

Señores

TRIBUNAL SUPERIOR DEL ATLANTICO

SALA TERCERA CIVIL FAMILIA

Atte: CARMIÑA GONZALEZ ORTIZ

Magistrada Sustanciadora

Correo: seccfbqlla@cendoj.ramajudicial.gov.co

scf06bqlla@cendoj.ramajudicial.gov.co

E. S. D.

REF: 080013153006-2006-00174 01 – 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.

ASUNTO: SUSTENTACION RECURSO DE APELACION.

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 abogado principal en mi condición de apoderado de la parte actora en el proceso de la referencia, comedidamente acudo ante su despacho, con el fin de **SUSTENTAR EL RECURSO DE APELACION** interpuesto 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, de conformidad con el auto notificado por Estado del 10 de Marzo de 2021, donde el Honorable Magistrado Tribunal Superior de Barranquilla, solicita la sustentación del Recurso, lo cual hago de la siguiente manera:

Las razones que motivan la inconformidad de esta Procuraduría Judicial, con las deducciones que llegó el juzgador de primera instancia, se suscriben en la esfera de que la sentencia impugnada evidencia errónea valoración de las pruebas, los hechos de la demanda, las normas jurídicas y principios de derechos pertinentes, guardándose además, silencio sobre aspectos de la controversia y consecuentemente quedando cuestiones pendientes entre las partes.

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.

RAZONES DE INCONFORMIDAD CON LA PROVIDENCIA APELADA

A folio 560 de la sentencia la Juez 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, en su declaración jurada contradice lo que registra la historia clínica, respecto a La clínica del paciente:

Ingresa a piso procedente de urgencia, con valoración del Dr. ABEL AVILA, que registra: 1) Síndrome Febril y Viral; 2) Dengue Clásico, fiebre tifoidea y leptosporosis?,

Refiere sentirse mejor, consciente, buen estado, signos vitales normales, TA 120/70, FX 90, FR 20, pulmones claros y ventilados, abdomen blando y depresible sin edema (**folio 59 Exp.**) ;

Paciente hidratado sin dificultad respiratoria, parámetros cardiorespiratorios normales, al entrar a la clínica hidratado.

Para la fecha del 12 y 13 de abril, el paciente acusa dificultad respiratoria, comienza alterarse el estado respiratorio, con dificultad respiratorio, sistema hemodinámico alterado (folio 61).

Así mismo a folio 101 de la evolución médica, el 26 de abril de 2003, registra síndrome de shock por dengue resuelto (nombre ilegible del médico responsable de la anotación – falla del servicio).

El día 27 de abril de 2003, el Dr. RICARDO VILLA en la evolución médica de las 6.00 de la mañana, estando el paciente en UCI –SHOCK POR DENGUE RESUELTO. (folio 102). TA 120/70, no hay shock por dengue, no hay presión baja, de lo que se trata es de la evolución del síndrome Shock del Dengue (tercera forma específica del dengue) que está resuelto.

El Dr. JOSE JARABA SIERRA, en la evolución médica del 28 de abril de 2003 a las 10:00 AM (folio 104), también registra SHOCK POR DENGUE RESUELTO, tan es así que la presión arterial es normal 133/79. No hay shock, no hay presión baja. De lo que se trata es Síndrome de Shock del dengue (tercera forma del dengue, según manual del Dengue del Ministerio de Salud).

Con esto demostramos que la declaración del doctor FELIPE GONZALEZ contradice lo que está registrado en la historia clínica del paciente FERNANDO MACHUCA DE MIER.

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 las valoraciones mencionadas anteriormente.

NO se observa en la historia clínica Acta suscrita por el médico infecto logo 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.

Lo anterior, demuestra que la señora Juez A-quo no examinó el expediente, no le dio el valor probatorio a la historia clínica que es la prueba reina del proceso.

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 hemodinamicamente 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, bajó y subió).

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, 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.

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 extrajo 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 percusión 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, se registra el aumento de permeabilidad capilar, 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.

La Juez A-quo en esta pregunta está desfasada, ya que en ningún momento hubo pérdida de la permeabilidad vascular, en la única evolución médica del 15 de abril a las 11:00 a.m., revisión realizada por el Dr. FELIPE GONZALEZ: *“Distres respiratorio con proceso probable de aumento de permeabilidad capilar; edema pulmonar en paciente con síndrome viral tipo dengue (+)”* NO EXISTE EN LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE FERNANDO MACHUCA LA PERDIDA DE LA PERMEABILIDAD VASCULAR, NI EL PLAN DEL DIAGNOSTICO PARA SU TRATAMIENTO.

