firma ilegible, se desconoce el responsable de la valoración médica; a este momento.

Falsificaron la firma de la neuróloga NOHEMY MEZA, para respaldar la valoración.

A renglón seguido, mismo folio 128 – Mayo 6-2003, hora 12:15 PM (Exp.), por neurología se registra la siguiente anotación:

“TAC CRANEO: hematoma intraparenquimatoso, fronto parietal izquierdo con drenaje a ventrículos, defecto compresivo sobre tallo cerebral, signos de herniación nucal.

Se observa sangrado que llega hasta 4º ventrículo.

Paciente con mal pronóstico de recuperación.

Escribe y firma esta última anotación la Doctora NOHEMY MEZA, pero sin nombre e identificación y sin registro médico. Ambas anotaciones de este folio, sin registro en órdenes médicas.

Todas estas irregularidades que presenta la historia clínica de FERNANDO LUIS MACHUCA DE MIER, constituyen **FALLA**, que implican incumplimiento a los deberes de conservación y custodia de la historia clínica que generan un significativo y flagrante desconocimiento a la ley y a los reglamentos que regulan la materia, lo que se traduce en un **indicio de falla**, en contra de la entidad hospitalaria. Sistema de aligeramiento probatorio que ha sido acogido por la Sección Tercera del Consejo de Estado -Subsección "B"

Sobre la importancia de la historia clínica ver: Consejo de Estado, Sentencia de 25 de abril de 2012, Exp. 21861, C.P. ENRIQUE GIL BOTERO.

En cuanto a la valoración que registra el folio 121, según Plan de la Doctora CARMEN ISABEL POLO, que dice: **"Revalorar por Neurología con TAC CEREBRAL"**

V - 3 - 2003 - Hora 12:15 PM por Neurología

"Se revisa TAC cerebral sin evidencia de patología aparente. "Aunque no es el estudio indicado para lesión en fosa posterior"

Paciente continua sin cambios, actualmente bajo sedoanalgesia. Se espera evolución, ya que es necesario realizar una RM (resonancia magnética), que es imposible en este momento, y se realizará estudio eléctrico ante la posibilidad de que siga asociado a ... se sugiere iniciar antidepresivos con fluoxetina 20 mg c/día (folio 121 Exp.)

La firma que respalda esta valoración, no corresponde con la firma y caligrafía que registra la Doctora NOHEMI MEZA, Neuróloga del paciente, en cada una de sus valoraciones o diagnósticos.

Se desconoce al responsable de esa valoración médica por neurología.

Así mismo ocurre con la valoración médica que registra el folio 128 Exp. De fecha V- 6 -2003, hora 11:45 AM por Neurología:

“Paciente masculino, 35 años, actualmente se encuentra pupilas midriáticas 8mm, no reactivas a la luz, oculocefalógicas (-) bilateral, corneal (-) bilateral, cilioespinal (-) bilateral, no retina a estímulo doloroso en extremidades, arreflexia generalizada, respuesta plantar derecha bilateral”

PLAN: TAC cerebral para descartar evento cerebro vascular agudo, posiblemente hemorrágico (folio 128 Exp.)

La escritura y la firma que respalda esta valoración y la anterior no corresponde con la firma y escritura que registra la doctora NOHEMI MEZA, neuróloga del paciente en cada una de sus valoraciones médicas que presentan los folios 119, V- 2-2003, folio 128 -V-6-2003, hora 12:15 PM Exp. Folio 179 Exp. V-2-2003, ordenes médicas que hace relación a TAC cráneo simple, escritura y firma.

Señor Juez, reiteramos, llama la atención y crea sospecha, la escritura y firma de las valoraciones médicas neurológicas que registran los folios 121 de fecha V-3-2003, HORA 12:15 PM y 128 de fecha V-6-2003, hora 11:45 AM, (letra no corresponde, fue agregado); analícese y cotéjese con los folios (escritura y firma) inmediatamente anteriores citados.

¿Por qué el estudio TAC cráneo simple de fecha V -3-2003 (folio 202 Exp.), recomendado y ordenado por la médico neuróloga NOHEMY MEZA, según valoración de fecha V -2 - 2003 (folio 119 Exp.), no fue valorado por dicha neuróloga?

Sustituyeron ilegalmente a la médico neuróloga NOHEMY MEZA, por alguien de quien se desconoce su identidad, profesión y especialidad médica. Usurparon su personalidad y sus derechos, reprodujeron e imitaron la firma de la médico neuróloga, en las valoraciones que registran los folios 121 y 128 Exp., este de fecha V-6-2003, hora 11:45 AM, V-3-2003, hora 12:15 PM, con la intención de hacerlos pasar por el original o legal.

SUSTITUIR: poner a alguien o algo en lugar de otro.

¿Qué SUSTITUYERON?

“La Tomografía computada de cráneo simple”

Que registra el folio 202 Exp., de fecha 3 -V-2003, No. 983, paciente FERNANDO MACHUCA, ordenada por la médico neuróloga NOHEMY MEZA, según valoración de fecha V- 2-2003 (folio 119 Exp.) TAC cerebral que no fue valorado o revisado por la neuróloga a cargo del paciente, Dra. NOHEMY MEZA; sin embargo, mediante Plan de la Dra. CARMEN ISABEL POLO, médico general, recomienda revalorar por Neurología con TAC cerebral (mayo 3 -2003) folio 121 Exp.

A renglón seguido, en la misma fecha, hora 12:15 PM y en el mismo folio, según por Neurología, se registró:

“Se revisa TAC cerebral sin evidencia de patología aparente. **“Aunque no es el estudio indicado para lesión en fosa posterior”**. Este último concepto y el resto del texto de la presunta valoración indica, **es lo que suplanta** la tomografía computada de cráneo simple (folio 202 Exp.), acompañada de la supuesta segunda valoración médica de fecha V-6-2003, hora 11:45 AM (folio 128 Exp.) y se habla de supuesta porque se desconoce el responsable de esas valoraciones neurológicas.

Pretendieron usar la firma de la médico neuróloga NOHEMY MEZA, para respaldar dichas valoraciones y hacerlas pasar por legítimas.

Todas estas irregularidades descritas y de manera continua en la historia clínica constituyen fallas del servicio del equipo médico y del servicio de salud institucional, por acción y violación al exigido deber de cuidado y en esta instancia (fraude procesal)

Establezcamos ahora, quien es el responsable de las valoraciones cuestionadas:

A folio 67 del Exp., se observa valoración médica de fecha 15 -IV- 2003, hora 6:00 pm, que al final dice:

“Además, se colocará sonda vesical, ya que el paciente no ha presentado Diuresis en toda la tarde y requiere monitoreo. 1) Firma la valoración la Dra. Sandra Santos, médico cirujano.

A folio 142 Exp. 15-IV-2003, hora 6:00 PM, órdenes médicas:

1. Colocar sonda vesical
2. Medir PUC c/2horas. Firma la Dra. Sandra Santos, Médico Cirujano

A folio 121 Exp., 3-V-2003, hora 12:15 PM (valoración médica por neurología) termina la valoración diciendo:

“Se sugiere iniciar antidepresivo con fluoxetina 20 mg c/día”

Folio 182 Exp., 3-V-2003, hora 12:20 PM, órdenes médicas: **fluoxetina 20 mg c/día, firma la Dra. SANDRA SANTOS médico cirujano**; pero no se registra: REVALORAR CON TAC CEREBRAL.

Folio 128 Exp. -6-V-2003, hora 11:45 AM (valoración médica por neurología)

No Hubo orden médica.

Analicemos la valoración médica de fecha 15-IV-2003, hora 6:00 PM (folio 67 Exp.) firmada por la Dra. SANDRA SANTOS y así mismo, su orden médica a folio 142 Exp. De 15-IV-2003, hora 6:00 PM, firma la Dra. SANDRA SANTOS medico cirujano y confrontemos toda la anotación en sus trazos y rasgos, con las valoraciones cuestionadas:

1. Valoración médica por neurología de fecha V-3-2003, hora 12:15 PM (folio 121 Exp.), toda la anotación con sus trazos y rasgos de la Dra. SANDRA SANTOS, médico cirujano (medicina general). Y su orden médica de fecha V-3-2003, hora 12:20 PM (folio 182 Exp.), firma la Dra. SANDRA SANTOS, medico cirujano (firma de la anotación desconocida ilegible, imitación a la firma original de la Dra. NOHEMI MEZA, Neuróloga).

2. Valoración médica por Neurología de fecha V-6-2003, hora 11:45 AM, (folio 128 Exp.) sin orden médica. Toda la anotación trazos y rasgos de la Dra. SANDRA SANTOS, médico cirujano (medicina general), firma de la anotación desconocida ilegible, imitación firma original de la Dra. NOHEMI MEZA. Médico Neuróloga.

Efectivamente las anotaciones son del puño y letra de la Dra. SANDRA SANTOS, médico cirujano (medicina general)

Surge el interrogante:

¿Por qué la Doctora SANDRA SANTOS no firma las valoraciones médicas?

Porque las valoraciones medicas son de carácter neurológicas (medicina especializada) (folios 121 y 128 Exp.).

La Doctora SANDRA SANTOS es médico cirujano (medicina general)

Suplantaron las valoraciones médicas y la firma de la medico neuróloga NOHEMY MEZA, para respaldar las anotaciones por neurologías cuestionadas, con la intención de hacerlas pasar por original (folios 121 y 128 Exp.).

¿Por qué la Dra. NOHEMY MEZA, neuróloga, no revisa el TAC cerebral que registra el folio 121 Exp., que ella ordenara, según valoración de fecha V-2-2003 (folio 119 Exp.); tomografía que aparece a folio 202 del Exp., de fecha V-3-2003?

¿Por qué la Dra. NOHEMY MEZA, neuróloga del paciente, no suscribe y firma las valoraciones médicas por neurología, que registran los folios 121 y 128 del Exp.?

¿Por qué la Clínica y el equipo médico a cargo del paciente MACHUCA DE MILLER, permiten que el paciente sometido a evolución médica y a valoración por neurología (medicina interna), lo sea en manos de un médico de medicina general?

"Así la historia clínica (prueba documental) está plagada de sospechas que suscitan desconfianza, "nada se puede creer", porque riñe en la absoluta pureza moral y ética que son los créditos de la historia clínica, como documento que contiene una declaración de ciencia"

Horrenda falla institucional del servicio de salud de la Organización Clínica General del Norte S.A. y del equipo médico a cargo del paciente FERNANDO LLIS MACHUCA DE MIER, violación al exigido deber de cuidado. En instancia judicial penal ésta conducta se tipifica "Fraude Procesal" que amerita imputación de cargos.

Lo que se contribuyó a la producción del deterioro cerebral del paciente y su resultado dañoso: CAUSA: falta de pericia (experiencia, habilidad, diligencia, idoneidad y destreza en el área de la medicina especializada - Neurológica: para evolución, valoración médica por neurología y estudio de TAC cerebral de: Lesión corteza cerebral - lesión tallo cerebral.

TAC cráneo simple con corte en fosa posterior (folios 119, 121, 128 Exp.)

PLAN: La historia clínica del paciente MACHUCA, en todo su recorrido de hospitalización registra valoración médica con: abdomen blando depresible peristalsis (+), sin dolor abdominal, no distención abdominal.

Diuresis (+); 50 cc/h, 100 cc/h, 150 cc/h, 200 cc/2h, normal, 50 cc x hora (1.200 cc en 24 horas). Esta diuresis nos dice que no tiene insuficiencia renal (los riñones responden normal).

En la historia clínica no hay soporte para los resultados de la necropsia renal.

Gasometría se mide por presión arterial, datos en las pruebas en sangre está en contra de la insuficiencia renal.

Veamos bioquímicamente:

Datos de la CREATININA, BUN y UREA.

Tres casos que están en concordancia para desvirtuar insuficiencia renal.

		Vr. Result	Vr. Referen
1.- Bioquímicamente Valoración Médica IV -16-2003	Creatinina de	1.03	0.60 - 1.30
	BUN	26.4 (fol. 69)	5.00 - 23.00
	UREA	56.4	10.00 - 50.00
2.- Bioquímicamente Valoración Médica IV -16-2003 Hora 3:00 PM (fol. 73 Exp.)	Creatinina de	1.03	0.60 - 1.30
	BUN	26 (fol. 73)	5.00 - 23.00
	UREA	56	10.00 - 50.00
3.- Bioquímica / Lab Valoración Médica IV -21-2003 Hora 1:10 AM (fol. 86 Exp.)	Creatinina de	0.95	0.60 - 1.30
	BUN	16.7 (fol. 86)	5.00 - 23.00
	UREA	35.7	10.00 - 50.00
4.- Bioquímica / Lab. Valoración Médica IV -22-2003	Creatinina de	0.89	0.60 - 1.30
	BUN	12.5 (fol.90-220)	5.00 - 23.00
	UREA	26.7	10.00 - 50.00
5.- Bioquímica/ Lab Lab. IV-23-2003	Creatinina de	1.06	0.60 - 1.30
	BUN	14.5 (fol. 219)	5.00 - 23.00
	UREA	31.00	10.00 - 50.00
6.- Bioquímica/ Lab Lab. IV-24-2003	Creatinina de	0.79	0.60 - 1.30
	BUN	14.4 (fol. 217)	5.00 - 23.00
	UREA	30.8	10.00 - 50.00
7.- Bioquímica/ Lab Lab. IV-25-2003	Creatinina de	0.87	0.60 - 1.30
	BUN	11.1 (fol. 215)	5.00 - 23.00
	UREA	23.7	10.00 - 50.00
8.- Bioquímica/ Lab Lab. IV-26-2003	Creatinina de	0.93	0.60 - 1.30
	BUN	14.4 (fol. 213)	5.00 - 23.00
	UREA	30.8	10.00 - 50.00

9.- Bioquímica/ Lab Lab. IV-27-2003	Creatinina de BUN UREA	0.85 12.8 (fol. 212) 27.3	0.60 - 1.30 5.00 - 23.00 10.00 - 50.00
10.- Bioquímica/ Lab Lab. IV-28-2003	Creatinina de BUN UREA	0.96 10.8 (fol. 107) 23.1	0.60 - 1.30 5.00 - 23.00 10.00 - 50.00
11.- Bioquímica/ Lab Lab. IV-30-2003	Creatinina de BUN UREA	0.96 10.5 (fol. 211) 22.4	0.60 - 1.30 5.00 - 23.00 10.00 - 50.00
12.- Bioquímica/ Lab Lab. V-2-2003 Fol. 210 Exp.	Creatinina de BUN UREA	0.97 9.4 (fol. 210) 20.1	0.60 - 1.30 5.00 - 23.00 10.00 - 50.00
13.- Bioquímica/ Lab Lab. V-3-2003 Fol. 209 Exp.	Creatinina de BUN UREA	0.96 9.2 (fol. 209) 17.5	0.60 - 1.30 5.00 - 23.00 10.00 - 50.00
14.- Bioquímica/ Lab Lab. V-4-2003 Fol. 207 Exp.	Creatinina de BUN UREA	0.81 7.8 (fol. 207) 16.6	0.60 - 1.30 5.00 - 23.00 10.00 - 50.00
15.- Bioquímica/ Lab Lab. V-5-2003 Fol. 206 Exp.	Creatinina de BUN UREA	0.79 6.2 (fol. 206) 13.2	0.60 - 1.30 5.00 - 23.00 10.00 - 50.00
16.- Bioquímica/ Lab Lab. V-8-2003	Creatinina de BUN UREA	0.84 18.3 (fol. 204) 40.2	0.60 - 1.30 5.00 - 23.00 10.00 - 50.00
17.- Bioquímica/ Lab Lab. IV-18-2003 Fol. 221 Exp.	Creatinina de BUN UREA	0.99 20.7 44.2	0.60 - 1.30 5.00 - 23.00 10.00 - 50.00

18.- Bioquímica/ Lab	Creatinina de	0.98	0.60 - 1.30
Lab. IV-20-2003	BUN	18.1	5.00 - 23.00
Fol. 224 Exp.	UREA	38.7	10.00 - 50.00
19.- Bioquímica/ Lab	Creatinina de	0.91	0.60 - 1.30
Lab. IV-19-2003	BUN	17.9	5.00 - 23.00
Fol. 225 Exp.	UREA	38.3	10.00 - 50.00
20.- Bioquímica/ Lab	Creatinina de	0.96	0.60 - 1.30
Lab. IV-17-2003	BUN	23.5	5.00 - 23.00
Fol. 226 Exp.	UREA	50.0	10.00 - 50.00
21.- Bioquímica/ Lab	Creatinina de	1.05	0.60 - 1.30
Lab. IV-15-2003	BUN	21.0	5.00 - 23.00
Fol. 229 Exp.	UREA	44.9	10.00 - 50.00

Igualmente encontramos en el recorrido de la historia clínica del paciente FERNANDO LUIS MACHUCA DE MIER, valoración médica con registro de Diuresis (sistema renal) con las siguientes optimas anotaciones:

- IV-15-2003 Diuresis (+) 50 cc/h, (Fol. 69 Exp.), Diuresis (+) 100 cc/h (fol.70 Exp.)
- IV-16-2003 Diuresis (+) 50 cc/h, (Fol. 73 Exp.), IV-18-Diuresis Buena (fol.76 Exp.)
- IV-17-2003 Diure. (-) 200 cc/h (Fol. 77 Exp.) IV-20-Diure 50 cc/h (fol.82 Exp.)
- IV-20-2003 Diuresis (+) 100 cc/h (Fol. 84 Ex) IV-21 Gast Urin adecua (fol.85 Exp.)
- IV-23-2003 Diuresis (+) Espont (Fol. 89 Exp) IV-22-Diuresis 800 cc/4h (fol.90 Exp.)
- IV-22-2003 Diuresis (+) 150 cc/h (Fol. 91 Ex) IV-24-Diur (+) 5000 cc/24h (fol.93 Ex IV-24-2003 Renal Buen gasto urinario (fol.96 Exp,)
- IV-25-2003 Diuresis (-) 150 cc/h (F. 98 Exp) IV-26-Diuresis 100 cc/h (fol.98 Exp)
- IV-26-2003 Diuresis (+) 310 cc/4h, (Fol. 100 Exp.)
- IV-26-2003 Renal Gasto Urinario 130 cc/h (Fol. 101 Exp.)
- IV-27-2003 Diuresis (+) 100 cc/h (F. 102 Exp) IV-29-Diuresis >100 cc/h (f.106 Exp.)

- IV-28-2003 Diuresis (+) 100 cc/h (F. 104 Exp) IV-28-Diur (+)100 cc/h (f.107 Exp.)
- IV-29-2003 Diuresis (+) 100 cc/h (F. 109 Exp) IV-30-Diur (-) 100 cc/h (f.110 Exp.)
- IV-30-2003 Diuresis (+) 650 cc/4h (F. 111 Exp) V-1-Diuresis >100 cc/h (f.112 Exp.)
- V-2-2003 Renal buen gasto diurético (Folio 115 Exp)
- V-2-2003 Diuresis (+) > 100 cc/h (F. 118 Exp) V-3-Diuresis adecua 100cc/h (f.120)
- V-4-2003 Diuresis Buena (F. 123 Exp) V-4-Diuresis (+) 200 cc/2h (folio124 Exp.)
- V-5-2003 Diuresis (+) 2650 cc en 24 h (Folio 125 Exp)
- V-7-2003 Diuresis (+) 250 cc/3h (Folio 129 Exp)
- V-8-2003 Diuresis (+) >100 cc/h (Folio 132 Exp)
- V-8-2003 Diuresis (+) 3650 cc/24h (Folio 134 Exp)

Estos son los datos de las pruebas en sangre de la creatinina, BUN Y UREA y las cifras de la Diuresis, que registra la historia clínica del paciente MACHUCA POR LABORATORIO Y VALORACIÓN MEDICA, que desvirtúan la insuficiencia renal y así mismo, la necropsia renal, e indican que la función de los riñones era normal.

Elimina 5 litros en 24 horas (prueba el buen estado de los riñones (folio 93 Exp.)

En todos los parámetros laboratorios, se desvirtúa reiteradamente el diagnóstico patológico de insuficiencia renal.

Duda entre los resultados de laboratorio y el diagnóstico patológico

Suspenden antibiótico ¿por qué? De manera sucesiva: vancomicina, inipimen (folio 92 Exp.), dormicum y fontanilo (folio 180 Exp.), doponina y fentanilo (folio 160 Exp.) suspenden dormicum (folio 157 Exp.).

Mandan antibióticos fuertes y costosos y luego bajan.

Se realizó estudio ecocardiográfico en las modalidades Modo M y Bidimensional con Doppler, observándose corazón con sus:

1. Válvulas: estructura y funcionamiento normal
2. Aurículas izquierda y derecha: diámetro y morfología y función normal y su respectivo retorno normal.
3. Ventrículo izquierdo y derecho: diámetro, morfología y funciones normales

DOPPLER

Flujo diastólico Mitral, con velocidad máxima 136 cm/seg

Flujo sistólico en Aorta ascendente con velocidad máxima 84 cm/seg

Flujo sistólico en TAP, con velocidad máxima de 96 cm/seg

Flujo diastólico Tricúspideo con velocidad máxima de 76 cm/seg

- DX
1. Derrame pericárdico posterior mínimo
 2. Función ventricular izquierda conservada FE 60%

La evolución y valoración médica del paciente para el corazón registra: favorable, S.V. normales, algunas veces con cifras tensionales adecuadas, buena hemodinamia (corazón) como ventilatoria. **Sin datos de SIRS que amenace constantes vitales.** Dinámica del corazón: RsCsRs bien timbrados, sin soplos, buena saturación de oxígeno. Metabólicamente sin alteraciones. Metabólicamente compensado, buen gasto cardiaco, con morfología y funciones cardiacas en todo su contexto normal (constatar para el corazón folios 74-127 Exp.), con conteo de plaquetas normalizadas, leucos con tendencia total a la normalidad.

Es necesario confrontar el informe de patología quirúrgica (folio 296, 297 Exp.), en este preciso caso (la necropsia del corazón), con la historia clínica en su parte de la evolución y valoración médica que registra los parámetros hemodinámicos y la condición clínica cardiaca del paciente que se resumen e identifican en los folios (74-127) y así mismo con el informe ecocardiográfico de FERNANDO LUIS MACHUCA DE MIER, estudio del Dr. RAUL RODRIGUEZ PARDO, cardiólogo (folio 201 Exp.).

INFORME DE PATOLOGIA QUIRURGICA

1.- De la descripción microscópica, se registra para el corazón forma y tamaño normal sin alteraciones en el musculo cardiaco. El espesor

ventricular, los músculos papilares y las estructuras valvulares no muestran alteraciones (folio 296 Exp.).

De la descripción microscópica: corazón muestra focos con **necrosis e inflamación aguda y crónica** del miocardio sin alteraciones endocárdicas (folio 297 Exp.).

Para el diagnóstico anatomopatológico

Corazón con miocarditis subaguda (folio 296 Exp.)

Esta necropsia no registra corazón insuficiente.

Corazón sin alteraciones funcionales y estructurales.

(NECROSIS: de vista Bial y Med. Muerte de varias células de un tejido orgánico

INFLAMACION: alteración patológica del tejido conjuntivo que se caracteriza por trastorno circulatorio

CRONICA: Se dice de las enfermedades largas o habituales).

DICCIONARIO LENGUA ESPAÑOLA PLUS GRUPO EDITORIAL NORMA.

Encontramos que el informe de patología quirúrgico (necropsia del corazón) y el estudio ecocardiográfico del paciente **FERNANDO LUIS MACHUCA** registran resultados indicativos de corazón sin alteraciones funcionales y estructurales y así mismo, las anotaciones de la evolución y valoración médica del sistema cardíaco del paciente, no registra alteraciones e insuficiencia cardíaca. Esta patología no fue detectada por el ecocardiograma Doppler: que son las técnicas más precisas para determinar insuficiencia cardíaca (principio de medicina interna. 14^o Edición Pag. 1491 (Harrison).

Hay elementos de juicios que desvirtúan el diagnóstico patológico de insuficiencia cardíaca (queda la duda).

Según descripción microscópica: el corazón muestra focos con necrosis aguda y crónica del miocardio.

De ser una patología antigua que viene de tiempo atrás, hubiese sido detectada por el estudio ecocardiograma Doppler, de fecha 26-VI-2003, de la misma organización Clínica General del Norte, practicada al paciente FERNANDO MACRUCA (folio 201 Exp.) (queda la duda).

De la descripción macroscópica, se registra para los pulmones: son de coloración gris rosada con disminución de la crepitancia y marcada congestión basal. A los cortes seriados se aprecia moderado edema y congestión del parénquima y los bronquios y la tráquea se aprecian libres.

(CRONICA (según diccionario de Lengua Española Plus, Grupo Editorial Norma. La expresión crónica, significa se dice de las enfermedades largas o habituales que viene de tiempo atrás).

De la descripción microscópica, para los pulmones documentan: cuadro de neumonía subaguda con daño alveolar difuso y congestión parenquimatosa. Congestión perivenular central y colestosis hepatocitoria a nivel hepático (folio 297).

Para el diagnóstico anatomopatológico:

Pulmones con Neumonía y daño alveolar difuso.

Fuente de esta patología pulmonar: análisis: paciente con cuadro clínico y hallazgos en **fibrobroncoscopia**, compatible a cuadro de Neumonía. se inicia esquema con imipenem mas vancomicina por empeoramiento clínico y radiológico, para cubrir la bacteria **Pseudomona**, **stafilococo** y atípica. **{que comprometió el sistema inmunológico del paciente}**

Paciente presentando cuadro de Disnea con taquisnea. Se realiza RX de tórax (folio 189 Exp.), que presenta congestión pulmonar con deterioro respiratorio, por lo que necesita traqueostomía y asistencia ventilatoria (folio 71 Exp.)

Esta bacteria es la causa de la evolución tórpida del paciente, por lo que se ordena traslado a UCI para continuar monitoreo (folio 69 Exp.).

A partir del 16 -IV-2003, comienzan a valorar al paciente con registro de **lesión pulmonar** aguda, síndrome de insuficiencia respiratoria, aumento de presión en circulación pulmonar, producida por patología pulmonar.

La fase inicial con cefalea, fiebre, malestar general, alteración de la frecuencia respiratoria, frecuencia cardiaca hasta 130X'. Esta generalizada su alteración desde el 15-IV-2003 hasta el día que fallece, V-8-2003.

Como infección de la vía respiratoria, puede acceder al parénquima pulmonar de dos formas distintas: por aspiración de la flora de las vías respiratorias altas y por **diseminación hematogena**.

La neumonía estafilocócica representa una infección grave que se caracteriza clínicamente por **DISNEA**, toxicidad general (VER ANALISIS) (folio 69 Exp.). Los hallazgos de la fibrobroncoscopia, crearon el deterioro respiratorio. **La afectación pulmonar es bacteriana.**

Según evolución y valoración médica de fecha 23 -IV-2003, de los Drs. EIDELMAN GONZALEZ y JUAN JOSE CASTRO, le registraron al paciente la segunda bacteria nosocomial: sepsis por Bacilo Gran (-) en identificación.

Para el día 25 -IV-2003, según evolución médica y valoración de los Drs. ANTONIO CONSUEGRA y CARMEN ISABEL POLO, le registran de manera definitiva al paciente la bacteria SEPSIS por acinetobacter Baumanmíl calcoacilim (folio 98 Exp.)

A partir del día 26 -IV-2003, hora 3:00 pm, valoración del Dr. ANTONIO CONSUEGRA, le definen la bacteria intrahospitalaria SEPSIS de origen pulmonar y continúa la patología pulmonar: Neumonía asociada a ventilador mecánico, hasta 8-V-2003, fecha en que fallece el paciente.

La tercera bacteria intrahospitalaria registrada al paciente se denomina el ACINETOBACTER BAUMANMII., es un bacilo gran negativo, que a la

fecha 26-IV-2003, hora 10:30 AM, por infectología, se aísla esta bacteria en secreción bronquial y Gran (-) en hemocultivo y retrocultivo, se extreman medidas de aislamiento estricto (folio 99 Exp.).

Esta bacteria nosocomial desempeña un papel preponderante en las infecciones respiratorias, fundamentalmente la neumonía, que comprometen el sistema inmunitológico del paciente, siendo responsable de una elevada morbi mortalidad.

Estas tres bacterias nosocomiales descritas previamente son la causa del proceso NEUMONICO que registra la historia clínica del paciente MACHUCA.

DE LA DESCRIPCIÓN MICROSCÓPICA DEL INFORME DE PATOLOGÍA QUIRÚRGICA (folio 297 Exp.)

Se registra para el Dengue:

Los hallazgos histológicos asociados a la clínica y la valoración para clínica realizada en el occiso se **correlacionan con hallazgos documentados como evidencias médicas** de muertes inducidas por dengue sin manifestaciones hemorrágicas persistentes.

La historia clínica de FERNANDO LUIS MACHUCA DE MIER, registra por evolución médica que el paciente fue valorado por dengue clásico IV-16-2003 (folio 68 Exp.) y a partir del día 17 de abril de 2003, horas de la noche 11:00 PM, con **síndrome de shock por dengue** (folio 75 Exp.).

Vamos pues, que en el dengue se definen tres (3) formas específicas: Dengue clásico (DC), dengue hemorrágico (DH) y síndrome de shock dengue (SCD),

con diversos niveles de gravedad (Manual de dengue del Ministerio de Salud) (folio 298 Exp.).

No se observa en la historia clínica Acta suscrita por el médico infectólogo y/o el equipo médico tratante, del tránsito de dengue clásico a Síndrome de Shock del Dengue y sin tener en cuenta su nivel de gravedad.

