Bogotá D.C., 20 de junio del 2025

Señor.
TRIBUNAL SUPERIOR DE BOGOTÁ SALA CIVIL
M.P. DRA. SANDRA CECILIA RODRÍGUEZ ESLAVA
E. S. D.

REFERENCIA: PROCESO DECLARATIVO
RADICADO: 11001310303820210017402
DEMANDANTE: ESPERANZA BOTERO Y OTROS
DEMANDADOS: CLÍNICA UNIVERSIDAD DE LA SABANA Y OTROS
ASUNTO. SUSTENTACIÓN DE LOS PUNTOS DE LA APELACIÓN

ROBERTO JOSÉ VERGARA, identificado con la Cédula de Ciudadanía número 1.102.804.081 y Tarjeta Profesional número 217.821 del Consejo Superior de la Judicatura, con correo electrónico de notificación judicial robertovergaramonte@gmail.com en mi calidad de apoderado de la parte Demandante, muy respetuosamente a través de este escrito:

SUSTENTO LOS PUNTOS DE LA APELACIÓN, CONTRA LA SENTENCIA PROFERIDA EL 21 DE ABRIL DE 2025.

SUSTENTACIÓN de los puntos de la apelación:

1. ERROR, AL DESVIAR LA SENTENCIA DEL 21 DE ABRIL DE 2025, EL NEXO CAUSAL.

Sustentación = Sea lo primero decir, que negligencia médica es una culpa médica, que es incumplir con los estándares aceptados de cuidado y práctica médica (lex artis o buenas prácticas médicas), que infiere daño o lesión al paciente. Dicho en palabras más entendibles, que al paciente no le den tratamiento, conforme lo establece la lex artis o las buenas prácticas médicas y como consecuencia de ese no tratamiento conforme la lex artis se genere un daño.

En ese sentido, la sentencia de primera instancia del 21 de abril de 2025, proferida por la Juez de Primera instancia, erra en el encuadramiento del nexo causal y en su determinación de la causa eficiente en este asunto, en la atención médica de Carlos Olarte, al manifestar en página 13 de esta sentencia lo siguiente:

> *Lo anterior permite establecer, por un lado, que solo después de 8 días de evolución de presentar el señor ARANGO OLARTE dolor abdominal, vómito, diarrea y tres días de estreñimiento y por ende deshidratación, acudió a urgencias para ser atendido por personal médico, lo que demuestra una total falta de diligencia y cuidado por parte del fallecido señor ARANGO OLARTE y sus familiares.*

Por otro lado, se observa, que el personal médico de la CLÍNICA LA SABANA actuó de manera pronta y diligente, pues el mismo día en que asistió a urgencias a las 12:53 p.m. en menos de 12 horas ya estaba siendo intervenido quirúrgicamente a fin de quitarle la obstrucción que presentaba por la hernia inguino escrotal crónica encarcelada que este tenía.

Como se puede observar en la historia clínica, se clasificó como triage 2 prioridad II que según la literatura médica, corresponde a una urgencia que necesita de atención médica rápida en un plazo máximo de 30 minutos.

Por otro lado, para la fecha de la atención del fallecido señor ARANGO OLARTE en el año 2011, el TAC que refirió el perito de los demandantes, manifestaron los demás testigos médicos que para esa fecha realizar tal examen no estaba prescrito en la literatura médica, sino solo se empezó a realizarse a partir del 2015 aproximadamente.

Ahora, frente a la alegada secreción en la boca que presentó el señor ARANGO OLARTE, no hay prueba que permita establecer que esta provenía del estómago del paciente y que con un vaciamiento previo si hubiese podido prever que esta no se presentara, como señalaron los testigos médicos, esta secreción no solo podía provenir del estómago, sino también podía ser de los pulmones, en razón a que el fallecido paciente, padecía de EPOC.

Por otro lado, no se probó por la parte demandante, que el vaciamiento gástrico fuera mandatorio previamente para la puesta de la anestesia o la realización de la cirugía pues no se allegó literatura médica o prueba pericial en donde se manifestara la obligatoriedad de realizar con antelación tal procedimiento.

Igualmente, tampoco se probó la obligatoriedad de la colocación de la sonda nasogástrica, pues los testigos señalaron que es algo que se puede hacer pero que no es mandatorio en la práctica médica.

El alegato tuvo como base las conclusiones que se plasmaron en el pliego de cargos en contra del anestesiólogo, doctor JAVIER CIFUENTES DULCE, "por posible transgresión al artículo 15 de la Ley 23 de 1981 que en su parte pertinente dispone: "El médico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados"" y en donde se señaló por parte del magistrado instructor, que existía un riesgo de broncoaspiración y que debieron tomarse las medidas pertinentes para evitar un riesgo previsible, pero como se mencionó anteriormente, fue un proceso que no tuvo sentencia o decisión final en donde se demostrara la falta a los deberes del referido médico, sino que terminó por prescripción de la acción, por lo que la simple formulación del pliego de cargos no demuestra que en efecto el actuar del anestesiólogo fue errado y atentatorio contra el paciente y la lex artis médica.

Súmese a lo anterior, que se trataba de un paciente de 81 años de edad, con comorbilidades como EPOC, asma y lo más grave que se ha mencionado a lo largo del proceso y esta sentencia, 8 días de evolución de dolor abdominal con vómitos, diarrea y en los últimos 3 días antes de acudir a urgencias, estreñimiento a causa de la obstrucción por la hernia inguinal, lo que para el Despacho, estas conductas, se constituyeron en una causa eficiente en el deceso del señor ARANGO OLARTE, lo que llevar a que se nieguen las pretensiones subsidiarias de la demanda y se declare la

Al respecto, veamos si estas afirmaciones son ciertas, y si tiene intervención causal en la muerte del paciente (daño):

Es cierto que el paciente tuvo un cuadro de evolución de 8 días de esta condición, no es cierto que eso signifique falta de diligencia y cuidado del paciente y sus familiares, los cuales estaban a la expectativa de una recuperación en casa, teniendo en cuenta que la evolución sugiere distintos estados de la condición clínica del paciente. Al respecto = la Juez de instancia, no analiza, la anotación de la palabra evolución del cuadro clínico, en la historia clínica = Es decir, pasa por alto que dice: Evolución, lo que no significa que así como llegó a la clínica de la Sábana, estuvo igual durante los 8 días anteriores. Por el contrario, Evolución significa un deterioro progresivo y evolutivo de la condición clínica del paciente, que es lo que interpreta mal la Juez de instancia en la historia clínica, para justificar una inexistente falta de diligencia del señor Carlos Arango y familiares, en los 8 días anteriores del cuadro clínico.