El día 16 de abril de 2003 que trasladan al paciente de la Unidad Polivalente a la Unidad de Cuidados intensivos (UCI), por la gravedad que acusaba y malas condiciones generales. Según valoración de los Drs. ALVARO URBINA y FABIAN PEÑATE. En la fecha por Neumología, 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 escasos cantidad de proceso infeccioso de vía aérea de tipo viral. **Una vez valorado en cuidados intensivos fue entubado.** (no como dice la Juez A-quo que llegó entubado).

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.** (folio 69 del expediente).

Ni la señora Juez-Aquo, ni los médicos declarantes, mencionan para nada las bacterias **Pseudomona, Stafilococo y Atípica** que le descubrieron desde el 16 de abril de 2003, el neumólogo ALVARO URBINA (folios 68-69 del Exp.).

Los declarantes solo se dedicaron a manifestar que el paciente presentaba dengue hemorrágico y en ninguna de las evoluciones médicas está establecido, empezaron con dengue clásico y terminaron con síndrome shock por dengue (tercera forma del dengue según el Manual Dengue del Ministerio de Salud) que estuvo todo el tiempo resuelto a partir del 24 de abril de 2003 (folio 96), el Infectologo ANTONIO CONSUEGRA, *“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” (clínica del paciente)

El 25 de abril (folio 98) , la Dra. CARMEN ISABEL POLO,

“1) Shock por dengue en resolución

2) Sepsis por *Acinetobacter-baumannii* – *calcoaciliun multiresistente* (BACTERIA)

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 solamente la presión baja se dio los últimos 5 días de valoración del paciente, tal como la transcribo:

FECHA	EVOLUCION	VALORAC MEDI	FOLIO	PRESION ARTER.
1. IV-18-2003	Shock por Dengue	TA 140/70	76	Adecuada
	NO			
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 (Síndr Shock Dengue)	TA 143/84	127	Adecuada
V-5-2003	Hipertensión Art. de	190/105	717 -> 459	Alta
V-6-2003	Shock x Dengue Resuelto	TA 105/56	717 -> 459	Baja
V-7-2003	Shock x Dengue Resuelto	TA 87/46	129	Baja
V-8-2003 (5:30 am)	Shock x Dengue Resuelto	TA 90/70	132	Baja
V-8-2003 (7:30 am)	Shock x Dengue Resuelto	TA 88/46	132	Baja
V-8-2003	Shock x Dengue Resuelto	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 (6, 7 y 8 de mayo) con cifras de tensión arterial BAJAS. **Pero que decir de estos 4 casos por ejemplo que dicen que el Shock por dengue está resuelto (según lo que dice el Dr. FELIPE GONZALEZ, CARLOS MALDONADO, CHRISTIANSEN, y JOSE JARABA SIERRA), dicen que shock por dengue es presión baja, lo que quiere decir que existe contradicción en las declaraciones de los médicos, con lo que dice en las evoluciones médicas.**

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; es decir según la referencia que las normales van de 150.000 a 450.000 micras.**

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 Juez A-quo a la errónea interpretación y valoración de las evoluciones y valoraciones médicas -Historia Clínica, tal como lo relaciono:

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.	03-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

Con esta relación demostramos que las plaquetas fueron normalizadas a partir del 17 de abril de 2003, todo esto contradice la declaración del Dr. FELIPE GONZALEZ y los demás médicos declarantes y por ende la Juez A-quo no valoro en su sentencia, **con esto se demuestra que el dengue fue resuelto, desde el 24 de abril y lo que llevo a la muerte del paciente fueron las tres bacterias, que registra la historia clínica el 16 y 24 de abril y la hipertensión e hipotensión arterial (folio 69, 93y 100 Exp.).**

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 del Exp., 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 la Juez A-quo no le hizo el debido estudio a la historia clínica.**

La impresión diagnóstica, quiere decir que el médico postula una hipótesis con probabilidades diagnósticas, o sea, necesita de un plan de estudio para confirmar o refutar la impresión diagnóstica (Esto lo dice el Dr. FELIPE GONZALEZ en su declaración folio 387).

ESTE PLAN DE ESTUDIO NO EXISTE EN LA HISTORIA CLINICA, tampoco existe un diagnóstico de aumento de la permeabilidad vascular, lo que se encontró es una impresión diagnóstica; ni el plan para su tratamiento, en todo el recorrido de la historia clínica del paciente FERNANDO MACHUCA DE MIER y la neumonía es BACTERIANA.