{Falla del servicio médico y de salud del equipo médico y la institución}

Obsérvese, el día 17-IV-2003, a las 3:55 M el paciente con la siguiente nota de evolución y valoración médica (folio 77 Exp.):

1. Síndrome de Shock por Dengue
2. SDRA
3. Derrame pleural bilateral
4. Proceso neumónico

A folio 96 del expediente, fecha IV-24-2003, se encuentra evolución médica y valoración del Dr ANTONIO CONSUEGRA médico tratante e intensivista, con el siguiente registro:

1. **Síndrome de Shock por Dengue Resuelto**
2. **SDRA RESUELTO**

Evolución favorable tanto hemodinámica como ventilatoria. Sin datos de SIRS, ni evento agudo que amenace constantes vitales (folio 96 Exp.).

* A partir de la fecha **paciente sin síndrome de Shock Dengue**, por qué fue **RESUELTO**, inclusive el 8 -V-2003, fecha en que fallece a las 2:00 PM.

Cabe anotar que de los elementos de juicio médicos que registra la evolución y valoración médica del paciente FERNANDO LUIS MACHUCA DE MIER, a partir del 24-IV-2003, hasta el 8-V-2003 (folios 96-132 Exp.), no es **EVIDENTE** la correlación que registra la descripción microscópica entre:

“Los hallazgos histológicos asociados a la clínica y valoración paraclínica realizado en el occiso y los hallazgos documentados como

evidencias médicas de muerte inducidas por dengue sin manifestaciones hemorrágicas preexistentes... (folio 297 Exp.).

Por cuanto el dengue fue RESUELTO, como lo registra las valoraciones médicas de las fechas y folios antes citados, que no presentan anotaciones de trombocitopenia, signos de choque como hipotensión o tensión arterial disminuida (menor o igual a 20 mmhg), con plaquetas normalizadas, sin manifestaciones hemorrágicas (folio 300 exp.). **NO hay soporte entre éstas evoluciones y valoraciones médicas para muerte inducida por dengue. Este hecho está en contra de la descripción microscópica del informe de patología quirúrgica en lo que hace relación con el dengue. {Duda entre los soportes de la evolución y valoración médica y el diagnóstico patológico}**

En cuanto el compromiso del sistema nervioso central con hemorragia basal documentada por imagenología: según diagnóstico anatomopatológico (folio 297 Exp.).

Para el día 5-V-2003, hora 10:30 PM, el paciente presenta hipertensión arterial de 190/105 subió. A eso de la hora 11:00 PM, paciente presentó hipotensión 89/49 bajó, taquicardia de 170X' (pulsaciones por minuto) crisis que persiste hace una hemorragia y queda sin respuesta neurológica (cerebralmente muerto) con ausencia de reflejo de tallo y corteza cerebral, como consecuencia de hipertensión e hipotensión. Causa: cambios de tensión arterial: subió y bajó (folio 459 y 203 Exp.).

(Es de recibo anotar que la hipotensión es producto del manejo de medicamentos en el momento de la urgencia hipertensiva. Y no de shock o complicaciones que produce el dengue hemorrágico, que enfatiza la contestación de la demanda, para documentar Hematoma parenquimatoso (folio 203 Exp.) como una de las múltiples complicaciones que produce el dengue hemorrágico y entre ellas las complicaciones como sangrados, daños neurológicos (eso dice la contestación de la demanda) (folio 284 - 286).

Así queda confrontado el informe de patología quirúrgica: con lo antes desarrollado de la necropsia renal, cardíaco, pulmonar y sistema nervioso central y en lo que hace relación al compromiso infeccioso viral de probable

Etiología por Dengue, no aplica al caso de FERNANDO LUIS MACHUCA DE MIER, porque no podrá ser acreditado por la experiencia (evidencias médicas de muerte: inducidas por dengue) porque no se funda en **razones prudentes** y no guarda las debidas proporciones y no podrá demostrarse la certeza de esa probabilidad, porque el **dengue fue resuelto**; lo que está plenamente demostrado, a partir del 24-IV-2003 (folio 96-132 Exp.).

(PROBABLE: verosímil, creíble. 2.- Que se funda en razones prudentes. 3.- Que se puede probar. 4.- Que puede suceder).

Es de recibo anotar que en la historia clínica del paciente FERNANDO LUIS MACHUCA DE MIER, no hay soporte clínico para los resultados del informe de patología quirúrgico; lo que sí es notoria la tendencia del diagnóstico anatomopatológico a las múltiples complicaciones que enfatiza la contestación de la demanda (folios 284, 290, 291 Exp.), para considerar muerte en falla multisistémica inducida por compromiso viral de probable etiología por **Dengue; que fue Resuelto. Pasando inadvertido** el médico patólogo, al practicar la necropsia, de las tres (3) bacterias nosocomial, adquiridas en la Institución descrita con anterioridad (folios 69, 98, 99 Exp.), que fueron la causa del proceso neumónico que evolucionó el paciente, a partir del 16-IV-2003, quien fue trasladado en la fecha a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) hasta el día que fallece 8-V-2003, hora 2:00 PM, como consecuencia de los efectos de la bacteria *Pseudomona*, *Stafilococo* y *Atipicas* y los dos o siguientes bacterias ya descritas. (compromiso bacteriano).

Compromiso de sistema nervioso central con hemorragia: Causa: hipertensión arterial (TA 190/105) e hipotensión TA 89/49, subió y bajó (folios 459 y 203 Exp.): cambios de tensión arterial.

Es de recibo anotar que la hipotensión es producto del manejo de medicamentos en el momento de la urgencia hipertensiva (folio 459 Exp.).

No hubo anotación de la evolución médica del paciente el día 5-V-2003, hora 10:30 PM. Sobre hipertensión arterial 190/105 y 11:00 PM hipotensión 89/49

(folio 459 Exp.) y no hubo diligencia oportuna para documentar el caso con el estudio TAC (continua la duda).

Obsérvese que en la evolución médica de Mayo 6 de 2003, hora 6:15 AM (mismo folio 459 Exp.), en su día 20 de estancia en UCI, le registran al paciente:

1. Sepsis pulmonar Gran (-)
2. Shock por dengue resuelto
3. Neumonía AVM
4. POP traqueostomía

No le evolucionaron oportunamente el evento cerebro vascular, (la hipertensión arterial e hipotensión) (folio 459 del Exp.).

Pero si le registran al paciente:

"Shock por Dengue Resuelto

Con TA 105/56 tensión arterial baja: cifra tensional que equivale a hipotensión (folio 459 Exp.).

Sea lo primero dejar establecido que la cifra tensional TA 105/56, no se encuentra dentro de los rangos considerados como normales, luego mal puede hablarse de Shock por Dengue Resuelto (folio 284 párrafos 2 y 3

Exp.). Como tampoco lo son los siguientes y anteriores cifras tensionales a las del 5-V-2003:

V- 4 – 2003. Hora 9:15, TA 105/55 (folio 124 Exp.), Shock por Dengue Resuelto

V- 5 – 2003, Hora 11:00 pm, TA 89/49 (folio 459 Exp.), Shock por Dengue Resuelto

V- 7 – 2003, Hora , TA 87/46 (folio 129 Exp.), Shock por Dengue Resuelto

V- 8 – 2003, Hora 5:30 am, TA 90/70 (folio 132 Exp.), Shock por Dengue Resuelto

V- 8 – 2003, Hora 7:30 am, TA 88/46 (folio 132 Exp.), Shock por Dengue Resuelto

Cifras tensionales que corresponden a niveles por debajo de lo normal: 1) Reiteramos mal puede llamarse **Shock por Dengue Resuelto**; porque “Shock por Dengue” no es una forma específica del dengue, sino que se trata de la tercera forma del Dengue, Síndrome de Shock del Dengue que los médicos tratantes le evolucionaron al paciente, hasta que se lo declararon resuelto a partir del 24 de Abril de 2003 (folios 96 y siguientes Exp.)

El resultado dañoso (muerte del paciente) es imputable única y exclusivamente a la Organización Clínica General del Norte S.A. y los médicos de esa entidad que atendieron al paciente: una falla institucional, en el servicio de salud y médicos: permitieron que una médico -medicina general- medicara al paciente FERNANDO LUIS MACHUCA en evolución y valoración médica por Neurología (medicina especializada) y estudio TAC cerebral: lesión corteza cerebral -lesión tallo cerebral (folio 119 Exp.), orden médica Dra Neuróloga NOHEMY MEZA, Revisión TAC cerebral por Neurología V-3-2003, hora 12:15 (folio 121 Exp.), escrituras, trazos y rasgos, Dra. SANDRA SANTOS; firma imitación, firma neuróloga NOHEMI MEZA.

Para sustentar la censura del excluyente y temerario examen probatorio, que considera el juzgador de primera instancia, en su sentencia recurrida. Se

transcribe a continuación lo pertinente de los testimonios de los médicos tratantes del paciente FERNANDO LUIS MACHUCA DE MIER, así:

Declaración jurada que rinde el Doctor FELIPE GONZALEZ (folios 372-376 Exp.). El compareciente solicita antes de responder, revisar la historia clínica del paciente, la cual se pone a su disposición por orden del despacho y responde: "El señor ingresó al servicio de Hospitalización el nueve (9) de abril del año 2003, lo hospitalizó el Dr. RICARDO VILLA VARAS, ingresó con diagnóstico de síndrome febril, síndrome viral y dengue y le ordenó estudio de hemograma completo y parcial de orina. Eso dice la historia en el momento del ingreso (folio 56 Exp.)..."

Es de recibo anotar que ésta fue la valoración del día 9 de abril – 2003, misma fecha en que consultó su estado de salud, por urgencia de la Clínica General del Norte S.A. Lo demás que menciona la declaración del testigo Dr. FELIPE GONZALEZ, no lo registra la valoración del día 9 de abril de 2003.

"Y el día 10 de abril de 2003, en el piso de medicina interna se ordenó trasladar a la Unidad de Cuidados Críticos; el día 16 ingresó a la Unidad de Cuidados Intensivos con diagnóstico de dengue hemorrágico pulserositis – significa que hay líquido en las membranas- en ese momento habían transcurridos aproximadamente 10 días de evolución, desde que se inició la enfermedad caracterizada por fiebre alta, escalofrío, malestar general, ortagios, cefalea global e ingresó con prueba confirmatoria por serología de dengue positivo, el paciente 3 días antes ya venía presentando disnea - dificultad respiratoria con toquimea -aumento de la frecuencia respiratoria muy acelerada la respiración -le realizaron radiografía de tórax. demostró congestión pulmonar. Se le da tratamiento y el paciente sigue deterioro pulmonar, además, leucositosis y neutrofilia -datos de respuesta inflamatoria sistémica -presenta deterioro respiratorio y necesita intubación y asistencia ventilatoria mecánica, se le realizó fibrobroncoscopia y lavado bronquial y observaron mucosa hiperémica sugestiva de proceso infeccioso de tipo viral; hiperémica significa que la infección es viral, todo concuerda con el

síndrome viral que es sistémico que afecta todo el organismo. Que eso es lo que produce el dengue. Eso es el proceso infeccioso que ellos detectaron ..."

"... lo conectan al ventilador con un sistema asistido controlado – o sea que la máquina respira por él, abdomen blando. Pulmones: estertores crepitantes- significa que los pulmones están inflamados – en los 2 tercios inferiores de ambos hemitórax. Paciente con cuadro clínico y hallazgos de fibrobroncoscopi compatible a cuadro de neumonía y se le inicia esquema con vancomicina más imipimen, vitamina K controles de tiempo de coagulación y plaquetas, el paciente con evolución tórpida -una persona que no mejoró evolución de mucha gravedad- y el pronóstico fue reservado, Drs. CARLOS REBOLLEDO y JUAN JOSE CASTRO CASTRO..."

"... El día 16 a las 3 PM, ellos dicen que sigue la evolución con deterioro con las plaquetas bajas y sigue con asistencia ventilatoria y continua tratamiento crítico. El día 17 hacen diagnóstico de distreses respiratoria y continúan haciendo el tratamiento de dengue. El día 17 continúan las plaquetas bajas no se han normalizado. El día 17 a las 11 PM, hacen el diagnóstico de Síndrome de Choque por Dengue y una lesión pulmonar aguda, realizan parámetros ventilatorios hemodinámicos y encuentran los siguientes resultados: presión arterial media 78, índice cardíaco 3:28, presión capilar pulmonar 19, y gasto cardíaco 6:15, se considera que cursó con buenos parámetros ventilatorios con PH de 7:33, P_{CO₂} 243.3 y presión de oxígeno PO₂ 128, HCHO₃ 23.1 y con respecto a los parámetros hemodinámicos indican aumento de presión en la circulación pulmonar, producidos por la patología pulmonar y se define iniciar dobutamina para manejo de la hipertensión pulmonar..."

"... el día 18 detectaron hemoglobina de 8.7 gramos comenzó a bajarse la hemoglobina. Le transfundieron glóbulos rojos empacados. El día 18 en la tarde dicen lo mismo diagnóstico. El día 19 el mismo diagnóstico. Hicieron evolución clínica con el mismo pronóstico reservado y el día 20 dice síndrome de choque por dengue y SDRA síndrome de distrés respiratorio agudo: sigue con tendencia a la hipotensión con disminución del gasto

urinario por lo cual se pasan batas de solución salina normal. Sigue el apoyo inotrópico con dobutamina, persiste con pico febril pronóstico reservado.

El día 20 le hacen evoluciones en la tarde con los mismos diagnósticos. Dicen que los parámetros de SWAN GAN con persistencia pulmones altos y continua apoyo ventilatorio e inotropico, pronóstico muy reservado a pesar de la mejoría parcial radiológica y gasometría..."

"... El día 21 en la madrugada hacen diagnóstico igual. El día 21 a las 11 AM, el diagnóstico es igual y el paciente presenta taquicardia con glóbulos blancos de 14.600 mm³. Dice paciente con pronóstico reservado.

El día 21 a las 12:45 el mismo diagnóstico. Paciente con síndrome séptico con serología positiva para dengue y compromiso pulmonar severo, continuar el mismo manejo. Solicitan IgG - IgGM para dengue y continúan con los antibióticos y manejo de la Unidad de Cuidados Intensivos. El día 22 UCI mañana, laboratorio creatinina 0.89, potasio 3.8, sodio 133, plaquetas 288.000 mm³, Ph 7.45, Po₂ 31, HCO₃ 27, saturación de oxígeno 99%, radiografía de tórax infiltrados pulmonares bilaterales con mejoría en relación a estudio anterior, persisten los leucocitos de 14.400, taquicárdico datos de SIRS y bacilo gran Negativo. El día 22 a las 6 PM igual diagnóstico e igual pronóstico. El día 23 igual diagnóstico y pronóstico. El día 23 en una radiografía de la mañana observaron infiltrados alveolares con partes sugestiva de un proceso infeccioso y que por presentar la fiebre que persiste se le comentó el caso al infectólogo de turno, quien decide rotar catéter y retirar antibiótico vancomicina y el impimen y se deja cefepime hasta llegar reporte de cultivo, le hicieron nuevos cultivos, pronóstico reservado.

El día 23 a las 3 PM hacen los mismos diagnósticos y agregaron sepsis por germen gran negativo..."

El 24 a las 5:45 am Shock por Dengue en Resolución, tensión arterial 137/85; presión arterial media 98, frecuencia cardíaca 112, frecuencia respiratorio 20 por minuto y temperatura 36.5 con ruidos cardíacos taquicárdicos y apoyo inotrópico, con disminución de la temperatura en horas de la mañana. El paciente tiene dengue con compromiso multisistémico, logro con el tratamiento del apoyo inotrópico, compensar el

choque o sea la tendencia a la hipotensión, pero continua el distrés respiratorio y estado de sepsis sigue con un dengue complicado, superó una parte, pero el proceso continua y sigue el dengue complicado. Abril 24 infectología hace el diagnóstico de dengue complicado, sepsis y neumonía. El día 24 a las 11 am, el infectólogo siguió el mismo tratamiento. **Los mismos diagnósticos de síndrome de Shock Resuelto (patología) y continua igual manejo sigue pegado al ventilador, se estabiliza hemodinamicamente y hay mejoría de distrés respiratorio. El 24 a las 1:54 PM, paciente con síndrome de choque por dengue en Resolución y recuperación del SDRA, ésta nota es del Doctor VIZCAINO...**"

El día 25, 11:20 AM, Eidelman Gonzalez Mena, presenta deterioro respiratorio con aumento del trabajo ventilatorio polipneico con radiografía de tórax con infiltrados alveolares en ambos campos pulmonares, por lo cual se decide realizar intubación orotraqueal y se conecta a ventilación mecánica. Se solicitó valoración por dermatología para tomar biopsia de piel de las lesiones de aspecto vasculístico en pulpejos de los dedos. El día 25 a las 16:30 iguales diagnósticos, el choque de dengue con Resolución y Sepsis por gérmenes multirresistentes..."

"... Abril 26, ecocardiograma. derrame pericárdico posterior mínimo, derrame pleural, el día 26 neumonía asociada a ventilador, sepsis pulmonar, el síndrome de Shock por Dengue Resuelto, que va en vía de Resolución y la neumonía. El 27 tiene los mismos diagnósticos. El día 28 cumplió su día 12 de estancia en cuidados intensivos. El día 28 plantea lo mismo. El 29 los mismos diagnósticos y el 29 ordenan traqueostomía, está firmada por el Dr. REBOJEDO, el día 29 y 30 siguen con los mismos diagnósticos. A las 11 AM ya tiene un día posterior a la traqueostomía, ordenan una radiografía de tórax de control posterior a la traqueostomía y el pronóstico es reservado. El día 1º de mayo dice vigilar desde el punto de vista respiratorio y el día primero de mayo dice que se retiró la traqueostomía y le colocaron nuevamente el tubo. El día Mayo 1º a las 10 PM el paciente se le cambió la cánula porque se le salió la anterior y se colocó nuevamente cánula en la tráquea y se fija con punto en la piel y dejarlo en postura de cubito dorsal y el día 2 el mismo diagnóstico. El día 2 en la tarde dice tensión arterial 129/66, frecuencia cardíaca 133X' (latidos), temperatura 37 grados y piden

valoración por el neurólogo. Enterado del caso paciente en ventilación mecánica con apertura ocular espontánea obedece a algunas órdenes sencillas, aunque con dificultad hiperreflexia generalizada, repuesta flexora bilateral. Hace la impresión diagnóstica de probable lesión de corteza cerebral y tallo cerebral y le ordenó una tomografía de cráneo, cerebro con cortes en fosa posterior. En la tomografía encontraron hematoma intraparenquimatoso cerebral hemorragia en el cerebro más edema cerebral, más herniación subfacial con un Glasgow de 3/15 eso significa daño cerebral difuso con ausencia de reflejo del tallo, pronóstico malo alta mortalidad en las próximas horas, el día 8 a las 5 y 7 AM iguales diagnósticos neurocirugía lo valoró el 8 de mayo pronóstico muy malo a corto plazo Dr. RAMIRO JARABA, pronóstico muy malo, declaró que el paciente se encuentra en muerte cerebral. Y el 8 a las 2:00 PM, realizó parada cardiaca, no responde a las maniobras y fallece, es lo último que dice la historia.

Sea lo primero dejar precisado que este médico tratante solo evolucionó y valoró al paciente en las siguientes fechas y horas: con las notas que registran:

1.- IV -13- 2003, hora 9:00 am, con impresión diagnóstica Dengue. Refiere que desde las 5:00 am, ha comenzado a presentar dificultad respiratoria (folio 61 Exp.)

2.- IV-13-2003, hora 11:00 am, (folio 62 Exp.)

3.- IV-13-2003, hora 6:00 pm, (folio 62 Exp.)

4.- IV-14-2003, hora SIN HORA, (folio 62 Exp.)

5.- IV-15-2003, hora 11:00 am, (folio 63 Exp.)

6.- IV-15-2003, hora 8:30 Pm, (folio 64 Exp.)

En ninguna de las seis valoraciones del Dr. FELIPE GONZALEZ, registra que el paciente evolucionó con Dengue hemorrágico o dengue complicado,

y shock alguno, porque al examen físico reportó tensión arterial normal (TA 130/70, TA 120/70, TA 130/80).

El paciente FERNANDO LUIS MACHUCA DE MIER, el día 10 de abril de 2003, horas de la tarde ingresó a piso, procedente de urgencia.

El día 16-IV-2003, hora 11:00 AM, paciente 1er día de estancia en UCI con I.D.X. 1) Dengue clásico (folio 68 Ex.)

Luego no es cierto que el paciente ingresó a la Unidad de Cuidados intensivos con diagnóstico de Dengue hemorrágico. No es cierto que a 16-IV-2003 habían transcurrido 10 días de evolución desde que se inició la enfermedad, porque el paciente consultó su estado de salud en la urgencia de la Clínica General del Norte el día 9 de abril de 2003, acompañado de su señora esposa. Una vez valorado los síntomas que presentó fueron: fiebre, dolor en los músculos, cefalea y dolor en las articulaciones, asociado a malestar general. Después de ser valorado quedó interno hasta el 8 de mayo de 2003, fecha en que fallece a las 2:00 PM (FOLIO 54 Exp.).

A folio 68 -- Abril 16 -- 2003, hora: 8:50 am, por Neumología, se realiza fibrobroncoscopia, más lavado bronquial, a través de tubo orotraqueal, se aprecia mucosa hiperémica con lesiones, lesiones equimóticas en formas diseminadas y secreciones mucosas en escasa cantidad. Las lesiones equimóticas pueden ser secundarias a la trombocitopenia y las mucosas hiperémicas es sugestivo de proceso infeccioso de vías aéreas de tipo viral (valoración de los Drs. ALVARO URBINA y FABIANO PEÑATE).

A folio 69 Exp., se observa lavado brococar (Bal) Gran (-) escasos (Cocos Gran (+) en Diplo y en grupo).

ANÁLISIS: Paciente con cuadro clínico y hallazgos en fibrobroncoscopia compatible a cuadro de Neumonía, se inició esquema con imipemen más Vancomicina por empeoramiento clínico y radiológico, para cubrir la bacteria Pseudomona, Stafilococo y Atípicas, (que comprometió el sistema inmunológico del paciente), paciente presentando cuadro de Disnea con taquisnea. Realizan RX de Tórax que presenta congestión pulmonar con

deterioro respiratorio por lo que necesita traqueostomía y asistencia ventilatoria (folio 71 Exp.).

Esta bacteria es la causa de la evolución tórpida del paciente, por lo que se ordena traslado a UCI para continuar monitoreo (folio 69 Exp.).

A partir de la fecha 16 - IV-2003, comienzan a valorar el paciente con registro de lesión pulmonar aguda, síndrome de insuficiencia respiratoria, aumento de presión en circulación pulmonar producida por patología pulmonar.

El neumococo: neumoniac -streptoceus, es un coco grampositivo que frecuentemente tiene un aspecto oval al microscopio. Creó trastorno pulmonar o la resistencia a la infección neumocócica parece estar determinado por factores no específicos, tales como las secreciones mucosas y acción ciliar de las membranas mucosas respiratorias intactas.

La lesión del pulmón en la neumonía neumocócica, ya sea localizada o diseminada, consiste de un derrame de líquido edematoso en los alveolos, estos se llaman de cantidades de leucocitos que ingieren las bacterias y les siguen algunos heritrocitos. Los linfáticos pulmonares se implican desde el comienzo del proceso.

Los linfáticos y el conducto torácico sirven como vía por la cual los neumococos alcanzan el torrente circulatorio de los pacientes con neumonía, que afectan la pleura y reacciona con la producción de líquido edematoso y se afecta la respiración.

La fase inicial con cefalea, fiebre, malestar general, artoalgia, dolor retroocular. {alteración de la frecuencia respiratoria, frecuencia cardíacas hasta 170X' (latidos por minuto)}. Está generalizada su alteración desde el 15-IV-2003 hasta el día que fallece 8 - V - 2003. {afectación inicial urgencia (consulta) 9-IV-2003, FOLIOS 55, 57 Exp.}.

Como infección de la vía respiratoria, puede acceder al parenquima pulmonar de dos formas distintas: por aspiración de la flora de las vías respiratorias

altas y por diseminación hematológica. La neumonía stafilocócica, representa una infección grave, que se caracteriza clínicamente por DISNEA, toxicidad general y desde una perspectiva anatomopatológica, por infiltración intensa de neutrófilos, por el germen Cocos Gran (+) (neumonía bacteriana (-) Cap. 12 Margaret HD Smit MD) en Diplo y en grupo. Los hallazgos de la fibrobroncoscopia crearon el deterioro respiratorio, por lo que se realiza TOT y asistencia ventilatoria (folio 71 y 188 Exp.) **queda claro que la afectación pulmonar es bacteriana. De esta patología nada dicen los médicos tratantes y declarantes.**

En cuanto a las plaquetas, el paciente sólo permaneció con las plaquetas bajas los días: 15-IV-2003 en cifras de 42.000 mm³ (micras) a 56.900 mm³ (micras) (folio 63 Exp.).

16-IV-2003 con cifra de 85.900 mm³ (micra) folio 69 Exp.

16-IV-2003 con cifra de 116.000 mm³ (micra) folio 74 Exp.

A partir del 21 -IV-2003, el paciente normaliza las plaquetas en cifra de 268.000 mm³ (micra) folio 86 Exp., inclusive el día que fallece.

El día 17-IV-2003, hora 11:00 PM (folio 75 Exp.), el paciente evoluciona con tránsito de dengue clásico a Síndrome de Choque Dengue (tercera forma del dengue) folio 298 Exp., **el médico tratante en su declaración paso inadvertido de este hecho.**

A folio 373 Exp. El médico Felipe Gonzalez, dice en su declaración "El día 18 en la tarde dicen los mismos diagnósticos..."

En la evolución del paciente de la fecha, registran:

1.- Shock 2rio a Dengue

TA 140/70, FC 90X', FR 16X' Y T 36.3°C

Por las cifras, signos vitales normales.

No hay Shock 2do a Dengue, porque la TA 140/70 es normal, no hay lugar a hipotensión.

{Clínica del paciente sin complicaciones}

"... El día 19 los mismos diagnósticos; hicieron evolución clínica con el mismo pronóstico reservado y el 20 dice Síndrome Shock por Dengue... sigue con tendencia a la hipotensión dos disminución del gasto urinario, por lo cual se pasan bolas de solución salina normal..." (folio 373 Exp.).

De la valoración médica del paciente FERNANDO LUIS MACHUCA DE MIER, de los días 19 y 20 IV-2003, se desprenden los siguientes registros clínicos, que dan cuenta de los signos vitales del paciente:

19-IV-2003, hora 6:10 AM, TA 130/70, FC 90X', FR 16X', Sato₂ 99%, por las cifras, SV normales (folio 78 Exp.).

No hay Shock por Dengue porque la TA 130/70 es normal, no hay lugar a hipotensión (folio 79 Exp.), ni tendencia a ella.

19- IV -2003, hora TA 130/70, FC 100X', FR 18X', T 37.5°C

Por las cifras, SV normales (folio 80 Exp.), no hay lugar a hipotensión, ni tendencia a ella, FC levemente alterado.

19 – IV-2003 – TA 130/70, FC 100X', FR 18X', Sato₂ 98%.

Por las cifras S.V. normales, no hay lugar a hipotensión, ni tendencia a ella (folio 81 Exp.) FC con leve alteración {Clínica del Paciente sin complicaciones}

20 – IV -2003, hora 11:40 PM, valoración médica no registra cifras de signos vitales, no se puede presumir hipotensión. En cuanto a la disminución de

gasto urinario 50cc por hora, está dentro de los márgenes normales porque $50 \times 24 = 1.200$ cc/24 hora, es una cifra adecuada.

La evolución del día 20 no registra síndrome de distrés respiratorio agudo (folio 82 Exp.).

20 - IV- 2003, hora 6:40 am, TA 100/62, FC 120X', FR 18X', Sato₂ 99%.

Por las cifras tensionales, S.V. adecuados (folio 83 Exp.), no hay lugar a Shock por dengue por las razones expuestas.

20 -IV-2003 -hora 3:43 mantiene buenas cifras tensionales TA 115/70, FC 95, FR 18, T 37°C.

Por las cifras tensionales S.V. normales, no hay lugar a hipotensión, luego no se puede hablar de Shock por Dengue (folio 84 Exp.).

Análisis: resistencias pulmonares altas {por patología pulmonar (consecuencia producto de las bacterias nosocomial) registradas.

21 -IV- 2003, hora 1:10 am, TA 141/75 - PAM 108, FC 118X', FR 16X', T 37.7°C.

Por las cifras tensionales, S.V. normales (folio 86 Exp.), no hay Shock porque la tensión arterial es normal, antes y después de la valoración médica. No hay tendencia a la hipotensión. Plaquetas normatizadas 268.000 mm³ (micra).

{Clínica del paciente sin complicaciones}

22 - IV -2003, hora 6:00 pm, TA 120/70M FC 100X', FR 18X', Sato₂ 98%, T 38°C.

Por las cifras tensionales, S.V. normales. No hay lugar a hipotensión, luego no se puede hablar de Shock por dengue (folio91 Exp.).

Lo que registra la evolución médica es la tercera forma del dengue: 1) Síndrome de Shock del dengue (folio 298 Exp.).

23 - V- 2003, dice el declarante: "... igual diagnóstico y pronóstico. El día 23 en una radiografía de la mañana observaron un infiltrados alveolares con partes sugestivas de un proceso infeccioso y por presentar la fiebre que persiste se le comentó el caso a infectología de turno quien decide rotar catéter y retirar antibiótico Vancomicina, el imipimen y se deja con cefepime hasta llegar reporte de cultivo. El día 23 a las 3 pm, hacen los mismos diagnósticos y agregaron **SEPSIS por germen gran negativo (folio 373 Exp.) {Bacteria nosocomial}**.

Pero también dice la evolución médica: 1) Síndrome Shock tipo Dengue, que es la tercera forma del dengue (que el médico tratante y declarante pretende ocultar); 2) SDRA 2do a 1 -> TA 116/76, FC 130X', FR 18X', T 38°C, SatO₂ 98%.

Por las cifras tensionales S.V. adecuados, con alteración de la FC y temperatura corporal (folio 92 y 93 Exp.).