Si revisamos la historia clínica, según lo anotado en la evolución de estos 8 días anteriores al ingreso de Carlos Olarte a la clínica, a página 8 numeral 109 del expediente virtual, damos cuenta de los siguientes:

REFIERE EPISODIOS DE EDA HACE 8 DIAS CON DEPOSICIONES LIQUIDAS DURANTE 3 DIAS, CON POSTERIOR ESTREÑIMIENTO ULTIMA DEPOSICION HACE 3 DIAS Y EMESIS OCASIONAL.

[1]

Lo cual indica que en dicha evolución, tuvo el siguiente comportamiento en su salud, en esos 8 días anteriores, inicialmente Tuvo diarrea de 3 días, luego de esos 3 días, sufrió estreñimiento, y vomitó de forma esporádica. Todo en una evolución de un cuadro clínica, siendo incorrecto dar a entender por la Juez de Instancia, que mantuvo la condición clínica con la que llegó a la clínica durante los 8 días anteriores. Por el contrario, la Familia, estaba atenta a la evolución cambiante de su familiar en esos 8 días anteriores.

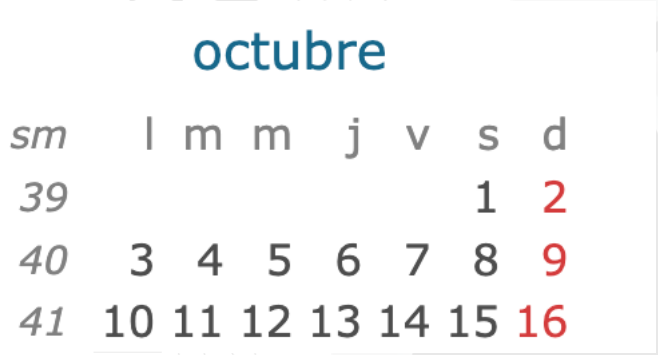
Incluso, al revisar la declaración de las partes, Carlos Roberto Arango (Hijo) y Esperanza Botero (Esposa), quienes fueron los que convivieron con Carlos Arango en esos 8 días, declaraciones que la Juez de instancia no analiza ni los cita en la sentencia, queda aún más que claro, que si se quiere poner el nexo causal en los

[1] Numeral 109 del expediente virtual, página 8, Historia Clínica Completa.

8 días previos a la atención, la evolución de Carlos Arango, no fue abrupta; sino paulatina y cambiante en su condición clínica, tal como se extrae de las siguientes declaraciones aludidas:

Esperanza Botero. Minuto 32:10 Numeral 74 de la audiencia inicial: "*En el mes de octubre del año 2011, esa primera semana de octubre sufrió un malestar estomacal, muy leve, pero poco a poco se le fue aumentando. Llegando el viernes de esta semana, Carlos Alberto se sintió un poquito maluco fin de Semana, el viernes, estaba maluco, ya el sábado amaneció un poquito mejor, pero el domingo ya estaba regular, en el amanecer del lunes de esa semana, ya estaba maluco, estaba indispuesto, con mucho dolor abdominal, ese mismo lunes me preocupe, y le dije que si le dolía muchísimo que lo llevaba a la clínica, y llamamos un carro de Tabio para que nos hiciera el viaje hasta la clínica, a eso del medio día llegó el carro y llevamos a Carlos Alberto a la Clínica el mismo lunes(…)"*[2]

Lo cual coincide con el Calendario del mes de Octubre de 2011:



Carlos Roberto Arango (Hijo): Minuto 1:41:20 a Minuto 1:43:10 de la Audiencia Inicial: *"En el mes de octubre de 2011, 4 días antes de la muerte de mi papá, el paulatinamente se fue deteriorando en su estado de salud, el domingo 9 de octubre, el sentía unos dolores abdominales muy agudos, que paulatinamente con el tiempo se iban*

[2] Numeral 74 del expediente virtual, audiencia inicial, declaración de Esperanza Botero, Minuto 32:10 en adelante.

agudizando, también 3 días antes había tenido problemas de estreñimiento, yo también había observado que tenía problemas de digestión, porque el estómago lo tenía inflamado, rojo, irritado, pesado, y se quejaba mucho por esos dolores ya el domingo, y al día siguiente (El lunes), decidimos por la situación y con la voluntad de mi papá, de que lo íbamos a llevar a la clínica más cercana, que era la clínica de la universidad de la Sábana (Teletón), al día siguiente, más o menos al medio día llegamos a la clínica en un taxi (…)"[3]

Y aunque se le diera la interpretación de la Juez de Instancia, en que en los 8 días mantuvo la misma condición con la que llegó a la Clínica de la Sábana el 10 de octubre de 2011 a las 12:53, esta circunstancia por sí sola, no exonera la responsabilidad a la Clínica de la Sábana a prestarle una atención médica de calidad al paciente conforme la lex artis.

Así lo prevé, la Ley 23 de 1981, la cual estable como principios médicos los siguientes:

Artículo 1, numeral 2 de la Ley 23 de 1981:

"2. El hombre es una unidad síquica y somática, sometido a variadas influencias externas. ***El método clínico puede explorarlo como tal, merced a sus propios recursos, a la aplicación del método científico natural que le sirve de base, y a los elementos que las ciencias y la técnica ponen a su disposición"***[4]*.*

*"**En consecuencia, el médico debe considerar y estudiar al paciente, como persona que es, en relación con su entorno, con el fin de diagnosticar la enfermedad y sus características individuales y ambientales, y adoptar las medidas, curativas y de rehabilitación correspondiente**".*

[3] Numeral 74 del expediente virtual, audiencia inicial, declaración de Carlos Arango (Hijo), Minuto 1:41:20 a 1:43:10.