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 4° día de estancia en UCI

- Dx
- 1) **Shock 2rio a dengue (Síndrome de Shock por dengue)**
 - 2) SDRA (síndrome deficiencia respiratoria aguda)
 - 3) Derrame pleural bilateral
 - 4) Neumonía (proceso neumónico)

SIGNOS VITALES 130/70, FC 90 FR 16 T 36°C

Paciente inconsciente bajo sedorelajación RsCsRs pulmones con disminución de las complicaciones, 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 **130/70**, según el concepto de los Drs **FELIPE GONZALEZ, JOSE JARABA SIERRA y CARLOS REBOLLEDO MALDONADO**, quienes manifiestan en sus declaraciones que **SHOCK POR DENGUE es presión arterial baja**.

Así 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 hemodinamicamente; 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, 5° día de Estancia en UCI con DX:

- 1) Síndrome de shock x dengue
- 2) S.D.R.A. 2rio a 1

Hemodinamicamente 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... (la temperatura es 37.5° y no 38.5° como lo manifiesta la Juez-A-quo)

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 shock por dengue se da cuando hay hipotensión (presión arterial baja) 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 órdenes.”

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 perimitas 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?

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 (folio298 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. Con esto confirmamos que lo que desapareció la evolución del paciente “síndrome Shock del dengue” Y NO EL SHOCK POR DENGUE como lo dicen los médicos tratantes en sus declaraciones; igualmente desaparece síndrome de deficiencia de respiración aguda (SDRA). ESTO NO LO VALORO LA JUEZ A-QUO EN LA SENTENCIA.

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 Estancia en UCI:

- 1) Dengue complicado x shock dengue
- 2) Injuria pulmonar
- 3) Neumonía nosocomial asociada a Ventilación Mecánica (asociada)
- 4) **Sepsis por Acinetobacter Baumannie (BACTERIA)**

Es de anotar que la **Juez A-quo no menciona para nada la Sepsis de Acinetobacter Baumannie (bacteria adquirida en la UCI) en 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 traquestomia.

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 Mgk/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 la Juez-Aquo 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 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. Como se verifica en las evoluciones médicas no existe presión arterial baja.

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 baja de 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 TOT y valoración URGENTE por ORL (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

AQUÍ HUBO FALLA DEL SERVICIO DEL EQUIPO MEDICO

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 epicrisis 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, en su día 16 de Estancia en UCI, Dx:

- 1) Shock Dengue Resuelto
- 2) Sepsis Pulmonar x A. Baumanni- (BACTERIA)

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 (**folio 114 exp.**).

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, no le dio el valor probatorio a esa falla del servicio del equipo médico.**

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: 12:15 pm (**folio 121**), 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 Resonancia Magnética 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 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).

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.).

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.

2 - V- 2003 – Por Neurología e impresión diagnostica, le observan y probabilizan al paciente apertura ocular espontanea, obediencia a algunas órdenes cuadriparesia 2/5 cuerpo izquierdo, 3/5 cuerpo derecho. Los 4 miembros afectados con baja capacidad de respuestas. 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 aparente (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 antidepressivos 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, por 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).

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 c/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.)

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 diagnóstico: 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, peritallsis (+)

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.

SE OBSERVA QUE EN LAS VALORACIONES MEDICAS, EL SHOCK POR DENGUE SEGÚN LOS MEDICOS FELIPE GONZALEZ, JOSE JARABA, CARLOS MALDONADO VIENE RESUELTO, DICEN QUE EL SHOCK POR DENGUE ES PRESION BAJA, SEGÚN LOS MEDICOS LO QUE ESTA RESUELTO ES EL SHOCK (PRESION BAJA); PERO LO QUE ESTA RESUELTO SEGÚN LAS EVOLUCIONES MEDICAS DEL PACIENTE EN LA HISTORIA CLINICA ES EL SINDROME DE SHOCK DEL DENGUE, QUE ES LA TERCERA FORMA DEL DENGUE. (VER EVOLUCIONES Y VALORACIONES MEDICAS DE LOS MEDICOS TRATANTES DEL PACIENTE FERNANDO MACHUCA A PARTIR DEL 24 DE ABRIL DEL 2003).

La señora Juez A-quo, en la sentencia no menciona la valoración del mismo día Mayo 5 de 2003 en horas de la noche.

Señores Magistrados, reitero por su naturaleza, éstas secuelas del derrame cerebral tienen relación con la urgencia hipertensiva que presentó el paciente, a las 10:30 pm

hipertensión arterial **190/105**, seguido media hora el paciente responde con hipotensión TA **89/49**, luego TA 156/68. **Presión Arterial subió – bajó – subió.** (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 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, y 156/68, según valoración de la fecha al examen físico le registra:

Paciente: S.N.C. con pupilas en 7 mm en ambos ojos, reflejo carneal (-) 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 Signos Vitales, 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** y luego subió **156/68**;

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 (-), oculocefalico (-), 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.).