"... el 24 a las 5:45 am, Shock por dengue en resolución. Tensión arterial 137/85, presión arterial media 98, frecuencia cardíaca 112, frecuencia respiratoria 20 por minuto y temperatura 36.5°C; con ruidos cardíacos taquicárdicos apoyo inotrópico con disminución de la temperatura en horas de la mañana... El paciente tiene dengue con compromiso multisistémico, logró con el tratamiento del apoyo inotrópico compensar **el choque o sea la tendencia a la hipotensión**, pero continua el distrés respiratorio y estado de sepsis sigue con un dengue complicado, superó una parte, pero el proceso continua y sigue el dengue complicado. Abril 24 infectología hace el diagnóstico de dengue complicado, sepsis Neumonía... El 24 a las 11:00 am, el infectólogo siguió el mismo tratamiento. **Los mismos diagnósticos de síndrome de choque resuelto** y continua igual manejo, sigue pegado al ventilador se estabiliza hemo dinámicamente y hay mejoría del distrés respiratorio... el día 24 a la 1:54 pm, paciente con síndrome de shock por

dengue en resolución y recuperación del SDRA, esta nota es del Dr. VIZCAINO.

Es notorio a 23 - IV-2003, hora 3 pm (folio 92 Exp.), evolución del paciente, el declarante sólo anota: 3) Sepsis por Germen Gran (-) (bacteria nosocomial) y excluye la evolución de la fecha: 1) Síndrome Shock tipo dengue; 2) S.D.R.A. 2do a 1 - 1) TERCERA forma del dengue (folio 298 Exp.) (se nota esfuerzo para encubrir).

Para la fecha del 24 IV-2003, hora 5:45 (folio 95 Exp.) con evolución para dengue:

1. Shock por dengue en Resolución
2. Sepsis por G (-)

De los que se trata es:

1) Síndrome de Shock del Dengue

Patología que le vienen tratando al paciente desde el 17 - IV- 2003, hora 11:00 PM (folio 75 Exp.), que a partir del 24 - IV -2003 del mismo año, hora 5:45 am, comenzó a ceder en sus efectos.

En cuanto al **Dengue con compromiso multisistémico**, que refiere el declarante, no lo registra la evolución y valoración médica de la fecha, como no lo registra ninguna otra evolución y valoración de la historia clínica del paciente (por no decir las evoluciones y valoraciones medicas del declarante). El médico no puede adiciónar la historia clínica con lo que no evolucionó y valoró en el tratamiento (folio 374 Exp.).

"Compensar el choque, o sea la tendencia a la hipotensión" no lo es cierto. Porque las cifras tensionales que registra el paciente en las valoraciones medicas de 24-IV-2003 y anteriores y posteriores, no tienen el carácter de

hipotensión. Luego el paciente no está presentando ningún choque que compensar.

Obsérvese tensión arterial por valoración médica desde 18-IV-2003, hasta 5-V-2003 (folio 59-127 y 459 hora 11:0 pm) día y hora en que presenta hipertensión arterial.

Misma valoración hora 1:58 pm, dice el Dr. VIZCAINO; **que no menciona el médico declarante: "paciente actualmente controlado y con mejoría progresiva de su estado general... con llenado capilar adecuado... con buena perfusión vascular en este momento avisar cambios (folio 97 Exp.).**

A folio 96, 24-IV-2003, se registra lo que el médico tratante Felipe González, declarante, se abstuvo de comentar:

Evolución médica:

- Síndrome de shock por dengue resuelto
- SDRA – Resuelto

Paciente despierto, colaborador, obedece ordenes:

C/P normo tenso:

Pulmones claros en sinu acoplado al respirador

Saturación > 95%

Abdomen: tolera gastroclisis

Renal: buen gasto urinario

INFECTIOLOGIA: Afebril, aunque con leucositosis importante, se adiciona unaciq.

Se valora por servicio de cix vascular quien sugiere observación y seguimiento.

{Evolución favorable, tanto hemodinámica como ventilatorio sin datos de SIRS, ni evento agudo que amenace constantes vitales}

{Clínica del paciente sin complicaciones}

No le conviene al médico tratante y testigo: valoración favorable del paciente.

{Se nota esfuerzos por encubrir}

Para el día 25-IV-2003 a las 16:30 iguales diagnósticos el choque de dengue en Resolución y Sepsis por gérmenes multirresistentes..." (folio 374 Exp.)

En la evolución de la fecha el médico tratante en su declaración habla de iguales diagnósticos: el choque de dengue y sepsis por gérmenes multirresistentes.

En cuanto al "choque de dengue" el médico tratante en su testimonio está encubriendo la verdad porque la evolución no es choque de dengue, sino síndrome de shocke del dengue, que ya fue resuelto, y no se trata de Shock de dengue porque la TA es de 130/78 que es adecuada y no hay tendencia a hipotensión y sin inotrópico (folio 98 Exp.).

Para el día 26-IV-2003, horas de la noche el testigo añade "el mismo diagnóstico... (folio 374 Exp.)". Pero la evolución y valoración médica registra:

26-IV-2003, hora 5:15 am (folio 98 Exp.)

- 1) Síndrome de Shock por dengue en Resolución
- 2) SEPSIS por A. baumona Multiresistente

1.- Síndrome de Shock por Dengue: tercera forma del dengue, con sus respectivos niveles de gravedad (folio 298 -300 Exp.).

Cuando el médico tratante y declarante anota "el mismo diagnóstico", está refiriéndose al "Shoque de Dengue". Pero no se trata de ningún Shock porque la TA es normal TA 140/70, cifra tensional que no equivale a hipotensión o presión baja.

Abril 26 ecocardiograma derrame pericárdico -posterior mínimo derrame pleural..." (folio 374 Exp.)

Nada dice el médico: de lo estructural y funcionamiento normal del informe del corazón del paciente. Analizar informe ecocardiográfico (folio 201 Exp.)

“... el día 26 neumonía asociada a ventilador, sepsis pulmonar, el síndrome de choque por dengue que va en vía de Resolución y neumonía (folio 374 Exp.).

OJO- En lo que hace relación a la neumonía que registra la evolución de la fecha (folio 101 Exp.). Esta patología es producto de las bacterias nosocomial: Pseudomona, Stafilococo y atípicas y Sepsis por Acinetobacter Baumannii y Gran Negativa, que registra la historia clínica (folios 69, 89, 100 Exp.). Como dice la evolución: sepsis de origen pulmonar.

El médico tratante Felipe Gonzalez, en la evolución médica de la fecha, hora 3 pm, hace un claro reconocimiento de la tercera forma del dengue cuando declara: “**Síndrome de Sboque por dengue que va en vía de Resolución**”, aunque la anotación dice:

Sind Shock por Dengue Resuelto (folio 101 Exp.)

“... El día 28 cumplió su día 12 de estancia en cuidados intensivos. El 28 planteo lo mismo...” eso declara el testigo, mismo médico tratante: que no evolucionó y valoró el paciente en la fecha.

Registra la evolución y valoración médica de la fecha: (folio 104 Exp.)

Hora 6:00 am

1. NAV
2. Sepsis de origen pulmonar
3. Shock por dengue Resuelto

S.V. TA 142/90, TAM FC 115X', FR 23X', T 38°C

Hora 10:40 am: 1) NAV

- 2) Sepsis origen pulmonar
- 3) Shock por dengue resuelto

TA 133/79, TAM 96, Sato2 100%, febril 38°C

En la evolución de la fecha el médico tratante en su declaración registra “El 28 plantea lo mismo”, queriendo decir Shock por Dengue, y de eso no se trata porque la TA a la hora 6:00 AM es 142/90 adecuada y a las 10:40 am 133/79 normal, cuyas cifras tensionales no representan hipotensión (presión baja), ni tendencia a ella, antes y después de la evolución.

De lo que se trata es de: Síndrome de Shock del Dengue, que está RESUELTO.

"... EL 29 los mismos diagnósticos y el 29 ordenan traqueostomía, está firmada por el Dr. REBOLLEDO, el día 29 y 30 sigue con los mismos diagnósticos. A las 11:00 AM, ya tiene un día posterior a la traqueostomía ordenan una radiografía de tórax de control posterior a la traqueostomía y pronóstico reservado..." (folio 374 Exp.).

Registra la evolución y valoración médica de la fecha, hora 6:45 PM:

1. Dengue
2. Sepsis de origen pulmonar
3. NAV (neumonía asociada ventilación)
4. Shock Resuelto

S.V. adecuados TA 117/67, FC 97X', FR 14X', T 38°C

4.- En lo que hace relación al Shock Resuelto (folo 106 Exp.) de lo que se trata es del Síndrome de Shock del Dengue Resuelto.

La cifra tensional 117/67 es adecuada, no representa hipotensión, para esta evolución, ni las cifras tensionales anteriores y posteriores.

Plaquetas y Leucocitos normalizados.

{Clínica del Paciente sin complicaciones}

A folio 108 Exp, 29-IV-2003, se registra evolución y valoración médica, así:

1. Shock dengue resuelto
2. Neumonía nosocomial asociada a ventilación mecánica tardía
3. Sepsis de origen pulmonar

Paciente evoluciona con S.V. estable, Afebril, TA 126/76, FC 108X', FR 16X', Sato₂ 99%, cifra tensional sin tendencia a la hipotensión, luego no es dable hablar de choque. Reiteramos de lo que se trata:

1.- Síndrome de Shock del Dengue Resuelto.

Que es la tercera forma del dengue, que manifiesta signos de choque como: pulso rápido y débil hipotensión (presión arterial baja) (Folio 300 Exp.).

A folio 109 Exp. -29-IV-2003, sin registro de hora; paciente con TA 120/70, TAM 90, FC 100X', FR 18X', signos vitales normales, con presión arterial normal, sin tendencia a la hipotensión, luego no se puede hablar de Shock por dengue, por no haber presión baja; ni antes, ni después.

Obsérvese en esta evolución médica: plaquetas 440.000 mm³ y leucocitos 11900 normales. Mal puede el medico declarante hablar de mismo diagnóstico.

Para el día 30 -IV-2003, horas de la noche (folio 110 Exp.)

Paciente con la misma evolución médica:

1. Shock por dengue Resuelto
2. Neumonía Nosocomial Asociada a AVM (asociada ventilación mecánica)
3. Sepsis de origen pulmonar

Paciente cuya valoración TA 131/70, FC 118X', FR 20X'

S.V. adecuados. TA sin tendencia a la hipotensión, **no hay shock por dengue.**

Lo que le vienen valorando al paciente reiteramos es el síndrome de Shoque del Dengue, que a la fecha está resuelto, desde el día 24 - IV-2003 (folio 96 Exp.). Paciente con mejoría de PAEL, con posibilidades de traqueostomía en la fecha.

{Clinica del paciente sin complicaciones}

Folio 111 Exp. -IV-30-2003, horas de la mañana 11:20 AM, con la misma evolución médica.

Cuya valoración médica: S.V. TA 113/73, FC 111X', FR 14X', T 36.3°C – Signos vitales adecuados. TA adecuado. No hay manifestaciones: hemorrágicas, trombocitopenia, signos de extravasación de plasmas, no hay signos de Choque como pulso rápido y débil, hipotensión o tensión diferencial disminuida (menor o igual a 20 mm Hg (folio 300 Exp.)

Para el mismo día 30-IV-2003 (folio 113 Exp. Paciente evoluciona con los siguientes registros:

1. Neumonía asociada a ventilación (NAV) tardía
2. Sepsis de origen pulmonar
3. POP, traqueostomía día 1

No registra shock por dengue: no registra síndrome de Shock por dengue, "porque fue resuelto".

Valoración del paciente S.V. TA 126/58, FC 112X', FR 16X', T 35.8°C – S.V. adecuados. Igual valoración (folio 300 Exp.).

{Clínica del paciente sin complicaciones}

Para el mismo día 30 – IV-2003 (folio 114 Exp.) – Paciente presenta inicialmente sangrado a través de estoma de traqueostomía, con episodio de decantación parcial por "golpe de tos" y posterior baja SaO_2 = baja saturación de oxígeno y Doble baja de carbono con hipoventilación a la auscultación, por lo que se procede a recomodar cánula de traqueostomía. Pero posteriormente, nuevamente hay protusión de la misma a pesar de estrecharse con punto de sutura; con baja SaO_2 58% (baja saturación de oxígeno 58%), por lo que se decide TOT y valoración urgente por ORL -> deterioro cerebral. PLAN: paciente valorado por ORL. quien considera el paciente amerita cánula de mayor tamaño por tener una tráquea amplia.

1.- Obsérvese señor Juez, que los diagnósticos no son los mismos, como pretende hacer creer el declarante, para los días 29 y 30 – IV-2003 (folio 374 Exp.).

2.- Se observa también en esta evolución y valoración médica que dice:

"paciente presenta inicialmente sangrado a través de estoma de traqueostomía, con episodio de decantación parcial por "golpe de tos" (folio 114 Exp.) "sangrado por golpe de tos".

Se toma coagulograma que reporta normal (folio 114 Exp.)

{No por manifestación hemorrágica}

Falla en el proceso quirúrgico de la traqueostomía de parte del equipo médico y falla del servicio, hubo falta de diligencia:

1. La necesidad de recomodar la cánula, sometió al paciente a un grave riesgo de muerte, con la doble baja de saturación de oxígeno y la doble baja de carbono.
2. Falla del servicio y del equipo médico, por no examinar y analizar la tráquea del paciente para colocar la cánula de la medida (falta de diligencia del equipo médico).

Por lo que se decide:

1. TOT doble (traqueostomía)
2. Valoración urgente por ORL

El paciente es sometido a doble mismo procedimiento que siente y le lastima. Si el equipo médico obra con diligencia no ocurre lo previsible (falla del servicio médico y salud) {Deterioro cerebral}.

Dos veces introdujeron tubo por la boca. Punto de partida para la muerte, baja saturación de oxígeno (paro respiratorio dañó el cerebro)

{Falla procedimiento quirúrgico. No respira la cánula con firmeza}

Expulsa la cánula por la tos.

Proceden a recomodar cánula (salió 2 veces).

Según folio 115 Exp., Mayo 2 de 2003, evolución y valoración médica del Dr. ANTONIO CONSUEGRA (médico internista), le registra:

1. Neumonía asociada a ventilador
2. Sepsis de origen pulmonar

{Paciente no evoluciona con shock por dengue, ni con síndrome de shock del dengue (éste fue Resuelto)}

Por monitor pulmones claros, saturación > 95% - por pulsoximetría. Necesidad de recomodar sonda de traqueostomía por ORL y fijar con sutura, por escape de volumen. Actualmente compensado. Sin dato de Toxemia y estabilidad hemodinámica.

{Así mismo, evolución de fecha I-V-2003, hora 5:00 PM (folio 116 Exp.), no registra Síndrome de Shock del dengue, porque fue Resuelto}

{Para el día 2-V-2003, horas de la tarde 2:35 PM, paciente sin síndrome de Shock del Dengue} S.V: TA 129/66, FC 133X', FR 23X', PAM 92, T 37°C, SatO₂ 98%, TA adecuada. No hay Shock por Dengue, ni tendencia a él. Frecuencia cardíaca y respiratoria alterada.

Paciente con apertura ocular espontánea, con caída de pie izquierdo.

PLAN: valoración por neurología (folio 117 Exp.).

A 2-V-2003, hora 10:00 am (folio 118 Exp.), los Drs JOSE JARABA SIERRA, médico internista y OSWALDO CABEZA, médico cirujano, evolucionan al paciente y le registran:

1. Dengue + Shock
2. Neumonía Asociada a ventilador
3. Sepsis secundaria al anterior

Lo valoran con: PA 118/60, FC 109X', FR 16X', T 37°C (S.V. adecuados)

{No registra la evolución Shock por dengue
No registra la evolución Síndrome de Shock del Dengue
No hay lugar a Shock, porque la cifra tensional es adecuada. No hay presión baja}

También le valoran: traqueostomía funcionando bien, anoche salió aire por la boca. Extremidades con tendencia a la caída del pie.

Luego no es el mismo diagnóstico.

"... Píden valoración por el neurólogo. Linterado del caso, paciente en ventilación mecánica con apertura ocular espontánea, obedece a algunas órdenes sencillas, aunque con dificultad hiperreflexia generalizada. Respuesta plantar flexora bilateral. Hace la impresión diagnóstica probable lesión de corteza cerebral y tallo cerebral y le ordenó una tomografía de cráneo cerebro con corte en fosa posterior. Esto dice el declarante (folio 374 Exp.).

La Neuróloga NOHEMI MEZA, no le ordenó al paciente tomografía de cráneo cerebro, sino:

P: TAC cráneo simple con corte en fosa posterior (folio 119 Exp.) Mayo 2 - 2003.

Luego, no es cierto que el estudio (tomografía) ordenado por la doctora Neuróloga NOHEMY MEZA, de fecha 2 de mayo de 2003 diga:

"en la tomografía encontraron hematoma intra-parenquimatoso cerebral más heniación subfacial con un Glasgow de 3/15 eso significa daño cerebral difuso con ausencia de reflejos de tallo..." (folio 374 Exp.)

El resultado o (estudio tomografía computada de cráneo simple, correspondiente al estudio ordenado por la médico neuróloga NOHEMY MEZA, V-2-2003 (folio 119 Exp.), es el número 983, fecha 3 - V-2003 (folio 202 Exp.).

Que entre otros dice:

Paciente FERNANDO MACHUCA:

Tomografía de cráneo simple

"No hay evidencia de lesiones focales o extraxiales"

Conclusión: sin evidencia de patología aportante.

Dr. HECTOR ESPINOSA G.

Es de recibo anotar que el testigo nada dice de la evolución médica del paciente los días V-3-2003 a V-7-2003. Veamos:

A folios 120 y 121 Exp., 3-V-2003, horas de la mañana, evolución y valoración médica de los doctores CARMEN ISABEL POLO y JOSE JARABA SIERRA, le registran al paciente:

1. Shock dengue Resuelto
2. Neumonía asociada a ventilador

Con valoración de S.V. TA 130/70, FC 116X', FR 18X', adecuados; Sato₂ 99%. Valorado nuevamente por ORL Dr. BARRIOS, quien decide llevarlo a revisión al medio día de hoy. Se realiza TAC cerebral simple.

PLAN: Revisión de traqueostomía

Revalorar por Neurología con TAC cerebral.

V-3-2003, hora 4 PM, evolución y valoración médica del paciente Dr. CARLOS rebolledo, que le registra al paciente:

1. Choque dengue Resuelto
2. Neumonía asociada al ventilador

La valoración S.V. mantiene adecuada hemodinamia; TA 130/70, FC 96X', FR 19X', Sato₂ 99%

Se realiza procedimiento quirúrgico colocación de tubo por orificio de traqueostomía.

Se trata de Síndrome de Shock dengue Resuelto
Tercera forma específica del dengue (folios 298 y 300 Exp.)

A folio 123 y 124 Exp., 4 -V-2003, horas de la noche y mañana. Evolución y valoración médica de los Drs. OSWALDO CABEZA VEGA y MARIO MUNEVAR le registran al paciente:

1. Shock por dengue Resuelto
2. Neumonía Asociada a ventilación mecánica

Y al examen físico le registran:

PA 127/80, FC 125X', FR 16X', T 37°C, paciente con pupilas isocóricas en 2 mm, reactivas, con disminución del tono muscular, con tendencia al pie caído.

V-4-2003, horas de la mañana, evolución y valoración médica del paciente, Dr. MARIO MUNEVAR:

1. Shock por dengue Resuelto
2. Neumonía A.V.M.

La valoración: TA 105/55, PAM 74, FC 105X', FR 16X', T 36.5°C - S.V. adecuados

4 - V - 2003, horas de la tarde (folio 126 Exp.), evolución y valoración médica del paciente, Dr. OSCAR I. OSORIO:

TA: 135/80, FC 111X', FR 18X', T 37°C - SV adecuados.

En la evolución de la fecha, en lo que hace relación al dengue no se puede hablar de cuadro de shock, porque las cifras tensionales no tienen el carácter de hipotensión, así mismo, las evoluciones anteriores y posteriores.

A folios 125, 126, 127 y continuación 131 Exp. Fecha V-5-2003, hora de la mañana 10:00 am, evolución y valoración del Doctor MARIO MUNEVAR B., le registró:

1. Sepsis pulmonar X⁶ (-)
2. Neumonía A.V.M.
3. Shock por Dengue Resuelto
4. POP traqueostomía

Con la siguiente valoración: SV: TA 153/85. PAM 99, FC 120X', FR 18X', T 38.5°C

V- 5-2003 - horas de la noche- Evolución y valoración médica Drs. JOSE JARABA SIERRA e ISABEL POLO, quienes le registran al paciente:

1. Sepsis de origen pulmonar x G (-)
2. POP Traqueostomía
3. Shock Dengue Resuelto

Paciente con evolución estable TA 140/80, FC 110X', FR 18X', Sato₂ 98%, Afebril. Neumológicamente con apertura pleural espontánea (folio 126 Exp.)

V-5-2003 - Hora de la tarde 2:40 PM, evolución y valoración del Dr. CARLOS REBOLLEDO, quien registra:

1. Neumonía Asociada a AVM probable acinetobacter tardío
2. Traqueostomía
3. A.V.M.
4. Sepsis vía pulmonar
5. SSD (Síndrome Shock Dengue (R)

Valoración SV: TA 143/84, FC 123X', FR 27X', T 37°C.

Paciente actualmente consciente con apertura ocular espontánea (folio 127 y 131 Exp.)

En la evolución de la fecha reiteramos en lo que hace relación al dengue, no puede tomarse como elemento de juicio clínico la anotación "shock por dengue" para atribuirle al paciente la presión baja, porque las cifras de la TA del paciente son normales y adecuadas y anotadas según valoración médica que se realiza diariamente, no tienen el carácter de hipotensión, ni las anteriores, ni posteriores. Y de lo que se trata es del Síndrome de Shock dengue Resuelto (tercera forma específica del dengue (folio 298 a 300 del exp.), que comenzaron a evolucionarle al paciente a partir del día 17 de Abril de 2003, hora 11:00 PM (folio 75 Exp.) y la declaración resuelto a partir del día 24-IV-2003 (folio 96 Exp.)

Con esta evolución y valoración de fecha 5-V-2003, hora 2:40 PM, el médico tratante **CARLOS REBOLLEDO**, Internista -Intensivista, confirma que lo que le evolucionan y valoran al paciente es **S.S.D. (Síndrome Shock Dengue) (R)** (folio 127 y 131 Exp.); es en lo que nos hemos pronunciado reiteradamente, lo que queda plenamente demostrado. "La tercera forma específica del dengue" que fue resuelto.

V-5-2003, hora 10:30 PM, evolución y valoración del Dr. **MARIO MUNEVAR B.**, paciente presenta hipertensión arterial de 190/105, taquicardia de 170X', por lo que en ronda con Dr. **CRISTIAN** se ordena metoprolol 2.5 Inaf IV diluido, persisten con HTA y taquicárdica 2.5 inf IV más de metoprolol, y se aumenta infusión de fentanilo a 20cc/h.

V-5-2003, hora 11:00 PM, paciente presenta TA de 89/49, por lo que se pasan bolas de LEV SSN 0.9%, 1.500 cc, no mejorando, por lo que se ordena infusión de dopamina a 10 cc/hora, obteniéndose TA 156/68.

No hubo anotación de la evolución médica del paciente el día 5-V-2003, hora 10:30 PM, sobre hipertensión arterial 190/105 y 11:00 PM, hipotensión 89/49 (folio 459 Exp.) y no hubo diligencia oportuna para documentar el caso con el estudio TAC.

Obsérvese en que en la evolución médica de Mayo 6 de 2003, hora 6:15 AM (mismo folio 459 Exp.), en su día 20 de estancia en UCI se registra al paciente:

1. Sepsis pulmonar por Gran (-)
2. Shock por dengue Resuelto
3. Neumonía AVM

4. POP traqueostomía

No le evolucionaron oportunamente el evento cerebro vascular (la hipertensión arterial e hipotensión (folio 459 Exp.), pero si le registran al paciente:

“shock por dengue resuelto”

Con TA 105/56 (tensión arterial baja) cifra tensional que equivale a hipotensión que es el signo de choque (folio 300 y 459 Exp.), luego no estaría resuelto el choque y de esa manifestación no se trata, sino de síndrome de choque del **Dengue Resuelto**.

Paciente con ausencia de reflejos de tallo cerebral, por lo que se piensa compromiso neurológico por HTA, por lo que se sugiere TAC cráneo simple en la mañana.

En la misma fecha Mayo 6 de 2003, sin hora evolucionan y valoran al paciente con lo siguiente:

1. Sepsis Pulmonar
2. Neumonía
3. POP traqueostomía
4. Urgencia hipertensiva
5. GCV isquémico vrs hemorrágico

S.V.: TA 121/73, FC 92X', T36°C, FR 14X' (folio 460 Exp.)

Valoración de los Drs JOSE JARABA SIERRA y OSWALDO CABEZA VEGA.

En la evolución de V-7-2003, hora 10:15 AM, (folio 129 Exp.), se encuentra valoración de los Drs. MARIO MUNEVAR B. y JOSE JARABA SIERRA, con la misma intención de confundir al funcionario judicial con el registro de:

3.- Shock por dengue Resuelto.

Con una TA 87/46 (presión arterial baja) (folio 129 Exp.), cifra tensional que equivale a hipotensión que es el signo de choque (folio 300 Exp.), luego no puede estar resuelto el choque porque la presión arterial está baja. Y de

esa manifestación no se trata, **sino de síndrome del choque del dengue Resuelto:** Tercera forma del dengue.

Así mismo, en la evolución y valoración médica del día V-8-2003, hora 7:30 AM (folio 132 Exp.), encontramos la misma anotación.

3.- Shock por dengue Resuelto

Paciente con TA 88/46 (presión arterial baja, cifra tensional que equivale a hipotensión que es el signo de choque (folio 300 Exp.), luego no estaría Resuelto el choque por cifra tensional baja.

Se nota el esfuerzo por encubrir

De lo que se trata es Síndrome de Shock del Dengue, que está Resuelto. Lo que le evolucionaron y valoraron al paciente.

Declare el Testigo:

"... y piden valoración por el neurólogo. Enterado del caso paciente con ventilación mecánica con apertura ocular espontánea, obedece a algunas órdenes sencillas, aunque con dificultad hiperreflexia generalizada, respuesta plantar flexora bilateral. Hace la impresión diagnóstica de probable lesión de certeza cerebral y tallo cerebral y le ordenó una tomografía de cráneo cerebro con cortes en fosa posterior. En la tomografía encontraron hematoma intraparenquimatoso cerebral, hemorragia en el cerebro más edema cerebral más herniación subfacial con un Glasgow de 3/15, eso significa daño cerebral difuso con ausencia de reflejo del tallo, pronóstico malo alta mortalidad en las próximas horas y el día 8 a las 5 am y 7am, iguales diagnósticos neurología, lo valora el 8 de Mayo..."

Pronóstico muy malo, declaró que el paciente se encuentra en muerte cerebral. Y el 8 a las 2 pm, realizó parada cardíaca, no responde a las maniobras y fallece, es lo último que dice la historia..."

Es de recibo anotar que la valoración de la Dra. NOHEMY MEZA, neuróloga de V-2-2003 (folio 119 Exp.). Recomienda TAC cráneo simple con corte en fosa posterior. Y no una tomografía de cráneo cerebro. (Estudio TAC cráneo simple ordenada por la médico neuróloga NOHEMY MEZA (folio 179 Exp.).

Y el resultado de dicho estudio es la tomografía computada de cráneo simple de fecha 3 de mayo de 2003 (folio 202 Exp.). Todos sus hallazgos normales. Sin evidencia de lesiones focales o extraxiales.

CONCLUSION: Sin evidencia de patología aparente.

Obsérvese que el Doctor FELIPE GONZALEZ, médico tratante y declarante nada dice en su evolución de esta tomografía computada de cráneo simple. "... y se remite al estudio TAC cráneo: hematoma intraparenquimatoso frontoparietal izquierdo con drenaje a ventrículos, defecto compresivo sobre tallo cerebral, signos de herniación nucal
Se observa sangrado que llega hasta 4º ventrículo.

Paciente con mal pronóstico de recuperación (folio 128 Exp.).

Por Neurología valoración estudio TAC cráneo de fecha V-6-2003,, hora 12:15 PM, así mismo, por Neurología, valoración de fecha V-6-2003, hora 11:45 am. Paciente masculino, 35 años, actualmente se encuentra pupilas midráticas 8 mm, no reactivas a luz, oculocefálico (-) bilateral, corneal (-) bilateral, cilioespina (-) bilateral, Neurología retiro a estímulo doloroso en extremidades, arreflexia generalizada. Respuesta plantar bilateral.

PLAN: TAC cerebral para descartar evento cerebro vascular agudo, posiblemente hemorrágico (folio 128 Exp.).

Esta valoración por Neurología, ni la letra, ni la firma es la de la médico neuróloga NOHELY MEZA, quien tiene a cargo al paciente. Analicése anotaciones y firmas que no corresponden en manuscrito y rasgos (folio 128 Exp.)

Ni la valoración médica, ni la revisión del estudio TAC cumplen el requisito de órdenes médicas.

Para obtener mayor claridad en este cuadro sospechoso, es necesario cotejar la caligrafía y firma del folio 119 Exp. de fecha V-2-2003, con la caligrafía y firma de la valoración según por neurología de fecha Mayo 6 de 2003, hora 11:45 am y la revisión del TAC cráneo de fecha Mayo 6-2003, hora 12:15 PM (folio 128 Exp.)

Todo esto para sacarlo a la luz, toda vez que el médico tratante y declarante FELIPE GONZALEZ, se hizo el ciego y no lo declaró, en beneficio de la

clínica y del equipo médico. Todo este cuadro sospechoso fue tratado previamente.