[4]

Artículo 3 de la Ley 23 de 1981:

ARTÍCULO 3º. *El médico* ***<u>dispensará los beneficios de la medicina a toda persona que los necesite</u>*** *(…)"*

A esto se suma que el paciente Carlos Arango, pudo ser diagnosticado, tratado, y programada su cirugía, en el lapso de <u>11 horas y media</u>, con tranquilidad, con tiempo suficiente para hacerle exámenes y un correcto abordaje médico. Revisemos la línea del tiempo:

A las 12:53 del 10 de octubre de 2011 = Paciente ingresa, con vómito y diarrea. El vómito se anota vomito bilioso color café.

A las 13:16 del 10 de octubre de 2011 = Se le realizan exámenes físicos, se ordenan exámenes radiológicos y se hace un diagnóstico presuntivo, dolor abdominal a estudio.

A las 16:47 del 10 de octubre de 2011 = Luego del resultado de los exámenes, se le diagnóstico al paciente: Hernia Inguinal Izquierda Encarcelada. Se pasa boleta para cirugía herniorrafía, que es hacerle la cirugía de hernia.

A las 20:30 del 10 de octubre de 2011 = Se le anota al paciente secreción en boca.

A las 22:50 del 10 de octubre de 2011 = Se la hace la cirugía. Se le aplica anestesia regional, sin sonda nasogástrica previa para sacar el material atrapado en el tracto digestivo, ni asegurarle la vía aérea, básicamente no se toman medidas contra la broncoaspiración. Como causa de lo anterior, En plena cirugía, el paciente bronco aspira y muere.

A las 23:20 10 de octubre de 2011 = Se declara el deceso del paciente.

La historia clínica su Señoría, fue aportada en la contestación de la Demanda por la Clínica de la Sábana, a numeral 21 del expediente virtual[5].

Otro punto que llama la atención de la sustentación de la Sentencia es el siguiente, anotado por la Juez de instancia, en la página 13 de la Sentencia:

> *Por otro lado, se observa, que el personal médico de la CLÍNICA LA SABANA actuó de manera pronta y diligente, pues el mismo día en que asistió a urgencias a las 12:53 p.m. en menos de 12 horas ya estaba siendo intervenido quirúrgicamente a fin de quitarle la obstrucción que presentaba por la hernia inguino escrotal crónica encarcelada que este tenía.*

Lo cual el hecho, de que la atención haya sido diligente en cuanto a tiempo, NO EXONERA DE RESPONSABILIDAD, QUE SE HAYAN COMETIDO ACTUACIONES CONTRARIAS AL TRATAMIENTO DE LEX ARTIS. En el caso concreto, no se tomaron las medidas preventivas de la broncoaspiración conforme al cuadro clínico del paciente, como causa eficiente de la muerte, es claro que producto de no tomar estas medidas de la broncoaspiración, el paciente Bronco aspira y muere.

En ese orden y a pesar que los tiempos de atención estuvieron correctos, la violación de los protocolos de la lex artis, en cuanto

[5] Historia Clínica aportada por la Clínica de la Sábana, a numeral 21 del expediente virtual, páginas 24 última parte de esta página a 39.

a las medidas de la broncoaspiración violan el artículo 15 de la ley 21 de 1989, la cual dice lo siguiente:

ARTÍCULO 15. El médico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados.

[6]

En el caso concreto ese riesgo, <u>fue no haber tomado las medidas de la broncoaspiración, previa cirugía:</u>

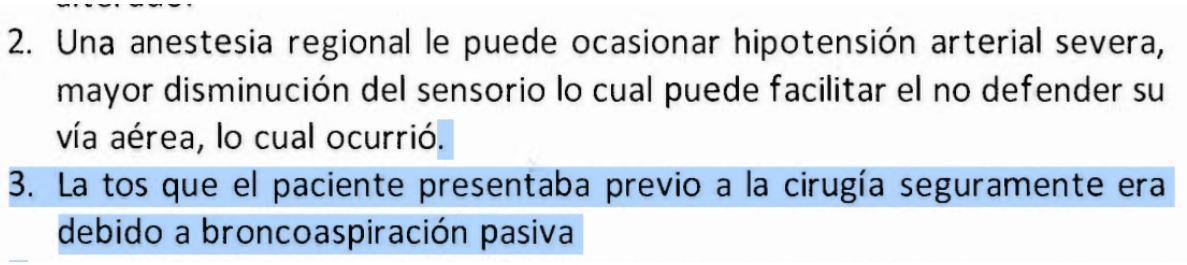
➟ **A pesar de que el paciente llega con vómitos, y dentro de estos vómitos biliosos color café, a pesar de que se le diagnóstica abdomen agudo, y a pesar que el propio anestesiólogo tratante del paciente, Javier Cifuentes al minuto** 2:54:11, del numeral 105 del expediente virtual, A la pregunta si verificó la secreción en boca previa cirugía: ***<u>"Si tenía Una sustancia vieja, una boca sucia llena de residuos"[7]:</u>***

➟ **A pesar de que el paciente ya tenía previa cirugía una broncoaspiración pasiva, confesado por el propio anestesiólogo Javier Cifuentes en su declaración de las 1:55:55 del numeral 105 del expediente virtual:**

<u>"porque estos pacientes que tienen ya previa broncoaspiración, entre otras, necesitan terapia ventilatoria prolongada".</u>

[6] Artículo 15 de la Ley 23 de 1981, el médico no expondrá al paciente a riesgos injustificados.
[7] Numeral 105. Declaración anestesiólogo Javier Cifuentes. Minuto 2:54:11. A la pregunta si verificó la secreción en boca previa cirugía: *"Si tenía Una sustancia vieja, una boca sucia llena de residuos"*.