Toda esta patología, nada tiene que ver con el dengue hemorrágico que manifiestan los médicos en sus declaraciones, en contravía lo que consigna la historia clínica. NO EXISTE UN DIAGNOSTICO, NI PLAN PARA TRATAMIENTO DEL DENGUE HEMORRAGICO COMO SEGUNDA FORMA DEL DENGUE QUE REGISTRA EL MANUAL DEL DENGUE DEL MINISTERIO DE SALUD A FOLIOS 298-299 Y 300 DEL EXPEDIENTE.

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 multisistematica inducida por compromiso infeccioso viral de probable etiología por dengue. Compromiso de sistema nervioso central con hemorragia basal documentada por imagenologia, pulmones con neumonía y daño alveolar difuso. Corazón con miocardidis subaguda. Riñones con glomerulonefritis proliferativa con glómulo esclerosis. Hígado con congestión pasiva y colestasis ligera. Ver descripciones macro y microscopicas.

INFORME DE PATOLOGIA QUIRURGICA

1.- De la descripción microscópica, se registra para el corazón forma y tamaño normal sin alteraciones en el músculo cardíaco. 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. 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-IV-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 parinquina 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 parenquimatosas. 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 imipemen mas vancomicina por empeoramiento clínico y radiológico, para cubrir la bacteria **Pseudomona**, **stafilococo** y atípica. {**que comprometió el sistema inmunológico del paciente**}. (**folio 69 Exp.**)

Esta es una patología bacteriana y no viral como lo dicen los médicos y la evolución médica dice lo contrario.

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.**). Esto fue causado por las bacterias, razón por la cual realizaron la traqueostomía en UCI.

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 (disnea, taquisnea), **CON ESTO CONTRADECIMOS LA DECLARACION DEL Dr FELIPE GONZALEZ..**

La fase inicial con cefalea, fiebre, malestar general, alteración de la frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca hasta 130X' y la frecuencia respiratoria. 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 hematógena.

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 y no viral como lo declaran los médicos tratantes.**

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. (folio 91 Exp.)**

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 Baumannil 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. ESTAS BACTERIAS MENCIONADAS EN LA HISTORIA CLINICA NO LAS VALORO LA SEÑORA JUEZ-AQUO EN LA SENTENCIA, COMO TAMPOCO NADA DICEN LOS MEDICOS TRATANTES Y DECLARANTES SOBRE ESTAS COMPLICACIONES PATOLOGICAS.

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 y **no el DENGUE HEMORRAGICO, que mencionan los Doctores en las declaraciones Y LA SEÑORA JUEZ EN LA SENTENCIA LE DA VALOR A LAS DECLARACIONES DE LOS DOCTORES.**

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.**):

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', momentos después el paciente evoluciona con TA 156/68 (HIPERTENSION) SUBIÓ BAJO Y SUBIO 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, bajó y subió (folio 459 y 203 Exp.). NADA DICEN LOS MEDICOS DECLARANTES DE ESOS HALLAZGOS NEUROLOGICOS Y MUCHO MENOS LA JUEZ-AQUO EN LA SENTENCIA OBJETO DE ESTA APELACION.

(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) Y los médicos declarantes erróneamente.

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 (**folios 96-132 Exp.**). Y evoluciones médicas que no registran dengue en ninguna de sus tres formas, ni la señora Juez-Aquo, valoró cada uno de estos hallazgos neurológicos.

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 quirúrgica; 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).

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 interrumpe 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. Hiperbilirubinamia 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 – Capitulo 124 – Sepsis y Shock Séptico.

- ❖ Todas estas complicaciones se encuentran registradas en la historia clínica, según valoraciones médicas del paciente. (EL Dr. FELIPE GONZALEZ EN SU DECLARACION NO LAS MENCIONA CUANDO ERRONEAMENTE MANIFIESTA QUE LA SEPSIS ES PRODUCTO DEL DENGUE HEMORRAGICO Y EN TODO EL RECORRIDO DE LAS EVOLUCIONES MEDICAS, NO SE DICE NADA DE DENGUE HEMORRAGICO) SI EL DENGUE ES VIRAL, Y LA SEPSIS ES UNA BACTERIA, ESTO ES MUY DIFERENTE A LAS DECLARACIONES DEL Dr FELIPE GONZALEZ.

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 JUEZ-AQUO EN LA SENTENCIA NO LAS MENCIONA, NO LES DA EL VALOR PROBATORIO A LAS EVOLUCIONES MEDICAS, SOLO SE BASA EN LAS DECLARACIONES ERRONEAS DE LOS MEDICOS TRATANTES.