Dice el declarante:

“... En conclusión es un paciente de 35 años, varón quien ingresó a la institución el 9 de Abril de 2003 por un síndrome febril por síndrome viral, por dengue positivo dengue hemorrágico choque por dengue, neumonía viral, dengue complicado, síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, distrés respiratorio (SDRA), Sepsis con la presencia de gérmenes multirresistentes neumonía asociada a ventilador.

Hemorragia intraparenquimatosa constituyendo una enfermedad cerebral vascular hemorrágica con daño cerebral, deterioro cerebral progresivo, muerte cerebral y falleció” Todo lo anterior lo puede producir el dengue en la historia natural del dengue complicado...” (folio 374, 375 Exp).

Es de recibo anotar y con extrañeza la revisión por Neurología de TAC cerebral sin evidencia de patología aparente “aunque no es el estudio indicado para lesión en fosa posterior” de fecha 3-V-2003, hora 12:15 PM (folio 121 Exp.); lo que nos remite al estudio tomografía computada de cráneo simple, con corte en fosa posterior (folio 202 Exp.) Recomendadas y orden médica de la Neuróloga NOHEMY MEZA (folio 119 y 179 Exp.)

Es evidente que la revisión del estudio TAC cerebral sin evidencia de patología aparente que dice entre comilla “aunque no es el estudio indicado para lesión en fosa posterior” de 3-V-2003, HORA 12:15 (folio 121 exp) no es plan ni orden medica de la dra NOHEMY MEZA, neuróloga.

{falsificaron la firma de la doctora NOHEMY MEZA neuróloga del paciente, para respaldar la anotación}.

Igual suerte corrió la anotación (presunta valoración por neurología) de fecha 6-V-2003, hora 11:45 am (folio 128 exp), sin nombre del médico neurólogo, sin identificación y registro médico.

{falsificaron la firma de la neuróloga NOHEMY MEZA para respaldar la anotación.}

Ambas anotaciones (neurología) carecen de respaldo de orden médica (fueron agregadas). Folio 121 segundo párrafo, folio 128 primer párrafo.

Manifiesta el Dr FELIPE GONZALEZ médico tratante y declarante, que el paciente ingresó a la institución el día 9 de abril del 2003, eso registra la historia clínica en su hoja de ingreso por urgencia, y lo registra la hoja de epicrisis que anota: motivo de consulta: "fiebre". Enfermedad actual: fiebre alta de 5 día de evolución mas cefalea y malestar general, artalgia, dolor retrocular (folio 54 y 55 exp) y folio 56 con fecha 9-04-2003, con la siguiente anotación:

Síndrome febril, síndrome viral, dengue clásico y Plan parcial de orina y hemograma y siguiente hoja con impresión diagnóstica de dengue clásico, y a partir del día 16 de abril 2003, comienzan a evolucionar el paciente con dengue clásico (folio 68 Exp.), hasta el día 17/IV/2003, hora 11.00 PM a partir de la fecha y hora comienzan a evolucionar al paciente con síndrome de shock del dengue, la tercera forma del dengue, sin dejar constancia de ese tránsito, sin tener en cuenta que los tres tipos de dengue tienen diversos niveles de gravedad (folio 298 Exp.)

Miente el declarante cuando dice que el paciente ingresó con dengue hemorrágico, choque por dengue, síndrome de respuestas inflamatorias sistémica, distrés respiratorio y otras patologías. Todas estas afirmaciones no las registran los folios 54, 55, 56 Exp., que dan cuenta del ingreso del paciente a la Institución.

En cuanto lo que el médico tratante y declarante Dr. FELIPE GONZALEZ, pretende aclarar en cuanto al estado de choque o shock, que lo caracteriza por presiones arteriales bajas, es un sofisma de distracción al funcionario, para hacerlo caer en error de interpretación, toda vez que le evolucionaron al paciente después del dengue clásico, síndrome de shock del dengue, tercera forma del dengue, que a partir del día 24 de abril de 2003, el Dr. ANTONIO

CONSUEGRA, y otros médicos internistas, lo declaró resuelto, así mismo el SDRA. Ver evolución y valoración médica (folios 298 y 96 Exp.)

El médico tratante FELIPE GONZALEZ, en su declaración hace un recorrido por toda la evolución y valoraciones médicas de la historia clínica del paciente, relacionando cierto número de patologías que solamente tienen el carácter de (impresión diagnóstica), que desaparecieron de la evolución y valoración médica, tales como: DISTRES respiratorio con proceso favorable de aumento de permeabilidad capilar. Alto riesgo de SIRS, toquinea, poliseratitis, síndrome de insuficiencia respiratoria aguda, PSDRA, derramen pleural, síndrome febril y viral por dengue desaparecido de la evolución y valoración médica.

Solamente el equipo médico terminó evolucionando y valorando al paciente con "Neumonía asociada a ventilación mecánica, Sepsis de origen pulmonar"

Es de anotar que en la evolución y valoración médica de IV-30-2003, V-1-2003, el equipo médico no registró dengue (folios 113, 115, 116 Exp.), porque fue resuelto.

Manifiesta el declarante a folio 375 Exp., "Enfermedad cerebro vascular hemorrágica con daño cerebral, deterioro cerebral progresivo, muerte cerebral y falleció. Todo lo anterior lo puede producir el dengue, en la historia natural del dengue complicado. Y en nada se pronuncia de las tres (3) bacterias que le evolucionaron al paciente: PSEUDOMONA, STAFILOCOCO Y ATIPICAS (folio 69 Exp.) SEPSIS por BACILO GRAN (-) en clasificación (folios 91, 92, 93 Exp.), SEPSIS por A. BAUMANNIL - CALCACILUNS MULTIRRESISTENTE (folio 98 Exp.)

La primera de las tres bacterias es la causa de la evolución tórpida del paciente por lo que se ordenó traslado a UCI para continuar monitoreo (folio 69 Exp.). Las tres infecciones nosocomiales (intra-hospitalarias) tienen el poder nocivo de comprometer el sistema inmunológico del ser humano y generar todas las complicaciones a los órganos vitales y sus funciones.

A folio 373 Exp., el declarante fue concontrinterrogado por el apoderado de la parte demandante...

PREGUNTADO: Dr. FELIPE GONZALEZ en principio de su declaración manifestó usted que el paciente FERNANDO LUIS MACHUCA DE MIER, el día 16 de abril de 2003 fue trasladado a cuidados intensivos con dengue hemorrágico; pero el Dr. JOSE JARABA SIERRA y OSCAR OSORIO en su diagnóstico de Abril 16 de 2003, diagnostica dengue clásico y el Dr. FELIPE GONZALEZ el día 11 de abril del mismo año, le diagnostica al paciente dengue clásico 6:15 am, que tiene que decir al respecto?

CONTESTO: Son términos médicos que se utilizan dentro del síndrome del dengue que es una enfermedad de origen viral, en su evolución clínica presenta diferentes fases... al escribir en la historia clínica los médicos pueden utilizar términos de dengue clásico, dengue complicado que hacen parte del mismo signo.

En esta declaración el Dr. FELIPE GONZALEZ faltó a la verdad, teniendo en cuenta que en el dengue lo definen tres formas específicas: Dengue Clásico (DC), Dengue Hemorrágico (DH) y Síndrome de Choque Dengue (SCD), con diversos niveles de gravedad (folio 298 Exp.)

En este estado de la diligencia, interroga el apoderado de la parte demandada Dr. FABIO ORTEGA, al médico tratante FELIPE GONZALEZ:

PREGUNTADO: Diga el declarante si usted, conoce alguna literatura médica que señale que existe, en el mundo entero, hospitales o clínica que como resultado de los procesos de asepsias y desinfección integral, tienen tales centros hospitalarios cero porcentajes de paciente que han adquirido infecciones nosocomiales, en caso contrario explíquenos cual es la realidad sobre el tema?

CONTESTO: No existe y si en este momento hipotéticamente existieron no existiría Dios, no existiera la humanidad, no existiera la vida, no existirían los seres vivos, cada uno de los gérmenes, seres vivos creados por Dios constituyeran la diversidad, llámense sea los virus, microbios o bacterias, por ejemplo el virus del dengue, el virus del sida, fueron creados por Dios y

tienen derecho a vivir, pero también tienen derecho a morir. (Todos estos casos son una realidad); pero, a lo que no tienen derecho: las clínicas, hospitales, centros asistenciales, es a andar; virus, microbios, bacterias y otros gérmenes, como es el caso de la Clínica (IPS) General del Norte, donde el paciente FERNANDO LUIS MACHUCA DE MIER, en su historia clínica registra que adquirió tres (3) bacterias que se las evolucionaron, según: folios 69, 91, 92,93, 98 Exp.

PREGUNTADO: Le solicito al declarante le explique al despacho en que consiste el excesivo aumento de la permeabilidad vascular de un paciente, si esto lo puede producir el dengue hemorrágico y si en el caso concreto del paciente FERNANDO MACHUCA la historia clínica registra que se presentó el excesivo aumento de la permeabilidad vascular?

En lo que hace relación a la presente pregunta y concretamente al EXCESIVO AUMENTO DE LA PERMEABILIDAD VASCULAR y su respuesta (folio 385 Exp). Es de recibo anotar (folio 63 Exp.), por impresión diagnóstica le registran al paciente IV-15-2003, hora 11:00 am, Revisión:

- Distres respiratorio con **proceso favorable de aumento de permeabilidad capilar**
- Edema pulmonar en paciente con síndrome viral tipo dengue (+)
- Alto Riesgo de SIRS (taquicardia más leucocitosis, taquisnea).

Trasladó a Unidad Polivalente, firma la remisión Dr. FELIPE GONZALEZ, su última valoración al paciente

Valoración del Dr. FELIPE GONZALEZ al paciente con impresión diagnóstica IV 13, 14, 15 de 2003 (folios 61, 62, 63, 64 Exp.).

En sus cuatro valoraciones (impresión diagnóstica), el Dr. FELIPE GONZALEZ, no registra complicaciones algunas al paciente y no las pudo registrar porque no las hubo para valorarlas.

En cuanto hace relación a lo PREGUNTADO por la parte demandada: "Le solicito al declarante le explique al despacho en qué consiste el excesivo aumento de permeabilidad vascular de un paciente, si esto lo puede producir

el dengue hemorrágico y si en el caso concreto del paciente FERNANDO MACHUCA, la historia clínica registró que se presentó el excesivo aumento de la permeabilidad vascular (folio 384 y 385).

CONTESTO: En el caso del paciente la evidencia de este fenómeno, se evidencia de este fenómeno, se demuestra por presencia de líquido en la pleura, pericardio, intrabdominal y hemorragia a nivel intraparenquimatoso cerebral..."

Señor Juez, me es necesario enfatizarle que el Dr. FELIPE GONZALEZ, no le valoró al paciente ninguna de las patologías que está relacionando en su respuestas al interrogatorio a que fue sometido por el abogado de la parte demandada, como si se tratara del interrogatorio de un dictamen pericial.

En cuanto hace relación al Distrés respiratorio y el excesivo aumento de permeabilidad vascular, los Drs FELIPE GONZALEZ y JULIO POSADA, por impresión diagnóstica solo registran:

"posiblemente proceso infeccioso pulmonar dada por congestión pulmonar..."

Se traslada a unidad polivalente para monitorización y manejo de líquido.

REVISION:

- Distrés respiratorio con proceso favorable de aumento de permeabilidad capilar
- Edema pulmonar con síndrome viral tipo dengue (+)
- Alto riesgo de SIRS (taquicardia + leucocitosis taquisnea)

Impresión diagnóstica (folio 63 Exp.)

Según concepto del Dr. FELIPE GONZALEZ. **IMPRESIÓN DIAGNOSTICA** es "el ejercicio que realizó el médico cuando postula una hipótesis con probabilidades diagnósticas, es decir necesita de un plan de estudio para confirmar o refutar la impresión diagnóstica" (folio 387 Exp.)

A folio 74 Exp., el 17-IV-2003, el Dr. WILLIAM BENITEZ, lo valora con DX Impresión Diagnostica, de Distrés Respiratorio (lesión pulmonar). Hemodinámico con cifras tensionales adecuadas PAM 80, TA 120/58, libre de pico febril. Congestión pulmonar, deterioro respiratorio por la bacteria Pseudomona, Stafilococo y Atípicos. Ver análisis (folios 68 y 69 Exp.).

A folio 85 Exp., a 21-IV-2003, se le registra al paciente por infectología: febril (sin SIRS).

Metabólicamente sin alteraciones, paciente con mejoría radiológica.

Paciente a folio 95, 24-V-2003, por infectología, cursa hemo dinámicamente estable, **sin apoyo inotrópico en plan de destete de v/m, despierto al llamado** (Clínica del paciente sin complicaciones)

Folio 96 Exp., 24-IV-2003, paciente despierto, colaborador, obedece órdenes.

INFECTOLOGICO: Afebril. Se valora por servicio de Cx vascular quien sugiere observación y seguimiento. Evolución favorable, tanto hemodinámica como ventilatoria. **Sin datos de SIRS, ni evento agudo que amenace constantes vitales. Paciente con pulmones claros.**

Plan igual manejo.

Síndrome de Shock dengue resuelto.

SDRA Resuelto. Saturación >95%

{Evolución y valoración médica sin ninguna complicación}

Valoración del Dr. VIZCANO LARA, 24-IV-2003, hora 17:58 PM, (folio 97 Exp.). Paciente con síndrome de shock por dengue en Resolución, recuperación de SDRA y actualmente controlado y con mejoría progresiva de su estado general y con aparente baja de pulso medio. **Con llenado capilar adecuado, se recomienda observación y seguimiento, con buena perfusión vascular en este momento.**

{Clínica del paciente sin complicaciones}

Evolución y valoración de la Dra. CARMEN ISBEL POLO y ANTONIO CONSUEGRA. 25-IV-2003, hora 16:30 PM (folio 98 Exp.), paciente evoluciona con TA adecuada **sin inotrópicos**, TA 130/78, Sato₂ 100%, **afebril** en horas de la tarde. Continúa igual manejo.

Por infectología 26-IV-2003, hora 3:00 pm (folio 101 Exp.), paciente cursa normotenso **sin apoyo inotrópico**, **pulmones claro**, saturación 100%, febril, con leucocitosis en descanso, metabólico: **sin alteraciones**.

Estable sin datos de deterioro en las últimas 24 horas.

{Paciente sin complicaciones}

A folio 103, 27-IV-2003, Infectológico: **afebril**, **normalizados los leucocitos** (12.400). **Paciente con mejoría radiológica**. Actualmente sin fiebre.

Según evolución y valoración médica 29-IV-2003 (folio 109 Exp.), paciente con S.V. normales TA 120/70, TAM 90, FC 100X', FR 18X'. Paciente con plaquetas 440.000 micras (**sin trombocitopenia**, **leucocitos normalizados (11.900)**).

{Clínica del paciente sin complicaciones}

Según valoración de 30-IV-2003, noche (folio 110 Exp.), paciente con pulmones mejor murmullo vesicular, paciente con mejoría de PAEL. **Se puede intentar destete ventilatorio**, sin embargo hay posibilidad de traqueostomía.

Paciente según valoración de V-2-2003, despierto cursa normotenso, **pulmones claro**, saturación > de 95%. **Metabólicamente compensado**. Actualmente sin datos de toxemia y estabilidad hemodinámica (folio 115 Exp.).

{Paciente sin complicaciones}

Señor Juez, es de recibo anotar que la historia clínica del paciente FERNANDO LUIS MACHUCA DE MIER, solo registra una anotación de aumento de permeabilidad vascular, según folio 63 Exp. de fecha IV-15-2003. En calidad de Impresión Diagnóstica, que dice: hora 11:00 am, REVISIÓN: Distrés respiratorio con proceso probable de aumento de permeabilidad capilar. (Valoración del Dr. FELIPEZ GONZALEZ y JULIO POSADA).

NI PLAN: para aumento de permeabilidad vascular.

Es irreal la declaración del Dr. FELIPE GONZALEZ, que registra el folio 384 Exp., párrafo final y folio 385 Exp., en su primera parte, en lo que hace relación a la evidencia del aumento de permeabilidad vascular que él no valoró como diagnóstico, ni el equipo médico tratante. Reiteramos su valoración fue una impresión diagnóstica, que según concepto del Dr. FELIPE GONZALEZ "Es el ejercicio que realiza el médico cuando postula una hipótesis con probabilidades diagnósticas, es decir, necesita de un plan de estudio para confirmar o refutar la impresión diagnóstica", lo que no existe en la historia clínica, ni un plan para tratamiento de aumento de permeabilidad vascular, ni aparece registrada dicha patología en el resto del recorrido de la historia clínica por el equipo médico

En cuanto al derrame cerebral y deterioro que registra la declaración del Dr. FELIPE GONZALEZ (FOLIO 385 Exp), fue consecuencia de la hipertensión e hipotensión arterial (subió y bajo), que ya hemos reiterado (folio 459 Exp.). La hipotensión es producto del manejo de medicamentos en el momento de la urgencia hipertensiva.

Es irreverente el Dr. FELIPE GONZALEZ e Irreal su declaración, cuando contestó:

"Es importante aclarar que el paciente MACHUCA en sus complicaciones presentó un estado de Shock o Choque, el cual se caracteriza por presiones arteriales sistólicas y diastólicas bajas, presión medio bajos (folio 386 Exp.)

{Miente el profesional de la medicina, toda vez que la presión arterial del paciente en el recorrido de la historia clínica es normal y adecuada, como lo presentan las cifras tensionales que registra cada valoración médica} Obsérvese historia clínica a partir del folio 59 Exp.).

Así mismo, relacionamos los pocos casos en que el paciente evolucionó con presión baja:

1. Folio 113 Exp. IV- 30-2003 TA 126/18, PAM 96
2. Folio 116 Exp. V- 1-2003 TA 107/59
3. Folio 124 Exp. V- 4-2003 TA 105/55
4. Folio 129 Exp. V- 7-2003 TA 84/46
5. Folio 132 Exp. V- 8-2003 TA 90/70

1.- Al paciente no le evolucionaron dengue. Porque fue Resuelto. Presión baja sin Shock

2.- Paciente sin dengue. Porque fue resuelto. De ser presión baja: sin Choque o Shock

3.- Paciente con presión baja: según criterio del Dr. FELIPE GONZALEZ y el apoderado de la parte demandada, el Shock no debe estar resuelto.

4.- Paciente con presión baja: El Shock no debe estar resuelto

5.- Si ésta presión es baja, el Shock no debe estar resuelto.

Reiteramos se nota el esfuerzo del Dr. FELIPE GONZALEZ para encubrir.

Su Señoría, queda confirmado que de lo que se trató es de Síndrome de Shock Dengue. Tercera forma del Dengue, con sus niveles de gravedad (folio 298 y 300 Exp.)

Declaración del testigo y médico tratante Dr. FELIPE GONZALEZ. Contradice la evolución y valoración del paciente en todo el recorrido de la historia clínica.

DECLARACION JURADA QUE RINDE EL Dr SAUL CRISTIANSEN MARTELO.

Al preguntarse al testigo por su ocupación actual, responde: Cardiólogo, en la Unidad Cardiovascular de la Clínica General del Norte S.A., dice el declarante que citado hoy para declarar sobre el caso del paciente apellido MACHUCA, paciente que estuvo hospitalizado en la Clínica General del Norte, en abril y mayo del 2003 por Dengue Hemorrágico, que hay una demanda de los familiares del paciente” En este estado de la diligencia se hace la salvedad que el testigo no es de la parte demandante, sino del proceso en su calidad de médico tratante del paciente.

Preguntado por el abogado de la parte demandante: Dr. CRISTIANSEN, según evolución médica que contiene la historia clínica de FERNANDO LUIS MACHUCA DE MIER, usted, en día 11 de abril de 2003 y el día 16 del mismo mes y año, atendió a dicho paciente, en qué consistió su atención, valoración y tratamiento y que diagnóstico hizo?

CONTESTO: El día que lo atendí... El paciente en mención se encontraba en mal estado, con dificultad respiratoria, encontré al paciente con disnea severa, con mala mecánica respiratoria, saturación de oxígeno entre setenta y ochenta por ciento, por lo cual procedí a practicar entubación endotraqueal, conectando a un ventilador mecánico, en ese momento haciendo una impresión diagnóstica de insuficiencia respiratoria aguda.

PREGUNTADO: ¿Según evolución del paciente del día 12 de abril de 2003, usted, le diagnosticó al paciente dengue clásico y también le diagnosticó fiebre tifoidea, en principio, manifestó usted que el paciente ingresó con dengue hemorrágico, porque esa contradicción?

CONTESTO: No manifesté que el paciente ingresó por dengue hemorrágico, el 12 de abril se le hace una impresión diagnóstica de dengue clásico o fiebre tifoidea, que son dos impresiones diagnósticas que se deben descartar o confirmar en este caso.

PREGUNTADO: ¿Sírvasse decir el declarante, si el dengue hemorrágico, afecta el sistema nervioso central?

CONTESTO: Si lo afecta, el dengue hemorrágico produce hemorragia a nivel de cualquier órgano.

PREGUNTADO: Pero Dr. CRISTIANSEN, en su impresión diagnóstica del día 12, usted consigna, sistema nervioso central no déficit neurológico que tiene que decir al respecto.

CONTESTO: El paciente en ese momento no presentaba déficit neurológico, el dengue no había afectado el sistema nervioso central; el paciente se encontraba consciente, orientado.

PREGUNTADO: Si una trombocitopenia de cien mil micras mm^3 y menor, prueba dengue, que tiene que decir doctor Cristiansen, de un paciente que presente conteo de plaquetas cuatrocientos cincuenta mil micras, cuatrocientos veintidós mil micras, 344.000 mm^3 , 458.000 mm^3 , conteos consecutivos, cuando los valores de frecuencias son 150.000 a 450.000 micras, será que en este estado del paciente hay dengue.

CONTESTO: Antes de responder la pregunta, quiero dejar sentado que el día que vi al paciente, cuando hago la impresión diagnóstica de dengue clásico, el paciente presentaba conteo de plaquetas de 54.000 micras, valor menor de lo normal. Con respecto a la pregunta, el dato de las plaquetas es un dato de laboratorio complementario para confirmar el diagnóstico de una enfermedad. El que las plaquetas estén disminuidas o aumentadas, no confirmaría en ciento por ciento el dengue, es dato complementario, lo importante en una enfermedad es la clínica y sintomatología que presenta el paciente, el dato de las plaquetas bajas está a favor de la impresión diagnóstica de dengue.

PREGUNTADO: En relación a su respuesta anterior, en las plaquetas en el ítem 54.000 estaban bajitas, que decir al respecto, si altas o bajas, para el día Mayo 5 del 2003, que estaban en 458.000 micras, Mayo 4 del 2003, plaquetas 354.000 micras, Mayo 1 del 2003, plaquetas de 381.000 micras, abril 30 del

2003 plaquetas 422.000 micras, abril 29-2003 plaquetas 440.000 micras, Abril 28-2003, plaquetas 455 micras que puede responder al respecto.

CONTESTO: En un paciente con dengue hemorrágico el dato de las plaquetas es variable, como es el caso que nos ocupa, que habían datos de plaquetas bajas y plaquetas altas...”

Para este médico cardiólogo las plaquetas bajas están a favor de la impresión diagnóstica de dengue; pero, las plaquetas normales, para el médico según no tiene ninguna incidencia, porque nada dice al respecto. Sin tener en cuenta que al normalizarse las plaquetas en su referencia de 150.000 – 450.000 micras, desaparece la manifestación de trombocitopenia y se normaliza el sistema inmunológico del paciente.

PREGUNTADO: En su atención al paciente FERNANDO MACHUCA DE MIER, como se enteró usted que el paciente tenía dengue hemorrágico.

CONTESTO: Cuando el 12 de abril yo me encontraba haciendo un turno me avisaron que había un paciente hospitalizado con una impresión diagnóstica de síndrome febril en estudio de etiología a determinar: primero dengue clásico, fiebre tifoidea, virosis inespecífica, fui a ver al paciente y ese día se encontraba hemodinámicamente estable.

PREGUNTADO: ¿El dengue hemorrágico, como se manifiesta en el paciente?

CONTESTO: Inicialmente es muy difícil determinar que un paciente presente dengue hemorrágico, el dengue hemorrágico se manifiesta por fiebre, mialgias, artralgias, manifestaciones hemorrágicas como petequias, equimosis, hematomas, sangrado digestivo, hemorragias pulmonares, hemorragia cerebral, que puede llevar a un shock manifestado por hipotensión arterial, taquicardia, hipoperfusión periférica.

PREGUNTADO: En el caso de LUIS FERNANDO MACHUCA DE MIER, usted en sus valoraciones al paciente no consigna ninguna manifestación de dengue hemorrágico, como sangrado.

CONTESTO: Cuando atendí al paciente no presentaba hemorragia, pero claro que tenía plaquetas en 54.000, paciente hemodinámicamente estable, sin déficit neurológico.

La descripción clínica de dengue hemorrágico confronta lo dicho por el Dr. SAUL CRISTIANSEN.

“Paciente con fiebre o antecedentes cercanos de fiebre aguda, con al menos una de las siguientes manifestaciones hemorrágicas: prueba de torniquete, positivo, y petequia, equimosis o púrpura, hemorragias de las mucosas, del tracto gastro intestinal, de los lugares de punción”

{Ninguna de estas manifestaciones hemorrágicas, registra la evolución y valoración médica de la historia clínica del paciente}

Al interrogar al declarante Dr. SAUL CRISTIANSEN médico tratante del paciente FERNANDO LUIS MACHUCA DE MIER, por el suscrito:

PREGUNTADO: En el caso de J.UIS FERNANDO MACHUCA DE MIER, usted en sus dos atenciones al paciente no consignó ninguna manifestación de dengue hemorrágico como sangrado.

CONTESTO: Cuando atendí al paciente no presentaba hemorragia, pero aclaro que tenía plaquetas en 54.000, paciente hemodinámicamente estable, sin déficit neurológico (folio 378 Exp.)

Según evolución médica de fecha V- 5-2003, hora 10:30 PM (folio 459 Exp.) “Paciente presentó hipertensión arterial de 190/105, taquicardia de 170X’, el Dr. MARIO MUNEVAR B. en ronda con el Dr. CRISTIANSEN le ordena metoprolol 2.5 IMF IV diluido, persiste con HTA y taquicardia, por lo que se ordena 2.5 IMF IV más de metoprolol y se aumenta infusión de fentanilo a 20 cc/h, media hora después 11:00 PM, de la misma fecha, paciente presenta TA 89/49, por lo que se pasan bolos de I.EV SSN 0.9% 1500 CC, no mejorando, por lo que se ordena infusión de dopamina a 10 cc/h obteniéndose TA de 156/68.

Es de anotar que para este hallazgo de HIPERTENSION e HIPOTENSION ARTERIAL, no hubo una oportuna valoración del equipo médico que atendió la emergencia hipertensiva e hipotensiva (subió y bajó).

A renglón seguido se observa evolución del paciente de fecha V-6 -2003, hora 6:15 AM, en su día 20 de estancia en UCI con:

1. SEPSIS pulmonar x G (-)
2. Neumonía AVM
3. Shock por dengue Resuelto
4. POP Traqueostomía

Nada dice la evolución médica del hallazgo de urgencia hipertensiva e hipotensión.

¿Qué pasó con el paciente? ¿qué pasó con el monitoreo?

A Mayo 6-2003, hora 6:15 AM (folio 459 Exp.). Después de 7 horas se registró:

- SNC: Paciente con pupilas en 7 mm en ambos ojos, reflejo corneal (-), oculocefalico (-), pupilar (-), No responde a estímulos dolorosos.
- Paciente con ausencia de reflejos de tallo cerebral, por lo que se piensa compromiso neurológico por HTA, por lo que se sugiere TAC cráneo simple en la mañana.

Reitero, no se registra en la valoración médica el hallazgo de urgencia hipertensiva e hipotensión de 190/105 y TA 89/49.

De estos hallazgos los médicos tratantes nada dicen en su declaración; pretenden atribuirle al dengue complicaciones como esta, producto de la urgencia hipertensiva e hipotensión arterial y otros muchos que no registra la evolución y valoración médica del paciente.

{Reiteramos igualmente se nota el esfuerzo del Dr. CRISTIANSEN para encubrir}

En la contestación de la demanda se habla de los rigurosos controles que existen al interior de la IPS u Hospital, desde el Comité de Infecciones, que realizan reuniones diarias de todos sus miembros, que cuenta con infectólogo de planta, según valoraciones diariamente a los pacientes hospitalizados, con seguimiento permanente a los pacientes infectados, verificación que se cumplan todos los programas de limpieza y desinfección de todos los equipos y áreas de la institución, **que todo se cumple por parte de todo el personal** que atiende al paciente, que existen actas, en las cuales se registran todas las actividades del Comité y en forma adicional protocolos específicos de desinfección y manejo de todo lo relacionado con la asepsia de todas las áreas y equipos, precisando conforme los registros de estadísticas, que los casos de paciente con infecciones nosocomiales, están por debajo de los mínimos mundiales permitidos. {Todo lo anunciado falló para el paciente MACIUCA, que adquirió tres (3) bacterias nosocomiales, registrados en la historia clínica}.

Y así mismo, con el testimonio de los médicos tratantes del paciente, el apoderado de la parte demandada pretende probar que se cumplen todos los programas de limpieza y desinfección de la Institución (áreas y equipos) personal y el equipo médico, protocolos de desinfección y todo lo relacionado con la asepsia del interior de la IPS ¿por qué no aportó con la contestación de la demanda prueba idónea de la asepsia de la Institución? Solamente se limitó a mencionar las actas donde se registran todas las actividades del Comité, protocolos, específicos de desinfección, y manejo de lo relacionado con la asepsia, registro de estadística y programa de limpieza y desinfección. (solamente hace propaganda de lo que no pudo probar).

DECLARACION JURADA que rinde el Dr. ALVARO RAFAEL URBINA, Médico Neumólogo.