Lo cual coincide con el anestesiólogo de la Santa Fe Edgar Celis, a numeral 124 página 63:



2. Una anestesia regional le puede ocasionar hipotensión arterial severa, mayor disminución del sensorio lo cual puede facilitar el no defender su vía aérea, lo cual ocurrió.
3. La tos que el paciente presentaba previo a la cirugía seguramente era debido a broncoaspiración pasiva

<u>Siendo así:</u>

a) **No se le hizo el vaciamiento gástrico, (medida preventiva de la broncoaspiración previa cirugía con anestesia).**
b) **No se le aseguró la vía aérea, (medida preventiva de la broncoaspiración previa anestesia).**

Al no habérsele realizado las medidas preventivas de la broncoaspiración, se incumple la lex artis médica, ubicada a numeral 124, página 66, guía médica Helathcare in low- Resource con sello de la Fundación Santa fé[8], en la esquina inferior, sobre la escogencia de la anestesia, y el deber de asegurar la vía aérea en pacientes con abdomen agudo (Hernia encarcelada inguinal con obstrucción intestinal asociada y vómitos):

A continuación la Lex artis transgredida:

[8] Página 66, numeral 124 del expediente virtual, citada por el perito Anestesiólogo de la fundación Santa Fe.

Choice of anaesthesia

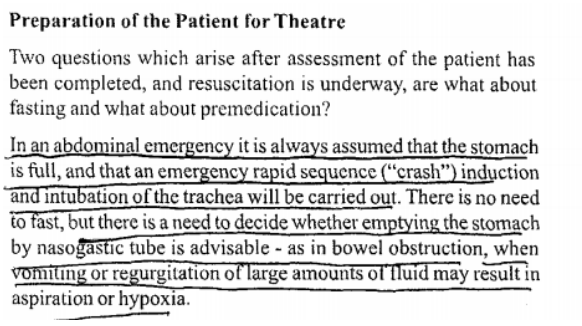
In an abdominal emergency, it is always assumed that the stomach is full and that an emergency rapid sequence crash induction technique with cricoid pressure and intubation of the trachea is carried out.[4,11-14] The endotracheal intubation is to prevent aspiration.[15] Rapid sequence induction also balances the risk of losing control of the airway against risk of aspiration. The report of the investigation results should be known prior to induction of anaesthesia especially haemoglobin estima-

Traducción: *"En una emergencia abdominal,* ***siempre se asume que el estómago está lleno y que se lleva a cabo una inducción rápida de secuencia de emergencia con presión cricoidea e intubación de la tráquea.[4],[11–14] La intubación endotraqueal se realiza para prevenir la aspiración.[15] La inducción rápida también equilibra el riesgo de perder el control de la vía aérea frente al riesgo de aspiración****. Los resultados de los exámenes deben conocerse antes de inducir la anestesia, especialmente la estimación de la hemoglobina..."*[9]

Por su parte, la lex artis, en cuanto a la sonda nasogástrica previa anestesia, en el numeral 124 del expediente virtual, lex artis aportada por el perito anestesiólogo de la Fundación Santa Fe, Edgar Celis, establece que se debe aplicar previa anestesia la sonda nasogástrica en abdomen agudo (Hernia encarcelada inguinal con obstrucción intestinal asociada y vómitos), a página 76 del numeral 124 del expediente virtual:

---

[9] Numeral 124. Página 66. Último Párrafo. Lex Artis, aportada por perito Fundación Santa Fe. Edgar Celis.



Preparation of the Patient for Theatre

Two questions which arise after assessment of the patient has been completed, and resuscitation is underway, are what about fasting and what about premedication?

In an abdominal emergency it is always assumed that the stomach is full, and that an emergency rapid sequence ("crash") induction and intubation of the trachea will be carried out. There is no need to fast, but there is a need to decide whether emptying the stomach by nasogastic tube is advisable - as in bowel obstruction, when vomiting or regurgitation of large amounts of fluid may result in aspiration or hypoxia.

Traducción: ***"Preparación del paciente para cirugía"***

"Dos preguntas que surgen una vez se ha completado la evaluación del paciente y se ha iniciado la reanimación son: ¿qué pasa con el ayuno y qué con la premedicación?"

"En una emergencia abdominal, siempre se asume que el estómago está lleno, *y que se realizará una inducción rápida de secuencia ("crash") y una intubación de la tráquea.* ***No es necesario ayunar, pero sí se debe decidir si es recomendable vaciar el estómago mediante una sonda nasogástrica****, como en los casos de obstrucción intestinal,* ***cuando el vómito o la regurgitación de grandes cantidades de líquido pueden causar aspiración o hipoxia."***[10]

De las medidas preventivas de la broncoaspiración, de aplicación de la Sonda nasogástrica previa cirugía, y asegurar la vía aérea ante cuadro de abdomen agudo, están de acuerdo:

⟶ **El médico cirujano Dr. Camilo Gómez, "*debió aplicarse la sonda nasogástrica previa cirugía y no se tomaron las medidas preventivas de la broncoaspiración".***

[10] Página 76, numeral 124 del expediente virtual, citada por el perito Anestesiólogo de la fundación Santa Fe.

5. En pacientes con retraso en el vaciamiento gástrico, el riesgo de broncoaspiración aumenta significativamente, el médico debe tener en cuenta que este aspecto debe ser valorado cuidadosamente en pacientes con dolor abdominal. El señor CARLOS ALBERTO ARANGO, había presentado episodios de vomito bilioso, color café y ausencia de deposiciones 3 días antes de ingresar al servicio de urgencias, razón por la cual podría claramente haberse sospechado de una obstrucción intestinal, debía considerarse la ausencia de vaciado gástrico normal.
6. La ausencia de medidas preventivas y de consideración del riesgo aumentado de broncoaspiración en este caso, llevo a que se realizará la intervención quirúrgica poniendo en riesgo la vida del señor CARLOS ALBERTO ARANGO OLARTE; finalmente el evento de broncoaspiración, que el personal medico podía prever, se presentó y pese a los intentos posteriores por preservar su vida, el señor CARLOS ALBERTO ARANGO OLARTE fallece.