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 peritallsis positiva, no megelia normal (sin patalogía).

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 Machuca.

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 como diagnóstico del paciente; 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 (Capítulo de Pruebas Item 5.1.4 folio 32 de la demanda y la historia clínica aportada en los folios 54 al 259 del expediente) no son argumentaciones sin sustento probatorio como lo manifiesta la Juez A-quo en la sentencia**; 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:

“INFECTOLOGIA:

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 Acinetobacter 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, como tampoco con los exámenes de laboratorio.

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*, *Stafiloco* y *Atipicas* y los dos o siguientes bacterias ya descritas. (compromiso bacteriano).

En la historia clínica no hay soporte para los resultados de la necropsia renal.

Gasometria 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 Creatinina de		1.03	0.60 - 1.30
Valoración Medica	BUN	26.4 (fol. 69)	5.00 - 23.00
IV -16-2003	UREA	56.4	10.00 - 50.00
2.- Bioquímicamente Creatinina de		1.03	0.60 - 1.30
Valoración Medica	BUN	26 (fol. 73)	5.00 - 23.00
IV -16-2003	UREA	56	10.00 - 50.00
Hora 3:00 PM (fol. 73 Exp.)			

3.- Bioquímica / Lab	Creatinina de	0.95	0.60 - 1.30
Valoración Medica	BUN	16.7 (fol. 86)	5.00 - 23.00
IV -21-2003	UREA	35.7	10.00 - 50.00
Hora 1:10 AM (fol. 86 Exp.)			
4.- Bioquímica /Lab.	Creatinina de	0.89	0.60 - 1.30
Valoración Medica	BUN	12.5 (fol.90-220)	5.00 - 23.00
IV -22-2003	UREA	26.7	10.00 - 50.00
5.- Bioquímica/ Lab	Creatinina de	1.06	0.60 - 1.30
Lab. IV-23-2003	BUN	14.5 (fol. 219)	5.00 - 23.00
	UREA	31.00	10.00 - 50.00
6.- Bioquímica/ Lab	Creatinina de	0.79	0.60 - 1.30
Lab. IV-24-2003	BUN	14.4 (fol. 217)	5.00 - 23.00
	UREA	30.8	10.00 - 50.00
7.- Bioquímica/ Lab	Creatinina de	0.87	0.60 - 1.30
Lab. IV-25-2003	BUN	11.1 (fol. 215)	5.00 - 23.00
	UREA	23.7	10.00 - 50.00
8.- Bioquímica/ Lab	Creatinina de	0.93	0.60 - 1.30
Lab. IV-26-2003	BUN	14.4 (fol. 213)	5.00 - 23.00
	UREA	30.8	10.00 - 50.00
9.- Bioquímica/ Lab	Creatinina de	0.85	0.60 - 1.30
Lab. IV-27-2003	BUN	12.8 (fol. 212)	5.00 - 23.00
	UREA	27.3	10.00 - 50.00
10.- Bioquímica/ Lab	Creatinina de	0.96	0.60 - 1.30
Lab. IV-28-2003	BUN	10.8 (fol. 107)	5.00 - 23.00
	UREA	23.1	10.00 - 50.00
11.- Bioquímica/ Lab	Creatinina de	0.96	0.60 - 1.30
Lab. IV-30-2003	BUN	10.5 (fol. 211)	5.00 - 23.00
	UREA	22.4	10.00 - 50.00
12.- Bioquímica/ Lab	Creatinina de	0.97	0.60 - 1.30
Lab. V-2-2003	BUN	9.4 (fol. 210)	5.00 - 23.00
Fol. 210 Exp.	UREA	20.1	10.00 - 50.00

13.- Bioquímica/ Lab Creatinina de		0.96	0.60 - 1.30
Lab. V-3-2003	BUN	9.2 (fol. 209)	5.00 - 23.00
Fol. 209 Exp.	UREA	17.5	10.00 - 50.00
14.- Bioquímica/ Lab Creatinina de		0.81	0.60 - 1.30
Lab. V-4-2003	BUN	7.8 (fol. 207)	5.00 - 23.00
Fol. 207 Exp.	UREA	16.6	10.00 - 50.00
15.- Bioquímica/ Lab Creatinina de		0.79	0.60 - 1.30
Lab. V-5-2003	BUN	6.2 (fol. 206)	5.00 - 23.00
Fol. 206 Exp.	UREA	13.2	10.00 - 50.00
16.- Bioquímica/ Lab Creatinina de		0.84	0.60 - 1.30
Lab. V-8-2003	BUN	18.3 (fol. 204)	5.00 - 23.00
	UREA	40.2	10.00 - 50.00
17.- Bioquímica/ Lab Creatinina de		0.99	0.60 - 1.30
Lab. IV-18-2003	BUN	20.7	5.00 - 23.00
Fol. 221 Exp.	UREA	44.2	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 MÉDICA, que desvirtúan la insuficiencia renal y así mismo, la necropsia renal, e indican que la función de los riñones era normal. LA JUEZ A-QUO EN LA SENTENCIA NO VALORO ESTA PRUEBA TAMPOCO.