Comienza diciendo: fui citado hoy para declarar sobre un paciente que falleció en la Clínica General del Norte en el año 2003, se que fue un paciente que ingresó con un síndrome febril, con una impresión diagnóstica de

dengue, que evolucionó con complicaciones asociadas con esta enfermedad y a **enfermedades infecciosas que se pueden adquirir en la unidad de cuidados intensivos**. Interrogado el testigo por la apoderada de la parte demandada, Dra. BELTRAN,

PREGUNTADO: Sirvase decir el declarante conforme la literatura médica cual es el principal Shock que produce en un paciente dengue clásico o un dengue hemorrágico; ¿díganos si el caso del paciente FERNANDO MACHUCA, la historia clínica registró que en varias oportunidades presentó shock por dengue?

CONTESTO: Quiero aclarar que no soy el experto en opinar sobre dengue, puesto que esto es **una enfermedad infecciosa que poco impacto tiene en pulmón**, en estos casos se puede producir shock por el aumento de permeabilidad capilar, presentándose a nivel pulmonar edema y derramen por serositis, cuando la trombositopenia es marcada y hay sangrado, se puede presentar shock hipovolemico, en cuanto a la segunda pregunta, aclaro que yo básicamente asisti al paciente el día 16 de abril para realizarle una fibrobroncoscopia por solicitud del equipo médico tratante y no intervine en este caso, ni antes, ni después de este acto.

PREGUNTADO: Diga el declarante si el término que figura en varias partes de la historia clínica, que dice: **Shock por dengue resuelto**, significa que el dengue en el paciente ha desaparecido y se le debe dar de alta hospitalaria sin prestarle ningún otro servicio o por si el contrario lo que significa que el **Shock** que produce el dengue está resuelto en el momento que el médico hace la anotación en forma posterior a la valoración y en cualquier caso, le solicito nos haga una ilustración amplia con fundamento en la literatura médica.

CONTESTO: Esta respuesta está amarrada a la primera, donde expreso que no soy el experto en esta patología, sin embargo, en el dengue se puede presentar el **Shock** el cual puede resolverse, aunque sigue persistiendo la patología de dengue.

PREGUNTADO: Diga el declarante si la complicación denominada aumento excesivo de la permeabilidad vascular, está registrada en la literatura médica

como generadora por el dengue clásico o por el dengue hemorrágico, solicitándole nos indique, si esta complicación está registrada en la historia clínica del paciente FERNANDO MACHUCA y en especial, que exámenes generales, especializados y de imagenología sustenta tal precisión.

CONTESTO: No tengo claridad si se presenta en alguno de los dos tipos de dengue o en ambos, entiendo que es más del dengue hemorrágico y lo que puede detectar un estudio de imágenes es un edema pulmonar, un derrame pleural por el aumento de la permeabilidad vascular, no tengo claridad, puesto que yo no fui el médico tratante y por eso no se si en la historia clínica se encuentra plasmado este hecho.

PREGUNTADO: Sírvase decir el declarante si existe en el mundo entero algún centro hospitalario que por el resultado de su proceso de asepsia, desinfección integral, tenga como registro de pacientes que contraen infecciones nosocomiales cero, en caso contrario le solicito nos explique porque se puede dar o no tal situación.

CONTESTO: Las infecciones adquiridas en el hospital y especialmente en las Unidades de Cuidados Intensivos y más en los pacientes de respiración mecánica están reconocidos en todas partes del mundo, los Comité de infecciones instruyen y ejercen políticas de asepsias, de las áreas, los equipos, del personal, médico, para médico.

En este estado de la diligencia se le concede el uso de la palabra al apoderado de la parte demandante, para que interrogue al testigo.

PREGUNTADO: Dr. URBINA, a partir del 16 de abril de 2003, el paciente FERNANDO LUIS MACHUCA DE MIER, evoluciona patología de tipo nosocomial, inclusive el día 8 de mayo de 2003, fecha en que fallece. Entre otros 1. Neumonía asociada a ventilación mecánica. 2. SEPSIS por ACYNETOBACTER BAUMNARY, MULTIRESISTENTE. 3. STAFILOCOCO y ATIPICA. Sírvase decir el declarante si la patología bacteriana denominada SEPSIS afecta el sistema pulmonar.

CONTESTO: En este caso y en especial que es un paciente que está en ventilación mecánica, la sepsis puede tener origen pulmonar, pero también cuando existe Sepsis generalizada, el pulmón puede ser un órgano blanco de la sepsis.

PREGUNTADO: Diga el declarante cuales son los efectos de la patogenia bacteriana SEPSIS en el cuerpo humano, teniendo en cuenta que es una enfermedad grave.

CONTESTO: Yo me limitaría a responder cuales son los efectos de la sepsis a nivel pulmonar, que es mi especialidad, en estos casos, se produce un compromiso del espacio alveolar y el intersticio pulmonar, alterado el intercambio gaseoso por trastorno de la difusión y la ventilación sobre la perfusión que finalmente a un SDRA que (Síndrome de dificultad respiratoria en el adulto).

PREGUNTADO: Sírvase decir el declarante si la Sepsis es causa de muerte, especialmente en las unidades de cuidados intensivos.

CONTESTO: La Sepsis con sus complicaciones como el Shock Séptico es una de las causas de fallas multisistémicas que pueden o no producir la muerte del paciente.

Se le pregunta al paciente si tiene algo más que decir, enmendar o ratificar en su declaración.

CONTESTO: En este caso especial la SEPSIS es causada por la bacteria ACYNOTOBACTER BAUMANNI que demostró ser multirresistente y en modo alguno contribuyó al deterioro del paciente.

Señor Juez, me es necesario hacer énfasis en el interrogatorio que el abogado de la parte demandada hace a los médicos tratantes del paciente FERNANDO LUIS MACHUCA DE MIER, tales como:

PREGUNTADO: Sírvase decir el declarante como conforme la literatura médica cuál es el principal Shock que produce en un paciente un dengue

clásico o un dengue hemorrágico; díganos si en el caso del paciente FERNANDO MACHUCA, la historia clínica registra que en varias oportunidades presentó **SHOCK POR DENGUE** (folio 388 Exp.)

En su declaración el Dr. FELIPE GONZALEZ responde:

“Es importante aclarar que el paciente MACHUCA en sus complicaciones presentó un estado de Shoque o SHOCK el cual se caracteriza por presiones arteriales sistólicas y diastólicas bajas y presión media bajas (folio 386 Exp.)

Así mismo, el apoderado de la parte demandada en la contestación de la demanda también pretende inducir en error al señor Juez, atribuyéndole al paciente signos de Choque (hipotensión), con el carácter de complicación, que lo extrae de la descripción clínica de Síndrome de Choque del dengue (folio 300 Exp.)

Diciendo:

“En primera instancia tenemos que sin lugar a dudas lo que significa lo anterior, es que el Shock que produce el dengue, está RESUELTO, en el momento en que el médico valora el paciente y hace el registro, lo cual no se puede hacer extensivo a momentos antes, o posteriores, o sea, que el paciente NO está presentando en el momento en que se hace el registro, el Shock, siendo este Shock conforme la literatura médica, una de las múltiples complicaciones que produce el DENGUE HEMORRAGICO y en el caso que nos ocupa, se refiere a que el paciente está presentando cifras tensionales dentro de los rangos considerados como normales y por eso habla de shock resuelto.”

Su Señoría, observe que es un sofisma de distracción lo que presenta el apoderado de la parte demandada con los médicos tratantes del paciente MACHUCA, que comparecieron a declarar; con el susodicho {SHOCK POR DENGUE RESUELTO}.

De manera reiterada Señor Juez, la descripción clínica de Síndrome de Choque del Dengue (tercera forma específica del dengue) (folio 298 y 300 Exp.): presenta manifestaciones hemorrágicas, trombocitopenia, signos de extravasación de plasma y **además manifiesta signos de choque entre otros** (hipotensión) que en términos clínicos equivales a **PRESION BAJA**.

Según el apoderado de la parte demandada (contestación de la demanda) y la contestación al interrogatorio que respondieron los médicos declarantes, más no lo que evolucionaron y valoraron dichos médicos; Veamos, el **SHOCK** que produce el dengue, **está resuelto en el momento en que el médico valora al paciente y hace el registro** (folio 284 Exp.).

También dice la contestación de la demanda: **Siendo este Shock conforme la literatura médica, una de las múltiples complicaciones que produce el Dengue Hemorrágico y en el caso que nos ocupa, se refiere a que el paciente está presentando cifras tensionales dentro de los rangos normales y por eso habla de Shock Resuelto** (folio 284 Exp.).

Así mismo, el Dr. FELIPE GONZALEZ, en su declaración manifiesta que el paciente MACHUCA en sus complicaciones presentó un estado de Shock o Choque que se caracteriza por presiones arteriales sistólicas y diastólicas (**bajas**), presión medio **bajas** (folio 386 Exp.).

{Es de recibo anotar que ninguna de las valoraciones o examen físico del Dr. FELIPE GONZALEZ, al paciente MACHUCA, registra presión baja, de modo que es irreal lo que declara el profesional de la medicina. Valoró al paciente en las siguientes cinco fechas:

IV-11-2003, Hora 6:45 AM (folio 60 Exp.) PA 120/70 -> NORMAL
 IV-13-2003, Hora 9:00 AM (folio 61 Exp.) PA 130/70 -> NORMAL
 IV-13-2003, Hora 6:00 PM (folio 62 Exp.) PA 130/70 -> NORMAL.
 IV-14-2003, (folio 62 Exp.) PA 120/70 -> NORMAL.
 IV-15-2003, Hora 8:30 AM (folio 64 Exp.) PA 130/80 -> NORMAL.

Obsérvese lo mismo en las siguientes evoluciones y valoraciones del paciente FERNANDO MACHUCA:

FECHA	EVOUCION	VALORAC	MEDI	FOLIO
PRESION ARTER.				
1. IV-18-2003	Shock por Dengue NO	TA 140/70	76	Adecuada
2. IV-24-2003	Shock por Dengue	TA 137/85	93	Adecuada
3. IV-24-2003	Shock por Dengue	no hay TA baja	95	Adecuada
4. IV-25-2003	Shock por Dengue	TA 130/78	98	Normal
5. IV-26-2003	Shock por Dengue	TA 129/70	100	Normal
6. IV-27-2003	Shock por Dengue	TA 120/70	102	Normal
7. IV-28-2003	Shock por Dengue	TA 142/90	104	Adecuada
	IV-28-2003 Shock por Dengue	TA 133/79	104	Normal
8. IV-27-2003	Shock por Dengue	TA 132/80	105	Normal
9. IV-28-2003	Shock por Dengue	TA 115/70	107	Normal
10. IV-29-2003	Shock por Dengue	TA 126/76	108	Normal
11. IV-29-2003	Shock por Dengue	TA 120/70	109	Normal
12. IV-30-2003	Shock por Dengue	TA 131/70	110	Adecuada
13. IV-30-2003	Shock por Dengue	TA 113/73	111	Normal
14. V-01-2003	Shock por Dengue	PA 135/65	112	Adecuada
15. IV-30-2003	Evolución sin Dengue	PA 126/18	113	
V-1-2003	Shock por Dengue	TA 138/76	114	Adecuada
V-2-2003	No hay Shock	TA 129/66	117	Adecuada
V-2-2003	No hay Shock	TA 118/66	118	Adecuada
V-3-2003	Shock por Dengue	TA 130/70	120	Normal
V-3-2003	Shock por Dengue	TA 130/70	122	Normal
V-4-2003	Shock por Dengue	TA 127/80	123	Normal.
V-4-2003	Shock por Dengue	TA 105/55	124	Baja
V-4-2003		TA 135/80	126	Normal
V-5-2003	Shock por Dengue	TA 153/85	125	Alta
V-5-2003	Shock por Dengue	TA 140/80	126	Adecuada
V-5-2003	SSD (Sindr ShockDengue)	TA 143/84	127	Adecuada
V-5-2003	Hipertensión Art. de	190/105	717 -> 459	Alta
V-6-2003	Shock x Dengue Resu	TA 105/56	717 -> 459	Baja
V-7-2003	Shock x Dengue Resu	TA 87/46	129	Baja
V-8-2003 (5:30 am)	Shock x Dengue Resu	TA 90/70	132	Baja
V-8-2003 (7:30 am)	Shock x Dengue Resu	TA 88/46	132	Baja
V-8-2003	Shock x Dengue Resu	TA 88/46	132	Baja

(mientras que las otras son normales y adecuadas)

En las evoluciones y valoraciones médicas relacionadas inmediatamente anterior, no es dado interpretar **shock por dengue resuelto**, porque el paciente no evolucionó con presión baja (hipotensión), sino con TA normal y adecuada como registra la historia clínica del paciente con la excepción de

las cuatro últimas valoraciones con cifras de tensión arterial BAJAS. **Pero que decir de estos 4 casos por ejemplo.**

De acuerdo con la tesis del abogado de la parte demandada en la contestación de la demanda y el concepto clínico del médico tratante y declarante Dr. FELIPE GONZALEZ, no debe haber Shock por Dengue Resuelto, porque las cifras tensional TA 88/46 equivales a hipotensión, igual presión arterial "BAJA".

Luego no se trata de Shock por dengue Resuelto, sino de Síndrome de Shock del Dengue (tercera forma del dengue, que fue resuelto) folios 96, 97 y siguientes y para confirmarlo con la evolución de fecha V-5-2003, hora 2:40 PM (folio 127 Exp.) S.S.D. (Síndrome Shock Dengue (R).

Señor Juez, reiteramos que según evolución de fecha 17-IV-2003, hora 11:00 PM, se observa que el paciente evoluciona pasando de dengue clásico a Síndrome de Shoque por Dengue (folios 74 y 75 Exp.), hasta la evolución de fecha 24-IV-2003, en que el Dr. ANTONIO CONSUEGRA, Médico Internista, valora al paciente con Síndrome de Shock por Dengue "Resuelto" y SDRA Resuelto (folio 96 Exp.), según clínica del paciente que registra la valoración y siguientes valoraciones.

DECLARACION JURADA QUE RINDE EL DOCTOR CARLOS EDUARDO REBOLLEDO MALDONADO (folio 397 y 400 Exp.).

El despacho le solicita al compareciente que haga un relato de todo lo que sepa y le conste con relación a los hechos que son materia de este proceso.

CONTESTO: Esto sucedió hace aproximadamente calculo debe tener como un año. En este momento se le coloca al compareciente a disposición la historia clínica del caso... viendo la historia clínica dice que ingresó a la UCI el 16-04-2003 en muy malas condiciones clínicas, quedando en ventilación mecánica y manejo **para tal condición clínica con impresión diagnóstica de probable dengue hemorrágico**, con compromiso pulmonar agudo con datos de acidosis metabólicas y con trastornos hematológicos asociados con tiempos de coagulación prolongada y trombocitopenia. **Siguió obviamente**

con datos de **SINDROME DE SHOCK POR DENGUE y SDRA en regulares condiciones clínicas...** se realiza traqueostomía con compromiso posterior de su estado neurológico (**OJO SINDROME DE SHOCK**)

Con datos posteriores de **sangrado cerebral**, que continuó con mala evolución clínica con un pronóstico mal a corto plazo..."

{En cuanto al sagrado posterior a que se refiere el declarante: (folio 397 Exp.), reiteramos señor Juez, según valoración de fecha V-5-2003, hora 10:30 PM, el paciente presentó hipertensión arterial de 190/105, taquicardia de 170X', persiste con HTA y taquicardia, media hora después 11:00 PM, de la misma fecha, paciente presenta TA de 89/49; presión arterial subió y bajó. Para este hallazgo de hipertensión e hipotensión arterial, no hubo una oportuna valoración del equipo médico (folio 459 Exp.). Esta urgencia hipertensiva e hipotensión fue la causa del derramen y deterioro cerebral del paciente} y ninguno de los médicos tratantes menciona este hallazgo en su declaración.

PREGUNTADO: ¿Sirvase informar al despacho si el manejo dado al finado señor FERNANDO MACHUCA en UCI fue con pericia, diligencia y oportunidad en caso afirmativo informe o explique cómo fundamenta su respuesta?

CONTESTO: El manejo establecido es el manejo que se tiene para los pacientes de la condición clínica de un Shock ocasionado por un dengue hemorrágico, igualmente las complicaciones que pudo haber presentado en su evolución recibieron el manejo indicado con intención de resolverlos, adecuadamente y oportunamente.

{En cuanto al shock ocasionado por un dengue hemorrágico e igualmente complicaciones que pudo haber presentado el paciente; es de recibo anotar que **no es cierto, que se tratase de Shock ocasionado por un dengue hemorrágico y sus complicaciones**, toda vez que la descripción clínica de Dengue Hemorrágico no presenta signos de Shock (folio 299 y 300 Exp.) y además tratándose de "Shock por dengue". Este requiere de "PRESION BAJA". Como sostiene el Dr. FELIPE GONZALEZ, médico tratante y

declarante, cuando depone: es "importante aclarar que el paciente machuca en sus complicaciones presentó un estado de choque o Shock el cual se caracteriza por presiones arteriales sistólicas y diastólicas bajas"

{La que presentó el paciente el día 5-V-2003, hora 10:30 PM, fue una urgencia hipertensiva de 190/105 y taquicardia de 170X' latidos por minutos, persiste con HTA Y taquicardia y no mejorando insisten con mayor dosis de Fentanilo y dopamina el paciente presentó TA de 89/46, la presión subió y bajó, causa del deterioro cerebral y derramen de sangre (folio 459 Exp.)

... Diga el declarante si el término que figura en varios apartes de la historia clínica que dice Shock por "Dengue Resuelto" significa que el dengue en el paciente ha desaparecido y se le debe dar de alta hospitalaria sin prestarle ninguna otra valoración, sírvase ilustrarnos.

CONTESTO: Lo que implica básicamente es que en el momento de la revisión que uno hace al paciente, ese instante la condición está controlada, pero no implica que el dengue haya desaparecido. No se le da de alta hospitalaria, ese paciente siguió permaneciendo en la UCI..."

Su Señoría

{En cuanto al término "Shock por Dengue Resuelto" y la respuesta del declarante} hemos reiterado de lo que se trata es la evolución que le valoraron al paciente a partir del día 17 de Abril de 2003, hora 11:00 PM, que dice: (folio 75-77 Exp) y siguientes:

1. Síndrome de Shock por Dengue

Que a partir del día 24-IV-2003, el Doctor ANTONIO CONSUEGRA, médico internista lo declaró resuelto, por evolución favorable tanto hemodinámica como ventilatoria. Sin datos de SIRS, ni evento agudo que amenace constantes vitales (folio 96 Exp.). Muy buena clínica del paciente y siguientes valoraciones.

“... Preguntado, diga el declarante si la complicación denominada aumento excesivo de la permeabilidad vascular, está registrada en la literatura médica como generadora del dengue clásico o por el dengue hemorrágico, solicitándole y nos indique si esta complicación es registrada en la historia clínica del paciente MACHUCA y en especial que exámenes generales especializados de imagenología sustentan tal precisión.

CONTESTO: Está registrado como complicación del Dengue Hemorrágico. De imagenología serían las placas de tórax, los generales también y la condición clínica del paciente.

Señor Juez, en lo que hace relación a la pregunta: ¿si la complicación denominada aumento excesivo de permeabilidad vascular, está registrada en la literatura médica como generadora por el dengue clásico o por el dengue hemorrágico y si está registrada en la historia clínica del paciente MACHUCA y que exámenes generales y especializados y de imagenología sustentan tal precisión? Y en cuanto lo declarado por el médico tratante Dr. REBOLLEDO (folio 399 Exp.)...”

{Que dicha patología esté o no registrada en la literatura médica como generadora del dengue hemorrágico, no es un elemento de juicio de este proceso, para considerarse como medio probatorio. De la historia clínica solamente se desprende una **impresión diagnóstica** que se registra con fecha IV-15-2003, hora 11:00 AM (folio 63 Exp.) que dice:

REVISION:

- Distrés respiratorio con proceso probable de aumento de permeabilidad capilar.
- Edema pulmonar con Síndrome viral tipo Dengue (+)
- Alto Riesgo de SIRS (taquicardia mas leucocitosis – taquipnea – trasladado a la Unidad Polivalente

Solamente impresión diagnóstica del Dr, FELIPE GONZALEZ

Después de este registro, fecha y médico, la historia clínica no registra valoración médica con evolución de aumento de permeabilidad capilar.

Lo que registra la historia clínica del paciente es:

1. Buen estado general, hidratado- Dr. Felipe Gonzalez (folio 61 Exp.)
2. Refiere haber pasado buena noche - Dr. Felipe Gonzalez (folio 62 Exp.)
3. Hemodinámico con cifras tensionales adecuadas TA 120/58 (folio 71 Exp.)
4. Libre de picos febriles (Folio 74 Exp.)
5. Por infectología sin SIRS, metabólicamente sin alteraciones (folios 85 Exp.)
6. Síndrome de Shock Dengue Resuelto -SDRA Resuelto - Paciente despierto, colaborador, obedece órdenes. Evolución favorable tanto hemodinámica como ventilatoria. Sin datos de SIRS, ni evento agudo que amenace constantes vitales (folio 96 Exp.)
7. Síndrome de Shock por dengue en Resolución, recuperación de SDRA y actualmente con mejoría progresiva de su estado general. Con llenado capilar adecuado, con buena perfusión vascular en este momento (folio 97 Exp.) Dr. VIZCAINO LARA
8. Estable sin datos de deterioro en las 24 horas. Metabólicamente sin alteraciones (folio 101 Exp.)
9. Con mejoría radiológica y disminución de leucocitos, actualmente sin fiebre (folio 103 Exp.), leucocitos 12.400 normalizados
10. Pulmones con disminución de murmullo vesicular (folio 106 Exp.)
11. Paciente con mejoría de PAEL se puede intentar destete ventilatorio (folio 110 Exp.)
12. Presenta sangrado moderado por lo que se toma coagulograma que reporta normal (folio 114 Exp.)
13. Metabólicamente compensado (folio 115 Exp.)

Es notorio en este proceso que el abogado de la parte demandada, y los médicos tratantes y declarantes, pretenden pasar por inadvertidos de las tres (3) infecciones nosocomiales (bacteria) que registra la historia clínica del paciente MACHUCA (folios 69, 91, 92, 93, 98 Exp.) porque nada dicen de

estas patologías, valga la oportunidad para aclarar respecto de las complicaciones que refiere la contestación de la demanda y declaración de los médicos tratantes y declarantes, dando como único responsable del aumento excesivo de la permeabilidad el dengue hemorrágico, desconociendo los efectos de la acción de la sepsis y demás patologías (OJO COPIAR) pag. 257

La sepsis puede afectar todos los sistemas del organismo, las difusiones de órganos comunes son: difusión pulmonar, difusión cardiovascular, difusión renal, difusión hepática, sistema nervioso central.

Las complicaciones principales de la Sepsis se encuentran registradas en anotaciones anteriores (tomadas toda la información y sus complicaciones, definiciones y demás: principios de medicina interna de Harrison. Edición 14ª, volumen 1, Capítulo 124. Sepsis y Shock Séptico).

DECLARACION JURADA QUE RINDE EL SEÑOR JOSE FIDEL JARABA SIERRA (folios 402 - 406 y 413-416 Exp.).

El despacho le solicita al compareciente que haga un relato de todo lo que sepa y le conste con relación a los hechos que son materia de este proceso.

CONTESTO: En síntesis en base a la lectura de la historia clínica me acuerdo del caso, si de pronto puedo tener confusión en fecha que no coincide en la exactitud, pero se que fue en el año 2003, conozco perfectamente al paciente que en paz descanse FERNANDO MACHUCA DE MIER, porque trabajaba en la institución y en las mañanas teníamos la oportunidad de verlo tomando las muestras de laboratorio (no les convenía la muerte del trabajador como carga laboral?). En esa ocasión entró por un cuadro que posteriormente se interpretó como un dengue y que presentó intercurrencia o infecciosa respiratoria que requirió soporte ventilatorio mecánico y el tratamiento antibiótico requerido por sensibilidad reportada en el antibiograma con mejoría del cuadro respiratorio se le hizo una traqueostomía por el tiempo que estuvo en ventilación mecánica y presentó una evolución lenta inicialmente pero favorable tanto que había mejorado y estábamos esperando la posibilidad de pasarlo a sala general, pero por la misma patología uno no

espera una complicación que se presentó, que fue el **sangrado cerebral secundario al dengue hemorrágico como lo presentó el informe de patología** y posterior a este sangrado el paciente entró en un estado de coma posteriormente fallece a causa del severo sangrado Cerebral secundario del dengue hemorrágico...”

En cuanto al sangrado cerebral secundario al dengue hemorrágico que declara el médico tratante y declarante, Dr. JOSE JARABA SIERRA, Señor Juez, reiteramos ninguna evolución y valoración médica del Dr. JOSE JARABA SIERRA, registra sangrado cerebral secundario al dengue hemorrágico, así mismo de ningún médico tratante, como no es cierto que lo presenta el informe patología quirúrgica (folio 296 -297 Exp.) {Este registra dengue sin manifestaciones hemorrágicas} (folio 297 Exp), **de manera que miente el profesional de la medicina.**

“... Preguntado: Sirvase informar al despacho si el manejo dado al finado Señor FERNANDO MACHUCA en UCI fue con pericia, diligencia y oportunidad en caso afirmativo informe o explique cómo fundamenta su respuesta.

CONTESTO: Sí el manejo fue oportuno y con pericia documentada y en base a los pronósticos de manejo de esta patología que se encuentra ya establecidos en las diferentes guías de manejo y con el cuerpo médico idóneo, sobradamente demostrado por el tiempo de experiencia de cada uno de los profesionales que trabajan en esta institución, que es de cuarto nivel y de mayor complejidad en la Costa.

PREGUNTADO: Diga el declarante conforme a la literatura médica, cuál es el principal Shock que produce en un paciente un dengue clásico o un dengue hemorrágico. Sirvase informar si la historia clínica registra que en varias ocasiones presentó “Shock por Dengue”.

CONTESTO: Hay una diferencia entre el dengue clásico y dengue hemorrágico, siendo el dengue hemorrágico una entidad nosocomial gravísima y susceptible, complicaciones letales a pesar del buen manejo de quien lo padece, mientras que el dengue clásico es una patología menos

severa, inclusive se maneja ambulatoriamente y sistemático, si el control de hemograma evidencia que el recuento de plaquetas es normal y si el paciente clínicamente pudiera manejarse ambulatoriamente, el shock dengue es una complicación del dengue hemorrágico que puede resolverse clínicamente con manejo médico en la medida en que uno lo haga soporte con líquidos intravenosos, transfusiones y el soporte de órganos afectados fue el paciente presente, pero las complicaciones hemorrágicas por esta entidad son impredecible y en un momento dado son las que complican a los pacientes y comprometan la vida de los mismos, máximo cuando el sangrado es a nivel cerebral...”

Igualmente el Dr. JOSE JARABA SIERRA, médico tratante y declarante, pretende atribuirle al Dengue Hemorrágico complicaciones como esta (sangrado a nivel cerebral) lo que él en ninguna de sus evoluciones y valoraciones médicas registró:

Según valoración médica de fecha V-5-2003, hora 10:30 PM (folio 459 Exp.) el paciente FERNANDO LUIS MACHUCA DE MIER, presentó urgencia hipertensiva arterial, le aumentaron la infusión de metoprolol y fentanilo, media hora después 11:00 PM, de la misma fecha el paciente presentó TA de 89/49.

Hallazgo de hipertensión e hipotensión = TA subió y bajó.

Para este hallazgo no hubo una oportuna evolución médica por parte del equipo médico que atendió la urgencia hipertensiva e hipotensión (subió y bajó) no hubo valoración.

A renglón seguido se observa evolución del paciente de fecha V-8-2003, hora 6:15 am, en su día 20 de estancia en UCI.

1. Sepsis pulmonar x G (-)
2. Neumonía AVM (asociada a ventilación mecánica)
3. Shock por dengue Resuelto
4. POP Traqueostomía

Nada dice la evolución médica del hallazgo de urgencia hipertensiva e hipotensión.

A Mayo 6 de 2003, folio 459 Exp., después de 7 horas se registró:

- SNC: paciente con pupilas en 7mm en ambos ojos, reflejos corneal (-), oculocefálico (-), pupilar (-) no responde a estímulos dolorosos.
- Paciente con ausencia de reflejos de tallo cerebral, por lo que se sugiere TAC cráneo simple en la mañana.

De estos hallazgos el médico internista e intensivista JOSÉ JARABA SIERRA, nada dice en su declaración jurada, ni en sus evoluciones, y valoraciones médicas. Pretende atribuirle al dengue complicaciones como ésta, que es producto de la urgencia hipertensiva e hipotensión arterial 190/105 y TA 89/49 (Que causó el derramen (sangrado) y deterioro cerebral y por último paro cardíaco y muerte (folio 459 Exp.)

“... Diga el declarante si el término que figura en varias partes de la historia clínica que dice “Shock por dengue Resuelto” significa que el dengue en el paciente ha desaparecido y se le debe dar de alta hospitalaria, sin presentarle ningún otro servicio, o si por el contrario lo que significa es que el Shock que produce el dengue está en el momento en que el médico hace la anotación en forma posterior a la valoración. Sírvase ilustrarnos.

CONTESTO: Shock significa hipotensión que es choque, está dada por las cifras de presión arterial bajas, que de persistir en el tiempo comprometen la vida del paciente... cuando uno se refiere a Shock dengue Resuelto a lo que se refiere es a la Resolución del estado de Shock, de hipotensión que presentaba el paciente más no a la Resolución del cuadro nosocomial del dengue como tal. Se resolvió una condición clínica que es el Shock, pero no la enfermedad, porque sigue el manejo que esto puede hacerse una vez que resuelva el Shock el paciente puede seguir manejando en sala general con vigilancia médica...”