11

➞ **El médico anestesiólogo, de la fundación Santa Fe, Dr. Edgar Celis, designado por el tribunal de ética médica, cuyo dictamen incorporado al proceso, como lo es el tribunal de ética médica reposa a numeral 124 del expediente virtual, páginas 61 a 65, lo cual lo soporta la lex artis arriba aludida de modo muy claro:**

[11] Página 105, numeral 2 del expediente virtual. Dictámen dr Camilo Gómez.

también puede ocurrir. De acuerdo con lo anterior la mejor opción podría ser intubación orotraqueal con el paciente despierto previa descompresión gástrica mediante sonda nasogástrica para evacuar el contenido intestinal. También se podría practicar inducción anestésica de secuencia rápida, previa presión a nivel del cartílago cricoides con el objeto de disminuir la posibilidad de la aspiración (anexo bibliografía al respecto). La anestesia regional, raquídea o peridural, en este paciente en tan malas condiciones no es una técnica segura por varias razones de acuerdo a la historia clínica:

1. Es un paciente senil en malas condiciones, deshidratado, con oxigenación sanguínea limítrofe, disfunción renal, hipotenso con administración de solución salina a 100cc/h, estado de conciencia alterado.
2. Una anestesia regional le puede ocasionar hipotensión arterial severa, mayor disminución del sensorio lo cual puede facilitar el no defender su vía aérea, lo cual ocurrió.
3. La tos que el paciente presentaba previo a la cirugía seguramente era debido a broncoaspiración pasiva
4. La anestesia regional da una falsa sensación de seguridad, y por lo tanto, no es la mejor opción anestésica.
5. No aparece discusión conjunta del caso, previo a la cirugía, por parte del equipo quirúrgico: cirujano, anestesiólogo, para definir la mejor decisión de manejo quirúrgico y anestésico.

3. ¿Un paciente con abdomen agudo secundario a una hernia inguinal encarcelada, es posible diferir un acto anestésico para realizar estudios adicionales para aclarar el origen de las comorbilidades.

   RTA: Todo paciente de alto riesgo debe ser evaluado exhaustivamente antes de iniciar el acto anestésico. Eso no significa lentamente sino rápido y seguro para obtener un buen desenlace.

5. ¿Está indicado el uso de sonda nasogástrica en un paciente consiente y alerta a quien se le va administrar anestesia regional?
RTA: Sí, si es absolutamente necesario, con el objeto de disminuir la distensión gástrica, evacuar el contenido gástrico y disminuir la posibilidad de bronco-aspiración.

6. ¿Cuáles son las complicaciones de un episodio de bronco-aspiración y al cuanto tiempo ocurrido el episodio bronco-aspirativo se presentan?
RTA: Las complicaciones de la bronco-aspiración van a depender del volumen y del contenido del líquido aspirado. Si se trata de jugo gástrico de retención y alto volumen las complicaciones, incluyendo la muerte, son severas: neumonía aspirativa, falla respiratoria aguda, absceso pulmonar, síndrome de dificultad respiratoria y muerte. Si son

12

→ **Incluso, el propio anestesiólogo tratante en la Clínica de la Sábana, Javier Cifuentes, a numeral 105, confesó, lo que tenía que hacer, PERO NO HIZO. Aunque mintió, porque lo que dijo no consta en la historia clínica, si manifestó y aseguró que asegurar la vía aérea mediante intubación y descomprimir con sonda nasogástrica el abdomen agudo eran medidas obligatorias para prevenir la broncoaspiración. Por ser una declaración larga, (ESTO SE ABORDARÁ EN EL SEGUNDO PUNTO DE SUSTENTACIÓN DE LA APELACIÓN).**

[12] Dictamen perito de la fundación Santa Fe Edgar Celis, designado por el Tribunal de Ética Médica, Páginas 61 a 65, del numeral 124 del expediente virtual.

Otro punto de la Sentencia donde encuadra mal el nexo causal es el siguiente:

> *Como se puede observar en la historia clínica, se clasificó como triage 2 prioridad II que según la literatura médica, corresponde a una urgencia que necesita de atención médica rápida en un plazo máximo de 30 minutos.*

Es cierto que se le colocó triage 2 al paciente. No obstante, la propia clínica, tuvo tiempo suficiente en relación con el paciente para hacerle exámenes, diagnósticos, y escoger la mejor opción de cirugía, incluso programársela. Es decir es falso, lo que se quiere dar a entender por la Juez de primera instancia, es que había que atenderlo en 30 minutos, y por eso no dio tiempo de estudiar de modo correcto al paciente, LO CUAL ES FALSO, tuvo tiempo suficiente de atención, para diagnosticarlo correctamente y tratarlo correctamente.

Siendo así el paciente, dura desde las 16:47 con el diagnóstico de hernia inguinal encarcelada (no estrangulada), y con diagnóstico secundario abdomen agudo, asociado a obstrucción intestinal y secreciones en boca advertida por la enfermera de turno y corroborada por el propio anestesiólogo, que tenía la boca sucia llena de residuos. Desde ese momento pasan 4 horas hasta las 20:30, hasta que se evalúa nuevamente y la enfermera da cuenta de secreción en boca, pero no lo advierte a los médicos. Luego el anestesiólogo tuvo 2 horas y media, para evaluar al paciente, y lo curioso es que manifiesta que también advirtió la secreción en

boca, Javier Cifuentes al minuto 2:54:11, del numeral 105 del expediente virtual, A la pregunta si verificó la secreción en boca previa cirugía: ***"Si tenía Una sustancia vieja, una boca sucia llena de residuos"[13]:*** **siendo absolutamente reprochable de culpa negligente, que observando esto, al paciente no le haya efectuado el vaciamiento gástrico con sonda PREVIA CIRUGÍA y asegurarle la vía aérea PREVIA CIRUGÍA; contrario a ello, le coloca la sonda nasogástrica y le asegura la vía aérea con intubación, EXTEMPORÁNEAMENTE, cuando el paciente ya estaba bronco aspirando, lo que lo llevó a la parada cardiorrespiratoria y muerte en un 1 minuto. No hay otra conclusión que se extraiga de lo anotado en la historia clínica, página 36 numeral 21 expediente virtual:**