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. SIN ORDEN MEDICA SE HIZO ESTA REVALORACION.**

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-Aquo, 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.? **Siendo médico cirujano de medicina general, no es neuróloga para valorar un el TAC ordenado por la Neurologa NOHEMY MEZA.**

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. **AQUÍ HUBO INDEBIDA INTERPRETACION DE LAS PRUEBAS, NO SE LE DIO EL VALOR PROBATORIO A LA HISTORIA CLINICA SIENDO LA PRUEBA REINA.**

Aporto con esta sustentación del 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).

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 Juez A-quo en el fallo no tuvo en cuenta.

En la **Epicrisis** (folio 54 Exp.), en la parte de DIAGNOSTICO DE EGRESO, reporta:

DENGUE CLASICO

SDRA

NEUMONIA POR ACINETOBACTER BAUMANI

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 caligrafías 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 midraticas 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 nual.

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”

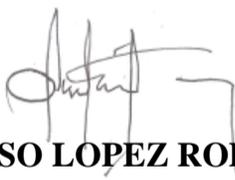
Sobre la importancia de la historia clínica ver: Consejo de Estado, Sentencia de 25 de abril de 2012, Exp. 21861, C.P. ENRIQUE GIL BOTERO.

PETICION

Teniendo en cuenta lo manifestado solicito al Honorable Magistrado **REVOQUE** la sentencia de fecha 24 de febrero del 2020, y se concedan las peticiones de la demanda principal.

ANEXOS: Folios 119, 121, 67, 128, 179, 182 y 459 del Expediente (**esto para demostrar hechos que contradicen la absoluta pureza moral de la historia clínica**)

Atentamente,



ALFONSO LOPEZ RODRIGUEZ

C.C. No. 7.441.773 de Barranquilla

T.P. No. 47.316 del C.S.J.

ORGANIZACIÓN CLINICA GENERAL DEL NORTE
EVOLUCION MEDICA

Medico Jurado
 1º Apellido Catal 2º Nombre
 No de Cama 119 EPS Particular

HORA: Mayo 2/03
 FECHA: Neurologia
 SIRVASE FIRMAR LEGIBLE TODAS LAS ANOTACIONES QUE ESCRIBA

Entrada del caso
 Elemento peculiar en neurologia mecánica, apertura ocular espontánea, chequeo alomax; ordenes puntuales aunque con dificultades.
 Movimientos de seguimiento con dificultad, pues va a los movimientos de excursión laterales intencional GENERAL. Comencio de movimiento 3/5 miembros superiores.
 Reflejo mulleriano (P por) respecto a planta, reflexo bilateral signo meninges (-)
 Incompleto referido a estos muls dolores en 4 extremidades

D: Lesión cortical cerebral } impresión de ruptura
 Lesión tallo cerebral

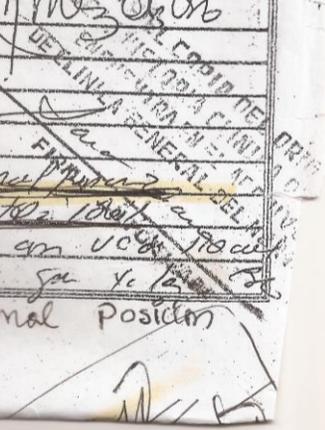
P: PAC craneo simple con corte en foro-posterior

Mezclas

03/05/03
 5PM

Vci Noche
 mescladas 35 años con conocido F...
 hte con canal de bascula mal...
 en estado de...
 Turgencia (50x1) Turgencia (100x1) con vci Noche
 al canal con vci que se produce en la...
 perpendicular posición