Señor Juez, afirma el médico internista e intensivista Dr. JOSÉ JARABA SIERRA, en su declaración jurada “shock significa hipotensión que es

choque, está dada por las cifras de presión arterial bajas, que de persistir en el tiempo comprometen la vida del paciente”

También afirma el médico: “cuando uno se refiere a Shock dengue Resuelto, a lo que se refiere es a la Resolución del estado de Shock, de hipotensión que presentaba el paciente más no la Resolución del cuadro nosocomial del dengue como tal, se resolvió una condición clínica que es el shock pero no la enfermedad; porque sigue el manejo que éste puede hacerse una vez que resuelva el Shock el paciente puede seguirse manejando en sala general con vigilancia médica”

Su Señoría, realmente de lo que se trata es del cuadro nosocomial del dengue “síndrome shock del dengue (tercera forma de dengue) con sus niveles de gravedad (folio 295 y 300 Exp.) que fue resuelto según evolución y valoración médica del Dr. ANTONIO CONSUEGRA, médico internista de fecha IV-24-2003 (folio 96 Exp.), según se puede observar de la clínica del paciente y siguientes valoraciones médicas.

Patología que le venía evolucionando y valorando el equipo médico, a partir de la evolución de fecha 17-IV-2003, hora 11:00 PM, que dice:

1. Síndrome de choque por Dengue (folio 75 Exp.)

Porque la evolución y valoración del paciente era de Dengue Clásico, para la fecha IV – 16 – 2003 (FOLIO 68,74 Exp.)

En cuanto al Shock por dengue, el médico tratante y declarante JOSE JARABA SIERRA, define al Shock diciendo: significa hipotensión que es choque, está dada por las cifras de presión arterial bajas que de persistir en el tiempo comprometen la vida del paciente (folio 404 Exp.).

En cuanto a la presión baja, la historia clínica según evolución y valoración médica, registró cifras de tensión arterial (TA) normal y adecuadas. Para demostrar esta realidad, nos permitimos relacionar todas las cifras tensionales que le registraron al paciente en sus respectivas valoraciones y evoluciones médicas:

FECHA	EVOLUCION MEDICA	VALORACION MEDICA	FOLIO
IV- 10 - 2003		TA 120/70 - normal	59 Exp
IV- 12 - 2003		TA 130/100 - adecuada	61 Exp
IV- 13 - 2003		TA 130/70 - normal	61 Exp
IV- 13 - 2003		TA 130/70 - normal	62 Exp
IV- 15 - 2003		TA 130/80 - normal	64 Exp
IV- 16 - 2003	dengue clásico	TA 142/83 - adecuada	68 Exp
IV- 16 - 2003		TA 141/68 - adecuada	70 Exp
IV- 17 - 2003	dengue clásico	TA 120/58 - adecuada	74 Exp
IV- 17 - 2003	síndrome de shock x dengue		75 Exp
IV- 18 - 2003	shock 2rio a dengue	TA 140/70 - normal	76 Exp
IV- 17 - 2003	síndrome de shock x dengue	TA 141/69 - adecuada	77 Exp
IV- 19 - 2003	síndrome de shock x dengue	TA 130/70 - normal	78 Exp
IV- 18 - 2003	síndrome de shock x dengue	TA 130/70 - normal	79 Exp
IV- 19 - 2003	síndrome de shock x dengue	TA 130/70 - normal	80 Exp
IV- 19 - 2003	síndrome de shock x dengue	TA 130/70 - normal	81 Exp
IV- 20 - 2003	síndrome de shock x dengue		82 Exp
IV- 20 - 2003	síndrome de shock x dengue	TA 100/62 - adecuada	83 Exp
IV- 20 - 2003	síndrome de shock x dengue	TA 115/70 - normal	84 Exp
IV- 21 - 2003	síndrome de shock x dengue		85 Exp
IV- 21 - 2003	síndrome de shock x dengue	TA 141/75 - adecuada	86 Exp
IV- 23 - 2003	síndrome de shock tipo dengue		
IV- 22 - 2003	síndrome de shock x dengue	TA 120/70 - normal	91 Exp
IV- 23 - 2003	síndrome de shock tipo dengue		92 Exp
IV- 24 - 2003	shock x dengue en Resolución	TA 116/76 - normal	93 Exp
IV- 24 - 2003	shock x dengue en Resolución	TA 137/85 - adecuada	93 Exp
IV- 24 - 2003	síndrome de shock x dengue	TA 130/70 - normal	94 Exp
IV- 24 - 2003	shock x dengue		
IV- 24 - 2003	síndrome de shock x dengue Resuelto		96 Exp
IV- 25 - 2003	shock x dengue en Resolución	TA 130/78 - normal	98 Exp
IV- 26 - 2003	síndrome de shock x dengue	TA 140/70 - normal	98 Exp
IV- 26 - 2003	Dengue complica x shock dengue	TA 129/70 - normal	100 Exp
IV- 26 - 2003	síndrome shock x dengue Resuelto		101 Exp
IV- 27 - 2003	shock x dengue Resuelto	TA 120/70- normal	102 Exp
IV- 27 - 2003	shock x dengue Resuelto	TA 120/70- normal	102 Exp
IV- 28 - 2003	shock x dengue Resuelto	TA 142/90- adecuada	104 Exp
IV- 28 - 2003	shock x dengue Resuelto	TA 133/79- normal	104 Exp
IV- 27 - 2003	shock x dengue Resuelto	TA 132/80- normal	105 Exp

IV- 29 – 2003 shock Resuelto	TA 117/67- adecuada	106 Exp
IV- 28 – 2003 shock x dengue Resuelto	TA 115/70- normal	107 Exp
IV- 29 – 2003 shock x dengue Resuelto	TA 126/76- normal	108 Exp
IV- 29 – 2003 shock x dengue Resuelto	TA 120/70- normal	109 Exp
IV- 30 – 2003 shock x dengue Resuelto	TA 131/70- normal	110 Exp
IV- 30 – 2003 Síndr. shock x dengue Resuelto	TA 113/73- normal	111 Exp
V- 01 – 2003 shock x dengue Resuelto	TA 135/65- adecuada	112 Exp
IV- 30 – 2003 Paciente sin patología de dengue		113 Exp
V- 01 – 2003 shock dengue Resuelto		114 Exp
V- 02 – 2003 Paciente sin patología de dengue		115 Exp
V- 01 – 2003 Paciente sin patología de dengue		116 Exp
V- 02 – 2003 Paciente sin patología de dengue	TA 129/66- adecuada	117 Exp
V- 02 - 2003 shock dengue Resuelto	TA 130/70- normal	120 Exp
V- 04 - 2003 shock x dengue Resuelto	TA 127/80- normal	123 Exp
V- 04 – 2003 shock x dengue Resuelto	TA 105/55- Baja	124 Exp

En este caso el shock no puede estar Resuelto

V- 05 – 2003 shock x dengue Resuelto	TA 153/85- Alta	125 Exp
V- 04 – 2003 Paciente sin patología de dengue	TA 135/80- normal	126 Exp
V- 05 – 2003 shock dengue Resuelto	TA 140/80- normal	126 Exp
V- 05 - 2003 Síndrom shock dengue Resuelto	TA 143/84- adecuada	459 Exp
V- 05 – 2003 Paciente hipertensión 10:30 pm + hipotensión 11:00 pm	TA 190/105 -89/49	459 Exp
V- 06 – 2003 shock x dengue Resuelto	TA 105/56- Baja	459 Exp
V- 06 – 2003 Urgencia hipertensiva Falsa urgencia hipertensiva Sin patología de dengue	TA 121/73- normal TA normal	718 Exp
La urgencia hipertensiva e hipotensión fue el 5-V-2003, hora 10:30 -11:00 pm		459 Exp
V- 07 – 2003 shock dengue Resuelto	TA 87/46- hipotensión	129
V- 08 – 2003 shock dengue Resuelto	TA 90/70- hipotensión	132
V- 08 – 2003 shock x dengue Resuelto	TA 88/46- hipotensión	133

En las siguientes evoluciones y valoraciones médicas:

V- 04 – 2003 shock x dengue Resuelto	TA 105/55- hipotensión	124 Exp
V- 06 – 2003 shock x dengue Resuelto	TA 105/56- hipotensión	717- 459
V- 07 – 2003 shock dengue Resuelto	TA 87/46- hipotensión	129
V- 08 – 2003 shock dengue Resuelto	TA 90/70- hipotensión	132
V- 08 – 2003 shock x dengue Resuelto	TA 88/46- hipotensión	133

Según el concepto de los médicos tratantes y declarantes y la contestación de la demanda, el shock por dengue no puede estar RESUELTO porque la presión arterial está baja, como se registra en las 5 últimas evoluciones y valoraciones médicas y folios antes citados del expediente.

Obsérvese Señor Juez, que las cifras tensionales bajas que registró la historia clínica, su mayoría se dio, después de la urgencia hipertensiva e hipotensión el día V-5-2003, HORA 10:30 y 11:00 pm (folio 459 Exp.), que causó el deterioro cerebral y sangrado hasta el cuarto ventrículo.

En las evoluciones y valoraciones médicas, las cinco (5) últimas relacionadas inmediatamente anterior, no es dada interpretar (shock por dengue Resuelto), porque el paciente evolucionó con cifras tensionales BAJAS e hipotensión.

En cuanto al shock por dengue, el médico tratante y declarante JOSE JARABA SIERRA, médico internista e intensivista define el shock diciendo "significa hipotensión que es choque, está dado por las cifras de presión arterial bajas (folio 404 Exp.)

Luego no se trata de (shock por dengue Resuelto), sino de Síndrome de Shock del Dengue. Tercera forma del Dengue: que fue Resuelto (folios 96, 97 y siguientes), para confirmarlo con la evolución de fecha V-5-2003, hora 2:40 PM (folio 127 Exp.) SSD (Síndrome Shock dengue (R).

Es notable falla del servicio y del equipo médico en cuanto a la patología Síndrome de Shock del Dengue (tercera forma del dengue) que comenzaron a evolucionarle al paciente a partir del día 17 de Abril de 2003 (folio 75 Exp.).

1.- Comenzaron registrándole al paciente (síndrome de Shock por dengue) en su evolución hasta IV-26-2003 (folio 101 Exp.)

2.- El día 23-IV-2003, hora 10:00 am: Síndrome Shock Tipo Dengue

El día 23-IV-2003, hora 3:00 pm: Síndrome Shock Tipo Dengue (folios 89-92 Exp.)

3.- El día 24-IV-2003, hora 5:45 am, Shock por dengue en Resolución

El día 25-IV-2003, hora 16:30 pm, Shock por dengue en Resolución (folio 93 y 98)

El día 26-IV-2003, hora 10:30 am, le registran:

1. Dengue complicado por Shock dengue (folio 99 Exp.)

Obsérvese Señor Juez, que las cifras tensionales, anteriores y posteriores a este registro son adecuadas 130/78m 129/75 (folios 98, 99 y 100 Exp.), **no puede haber shock dengue, porque no hay hipotensión y al no haber tal cifra tensional no hay dengue complicado.**

4.- A partir del día 27-IV-2003, hora 6:00 am, le registran:

- 3.- Shock x Dengue Resuelto (folio 102 Exp.)

Hasta el día V-7-2003, hora 10:15 am (folio 129 Exp.), sin que inmediatamente anterior, hubiesen valorado con cifras tensionales bajas.

5.- El día 29-IV-2003, le registran:

1. Shock Dengue Resuelto (folio 108 Exp.)

El 1-V-2003 Shock dengue Resuelto (folio 112 Exp.)
 El 1-V-2003 Shock dengue Resuelto (folio 114 Exp.)
 El 3-V-2003 Shock dengue Resuelto (folio 120 Exp.)
 El 3-V-2003 Shock dengue Resuelto (folio 122 Exp.)
 El 5-V-2003 Shock dengue Resuelto (folio 126 Exp.)
 El 5-V-2003 SSD (Síndrome Shock dengue (R.) (folio 127 Exp.)

Tercera forma del Dengue -lo que manifiesta signo de choque como Hipotensión- (folios 298 y 300 Exp.)

Su Señoría, los médicos tratantes a partir del 27-IV-2003, evolucionan al paciente con el registro de:

- 3.- Shock x Dengue Resuelto (folio 102 Exp.)

Hasta la evolución de:

V-5-2003 – Shock x Dengue Resuelto (folio 125 Exp.)

En el entendido que el Shock no es producto del Dengue, porque las cifras tensionales no corresponden a hipotensión, lo que es igual a tensión arterial baja, lo que choca con las valoraciones médicas que registran cifras tensionales normales y adecuadas. Obsérvese las valoraciones médicas de las fechas y folios registrados y por no ser cierto este evento, de lo que se trata es: de la patología:

Síndrome de Shock del Dengue

Tercera forma del Dengue (que fue resuelto) (folios 298 y 300 Exp.) y (folios 96, 101, 127 Exp.)

En conclusión los médicos tratantes registraron cuatro (4) nombres distintos a la patología que evolucionó el paciente.

DECLARACION JURADA QUE RINDE LA SEÑORA KAREN GARCIA DENTRO DEL PROCESO ORDINARIO PROMOVIDO POR ISABEL MORAN GONZALEZ CONTRA ORGANIZACIÓN CLINICA GENERAL DEL NORTE S.A. (folios 362 – 364 Exp.)

En este estado de la diligencia se hace presente la señora KAREN BEATRIZ GARCIA BARRETO, quien se identifica con la cédula de ciudadanía No. 32.727.383 de Barranquilla, quien es la persona citada.

Acto seguido el señor Juez, le tomó a la compareciente el juramento de rigor, en este estado de la diligencia el despacho le solicita a la compareciente el juramento que haga un relato de todo lo que usted sepa y le conste con relación a los hechos que son materia de este proceso.

CONTESTO: Estoy aquí por el caso del compañero FERNANDO MACHUCA DE MIER, quien falleció en la Clínica General del Norte, con un diagnóstico de probable dengue, yo a FERNANDO lo conocí como una persona sana, pues estudié con él, estude en la CIAC con él técnico de laboratorio, de ahí me lo encontré nuevamente en la Clínica General del Norte, trabajando por espacio de 6 años aproximadamente y siempre lo conocí como una persona que gozaba de buena salud, conocí su familia y FERNANDO fue hospitalizado en la clínica para una época de semana santa de abril con una fiebre a la cual le diagnosticaron dengue.

Luego salió e ingresó nuevamente, fue ingresado a la Unidad de Cuidados Intensivos, con sus plaquetas bajas, pero al final él logró superar esto y sus

plaquetas aumentaron y FERNANDO fallece por un derrame cerebral, de ahí si no se que pasó. Cuando él superó sus plaquetas él mejoró e incluso le llegaron a quitar la sedación, pero de ahí echó para atrás, sus plaquetas fueron normales.

En este estado de la diligencia el despacho concede el uso de la palabra al apoderado de la parte demandante, Dr. ALFONSO LOPEZ RODRIGUEZ, quien interviene así:

PREGUNTADO: Sírvase decir la declarante si conoció en vida al señor FERNANDO LUIS MACHUCA DE MIER y a su esposa ISABEL DEL SOCORRO MORAN GONZALEZ en caso afirmativo diga al despacho desde cuando lo conoció y que tipo de relación existió entre la familia de FERNANDO LUIS y su persona.

CONTESTO: Si a Fernando lo conocí como compañero de estudio y compañero de trabajo en la Clínica General del Norte, FERNANDO para mi fue un gran amigo, tuvimos una amistad bastante sólida, incluso con su esposa ISABEL MORAN de la cual guardamos muchos recuerdos y con su familia igual y con su mamá, FERNANDO no tenía papá y sus hermanos fueron muy especiales.

PREGUNTADO: Como eran las relaciones de FERNANDO LUIS MACHUCA con sus familiares, específicamente con su esposa ISABEL DEL SOCORRO MORAN GONZALEZ.

CONTESTO: La relación de FERNANDO con su familia fue una relación muy buena, bien instaurada, con su esposa muy especial, FERNANDO era el que hacía todas las diligencias a ISABEL, con respecto a su estado de salud.

PREGUNTADO: Cómo eran las condiciones de salud de FERNANDO LUIS MACHUCA, desde que lo conoció y aún antes de ser hospitalizado.

CONTESTO: El estado de salud de FERNANDO era muy saludable, incluso aquí de pronto el estado de salud de ISABEL, era la que presentaba quebrantos de salud.

PREGUNTADO: Como eran las condiciones de trabajo, vida social y vida familiar de FERNANDO MACHUCA DE MIER.

CONTESTO: Las condiciones de lo preguntado, de su vida social y familiar Fernando se cuidaba mucho de todo, de usar sus implementos de trabajo, se cuidaba mucho en su vida social, también FERNANDO se cuidaba mucho del trago, con su familia era muy especial, él no tenía papá y él era el hombre de la casa, en su vida de soltero estaba pendiente de lo que faltaba a su familia, a su mamá.

PREGUNTADO: Como eran las relaciones de afecto entre los cónyuges FERNANDO LUIS e ISABEL DEL SOCORRO MORAN GONZALEZ.

CONTESTO: Las relaciones eran excelentes, hasta el punto de que FERNANDO miraba por los ojos de Isabel, eso lo sabíamos todos en el laboratorio.

PREGUNTADO: Cómo era el estado anímico de ISABEL DEL SOCORRO MORAN GONZALEZ, antes de la muerte de su esposo y como lo es después de la muerte.

CONTESTO: Era una pareja muy feliz antes de su muerte, donde iba uno ahí estaba el otro, se complementaban, muy alegres, después de la muerte el estado de ISABEL decayó, pasó afligida, triste.

PRGUNTADO: En respuesta anterior, manifestó la declarante que era compañera de trabajo de FERNANDO LUIS MACHUCA DE MIER, que trabajaba en el laboratorio de la Clínica General del Norte, si lo puede explicar, cuál es su opinión personal en relación a la posible causa de muerte del señor FERNANDO MACHUCA.

CONTESTO: Mi opinión personal el diagnóstico que se le dio a FERNANDO, luego que se le practicara una necropsia fue "PROBABLE DENGUE", pero FERNANDO superó todo esto y lo dicen sus resultados tanto de laboratorio como los otros estudios.

PREGUNTADO: De acuerdo a sus conocimientos como profesional en técnico de laboratorio y que trabajaba con FERNANDO LUIS MACHUCA DE MIER, piensa usted que hubo descuido médico en su muerte.

CONTESTO: Desde mi punto de vista y como profesional en el área de la salud, por lo que pude ver en todos sus estudios pienso que si hubo descuido médico en su muerte.

El despacho concede el uso de la palabra a la apoderada de la parte demandada, Dra. LIZBETH NAVARRO SANTAMARJA, quien a continuación interviene.

PREGUNTADO: Sírvase informar la declarante, los fundamentos técnicos científicos por medio de los cuales usted, sin ser médico rebate el dictamen de patología, el cual fue elaborado por un patólogo de la Clínica General del Norte.

CONTESTO: Cuando se entregó el resultado de necropsia el diagnóstico que dieron fue el de "probable dengue", hasta donde yo se, el dengue afecta las plaquetas, las baja y FERNANDO en sus últimos días recuperó su estado de plaquetas, la fiebre cedió, la infección también.

El señor Juez, asume el interrogatorio.

PREGUNTADO: Si para la época en que estaba el difunto MACHUCA en el tratamiento usted trabajaba allí.

CONTESTO: Si yo trabajaba para esa época, yo trabajé por espacio de 9 años.

PREGUNTADO: Sobre la base de la respuesta anterior en su conocimiento no pudo observar si el tratamiento que se le brindó al paciente FERNANDO MACHUCA fue adecuado a los cánones, al protocolo médico.

CONTESTO: En lo que estuve y conozco, si yo hacía turnos y siempre estaba pendiente en ir a verlo, por el caso de amistad.

PREGUNTADO: Usted dice que el diagnóstico fue dengue.

CONTESTO: Si, fue dengue.

PREGUNTADO: Y se presentó otra patología.

CONTESTO: él tuvo un derramen pleural diagnosticado y al final la muerte de él fue por un derramen cerebral, tuvo una infección nosocomial

RAZONES DE INCONFORMIDAD CON LA PROVIDENCIA APELADA

A folio 560 de la sentencia la Jucz A-quo, manifiesta:

“Teniendo los lineamientos legales y jurisprudenciales, procede este despacho a verificar si a través de los medios probatorios existentes en este proceso se dan los elementos constitutivos de responsabilidad civil.

Se procede a valorar los diferentes medios probatorios

Se recepcionaron las siguientes pruebas testimoniales de la parte demandante...”

Si bien es cierto que se solicitaron los testimonios de los doctores que aparecen relacionados a folio 555 de la sentencia por la parte demandante, fueron los médicos tratantes que evolucionaron al paciente FERNANDO LUIS MACHUCA DE MIER, se solicitaron de la historia clínica, por considerarse testimonios científicos y por ese carácter no se podían citar sino los mismos médicos y enfermeras que atendieron al paciente.

A folio 561 de los considerandos de la sentencia, manifiesta la Juez A-quo:

“...el testigo hace una narración de lo que está escrito en la historia clínica y da una explicación del significado médico de algunos conceptos puestos en la historia clínica, de los antecedentes del paciente, al serle preguntado por el primer diagnóstico de dengue clásico, manifestó son términos médicos que se utilizan dentro del síndrome del dengue, que es una enfermedad de origen viral en su evolución clínica presenta diferentes fases. Una fase o camino de la historia natural de la enfermedad que puede ser el dengue clásico, que es aquel que se caracteriza por ser benevolente con el paciente; el paciente se salva y en pocos días el paciente está en su casa y manifiesta que en la evolución del señor MACHUCA, a través del recorrido de la historia de evolución clínica del paciente en sus fase inicial podrá tener manifestaciones de dengue clásico, pero que el paciente se fue complicando día a día como está en la historia presentando manifestaciones de un dengue complicado

caracterizado por choque, infecciones, sepsis, hemorragia cerebral y muerte."

El Doctor FELIPE GONZALEZ, declarante y médico tratante, como lo manifesté anteriormente, solo evolucionó y valoró al paciente en las siguientes fechas y horas: con las notas que registran:

"1.- IV -13- 2003, hora 9:00 am, con impresión diagnóstica Dengue. Refiere que desde las 5:00 am, ha comenzado a presentar dificultad respiratoria (folio 61 Exp.)

2.- IV-13-2003, hora 11:00 am, (folio 62 Exp.)

3.- IV-13-2003, hora 6:00 pm, (folio 62 Exp.)

4.- IV-14-2003, hora SIN HORA, (folio 62 Exp.)

5.- IV-15-2003, hora 11:00 am, (folio 63 Exp.)

6.- IV-15-2003, hora 8:30 Pm, (folio 64 Exp.)

En ninguna de las seis valoraciones del Dr. FELIPE GONZALEZ, registra que el paciente evolucionó con Dengue hemorrágico o dengue complicado, y shock alguno, porque al examen físico reportó tensión arterial normal (TA 130/70, TA 120/70, TA 130/80).

Vemos pues, que en el Dengue se definen tres (3) formas específicas: Dengue Clásico (DC), Dengue Hemorrágico (DH) y Síndrome de Choque Dengue (S.C.D.), con diversos niveles de gravedad (Manual Dengue del Ministerio de Salud) Folio 298 Exp.)

La Historia clínica registra por evolución médica que el paciente fue valorado con **dengue clásico en principio** y a partir del día 17 de abril de 2003, horas de la noche 11:00 PM con síndrome de Shock por dengue (tercera forma del dengue) de carácter complicado, **el cual fue resuelto el día 24 de abril de 2003**, tal como aparece en la valoración del Dr. ANTONIO CONSUEGRA (folio 96 del expediente) y las siguientes valoraciones.

NO se observa en la historia clínica Acta suscrita por el médico infectólogo y/o el equipo médico tratante, del tránsito de Dengue Clásico a Síndrome de Shock del Dengue, y sin tenerse en cuenta su nivel de gravedad. Falla del servicio médico y de salud del equipo médico y la Institución.

Así mismo, a folio 561 parte final, manifiesta la Juez A-quo:

"...El mencionado médico sigue explicando la patología descrita en la historia clínica del paciente. Al serle preguntado lo que significa código 0799, síndrome viral código 0879, dengue clásico código 0610, eso es con respecto a la historia de urgencia. Ahora buscamos hoja de ingreso en la nota de ingreso al piso dice síndrome febril secundario a Dengue Clásico..."

El médico FELIPE GONZALEZ, en ninguno de los apartes de su declaración habla de código, lo cual da la impresión que la Juez A-quo no leyó detalladamente la declaración del Dr. FELIPE GONZALEZ, no tiene valor jurídico esta afirmación según tomada de la declaración.

A folio 562 manifiesta la Juez A-quo:

"...al preguntarle como se enteró que el paciente tenía dengue hemorrágico, declaró: el 12 de abril estando en turno me avisaron de un paciente con impresión diagnóstica de síndrome febril en estudio de etiología a determinar dengue clásico, fiebre tifoidea, virosis inespecífica, vi ese día al paciente y se encontraba hemodinamicamente estable

La descripción clínica de dengue hemorrágico confronta lo dicho por el Dr. SAUL CRISTIANSEN y lo manifestado por la Juez A-quo en los considerandos.

"Paciente con fiebre o antecedentes cercanos de fiebre aguda, con al menos una de las siguientes manifestaciones hemorrágicas: prueba de torniquete, positivo, y petequia, equimosis o púrpura, hemorragias de las mucosas, del tracto gastro intestinal, de los lugares de punción"

{Ninguna de estas manifestaciones hemorrágicas, registra la evolución y valoración médica de la historia clínica del paciente}

Al interrogar al declarante Dr. SAUL CRISTIANSEN médico tratante del paciente FERNANDO LUIS MACHUCA DE MIER, por el suscrito:

PREGUNTADO: En el caso de LUIS FERNANDO MACHUCA DE MIER, usted en sus dos atenciones al paciente no consignó ninguna manifestación de dengue hemorrágico como sangrado.

CONTESTO: Cuando atendí al paciente no presentaba hemorragia, pero aclaro que tenía plaquetas en 54.000, paciente hemodinámicamente estable, sin déficit neurológico (folio 378 Exp.)

Según evolución médica de fecha V- 5-2003, hora 10:30 PM (folio 459 Exp.) "Paciente presentó hipertensión arterial de 190/105, taquicardia de 170X", el Dr. MARIO MUNEVAR B. en ronda con el Dr. CRISTIANSEN le ordena metoprolol 2.5 IMF IV diluido, persiste con HTA y taquicardia, por lo que se ordena 2.5 IMF IV más de metoprolol y se aumenta infusión de fentanilo a 20 cc/h, media hora después 11:00 PM, de la misma fecha, paciente presenta TA 89/49, por lo que se pasan bolos de LEV SSN 0.9% 1500 CC, no mejorando, por lo que se ordena infusión de dopamina a 10 cc/h obteniéndose TA de 156/68.

Es de anotar que para este hallazgo de HIPERTENSION e HIPOTENSION ARTERIAL, no hubo una oportuna valoración del equipo médico que atendió la emergencia hipertensiva e hipotensiva (subió y bajó).

A folio 563 de los considerandos de la sentencia manifiesta la Juez A-quo:

"Al preguntarle al Dr. Urbina el 16 de abril de 2003, el paciente MACHUCA evoluciona, patología tipo nosocomial, inclusive el 8 de mayo de 2003, fecha en que fallece. Entre otras 1. Neumonía asociada a ventilación mecánica. 2. Sepsis por acinetobacter baumani multirresistente; 3. Estafilococo y atípica. Diga si la patología denominada sepsis afecta el sistema pulmonar. ..."

Se nota en la sentencia que la señora Juez A-quo no extrajo lo más importante de la historia clínica, porque obvió lo que se le preguntó al Dr. RAFAEL

URBINA AROCA, que es el médico especialista (Neumólogo), cuando le pregunta al paciente si tiene algo más que decir, enmendando o ratificando su declaración.

CONTESTO: En este caso especial la SEPSIS es causada por la bacteria ACYNOTOBACTER BAUMANNI que demostró ser multirresistente y en modo alguno contribuyó al deterioro del paciente.

En las consideraciones de la sentencia, la señora Juez A-quo, guardó silencio en el concepto del neumólogo Dr. URBINA AROCA, donde manifiesta que la bacteria ACYNOTOBACTER BAUMANNI contribuyó al deterioro del paciente, por lo que se evidencia errónea valoración de las pruebas (declaración jurada), donde se extracta lo que conviene a la clínica y no da el respectivo valor probatorio al concepto del médico Neumólogo, como autoridad en la materia.

A folio 565 en declaración rendida por el Dr. CARLOS EDUARDO REBOLLEDO MALDONADO, manifiesta:

"...diga cuál es el principal shock que produce un paciente de dengue clásico o hemorrágico. CONTESTO: el dengue produce aumento de la permeabilidad capilar lo que lleva a un estado de shock, el médico en su atención intenta rescatar las cifras de presión arterial con la intención de asegurar una adecuada perfusión de los tejidos..."

... Diga si la excesiva pérdida de la permeabilidad vascular está registrado como generado por dengue clásico o hemorrágico, indique si esta complicación está registrada en la historia clínica y que exámenes especializados y de imaginología sustentan esta precisión. CONTESTO: está registrado como complicación de dengue hemorrágico. De imaginología serán las placas de torax, los generales también. Y la condición clínica del paciente"

En todo el recorrido de la historia clínica en la única evolución y valoración médica realizada el 15 de abril de 2003, hora 11:00 am (folio 63 Exp.), se registra:

Revisión:

- Distres respiratorio con **proceso favorable de aumento de permeabilidad capilar**
- Edema pulmonar en paciente con síndrome viral tipo dengue (+)
- Alto Riesgo de SIRS (taquicardia más leucocitosis, taquisnea).

Trasladó a Unidad Polivalente, firma la remisión Dr. FELIPE GONZALEZ.