60CC /h HERNIA INGUINAL. SE REVISA CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DE ANESTESIA PREVIAMENTE DILIGENCIADOS.22:45 SE TRASLADA PACIENTE EN CAMILLA CON HISTORIA CLINICA COMPLETA A SAL A DE CIRUJIA N.1 22:50 SE TRASLADADO PACIENTE ASISTIDAMENTE A MESA QUIRUGICA SE MINITORIZAN SIGNOS VITALES FC:60 FR:21 TA:98/62 SAT 91% . CON OXIGENO POR CANULA NASAL A 3 LITROS POR MINUTO. SE ALISTA ANESTESIA REGIONAL , SE COLOCA PACIENTE EN DECUBITO LATERAL IZQUIERDO ,22:55 DR CIFUENTES REALIZA ASEPSIA EN REGION LUMBAR CON QUIRUCIDAL JABON Y SOLUCION , PASA SPINOCAN.27 ADMINISTRA DOSIS DE FENTANIL Y BUPIVACAINA INTRATECAL PUNCION SIN COMPLICACION .POR ORDEN MEDICA SE ADMINISTRA 3GR DE AMPICILIAN SULBACTAN INTRAVENOSA Y 16 MG DE DEXAMETASONA. 23:00 ES ASISTIDO LAVADO QUIRURGICO A CIRUJANO QUIEN REALIZA ASEPSIA CON QUIRUCIDAL JABON Y QUIRUCIDAL SOLUCION . SE COLOCA PLACA DE ELECTROBISTURI EN MUSLO DERECHO . 23:10 INICIA PROCEDIMIENTO QUIRURGICO, SIN COMPLICACION .23:12 SE OBSERVA PACIENTE ANSIOSO , CON DIFICULTAD RESPIRATORIA, PACIENTE PRESENTA BROCOASPIRACION .SE PASA DE INDIMEDIATO SONDA NELATON N.14 A DR CIFUENTES PARA ASPIRACION SE SECRESIONES , SE OBTIENEN 350 CC CONTENIDO FECALOIDE. PACIENTE CON PERSISTENCIA DIFICULTAD RESPIRATORIA. 23:15 POR ORDEN MEDICA DE PASA TUBO N.8.0 PARA INTUBACION OROTRAQUEAL ,23:16 PACIENTE PRESENTA PARO CARDIORESPIRATORIO, ES ADMINISTRADO 1MG INTRAVENOSO DE ADRENALINA POR ORDEN MEDICA ,SE PASA BOLO DE 10CC DE SOLUCION SALINA . SE INICIAN MANIOBRAS DE REAMINACION AVANZADA , SE PALPA, PULSO RADIAL IZQUIERDO DEBIL, EN MONITOR NO SE OBERVA TRAZADO, POR ORDEN MEDICA SE PASA DE NUEVA AMPOLLA DE ADRENALINA , INTRAVENOSA , POSTERIORMENTE POR ORDEN MEDICA SE PASAN DOS AMPOLLAS DE ADRENALINA MAS Y DOS AMPOLLAS DE ATROPINA INTREVANOSA DE 1M(PACIENTE NO RESPONDE 23:20 DR CIFUENTES DECLARA DESCESO.CIRUJANO REALIZA CIERRE DE INSICION QUIRUGICA . SE RETIRAN

14

[13] Numeral 105. Declaración anestesiólogo Javier Cifuentes. Minuto 2:54:11. A la pregunta si verificó la secreción en boca previa cirugía: *"Si tenía Una sustancia vieja, una boca sucia llena de residuos".*

[14] Numeral 21 del expediente virtual, Contestación Clínica de la Sábana, donde aportó la H.C., página 36.

En conclusión, tuvieron 2 horas y media, el anestesiólogo para evaluar la conducta. Incluso demoró desde las 16:47 el paciente la realización de la cirugía. Es decir 6 horas y media para realizarle las medidas de la broncoaspiración y no lo hicieron, ya teniendo la boleta para la programación de la cirugía. <u>No es de recibo el argumento, de que por la premura de tiempo, desatendieron la lex artis, como lo pretende hacer ver, la Juez de primera instancia.</u>

Llama la atención que no aparece el diagnóstico de obstrucción intestinal, por abdomen agudo, en la historia clínica; no obstante el anestesiólogo Javier Cifuentes en su declaración dijo que si sabía de ese diagnóstico, así como los demás médicos testigos de la Clínica de la Sábana, los cuales manifestaron que este diagnóstico estaba inmerso dentro del diagnóstico de hernia inguinal encarcelada (no estrangulada).

Otro punto que no es correcto es este aseverado por la Juez:

> *Por otro lado, para la fecha de la atención del fallecido señor ARANGO OLARTE en el año 2011, el TAC que refirió el perito de los demandantes, manifestaron los demás testigos médicos que para esa fecha realizar tal examen no estaba prescrito en la literatura médica, sino solo se empezó a realizarse a partir del 2015 aproximadamente.*

Esto carece de importancia, porque el propio anestesiólogo Javier Cifuentes, manifestó conocer que el paciente tenía el abdomen

agudo, por obstrucción intestinal, en su declaración testimonial a numeral 105 del expediente virtual, siendo irrelevante el tema del tac. Pues lo que revelaría este es el abdomen agudo por obstrucción intestinal, sin embargo, todas las declaraciones de los médicos de la clínica manifestaron al unísono, que este se encontraba inmerso dentro del diagnóstico de la hernia inguinal encarcelada (no estrangulada). Siendo irrelevante para este asunto la cita del tac de la Juez de primera instancia.