29



Rede la Historia 5/1/87

Clinica General del Norte

RENACER EL AMOR

UNIVERSIDAD DEL NORTE

1° Apellido: **Medrano** 2° Nombre: **Fernando**

No de Cama: **220** EPS: **Particular**

EVOLUCION MEDICA

SIRVASE FIRMAR LEGIBLE TODAS LAS ANOTACIONES QUE ESCRIBA

HORA: FECHA	ANOTACIONES
8:00 pm	151 04103 USD
	Se recibe reporte de laboratorio que evidencia condensación de transaminasas: GOT: 60, GPT: 96 . Fosfatos alcalina 559, Bil. directa 3,05, Bil. Indirecta: 1,29, Bil. total: 4,34.
	llama la atención el aumento progresivo de Glucosa, donde por lo cual se ordena por escrito además se ordena transfundir con 500 cc de solución de proteína 10% y prescribir Sertralina 50 mg. Se ha de prescribir de colite vesical con adema se colocaron sondas vesical y de Dr. Sandra Santos MEDICO CIRUJANO UNIVERSIDAD DEL NORTE
	El PH no ha presentado sumeros en todo la tarde y recibe muestra de total 300
3:30 pm	Mala reacción cutánea. Exatopique x Aram

Dr. SAUL CHRISTIAN SERNA
 CAROTÓLOGO C-1258105
 Am. 1972 12/8578

COPIA DEL ORIGINAL
 DE LA HISTORIA CLINICA DEL
 ENFERMO EN EL ARCHIVO DE
 CLINICA GENERAL DEL NORTE

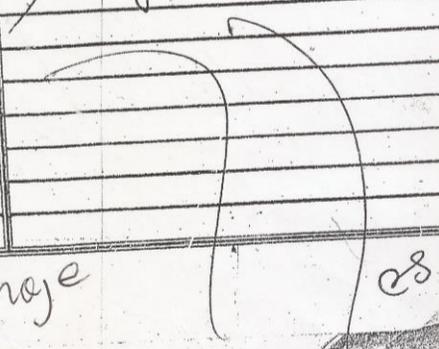
FIRMA AUTORIZADA

11 15

ORGANIZACIÓN CLINICA GENERAL DEL NORTE
EVOLUCION MEDICA

1º Apellido: 214 Cajal
 2º Apellido:
 Nombre:
 No de Cama: EPS Particular

728

HORA: FECHA	SIRVASE FIRMAR LEGIBLE TODAS LAS ANOTACIONES QUE ESCRIBA
11:45 AM	06/05/03 <u>Neurología</u>
	Paciente masculino, 35 años, Actualmente se encuentra pupila midriática 8mm, reactivos a luz, oculocéfalica bilateral, corneal G1 bilateral, alioespina bilateral, NO reira a estímulos dolorosos en 4 extremidades, areflexia generalizada respuesta plantar neutra bilateral.
	Plan: TAC cerebral por descartar evento cerebral vascular. Agudo positivamente hemorrágico.
	Falso valoración por neurología <i>J. Mejía</i>
May 6/03 12:15 PM	<u>Neurología</u>
	TAC craneo: Hematoma subaracnoideo parieto-occipital izquierdo, defecto de continuidad del hueso craneal, presencia de hemorragia intraventricular en el 4º ventrículo. Paciente con mal pronóstico a recuperación. <i>J. Mejía</i>
	
	drainaje CS

ESTE COPIADO ORIGINAL DE LA HISTORIA CLINICA QUE SE DE LA CLINICA GENERAL DEL NORTE ARCHIVO *J. Mejía*
FIRMA AUTORIZADA

Por favor utilice la última sección de esta hoja para que escriba en letra legible sus órdenes de medicamentos especificando dosis, vía de administración y frecuencia.

02/04/03 ~~02~~ ~~Tragum~~ 2comp IV STAT
 02/04/03 ~~02~~ ~~Perbiv~~ 1comp IV STAT
 02/04/03 ~~02~~ ~~Dormen~~ 5mg IV STAT
 02/04/03 ~~02~~ ~~Levobit~~ OT
 02/04/03 ~~02~~ ~~rebra~~ 1comp IV STAT
 02/04/03 ~~02~~ ~~Prot~~ 5mg c/c IV STAT
 02/04/03 ~~02~~ ~~de~~ 1comp IV STAT
 02/04/03 ~~02~~ ~~grou~~

179

200
179

MEDICO: _____
 APELLIDOS: _____
 EMPRESA: _____
 NOMBRES: _____
 C.A.M.A.: _____

Mayo 2/03 ~~02~~ ~~OTAC~~ ~~uano~~ simple ✓
 Junio

Mejals 086

MEDICO: _____
 APELLIDOS: Mejals
 EMPRESA: _____
 NOMBRES: _____
 C.A.M.A.: _____

21/05/03 ~~02~~ ~~Eases~~ ~~paten~~
 900 ~~02~~ ~~Dormen~~ 5mg IV STAT

ES FIEL COPIA DEL ORIGINAL
 DE LA HISTORIA CLINICA
 ENCUENTRA EN EL ARCHIVO
 DE CLINICA GENERAL DEL HOSPITAL
 FIRMA AUTORIZADA