A folio 567 en la declaración jurada rendida por el Dr. JOSE FIDEL JARABA SIERRA, manifiesta:

PREGUNTADO: al preguntarle sobre el "shock por dengue. Respondió: hay una diferencia entre dengue clásico y hemorrágico, el hemorrágico una entidad nosocomial grave y susceptible de complicaciones letales a pesar de un buen manejo de quien lo padece, el clásico es menos severo inclusive de manejo ambulatorio y sintomático si el control de hemograma evidencia que el recuento de plaquetas es normal y si el paciente clínicamente pudiera manejarse ambulatoriamente, el shock dengue es una complicación del dengue hemorrágico que puede resolverse clínicamente...

...se le sigue preguntando por la anotación en la historia clínica de shock por dengue resuelto significa que el dengue ha desaparecido, CONTESTO: Shock por dengue resuelto significa hipotensión que es choque, está dada por varias cifras de presión arterial bajas que de persistir en el tiempo comprometen la vida del paciente... cuando uno se refiere a shock por dengue resuelto a lo que se refiere es a la solución del estado de shock, de hipotensión que presentaba el paciente más no a la solución del cuadro nosocomial del dengue como tal. Se resolvió una condición clínica que es el shock, pero no la enfermedad.

Es de anotar que en toda la historia clínica del paciente, no se dice nada de dengue hemorrágico y referente al shock por dengue, según el decir de los médicos que declararon se trata es de presión baja y en la relación anterior de las valoraciones médicas de la presión arterial, solamente la presión baja se dio los últimos 5 días de valoración del paciente.

Su Señoría, realmente de lo que se trata es del cuadro nosocomial del dengue "síndrome shock del dengue (tercera forma de dengue) con sus niveles de

gravidad (folio 295 y 300 Exp.) que fue resuelto según evolución y valoración médica del Dr. ANTONIO CONSUEGRA, médico internista de fecha IV-24-2003 (folio 96 Exp.), según se puede observar de la clínica del paciente y en la fecha Mayo 2 de 2003, ya no hay dengue, según valoración y evolución médica del Dr. JOSE JARABA, OSWALDO CABEZA y NOHEMI MEZA.

En cuanto a las plaquetas bajas, si bien es cierto que para la fecha de abril 15 de 2003, folio 63 presentó conteo de plaquetas 42.000 a 56.900 micras, y a partir de la fecha las plaquetas siguieron en ascenso para el día 16 de abril 11:00 am, el conteo de plaquetas es 85.900 micras, folio 67, el día 17 de abril presenta conteo de plaquetas 116.000 y leucocitos 13.100 (folio 74). A partir del día 21 de abril de 2003, las plaquetas son de 268.000 micras las cuales fueron normalizadas y no volvieron a bajar con leucocitos de 14.600; lo que quiere decir que a partir del día 21 de abril desapareció la trombocitopenia.

Con esto está más que demostrado que la Juez A-quo, no valoró la prueba documental de las valoraciones y evoluciones médicas transcritas en la historia clínica, lo que quiere decir que no hay pertinencia entre el diagnóstico y el procedimiento, lo cual conllevó a la errónea interpretación y valoración de las evoluciones y valoraciones médicas -historia clínica.

Así mismo, a folio 572, consideraciones de la Juez de la sentencia, manifiesta:

“8.- El día 16 de abril del 2003, al paciente se le realizó una nueva valoración, donde consta que ingresó con Dengue Clásico con múltiples hemorragia, neumonía viral vs atípica, poliserositis y presentó problemas de: i) angustia pulmonar aguda; ii) Infectólogo probable por hemorrágico; iii) hemodinámico: síndrome shock tipo dengue; iv) metabólico, el paciente al ser introducido en UCI se dejó constancia de malas condiciones generales en el paciente ingresó con ventilación mecánica”.

La Juez A-quo, en su resumen de la historia clínica, a folio 572, no menciona el médico, ni los folios que transcribe, y en la única parte de la historia clínica que se habla de manifestación hemorrágica es en el folio 71, de una impresión diagnóstica del médico tratante REBOLLEDO, dice: **“Paciente de 35 años, quien ingresa proveniente de U.C.I. 1) Dengue clásico con manifestación de hemorragia; 2) Neumonía Viral vs atípica; 3) Poliserositis”**

Como se observa, la Juez A-quo habla de múltiples hemorragias y en la historia clínica solo dice Dengue clásico con manifestación de hemorragia (es solo una impresión diagnóstica), lo cual se ve a las claras que no le hizo el debido estudio a la historia clínica.

A folio 572, consideraciones de la Juez de la sentencia, manifiesta:

"10 - El día 18 de abril de 2003 se deja constancia que el paciente ha presentado nuevas problemáticas tal como: 1) Derrame Pleural lateral, el paciente se encontraba inconsciente bajo sedoanalgesia y pulmones con disminución de compliancia."

Esta evolución y valoración médica mencionada en el numeral 10, es del día 18-IV-2003 horas de la noche (folio 76), y dice:

Masculino 35 años, con su 4º día de E.H.

Dx 1) Shock 2rio a dengue
2) SDRA
3) Derrame pleural bilateral
4) Neumonía

140/70, FC 90 FR 16 T 36°C

Paciente inconsciente bajo sedoanalgesia RsCsRs pulmones con disminución de las compliancia, abdomen y extremidades normales.

A: se transfundió una unidad de GAE por HB 8,7 hemodinamicamente mejoraron las resistencias sistémicas y disminuyeron las pulmonares.

Buen gasto cardíaco

Diuresis buena.

No debe existir el shock de dengue porque la presión era 140/70.

Asi mismo, a folio 572 último párrafo, de los considerandos de la Juez en la sentencia, manifiesta:

"12.- El día 20 de abril del 2003, en la ronda de la tarde se dejó consignado que el paciente ya en su día 5 de haberle diagnosticado Síndrome de shock por

dengue ha estado controlado hemodinámicamente; sin embargo, en la ronda nocturna se dejó constancia que durante la noche permaneció con aparato ventilador y presentó fiebre de 38.5°.

Esta evolución y valoración médica mencionada en el numeral 12, es del día 20-IV-2003 hora 3:45 pm (folio 84), y dice:

Paciente masculino 35 años, 5º día de E.H. con DX:

- 1) Síndrome de shock x dengue
- 2) S.D.R.A. 2º a 1

Hemodinámicamente controlado, afebril, de más de 5 horas, con apoyo inotrópico mantiene buenas cifras tensionales.

TA 115/70, FC 95 FR 18 T. 37.5 °C

Bajo sedoanalgesia .RANSAM S.

RsCsRs no sopolos RsRs con murmullo vesicular (+) en ambos hemitórax sin sobreagregados, leve secreciones, cateter subclavio derecho sin secreciones sin signos de flograsis...

Como se puede leer de la historia clínica, el síndrome de SDRA es secundario al síndrome de Shock por dengue, la presión es adecuada y a pesar de la mejoría la evolución dice que su pronóstico es muy reservado. Hago esta observación porque el síndrome del shock por dengue se da cuando hay hipotensión y en la historia sale una TA de 115/70 que es adecuada, razón por la cual me reafirmo en mi hipótesis que la Juez A-quo no le dio el valor probatorio a la Historia clínica.

A folio 573 último párrafo, de los considerandos de la Juez en la sentencia, manifiesta:

"16.- El día 24 de abril del 2003, estando en UCI se dejó consignado análisis de la valoración hecha en la ronda de la noche (5:45 am) en el cual se lee que el paciente tuvo una disminución de la temperatura en la primeras horas de la mañana por lo cual se le disminuyó dopamina toleró la gastroclisis y se observa que durante el día se mantuvo colaborador y obedeciendo ordenes."

Esta evolución y valoración médica mencionada en el numeral 16, es del día 24-IV-2003 (folio 96), y dice:

Síndrome de shock x dengue Resuelto
S.D.R.A. Resuelto

Paciente despierto, colaborador, obedece órdenes

Normotenso

Pulmones claros en sinu acoplado al respirador - saturación > 95%

RX Torax: velamiento bibasal

Abd. Tolera gastroclisis

Renal: Buen gasto urinario

Ext. Disminución de pulsos medios en M II

Y lesiones en parche las perinitas en dorso de pie izquierdo

Infectológico: Afebril, aunque con leucocitosis importante. Se adiciona UNASYN

Se valora por servicio de Cx vascular, quien sugiere observación y seguimiento.

PLAN: Evolución favorable tanto hemodinámica como ventilatoria, sin datos de SIRS ni evento agudo que amenace constantes vitales.

IGUAL MANEJO.

Igual la Juez yerra al mencionar *análisis de la valoración hecha en la ronda de la noche (5:45 am)*, dice ronda en la noche y coloca entre paréntesis 5:45 a.m., será que la Juez A-quo leyó la historia clínica?

A folio 573 de los considerandos de la Juez en la sentencia, manifiesta:

"18.- El día 26 de abril del 2003, en UCI se dejó consignado la valoración realizada en la mañana se observa que tenía como diagnóstico: 1) Neumonía asociada a ventilador; ii) Sepsis de origen pulmonar; iii) Shock por dengue (resuelto), se dejó anotado que el

paciente se encontraba bajo sedoanalgesia y se encontraba estable sin datos de deterioro en las 24 horas antes de la ronda.

Esta evolución y valoración médica mencionada en el numeral 18, es del día 26-IV-2003, hora 11:00 am (folio 100), y dice:

Paciente de 37 años de edad, en su 9º día de E.H con DX:

- 1) Dengue complicado x shock dengue
- 2) Injuria pulmonar
- 3) Neumonía nosocomial asociada a VM (asociada)
- 4) Sepsis por Acinetobacter Baumannie**

Es de anotar que la Juez A-quo no menciona para nada la Sepsis de Acinetobacter Baumannie de la valoración de la mañana, por qué será?

A folio 573 de los considerandos de la Juez en la sentencia, manifiesta:

“20. - El día 28 de abril del 2003, ya con 12 días de estancia en UCI donde consta que evoluciona con signos vitales estables se decidió reanudar sedoanalgesia y se reprogramo traqueostomía.

Esta evolución y valoración médica mencionada en el numeral 20, es del día 28-IV-2003, hora 10:40 am (folio 104), y dice:

Paciente masculino de 37 años de edad, en su día 12 de estancia en UCI, con DX:

- 1) N.A.V.
- 2) Sepsis de origen pulmonar
- 3) Shock x dengue resuelto

Actualmente bajo sedación Midrazolan a 50 cc/h, Fontanilo 2 cc/h --> 0.03 Mkg/h

PVC = 8 TA 133/79 TAM 96 Sat. 100%

Febril 38°C

Pulmones: Con crepitos en bases pulmonar derecha e izquierda

Se observa que en ninguna parte de la historia clínica de la evolución y valoración del día 28 de Abril dice de reprogramar traqueostomía y nada dice del Shock por dengue resuelto, que según los médicos tratantes, el shock se da por la presión baja, pero valoran al paciente TA 133/79, que es una presión normal.

En declaración jurada rendida por el Dr. JOSE JARABA (FOLIO 404):

"Shock significa hipotensión que es choque, está dada por las cifras de presión arterial bajas, que de persistir en el tiempo comprometen la vida del paciente... cuando uno se refiere a Shock dengue Resuelto a lo que se refiere es a la Resolución del estado de Shock, de hipotensión que presentaba el paciente más no a la Resolución del cuadro nosocomial del dengue como tal".

Por lo anterior no es dable el Shock por dengue, sino que se trata de evolucionar al paciente MACHUCA, es Síndrome de shock por dengue, **tercera forma del dengue**, tal como lo establece el Manual Dengue del Ministerio de Salud en los folios 298 a 300 del expediente.

A folio 573 de los considerandos de la Juez en la sentencia, manifiesta:

"21.- El día 30 de abril del 2003, se valoró nuevamente tal como consta en la historia clínica donde se observa que en la ronda de la noche el paciente se encontraba bajo sedoanalgesia, sin embargo, estuvo despierto durante algunos momentos, se dejó como observación que encontraron los pulmones con mejor murmullo vesicular y se anotó que la extremidades se encontraban con debilidad muscular.

Esta evolución y valoración médica mencionada en el numeral 21, es del día 30-IV-2003, (folio 114), y dice:

Paciente presenta inicialmente sangrado a través de estoma de traqueotomía, con episodio de decantación parcial por "golpe de tos" y posterior baja saturación de oxígeno y doble bajo carbono con hipoventilación a la auscultación por lo que se procede a reacomodar cánula de traqueotomía. Pero posteriormente nuevamente hay protusión de la misma a pesar de estrecharse con punto de saturación con baja saturación de oxígeno 58%, por lo que se decide TOI y valoración URGENTE por ORI. (otorrinolaringólogo), quien considera el

paciente AMERITA cánula de MAYOR TAMAÑO POR TENER UNA TRAQUE AMPLIA. (valoración de la Dra. CARMEN ISABEL POLO).

1.- Se observa en la evolución y valoración médica de la fecha; el paciente acusa el mismo proceso infeccioso nosocomial (NAV mecánica) y la bacteria sepsis de origen pulmonar).

2.- Se observa también en esta evolución y valoración médica que dice: "paciente presenta inicialmente sangrado a través de estoma de traqueostomía, con episodios de decantación parcial **por golpe de tos**" (folio 114 Exp.)

Traqueostomía (procedimiento quirúrgico (DIA 1)

"Sangrado por golpe de Tos"

Se toma coagulograma que reporta normal.

NO POR MANIFESTACION HEMORRAGICA

A folio 573 en su parte final de los considerandos de la Juez en la sentencia, manifiesta:

"22.- El día 1 de Mayo del 2003, en UCI se valoró nuevamente en la ronda de la noche y se observa que el paciente fue llevado a revisión de traqueostomía y le fue colocaron una válvula, se lee en la epícrisis que sus complicaciones presenta sangrado moderado por lo que le tomaron muestras que reportaron resultados estables".

Esta evolución y valoración médica mencionada en el numeral 22, es del día 1-V-2003, Hora: 6:40 pm (folio 114), y dice:

Paciente masculino 35 años 16 EH, Dx:

- 1) Shock Dengue Resuelto
- 2) Sepsis Pulmonar x A. Baumanni

Paciente llevado en horas de la noche a revisión de traqueostomía y colocación de cánula # 9, la cual se fija con puntos de sutura externos, sin complicaciones, presenta sangrado moderado por lo que se toma coagulograma que reporta normal.

La señora Juez A-quo considera en la sentencia que: "paciente fue llevado a revisión de traqueostomía y le fue colocaron una válvula (válvula que no registra

la historia clínica en la valoración del paciente FERNANDO LUIS MACHUCA DE MIER... ". La realidad de la historia clínica es: **Paciente llevado en horas de la noche a revisión de traqueostomía y colocación de cánula # 9, la cual se fija con puntos de sutura externos**

Al paciente FERNANDO MACHUCA, se le hizo **dos traqueotomía**, pero **hubo falla en el procedimiento quirúrgico**, el equipo médico debió examinar si la cánula era de la medida de la tráquea, fue mal aplicada y eso complicó la respiración, de ahí la **baja saturación de oxígeno de 58%**. Se evidencia una falla del equipo médico y del servicio de salud en el procedimiento quirúrgico al instalar la cánula de la traqueostomía, que la Juez A-quo no valoró.

A folio 574 en su parte final de los considerandos de la Juez en la sentencia, manifiesta:

"24.- El día 3 de Mayo del 2003, en UCI en la ronda de la mañana se dejó constancia por parte del área de neumología que se le reviso el TAC cerebral al paciente sin que existan cambios en la condición del paciente encontrándose aún bajo sedoanalgesia, durante el día tuvo fiebre de 38° "

Esta evolución y valoración médica mencionada en el numeral 24, es del día 3-V-2003, Hora: 6:40 pm (folio 114), y dice:

Se revisa TAC cerebral **sin evidencia de patología aparente** "aunque no es el estudio indicado para lesión en fosa posterior".

Paciente continua sin cambios; actualmente bajo sedoanalgesia. Se espera evolución, ya que es necesario realizar una RM que es imposible en este momento y se realizará estudio eléctrico.

Reprobamos las valoraciones médicas por Neurología y Revisiones por Neurología de los Estudios TAC Cerebral y TAC cráneo, e inclusive el plan de revalorar por Neurología con TAC ccrebral, de la Dra. CARMEN ISABEL POLO (médico cirujano) Folio 121 Exp., por falta de legítima procedencia.

FALSEDAD EN DOCUMENTO PRIVADO y FRAUDE PROCESAL.
"Conducta punible que compromete la responsabilidad penal y civil de la Organización Clínica General del Norte y los médicos tratantes del paciente

Fernando Luis Machuca de Mier". Valoración médica por Neurología (folios 121 y 128 Exp.).

Falla provocada del servicio de salud y médicos por acción (violación al necesario deber de cuidado).

Falsa valoración por Neurología de fecha 6 - V - 2003, hora 11:45 AM. Plan: TAC cerebral para descartar evento cerebro vascular agudo, posiblemente hemorrágico (folio 128 Exp.). F. igual falsa revisión TAC x Neurología de fecha 3 -V-2003, hora 12:15 PM (folio 121 Exp.).

La Juez A-quo yerra al decir en la sentencia que se dejó constancia por parte del área de "neumología", cuando el especialista es la Neuróloga, Dra. NOHEMY MEZA, donde se aprecia comparando la orden del TAC y la orden medica, emitida por la Dra. NOHEMY MEZA, con la Revisión del TAC que la caligrafía y firma son diferentes. Tampoco en la valoración se habla que hay fiebre.

A folio 574 de los considerandos de la Juez en la sentencia, manifiesta:

"26.- El día 5 de Mayo del 2003, en la valoración realizada en UCI con diagnostico: i) Sepsis Pulmonar; ii) Neumonía A.V.M.; iii) Shock por dengue resuelto; iv) Pop traqueostomía; en la ronda de la mañana se dejó constancia que el paciente tenía apertura acular espontánea con paresea, aún se encontraba bajo efectos de sedoanalgesia (el cual fue suspendido en horas de la mañana; no había soplos en los pulmones en base pulmonares con movilización de secreciones; era un paciente hemodinamicamente controlado en horas de la mañana presentó fiebre 38.5°C".

Esta evolución y valoración médica mencionada en el numeral 26, es del día 5-V-2003, Hora: 6:15 am (folio 459), y dice:

Paciente masculino de 35 años de edad, en su día 20 de estancia en UCI, con
 IDX 1) Sepsis pulmonar x G (-), 2) Neumonía A.V.M., 3) Shock x dengue resuelto, 4) POP traqueostomía.

SV : TA 105/56 - PAM 80 FC 89X' FR 14X' T 36°C

SNC Paciente con pupilas en 7 mm en ambos ojos

Reflejo corneal (-) oculocefalico (-) pupilar (-), no responde a estímulos dolorosos

C.P. RsCsRs No soplos, con apoyo inotrópico con dopamina a 20 cc/h (8mg/kg/min) pulmones con baja del mv en bases pulmonares en VM modo A/C

ABD: blando, depresible, peritalsis (+)

G:U diuresis (+) 6100/2 h

Extrem: simétricas, no edema de MIsI

Paciente con ausencia de reflejos de tallo cerebral, por lo que se piensa compromiso neurológico por HTA, por lo que se sugiere TAC cráneo simple en la mañana. Pronóstico reservado de acuerdo a evolución.

La señora Juez, en la sentencia no menciona la valoración del mismo día Mayo 5 de 2003 en horas de la noche.

Señora Juez. reitero por su naturaleza, éstas secuelas tienen relación con la urgencia hipertensiva que presentó el paciente, seguido media hora el paciente responde con TA 89/49 (hipotensión), luego TA 156/68. PA subió – bajó – subió. (folio 459)

En cuanto al 1er y 2º sangrado, la misma valoración medica explica el motivo.

En la historia clínica no existe ninguna otra valoración médica que indique sangrado, ni plan para combatirlo.

A folio 577 de los considerandos de la Juez en la sentencia, manifiesta:

“A folio 260 y 261 del expediente se encuentra informe de patología quirúrgica realizada por el Dr. JESUS PEREZ GARCIA, realizada el día 11 de junio de 2003 sobre el cuerpo del señor MACHUCA DE MIER FERNANDO, el cual diagnostica: Adulto joven que fallece en falla multisistémica inducida por compromiso infeccioso viral de probable etiología por dengue. Compromiso de sistema nervioso central con hemorragia basal documentada por imagenología, pulmones con neumonía y daño alveolar difuso. Corazón con miocarditis subaguda. Riñones con glomerulonefritis proliferativa con glomérulo esclerosis. Hígado con congestión pasiva y colestasis ligera. Ver descripciones macro y microscópicas.

INFORME DE PATOLOGIA QUIRURGICA

1.- De la descripción microscópica, se registra para el corazón forma y tamaño normal sin alteraciones en el musculo cardiaco. El espesor ventricular, los músculos papilares y las estructuras valvulares no muestran alteraciones (folio 296 Exp.).

De la descripción microscópica: corazón muestra focos con **necrosis e inflamación aguda y crónica** del miocardio sin alteraciones endocárdicas (folio 297 Exp.).

Para el diagnóstico anatomopatológico

Corazón con miocarditis subaguda (folio 296 Exp.)

Esta necropsia no registra corazón insuficiente.

Corazón sin alteraciones funcionales y estructurales.

(NECROSIS: de vista Bial y Med. Muerte de varias células de un tejido orgánico

INFLAMACION: alteración patológica del tejido conjuntivo que se caracteriza por trastorno circulatorio

CRONICA: Se dice de las enfermedades largas o habituales).

DICCIONARIO LENGUA ESPAÑOLA PLUS GRUPO EDITORIAL, NORMA.

Encontramos que el informe de patología quirúrgico (necropsia del corazón) y el estudio ecocardiográfico del paciente FERNANDO LUIS MACHUCA registran resultados indicativos de corazón sin alteraciones funcionales y estructurales y así mismo, las anotaciones de la evolución y valoración médica del sistema cardiaco del paciente, no registra alteraciones e insuficiencia cardiaca. Esta patología no fue detectada por el ecocardiograma Doppler: que son las técnicas más precisas para determinar insuficiencia cardiaca (principio de medicina interna. 14ª Edición Pag. 1491 (Harrison).

Hay elementos de juicios que desvirtúan el diagnóstico patológico de insuficiencia cardíaca (queda la duda).

Según descripción microscópica: el corazón muestra focos con necrosis aguda y crónica del miocardio.

De ser una patología antigua que viene de tiempo atrás, hubiese sido detectada por el estudio ecocardiograma Doppler, de fecha 26-VI-2003, de la misma organización Clínica General del Norte, practicada al paciente FERNANDO MACHUCA (folio 201 Exp.) (queda la duda).

De la descripción macroscópica, se registra para los pulmones: son de coloración gris rosada con disminución de la crepitancia y marcada congestión basal. A los cortes seriados se aprecia moderado edema y congestión del parénquima y los bronquios y la tráquea se aprecian libre.

(CRONICA (según diccionario de Lengua Española Plus, Grupo Editorial Norma. La expresión crónica, significa se dice de las enfermedades largas o habituales que viene de tiempo atrás).

De la descripción microscópica, para los pulmones documentan: cuadro de neumonía subaguda con daño alveolar difuso y congestión parenquimatosa, Congestión perivenular central y colestosis hepatocitorio a nivel hepático (folio 297).

Para el diagnóstico anatomopatológico:

Pulmones con Neumonía y daño alveolar difuso.

Fuente de esta patología pulmonar: análisis: paciente con cuadro clínico y hallazgos en **fibrobroncoscopia**, compatible a cuadro de Neumonía. se inicia esquema con imipenem mas vancomicina por empeoramiento clínico y radiológico, para cubrir la bacteria **Pseudomona, stafilococo** y atípica. {que comprometió el sistema inmunológico del paciente}

Paciente presentando cuadro de Disnea con taquisnea. Se realiza RX de tórax (folio 189 Exp.), que presenta congestión pulmonar con deterioro respiratorio, por lo que necesita traqueostomía y asistencia ventilatoria (folio 71 Exp.)

Esta bacteria es la causa de la evolución tórpida del paciente, por lo que se ordena traslado a UCI para continuar monitoreo (folio 69 Exp.).

A partir del 16 -IV-2003, comienzan a valorar al paciente con registro de **lesión pulmonar aguda**, síndrome de insuficiencia respiratoria, aumento de presión en circulación pulmonar, producida por patología pulmonar.

La fase inicial con cefalea, fiebre, malestar general, alteración de la frecuencia respiratoria, frecuencia cardiaca hasta 130X'. Esta generalizada su alteración desde el 15-IV-2003 hasta el día que fallece, V-8-2003.

Como infección de la vía respiratoria, puede acceder al parénquima pulmonar de dos formas distintas: por aspiración de la flora de las vías respiratorias altas y por diseminación hematogena.

La neumonía estafilocócica representa una infección grave que se caracteriza clínicamente por **DISNEA**, toxicidad general (VER ANALISIS) (folio 69 Exp.). Los hallazgos de la fibrobroncoscopia, crearon el deterioro respiratorio. **La afectación pulmonar es bacteriana.**

Según evolución y valoración médica de fecha 23 -IV-2003, de los Drs. EIDELMAN GONZALEZ y JUAN JOSE CASTRO, le registraron al paciente la segunda bacteria nosocomial: sepsis por Bacilo Gran (-) en identificación.

Para el día 25 -IV-2003, según evolución médica y valoración de los Drs. ANTONIO CONSUEGRA y CARMEN ISABEL POLO, le registran de manera definitiva al paciente la bacteria **SEPSIS por acinetobacter Baumanmil calcoacilim** (folio 98 Exp.)

A partir del día 26 -IV-2003, hora 3:00 pm, valoración del Dr. ANTONIO CONSUEGRA, le definen la bacteria intrahospitalaria **SEPSIS** de origen pulmonar y continua la patología pulmonar: Neumonía asociada a ventilador mecánico, hasta 8-V-2003. fecha en que fallece el paciente.

La tercera bacteria intrahospitalaria registrada al paciente se denomina el **ACINETOBACTER BAUMANMIL**, es un bacilo gran negativo, que a la fecha 26-IV-2003, hora 10:30 AM, por infectología, se aísla esta bacteria en secreción

bronquial y Gran (-) en hemocultivo y retrocultivo, se extreman medidas de aislamiento estricto (folio 99 Exp.).

Esta bacteria nosocomial desempeña un papel preponderante en las infecciones respiratorias, fundamentalmente la neumonía, que comprometen el sistema inmunológico del paciente, siendo responsable de una elevada morbi mortalidad.

Estas tres bacterias nosocomiales descritas previamente son la causa del proceso NEUMONICO que registra la historia clínica del paciente MACHUCA.

DE LA DESCRIPCIÓN MICROSCÓPICA DEL INFORME DE PATOLOGÍA QUIRÚRGICA (folio 297 Exp.)

Se registra para el Dengue:

Los hallazgos histológicos asociados a la clínica y la valoración para clínica realizada en el occiso se **correlacionan con hallazgos documentados como evidencias médicas de muertes inducidas por dengue sin manifestaciones hemorrágicas persistentes.**

La historia clínica de FERNANDO LUIS MACHUCA DE MIER, registra por evolución médica que el paciente fue valorado por dengue clásico IV-16-2003 (folio 68 Exp.) y a partir del día 17 de abril de 2003, horas de la noche 11:00 PM, con **síndrome de shock por dengue** (folio 75 Exp.).

Vemos pues, que en el dengue se definen tres (3) formas específicas: Dengue clásico (DC), dengue hemorrágico (DH) y síndrome de shock dengue (SCD).

con diversas niveles de gravedad (Manual de dengue del Ministerio de Salud) (folio 298 Exp.).

No se observa en la historia clínica Acta suscrita por el médico infectólogo y/o el equipo médico tratante, del tránsito de dengue clásico a Síndrome de Shock del Dengue y sin tener en cuenta su nivel de gravedad.

{Falla del servicio médico y de salud del equipo médico y la institución}

Obsérvese, el día 17-IV-2003, a las 3:55 M el paciente con la siguiente nota de evolución y valoración médica (folio 77 Exp.):

5. Síndrome de Shock por Dengue
6. SDRA
7. Derrame pleural bilateral
8. Proceso neumónico

A folio 96 del expediente, fecha IV-24-2003, se encuentra evolución médica y valoración del Dr ANTONIO CONSUEGRA médico tratante e intensivista, con el siguiente registro:

3. **Síndrome de Shock por Dengue Resuelto**
4. **SDRA RESUELTO**

Evolución favorable tanto hemodinámica como ventilatoria. Sin datos de SIRS, ni evento agudo que amenace constantes vitales (folio 96 Exp.).

* A partir de la fecha **paciente sin síndrome de Shock Dengue**, por qué fue **RESUELTO**, inclusive el 8 -V-2003, fecha en que fallece a las 2:00 PM.

Cabe anotar que de los elementos de juicio médicos que registra la evolución y valoración médica del paciente FERNANDO LUIS MACHUCA DE MIER, a partir del 24-IV-2003, hasta el 8-V-2003 (folios 96-132 Exp.), no es **EVIDENTE** la correlación que registra la descripción microscópica entre:

“Los hallazgos histológicos asociados a la clínica y valoración paraclínica realizado en el occiso y los hallazgos documentados como evidencias

médicas de muerte inducidas por dengue sin manifestaciones hemorrágicas preexistentes... (folio 297 Exp.).

Por cuanto el dengue fue RESUELTO, como lo registra las valoraciones médicas de las fechas y folios antes citados, que no presentan anotaciones de trombocitopenia, signos de choque como hipotensión o tensión arterial disminuida (menor o igual a 20 mmhg), con plaquetas normalizadas, sin manifestaciones hemorrágicas (folio 300 exp.). **NO hay soporte entre éstas evoluciones y valoraciones médicas para muerte inducida por dengue. Este hecho está en contra de la descripción microscópica del informe de patología quirúrgica en lo que hace relación con el dengue.** {Duda entre los soportes de la evolución y valoración médica y el diagnóstico patológico}

En cuanto el compromiso del sistema nervioso central con hemorragia basal documentada por imagenología: según diagnóstico anatomopatológico (folio 297 Exp.).