Otro punto incorrecto de la Juez es el siguiente:

> *Ahora, frente a la alegada secreción en la boca que presentó el señor ARANGO OLARTE, no hay prueba que permita establecer que esta provenía del estómago del paciente y que con un vaciamiento previo si hubiese podido prever que esta no se presentara, como señalaron los testigos médicos, esta secreción no solo podía provenir del estómago, sino también podía ser de los pulmones, en razón a que el fallecido paciente, padecía de EPOC.*

Al respecto, es carga precisamente de la clínica determinar de donde provenía la secreción en boca, no de la parte Demandante. El anestesiólogo incluso reconoció antes de la intervención quirúrgica, a numeral 105 del expediente virtual que: minuto 2:54:11, del numeral 105 del expediente virtual, A la pregunta si verificó la secreción en boca previa cirugía: ***"Si tenía Una sustancia vieja, una boca sucia llena de residuos"[15]:***

[15] Numeral 105. Declaración anestesiólogo Javier Cifuentes. Minuto 2:54:11. A la pregunta si verificó la secreción en boca previa cirugía: *"Si tenía Una sustancia vieja, una boca sucia llena de residuos"*.

Y finalmente con la Historia Clínica a Página 38 del numeral 21 del expediente virtual, se extrae que se le extrajeron al paciente 350 centímetros cúbicos de material fecaloide. Al introducirle la sonda nasogástrica el anestesiólogo extemporáneamente cuando estaba bronco aspirando. Entonces es ilógico que esos 350 Centímetros cúbicos de material fecaloide estén en los pulmones, pues se hubiese muerto mucho antes. La sonda precisamente se le introduce en el tracto digestivo del paciente. Si extrajeron ese material fecaloide, en gran cantidad, es porque su broncoaspiración se dio en el tracto digestivo no en los pulmones, es decir, bronco aspiró lo que tenía atrapado en el tracto digestivo, dicho de un modo más comprensible.

Siendo así, la aseveración de la Señora Juez, va en contravía de la Historia Clínica. La duda, no es duda, toda vez que es una auténtica negligencia médica el no vaciarle con sonda nasogástrica el contenido del tracto digestivo. Pues al momento de bronco aspirar la sonda introducida en el tracto digestivo extrae 350 C.C. de material fecaloide lo que descarta que haya sido una broncoaspiración pulmonar como lo quiere dejar entrever con duda la Juez.

Ahora bien, la sonda nasogástrica el no hacerla en el momento oportuno ante un abdomen agudo, previa cirugía, es un daño por pérdida de oportunidad en el tratamiento médico, porque lo

prescribe la lex artis. Entonces el no hacerlo es pérdida de oportunidad en el tratamiento.

Y es que, en definitiva, Como se quiera valorar existe responsabilidad, sea por pérdida del tratamiento en no vaciar el contenido gástrico con sonda nasogástrica; o porque hay certeza del contenido fecaloide extraído en volumen de 350 CC al introducir la sonda de modo extemporáneo en plena cirugía en el tracto digestivo, LO QUE PRUEBA CON EVIDENCIA, QUE LA BRONCOASPIRACIÓN FUE CON EL CONTENIDO ATRAPADO EN EL TRACTO DIGESTIVO, DESCARTÁNDOSE ASÍ, LA DESACERTADA TESIS DE DUDA DE LA JUEZ DE PRIMERA INSTANCIA, que el material que bronco aspiró estaba alojado en los pulmones.

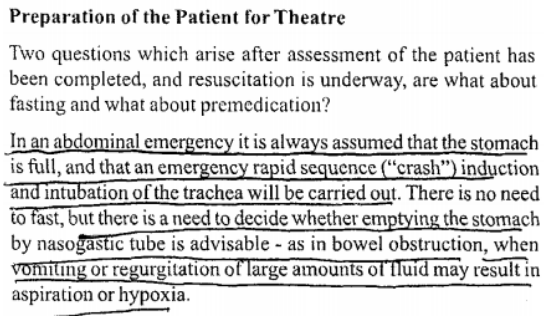
Otro punto es el siguiente:

Por otro lado, no se probó por la parte demandante, que el vaciamiento gástrico fuera mandatorio previamente para la puesta de la anestesia o la realización de la cirugía pues no se allegó literatura médica o prueba pericial en donde se manifestara la obligatoriedad de realizar con antelación tal procedimiento.

Igualmente, tampoco se probó la obligatoriedad de la colocación de la sonda nasogástrica, pues los testigos señalaron que es algo que se puede hacer pero que no es mandatorio en la práctica médica.

Como ya lo vimos, esto es falso, LA LEX ARTIS SI PREVÉ EL VACIAMIENTO GÁSTRICO EN PACIENTES CON ABDOMEN AGUDO,

de los cuales debe presumirse en todos los casos que <u>EL ESTÓMAGO ESTÁ LLENO</u>: así lo ordena la lex artis, de presumir el estómago lleno en todos los caso de abdomen agudo:



Preparation of the Patient for Theatre

Two questions which arise after assessment of the patient has been completed, and resuscitation is underway, are what about fasting and what about premedication?

In an abdominal emergency it is always assumed that the stomach is full, and that an emergency rapid sequence ("crash") induction and intubation of the trachea will be carried out. There is no need to fast, but there is a need to decide whether emptying the stomach by nasogastic tube is advisable - as in bowel obstruction, when vomiting or regurgitation of large amounts of fluid may result in aspiration or hypoxia.

Traducción: ***"Preparación del paciente para cirugía"***

"Dos preguntas que surgen una vez se ha completado la evaluación del paciente y se ha iniciado la reanimación son: ¿qué pasa con el ayuno y qué con la premedicación?"