Dr. Ricardo Polo Z.
Medico Cirujano
R.M. 341610

02/07/03 ~~02~~ ~~leto~~ ~~de~~ ~~pranida~~ 1comp IV e/86
 Julio ~~02~~ ~~leto~~

Isabel Polo Z.
Medico Cirujano
R.M. 341610

MEDICO: _____
 APELLIDOS: Isabel Polo
 EMPRESA: _____
 NOMBRES: _____
 C.A.M.A.: _____

02/08/03 ~~02~~ ~~Halopidol~~ 1comp IV e/86
 Agosto ~~02~~ ~~Halopidol~~

Carmen Isabel Polo Z.
Medico Cirujano
R.M. 341610

39

Carstelo

Estimado Doctor: Por favor utilice la última sección de esta hoja para que escriba en letra legible sus órdenes de medicamentos en género, especificando dosis, vía de administración y frecuencia.

182 289

0

HC
APELLIDOS
EMPRESA
CAMA
NOMBRES
CAMA
MEDICO

Mayo 3/93
 1 pm
 1) Terapias finas 2 veces por día
 2) falcunil 500 mg 2 veces al día
 3) Amoxicilina subcutánea 3gr 4 veces al día
 4) RIT TORAX portatil

HC
APELLIDOS
EMPRESA
CAMA
NOMBRES
CAMA
MEDICO

1) S/S cuadro hemático, diuresis - P.T.P.
 por electrolitos - proteínas totales
 disminuidas - P.H. - $\frac{1}{2}$ litro
 5-26/00-93

03/05/03 Fluoxetina 20mg x 10 días
 121 20pm res la fonda

Dra. Sandra Santos
 MEDICINA CIRUJANO
 UNIVERSIDAD DEL NORTE
 UNINORTE

HC
APELLIDOS
EMPRESA
CAMA
NOMBRES
CAMA
MEDICO

03/12/93 Hidazolau 5ms 1-2 veces al día
 12.456

ES EL COPIA DEL ORIGINAL
 DE LA HISTORIA CLINICA QUE SE
 ENCUENTRA EN EL ARCHIVO
 DE CLINICA GENERAL DEL NORTE

Dra. Mariana M.
 RMA AUTORIZADA



Padre nuestro te lo pedimos
Para que en los hombres
Renazca el amor

ORGANIZACIÓN CLINICA GENERAL DEL NORTE
EVOLUCION MEDICA

459

18791-9.
Machuca No de la Historia
Fernando. Nombre
1º Apellido 2º Nombre
214 Cajanal. No de Cama EPS Particular

HORA FECHA	SIRVASE FIRMAR LEGIBLE TODAS LAS ANOTACIONES QUE ESCRIBA
Mayo 5/03 10:30pm.	<p>paciente presenta hipertensión arterial de 140/105. Taquicardia de 100x por lo que en rondas con Dr. Canshansen 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 aumenta infusión de fentanilo a 20cc/h.</p>
Mayo 5/03 11:00pm.	<p>paciente presenta HTA de 189/119, por lo que se pasan bolos de lev. 550 0.9% 1500cc, no mejorando por lo que se ordena infusión de dopamina a 10cc/h, obtiene efectos mejores HTA (156/168).</p>
Mayo 5/03 6:15am.	<p>Paciente de UCI mañana. Pate ♂ de 35 años de edad, en su día 20 de estancia en UCI con Idr: 1. Sepsis pulmonar y GC. 2. Neumonía A.V.M. 3. Shock por dengue nuevo. 4. Por trauma abdominal. SV: TA 105/56 PAM: 80 FC: 89x1 PR: 14x1 T: 36°C SNC: Pate con pupilas en 7mm en ambos ojos, reflejo corneal (+) oculocefálico (-), pupilar (-). No responde a estímulos dolorosos. CP: RCP (+) no soplos, con apoyo inotrópico con dopamina a 20cc/h. (8mg/kg/min) - Pulmones con t del mv en bases pulmonares, en VM modo A/C. Abd: blando, depresible, peristalsis (+) G.U: diuresis (+) 600/2h. Extrem: Simétricas, no edema de M.I.s. Pate con ausencia de reflejos de tálamo cerebral, por lo que se piensa compromiso neurológico por HTA, por lo que se sugiere TAC cerebral simple en la mañana. Pronóstico reservado de acuerdo a evolución.</p>

MARILYN VARELA
MÉDICO
20/05/2003