Para el día 5-V-2003, hora 10:30 PM, el paciente presenta hipertensión arterial de 190/105 subió. A eso de la hora 11:00 PM, paciente presentó hipotensión 89/49 bajó, taquicardia de 170X² (pulsaciones por minuto) crisis que persiste hace una hemorragia y queda sin respuesta neurológica (cerebralmente muerto) con ausencia de reflejo de tallo y corteza cerebral, como consecuencia de hipertensión e hipotensión. Causa: cambios de tensión arterial: subió y bajó (folio 459 y 203 Exp.).

(Es de recibo anotar que la hipotensión es producto del manejo de medicamentos en el momento de la urgencia hipertensiva. Y no de shock o complicaciones que produce el dengue hemorrágico, que enfatiza la contestación de la demanda, para documentar Hematoma parenquimatoso (folio 203 Exp.) como una de las múltiples complicaciones que produce el dengue hemorrágico y entre ellas las complicaciones como sangrados, daños neurológicos (eso dice la contestación de la demanda) (folio 284 – 286).

Así queda confrontado el informe de patología quirúrgica: con lo antes desarrollado de la necropsia renal, cardíaco, pulmonar y sistema nervioso central y en lo que hace relación al compromiso infeccioso viral de probable Etiología por Dengue, no aplica al caso de FERNANDO LUIS MACHUCA DE MIER, porque no podrá ser acreditado por la experiencia (evidencias médicas

de muerte: inducidas por dengue) porque no se funda en **razones prudentes** y no guarda las debidas proporciones y no podrá demostrarse la certeza de esa probabilidad, porque el **dengue fue resuelto**; lo que está plenamente demostrado, a partir del 24-IV-2003 (folio 96-132 Exp.).

(PROBABLE: verosímil, creíble. 2.- Que se funda en razones prudentes. 3.- Que se puede probar. 4.- Que puede suceder).

Es de recibo anotar que en la historia clínica del paciente FERNANDO LUIS MACHUCA DE MIER, no hay soporte clínico para los resultados del informe de patología quirúrgico; lo que si es notoria la tendencia del diagnóstico anatomopatológico a las múltiples complicaciones que enfatiza la contestación de la demanda (folios 284, 290, 291 Exp.), para considerar muerte en falla multisistémica inducida por compromiso viral de probable etiología por **Dengue; que fue Resuelto. Pasando inadvertido** el médico patólogo, al practicar la necropsia, de las tres (3) bacterias nosocomial, adquiridas en la Institución descrita con anterioridad (folios 69, 98, 99 Exp.), que fueron la causa del proceso neumónico que evolucionó el paciente, a partir del 16-IV-2003, quien fue trasladado en la fecha a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) hasta el día que fallece 8-V-2003, hora 2:00 PM, como consecuencia de los efectos de la bacteria *Pseudomona*, *Stafilococo* y *Atípicas* y los dos o siguientes bacterias ya descritas. (compromiso bacteriano).

Compromiso de sistema nervioso central con hemorragia: Causa: hipertensión arterial (TA 190/105) e hipotensión TA 89/49, subió y bajó (folios 459 y 203 Exp.): cambios de tensión arterial.

Es de recibo anotar que la hipotensión es producto del manejo de medicamentos en el momento de la urgencia hipertensiva (folio 459 Exp.).

No hubo anotación de la evolución médica del paciente el día 5-V-2003, hora 10:30 PM. Sobre hipertensión arterial 190/105 y 11:00 PM hipotensión 89/49

(folio 459 Exp.) y no hubo diligencia oportuna para documentar el caso con el estudio TAC (continúa la duda).

Obsérvese que en la evolución médica de Mayo 6 de 2003, hora 6:15 AM (mismo folio 459 Exp.), en su día 20 de estancia en UCI, le registran al paciente:

5. Sepsis pulmonar Gran (-)
6. Shock por dengue resuelto
7. Neumonía AVM
8. POP traqueostomía

No le evolucionaron oportunamente el evento cerebro vascular, (la hipertensión arterial e hipotensión) (folio 459 del Exp.).

Pero si le registran al paciente:

“Shock por Dengue Resuelto

Con TA 105/56 tensión arterial baja; cifra tensional que equivale a hipotensión (folio 459 Exp.).

A folio 580 de los considerandos de la Juez en la sentencia, manifiesta:

“De igual forma se puede apreciar que el mencionado señor, presentó entre otros síntomas del dengue grave Shock Hipovolemico por fuga de plasma, Distres respiratorio por acumulación de líquido, Sangrado grave, Daño Orgánico importante, el cual se pudo resolver el denominado Shock Hipovolémico, como lo documenta la historia clínica, pero preexistiendo otros diagnósticos complicados para la vida del señor Muchuca.

En cuanto a la bacteria hospitalaria ésta no se encuentra documentada en ninguna de las pruebas allegadas en este proceso, por lo que solo estaría en mera argumentación de la parte demandante sin sustento probatorio”.

Es de anotar que en todo el recorrido de la historia clínica del paciente FERNANDO LUIS MACHUCA DE MIER, no se encuentra consignado el término Dengue Grave Shock Hipovolemico por fuga de plasma; registra la historia clínica a folio 63 la siguiente valoración hecha por el Dr. FELIPE GONZALEZ:

“Distres respiratorio con proceso probable de aumento de permeabilidad capilar (impresión diagnóstica) – edema pulmonar en paciente con síndrome viral tipo dengue positivo, alto riesgo de SIRS (taquicardia + leucocitosis, taquipnea). Trasladado a Unidad Polivalente”

De lo anterior se desprende que no hay pertinencia entre lo anotado en los considerandos de la señora juez y la historia clínica que es la prueba reina en el proceso, y las evoluciones y valoraciones médicas de la historia clínica, la Juez A-quo se basó en los testimonios rendidos por Doctores médicos tratantes y declarantes que evolucionaron y valoraron al paciente, sin darle valor probatorio a la historia clínica que es la prueba reina como ella lo manifiesta en la sentencia. Los testimonios solicitados en todos fueron médicos y enfermeras del paciente, excepto la demandante ISABEL DEL SOCORRO MORAN GONZALEZ, quien se presentó el día que fue citada, pero que el señor juez, el día de la fecha y hora de la diligencia no se presentó a trabajar y el abogado de la parte demandada que pidió un interrogatorio de parte, renunció a la prueba.

Referente a lo manifestado: *“la bacteria hospitalaria ésta no se encuentra documentada en ninguna de las pruebas allegadas en este proceso”*, disiento de esta apreciación de la Juez A-quo, debido a que a folio 69 del expediente se registra en fecha 16 de abril de 2003, hora 11:00 am, en la parte que dice análisis, dice lo siguiente: *“paciente con cuadro clínico y hallazgos en fibrobroncoscopia compatible cuadro de neumonía viral. Se inicia esquema Por empeoramiento clínico y radiológico, para cubrir pseudomona, stafilococo y atípica.*

Se ordena corrección de tiempos de coagulación con Vita K y plasma.

Se sube aporte de potasio y se mantienen leu altos

Se ordena iniciar gastroclisis y traslado a UCI para continuar monitoreo”

Como se puede comprobar, A los 7 días de haber sido hospitalizado el paciente FERNANDO LUIS MACHUCA DE MIER, presentó las bacterias pseudomona, stafilococo y atípica, lo prueba es la historia clínica aportada al

proceso como prueba documental en la demanda (5.1.4) no son argumentaciones sin sustento probatorio como lo manifiesta la Juez A-quo; lo contrario a la parte demandada que resistió a aportar la historia clínica, a pesar que el despacho se los solicito a través de oficio.

Así mismo a folios 98 de fecha 25 de Abril de 2003, hora 16:30 (UCI TARDE), la historia clínica dice:

“ Paciente masculino 37 años

Dx: 1) Shock por dengue en Resolución

2) Sepsis por *Acinetobacter Baumannii* – *calcoalicis multiresistente*

Así mismo a folios 99 y 100 de fecha 26 de Abril de 2003, hora 10:30 am, la historia clínica dice:

“INFECTIOLOGIA:

Noveno día evolución UCI, paciente masculino de 37 años

Dx 1) Dengue complicado x Shock dengue

3) Injuria Pulmonar

4) Neumonía Nosocomial asociada a ventilación

Se aísla *A. Baumannii* en secreción bronquial y Gran (-) en Hemocultivo y Retrocultivo. Se extreman medidas de aislamiento...”

Con lo anterior, queda plenamente demostrado que las bacterias nosocomiales fueron adquiridas por el paciente MACHUCA DE MIER a los 7 días de hospitalización como consta en la historia clínica (prueba reina), la cual la Juez A-quo omitió darle el valor probatorio en la sentencia.

A folio 581 de los considerandos de la sentencia, la Juez A-quo manifiesta:

“Aunada a lo anterior, en el informe de patología quirúrgica, realizada por el Dr. JESUS PEREZ GARCIA, realizada el 11 de junio de 2003, realizado al cuerpo del señor MACHUCA, se establece que el mismo muere por una falla multisistémica por compromiso infeccioso viral de probable etiología de dengue, corroborando el diagnóstico realizado por los médicos y detallado en la historia clínica

La Juez A-quo al dictar la sentencia no hizo la valoración pertinente del informe ECOCARDIOGRAFICO que se encuentra en el expediente a folio 201, realizado por el Cardiólogo RAUL RODRIGUEZ PARDO en fecha 26 de abril de 2003, con el informe de patología quirúrgica.

Es de recibo anotar que en la historia clínica del paciente FERNANDO LUIS MACHUCA DE MIER, no hay soporte clínico para los resultados del informe de patología quirúrgico; lo que si es notoria la tendencia del diagnóstico anatomopatológico a las múltiples complicaciones que enfatiza la contestación de la demanda (folios 284, 290, 291 Exp.), para considerar muerte en falla multisistémica inducida por compromiso viral de probable etiología por Dengue; que fue Resuelto. Pasando inadvertido el médico patólogo, al practicar la necropsia, de las tres (3) bacterias nosocomial, adquiridas en la Institución descrita con anterioridad (folios 69, 98, 99 Exp.), que fueron la causa del proceso neumónico que evolucionó el paciente, a partir del 16-IV-2003, quien fue trasladado en la fecha a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) hasta el día que fallece 8-V-2003, hora 2:00 PM, como consecuencia de los efectos de la bacteria *Pseudomona*, *Stafilococo* y *Atípicas* y los dos o siguientes bacterias ya descritas. (compromiso bacteriano).

Compromiso de sistema nervioso central con hemorragia: Causa: hipertensión arterial (TA 190/105) e hipotensión TA 89/49, subió y bajó (folios 459 y 203 Exp.): cambios de tensión arterial.

Es de recibo anotar que la hipotensión es producto del manejo de medicamentos en el momento de la urgencia hipertensiva (folio 459 Exp.).

No hubo anotación de la evolución médica del paciente el día 5-V-2003, hora 10:30 PM. Sobre hipertensión arterial 190/105 y 11:00 PM hipotensión 89/49 (folio 459 Exp.) y no hubo diligencia oportuna para documentar el caso con el estudio TAC (hay duda del informe de patología).

Llama la atención y crea sospecha la escritura y firma de los folios 121 y 128 V-6-2003 – 11:45 AM y V – 3 – 2003, HORA 12:15 pm, contentivos de las valoraciones con TAC y estudio del mismo. Confrontar y analizar firma y escritura con firma y escritura de los folios 119 y 179 Exp.).

En lo que tiene que ver con Neurología (Dra. NOHEMY MEZA), igualmente el folio 128 Exp., Escanear folios originales 119 y 179 y folios 121 y 128 (firmas falsas) y confrontar lo escaneado a renglón seguido.

En lo que hace relación a la revisión TAC cerebral y la valoración por Neurología de fecha 3 - V- 2003, hora 12:15 anotación (folio 121 Exp.), nos pronunciamos que es "suplantada", por lo que se trata de revisión TAC cerebral, y valoración médica por Neurología, "estudio especializado al paciente FERNANDO LUIS MACHUCA DE MIER, para un médico Neurólogo.

Que contraste para la atención de la salud y vida del paciente, que institucionalmente ordenaron a un médico cirujano (medicina general) para la revisión del estudio TAC cerebral y valoración médica por Neurología (folio 121 Exp.) y valoración por neurología (folio 128 Exp.).

V - 6 - 2003, hora 11:45 am, anotación sin nombre del médico, sin identificación personal y profesional: sustituyeron ilegalmente a la médico neuróloga NOHEMY MEZA, quien según valoración por Neurología de fecha V - 2 -2003, le ordenó al paciente PLAN TAC cráneo simple con corte en fosa posterior (folio 119 Exp.); por una médico cirujano (medicina general), Dra. SANDRA SANTOS (Folios 67,142, 143, 144, 182 Exp.).

Falsas valoraciones y Revisión Estudio TAC cerebral por Neurología, sin orden médica (folio 121 y 128 Exp.). Firma de la Dra. NOHEMY MEZA, fue falsificada (notas fueron agregadas) para respaldar las valoraciones médicas y la revisión de los estudios TAC por Neurología.

Expusieron a riesgo - peligro la vida del paciente FERNANDO LUIS MACHUCA DE MIER, en una acción de la Organización Clínica General del Norte, en manos de los médicos tratantes, en un caso aventurado, censurable y punible: Poner en manos de un médico cirujano (medicina general) la responsabilidad de las valoraciones médicas por Neurología y revisión de los estudios de TAC cerebral (folios 121 y 128 Exp.).

Reprobamos las valoraciones médicas por Neurología y Revisiones por Neurología de los Estudios TAC Cerebral y TAC cráneo, e inclusive el plan de revalorar por Neurología con TAC cerebral, de la Dra. CARMEN ISABEL POLO (médico cirujano) Folio 121 Exp., por falta de legítima procedencia.

FALSEDAD EN DOCUMENTO PRIVADO y FRAUDE PROCESAL.
 "Conducta punible que compromete la responsabilidad penal y civil de la Organización Clínica General del Norte y los médicos tratantes del paciente Fernando Luis Machuca de Mier". Valoración médica por Neurología (folios 121 y 128 Exp.).

Falla provocada del servicio de salud y médicos por acción (violación al necesario deber de cuidado), lo cual la señora Juez, no le dio el valor probatorio al dictar la sentencia.

Ambas anotaciones sin nombre del médico tratante (Neurólogo), sin identificación personal y profesional. Las dos anotaciones con la misma caligrafía y respaldadas con firmas falsas e imitaciones, firma de la Neuróloga NOHEMY MEZA (folio 119, 128 anotación de V - 6 - 2003, hora 12:15 PM y folio 179 Exp. Mayo 2 de 2003, TAC cráneo simple (orden médica).

¿Por qué las anotaciones cuestionadas (caligrafía) de la Dra. SANDRA SANTOS (folios 121 y 128 Exp.?)

La Juez A-quo no se dio cuenta de esta falsedad documental, al parecer no le hizo el estudio a la historia clínica para dictar la sentencia.

Aporto con este Recurso fotocopia de los folios 119, 121, 128 y 179 (ordenes médicas donde la Doctora NOHEMY MEZA ordena el TAC) y el folio 67, 142, 143 (para verificar caligrafía y firma de la Dra. SANDRA SANTOS).

Al paciente FERNANDO MACHUCA, se le hizo dos traqueotomía, pero hubo falla en el procedimiento quirúrgico, el equipo médico debió examinar si la cánula era de la medida de la tráquea, fue mal aplicada y eso complicó la respiración, de ahí la baja saturación de oxígeno de 58% (folio 114 Exp.)

30 - IV- 2003 - Evolución y valoración de la Dra CARMEN ISABEL POLO. Paciente que al examen físico presentó los siguientes registros:

Presenta inicialmente sangrado a través de estoma de traqueostomía, con episodio de decantación parcial, por golpe de tos posterior - Sato₂ (bajo saturación de oxígeno) (doble baja carbono) con hipoventilación a la

auscultación, por lo que se procede a reacomodar cánula de traqueostomía, pero posteriormente, nuevamente hay protrusión de la misma, a pesar de estrecharse con punto de sutura; con bajo SatO_2 58%, por lo que se decide TOT y valoración urgente por ORL (otorrinolaringólogo). Plan – Paciente valorado por ORL, quien considera el paciente amerita cánula de mayor tamaño por tener una tráquea amplia (folio 114 Exp.).

1.- Se observa en la evolución y valoración médica de la fecha; el paciente acusa el mismo proceso infeccioso nosocomial (NAV mecánica) y la bacteria sepsis de origen pulmonar).

2.- Se observa también en esta evolución y valoración médica que dice: “paciente presenta inicialmente sangrado a través de estoma de traqueostomía, con episodios de decantación parcial por golpe de tos” (folio 114 Exp.)

Traqueostomía (procedimiento quirúrgico (DÍA 1)

“Sangrado por golpe de Tos”

Se toma coagulograma que reporta normal.

NO POR MANIFESTACION HEMORRAGICA

Porque el Síndrome de Shock del Dengue que le trataban al paciente, desde el 17 de IV-2003; a partir del 24 -IV -2003 Los médicos tratantes lo declararon Resuelto, inclusive el día 8 -V – 2003, fecha en que el paciente fallece (folio 96 – 132 Exp.).

3.- Así mismo, registra esta evolución:

1.- Baja SatO_2 (baja saturación de oxígeno)

2.- Doble baja C (Doble baja de carbono)

Falla en el proceso quirúrgico de la traqueostomía de parte del equipo médico y falla del servicio: hubo falta de diligencia, falta al necesario deber de cuidado.

1.- La necesidad de reacomodar la cánula, sometió al paciente a un grave riesgo de muerte, con la doble baja saturación de oxígeno y la doble baja de C. (folio 114 Exp.).

2.- Falla del servicio y del equipo médico, por no examinar y analizar la tráquea del paciente para colocarle la cánula de la medida, hubo falta de diligencia del equipo médico por lo que se decide:

- 1.- TOT (doble traqueostomía)
- 2.- Valoración urgente por ORL, quien considera **"el paciente amerita cánula de mayor tamaño por tener una tráquea amplia"** (Folio 114 Exp.)

El paciente es sometido a doble mismo procedimiento quirúrgico, que siente y le lastima. Si el equipo médico obra con diligencia no ocurre lo previsible (falla del servicio médico y salud). Violación al necesario deber de cuidado (obsérvese deterioro cerebral).

Igualmente el Dr. JOSE JARABA SIERRA, médico tratante y declarante, pretende atribuirle al Dengue Hemorrágico complicaciones como esta (sangrado a nivel cerebral) **lo que él en ninguna de sus evoluciones y valoraciones médicas registró:**

Según valoración médica de fecha V-5-2003, hora 10:30 PM (folio 459 Exp.) el paciente FERNANDO LUIS MACHUCA DE MIER, presentó urgencia hipertensiva arterial, le aumentaron la infusión de metoprolol y fentanilo, media hora después 11:00 PM, de la misma fecha el paciente presentó TA de 89/49.

Hallazgo de hipertensión e hipotensión = TA subió y bajó.

Para este hallazgo no hubo una oportuna evolución médica por parte del equipo médico que atendió la urgencia hipertensiva e hipotensión (subió y bajó) no hubo valoración.

A renglón seguido se observa evolución del paciente de fecha V-8-2003, hora 6:15 am, en su día 20 de estancia en UCI.

5. Sepsis pulmonar x G (-)
6. Neumonía AVM (asociada a ventilación mecánica)
7. Shock por dengue Resuelto
8. POP Traqueostomía

Nada dice la evolución médica del hallazgo de urgencia hipertensiva e hipotensión.

A Mayo 6 de 2003, folio 459 Exp., después de 7 horas se registró:

- SNC: paciente con pupilas en 7mm en ambos ojos, reflejos corneal (-), oculocefálico (-), pupilar (-) no responde a estímulos dolorosos.
- Paciente con ausencia de reflejos de tallo cerebral, por lo que se sugiere TAC cráneo simple en la mañana.

De estos hallazgos el médico internista e intensivista JOSE JARABA SIERRA, nada dice en su declaración jurada, ni en sus evoluciones, y valoraciones médicas. Pretende atribuirle al dengue complicaciones como ésta, que es producto de la urgencia hipertensiva e hipotensión arterial 190/105 y TA 89/49 (Que causó el derramen (sangrado) y deterioro cerebral y por último paro cardíaco y muerte (folio 459 Exp.)

EL DAÑO PROPIAMENTE

El hecho dañoso (actuación de la demandada y los médicos tratantes, es imputable única y exclusivamente a la ORGANIZACIÓN CLINICA GENERAL DEL NORTE S.A., y los médicos tratantes que atendieron al paciente FERNANDO LUIS MACHUCA DE MIER, Este caso corresponde a la tesis de falta o falla presunta, por tratarse de una falla del servicio médico oficial, prestado por el Seguro Social. Se presume falta o falla del servicio; es decir, se presume uno de los tres presupuestos de la responsabilidad (el hecho dañoso).

Con el resultado dañoso (muerte de FERNANDO LUIS MACHUCA DE MIER) a causa de falta de diligencia, descuido y violación de deber de cuidado en la prestación del servicio de salud y médico que funcionaron en forma irregular e inadecuada a partir de la fecha 16 de abril de 2003, fecha en que adquirió las bacterias intrahospitalarias debidamente descritas.

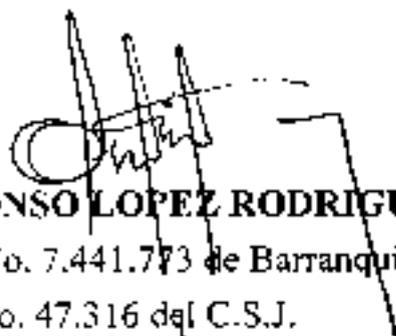
RELACION DE CAUSALIDAD ENTRE LA ACTUACION ADMINISTRATIVA Y EL DAÑO

Es evidente que la ORGANIZACION CLINICA GENERAL DEL NORTE S.A., y su equipo médico tratante, incurrieron en falla o falta de servicio, tal como consta en los folios 114 y 459 del expediente, donde se aprecia la falla de la traqueostomía y la hipertensión 190/105 (hora 10:30 pm) -hipotensión 89/49 (11:00 pm), presión arterial que subió, bajo y subió nuevamente (156/68) lo que causó el deterioro cerebral, debido a que un paciente con monitoreo se halla producido ese hallazgo, los médicos no pudieron evitar lo previsible y la señora Jucz A-quo en el fallo no tuvo en cuenta.

PETICION

Teniendo en cuenta lo manifestado solicito se REVOQUE la sentencia de fecha 24 de febrero del 2020, y se concedan las peticiones de la demanda principal.

Atentamente,



ALFONSO LOPEZ RODRIGUEZ
C.C. No. 7.441.773 de Barranquilla
T.P. No. 47.316 del C.S.J.

179

02/05/03 (C) Traguera 2 comp IV STAT
 (C) Piretanol 1 comp IV STAT
 (C) Dexamet 5mg IV STAT
 (C) Levoflo OT
 (C) Ketorolac 10mg IV STAT
 (C) Furosemida 40mg IV STAT
 (C) Cloruro de potasio 20mEq IV STAT
 (C) glicina

Jim
 G. [Signature]
 MEDICO

APellidos: [Blank]
 Nombres: [Blank]
 Carrera: [Blank]
 C.A.M.A.: [Blank]
 MEDICO: [Blank]

Hayse los DTA nuevos simple
Jim

02/05/03

2/05/03 (C) Glicina 10mg IV STAT
 (C) Dexamet 5mg IV STAT
Jim

ES FIEL COPIA DEL ORIGINAL
 DE LA HISTORIA CLINICA EN
 FICHAS EN
 DE CLINICA GENERAL DEL
 FIRMA AUTORIZADA

APellidos: [Blank]
 Nombres: [Blank]
 Carrera: [Blank]
 C.A.M.A.: [Blank]
 MEDICO: [Blank]

02/05/03 (C) Leto de propride simple 12 c/8hs
Jim

2
 Label Foto
 G. [Signature]
 MEDICO

APellidos: [Blank]
 Nombres: [Blank]
 Carrera: [Blank]
 C.A.M.A.: [Blank]
 MEDICO: [Blank]

02/05/03 (C) Haloperidol simple 10 c/8hs
Jim

2
 Label Foto
 G. [Signature]
 MEDICO

39

Apellido: _____ Nombre: _____
No de Cama: _____ EPS: _____ Particular:

HORA FECHA	NOTAS
03/12/98	<p>SIRVASE FIRMAR LEGIBLE TODAS LAS ANOTACIONES QUE ESCRIBA</p> <p>Feb 38° durante la noche, afeitado en una de la mañana. Duración 2-300cc. Hemológica. Buen pedo anal y p.a.</p> <p>• Biología: creat 0.96 BUN 8 urea 17.5 K 4.0 Gluc 98 Na 137 Hb 10.2 HTO 31 Leucos 22300 T21 TP 12.5 TPT 31.3</p> <p>• Plan: - Rensión de traqueostomía 12 mm - Penicilina x neuropatía con TAC cerebral</p> <p>Conducta FTB - expectante por Pica fetal y encefalitis</p>
03/12/98	<p>neurología</p> <p>Se curso TAC cerebral sin evidencias de patología aparente. También se realizó estudio de líquido cefalorraquídeo por lesión y se sugiere estudio electroencefalograma con posibilidad de que tenga dos cuadros a paraneoplasia y se sugiere iniciar antiepilépticos con monitorización con video.</p>

89

ORGANIZACION CLINICA GENERAL DEL NORTE
FIRMA

1º Apellido: Castro
 No de Carné: 214 EPS: Particular

728

HORA:
FECHA:

SIRVASE FIRMAR LEGIBLE TODAS LAS ANOTACIONES QUE ESCRIBA

1145
Am

OBW5603 Neurología

Pac masculino, 35 años, actualman
 se encuentra pupila midriática 8mm
 reactivos a la luz, oculocéfalo bilat
 lateral, corneal GI bilateral, al no espina
 bilateral, no reha a estímulo doloroso
 en 4 extremidades, reflexia generalizada
 respuesta plantar neutro bilateral
 Plan: TAC cerebral por descartar EIV
 cerebro vascular. Agudo parcialmente hemorrá
 -falta de información por radiología

J. Martínez

OBW5603
1121 15PM

Neurología

TAC craneo: hematomas intra par
 quitoso. frontoparietal izquierdo
 del 4º ventrículo, defecto c
 sino sobre falo crestado, proye
 de hemorragia mixta
 de presencia aumentado que llega
 4º ventrículo.
 Paciente con mal pronóstico de
 recuperación

J. Martínez

drange



DEL CISEL COMITÉ
 DE LA UNILA GENERAL DEL NORTE
 ORIGINAL
 LICENCIADO
 ARCHIVO
 DEL NORTE
 FIRMA AUTOGRAFADA

182

289

0

HC	_____
APellidos	_____
EMPRESA	_____
MEDECIO	_____
NUMEROS	_____
CAMA	_____

Hayo 5/33
 1 pm

① Neaprin 5mg 2 veces al día
 ② fexofenadina 120 mg 1 vez al día
 ③ Amoxicilina 500 mg 3 veces al día
 ④ R.C. TORAC portatil

ME 6-2600

HC	_____
APellidos	_____
EMPRESA	_____
MEDECIO	_____
NUMEROS	_____
CAMA	_____

① 15/ Cuidado Hepático, Glucosa TP-TP
 - electrolitos - proteínas totales
 - Reticulocitos - P.H.

②

ME 5-2600-95

HC	182 91
APellidos	Macchia
EMPRESA	General
MEDECIO	550
NUMEROS	_____
CAMA	214

03/05/03 Fluoxetina con 500 mg c/ día
 121 20pm Regla tardía

Dra. Sandra Santos
 MEDICO CIRUJANO
 UNIVERSIDAD DEL NORTE
 UNICORTE

03/02/2003
 12.450

① Hidazolav 5ms 1 vez al día

COPIA DEL ORIGINAL
 DE LA HISTORIA CLINICA QUE SE
 ENCUENTRA EN EL ARCHIVO
 DE CLINICA GENERAL DEL NORTE

Dr. Sandra Santos

FORMA AUTORIZADA



Padre nuestro te lo pedimos
Para que en los hombres
Renazca el amor

459

717

ORGANIZACIÓN CLINICA GENERAL DEL NORTE
EVOLUCION MEDICA

Machuca		18791-9
1° Apellido		No de la Historia
214	Cajanal	Remenda
No de Cama	EPS	Particular <input type="radio"/>

HORA FECHA	SIRVASE FIRMAR LEGIBLE TODAS LAS ANOTACIONES QUE ESCRIBA
10:00pm	<p>10:00pm: paciente con hipertensión arterial por lo que en rondas con Dr. Anshansen se ordena metoprolol 2.5mg IV diluido, persisten con HTA y taquicardia, por lo que se ordena 2.5mg IV más de metoprolol, y se acumula infusión de fentanilo a 20 µg/h.</p>
10:00pm	<p>10:00pm: paciente con hipertensión arterial por lo que se pasan bolos de LV 5mg q 4h 1500cc, no mejorando por lo que se ordena infusión de dopamina a 10cc/h.</p>
10:00pm	<p>10:00pm: UCI Mañana. Pate. M. de 35 años de edad, en su día 20 de estancia en UCI con IAP.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Neumonía 2. Neumonía 3. Neumonía 4. Neumonía <p>SV: 105/56, PAM: 80, Fd: 89x1, PR: 14x4, T: 36.2. SNC: Pate con pupilas en 7mm en ambos ojos, reflejo corneal (+) y oculocéfalo (-) pupilar (-). No responde a estímulos dolorosos. CP: RCP no soplos, con apoyo inotrópico con doxammina a 20 µg/h (8 mg/kg/min). Pulmones con + del mv en bases pulmonares, en VM modo A/C. Abd: blando, depresible, peristaltis (+). Extrem: Simétricas, no edema de Ms. Pate con ausencia de reflejos de tallo cerebral, por lo que se piensa compromiso neurológico por HTA, por lo que se sugiere trastorno simple en la mañana.</p>
	<p>Trasmisión: Reservado de acuerdo a evolución.</p>

CP

717