"En una emergencia abdominal, siempre se asume que el estómago está lleno, *y que se realizará una inducción rápida de secuencia ("crash") y una intubación de la tráquea.* ***<u>No es necesario ayunar, pero sí se debe decidir si es recomendable vaciar el estómago mediante una sonda nasogástrica, como en los casos de obstrucción intestinal, cuando el vómito o la regurgitación de grandes cantidades de líquido pueden causar aspiración o hipoxia."</u>***[16]

Otro punto de la sentencia, es el siguiente:

[16] Página 76, numeral 124 del expediente virtual, citada por el perito Anestesiólogo de la fundación Santa Fe.

El alegato tuvo como base las conclusiones que se plasmaron en el pliego de cargos en contra del anestesiólogo, doctor JAVIER CIFUENTES DULCE, "por posible transgresión al artículo 15 de la Ley 23 de 1981 que en su parte pertinente dispone: "El médico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados"" y en donde se señaló por parte del magistrado instructor, que existía un riesgo de broncoaspiración y que debieron tomarse las medidas pertinentes para evitar un riesgo previsible, pero como se mencionó anteriormente, fue un proceso que no tuvo sentencia o decisión final en donde se demostrara la falta a los deberes del referido médico, sino que terminó por prescripción de la acción, por lo que la simple formulación del pliego de cargos no demuestra que en efecto el actuar del anestesiólogo fue errado y atentatorio contra el paciente y la lex artis médica.

Al respecto, y si bien prescribió la acción disciplinaria de la investigación de adelantaba el Tribunal de ética médica, ha debido la Juez de instancia valorar el recaudo probatorio útil de la investigación disciplinaria. En ese orden, el numeral 123 y 124, y más exactamente el numeral 124 del expediente virtual, contiene una prueba pericial imparcial, a ambas partes, que es el dictamen pericial ordenado por el Tribunal de ética Médica, al Anestesiólogo de la fundación Santafé de Bogotá, Dr. Edgar Celis. Nótese como el Juez en la sentencia de primera instancia, ignora esta prueba, basándose en la prescripción de la acción disciplinaria; no obstante, este dictamen es una prueba pericial imparcial, legalmente recaudada e incorporada al proceso.

El anestesiólogo Edgar Celis, de la Fundación Santa fe de Bogotá, totalmente imparcial y ajeno a las partes involucradas, luego de

revisada la historia clínica, confirma que se cometió un error por parte del anestesiólogo, lo cual se evidencia a página 63 y 64 del numeral 124 del expediente virtual, con su respectiva lex artis de soporte:

también puede ocurrir. De acuerdo con lo anterior la mejor opción podría ser intubación orotraqueal con el paciente despierto previa descompresión gástrica mediante sonda nasogástrica para evacuar el contenido intestinal. También se podría practicar inducción anestésica de secuencia rápida, previa presión a nivel del cartílago cricoides con el objeto de disminuir la posibilidad de la aspiración (anexo bibliografía al respecto). La anestesia regional, raquídea o peridural, en este paciente en tan malas condiciones no es una técnica segura por varias razones de acuerdo a la historia clínica:

1. Es un paciente senil en malas condiciones, deshidratado, con oxigenación sanguínea limítrofe, disfunción renal, hipotenso con administración de solución salina a 100cc/h, estado de conciencia alterado.
2. Una anestesia regional le puede ocasionar hipotensión arterial severa, mayor disminución del sensorio lo cual puede facilitar el no defender su vía aérea, lo cual ocurrió.
3. La tos que el paciente presentaba previo a la cirugía seguramente era debido a broncoaspiración pasiva
4. La anestesia regional da una falsa sensación de seguridad, y por lo tanto, no es la mejor opción anestésica.
5. No aparece discusión conjunta del caso, previo a la cirugía, por parte del equipo quirúrgico: cirujano, anestesiólogo, para definir la mejor decisión de manejo quirúrgico y anestésico.

3. ¿Un paciente con abdomen agudo secundario a una hernia inguinal encarcelada, es posible diferir un acto anestésico para realizar estudios adicionales para aclarar el origen de las comorbilidades.
   RTA: Todo paciente de alto riesgo debe ser evaluado exhaustivamente antes de iniciar el acto anestésico. Eso no significa lentamente sino rápido y seguro para obtener un buen desenlace.

5. ¿Está indicado el uso de sonda nasogástrica en un paciente consiente y alerta a quien se le va administrar anestesia regional?
RTA: Sí, si es absolutamente necesario, con el objeto de disminuir la distensión gástrica, evacuar el contenido gástrico y disminuir la posibilidad de bronco-aspiración.

6. ¿Cuáles son las complicaciones de un episodio de bronco-aspiración y al cuanto tiempo ocurrido el episodio bronco-aspirativo se presentan?
RTA: Las complicaciones de la bronco-aspiración van a depender del volumen y del contenido del líquido aspirado. Si se trata de jugo gástrico de retención y alto volumen las complicaciones, incluyendo la muerte, son severas: neumonía aspirativa, falla respiratoria aguda, absceso pulmonar, síndrome de dificultad respiratoria y muerte. Si son

17

Lo que confirma, el dictamen del Dr. Camilo aportado por la parte Demandante y la tesis de culpabilidad de negligencia médica de la parte Demandante:

Que no se tomaron las <u>medidas de prevención de la broncoaspiración, circunscritas</u> al vaciamiento gástrico, con sonda nasogástrica, para descomprimir el abdomen agudo y asegurarle la vía aérea con intubación, <u>lo que hubiese conllevado al resultado de que el paciente no bronco aspirara y por consiguiente no muriera.</u>

[17] Dictamen perito de la fundación Santa Fe Edgar Celis, designado por el Tribunal de Ética Médica, Páginas 61 a 65, del numeral 124 del expediente virtual.

No se entiende muy bien la razón, de porqué la Juez ni se pronuncia sobre el recaudo probatorio, de este dictamen pericial, ordenado por el Tribunal de ética médica, el cual hace parte del recaudo probatorio, máxime cuando el Apoderado Demandante fue enfático en los Alegatos al resaltarlo. No obstante se diluyo su importancia, con un argumento que no es de recibo, que por la prescripción de la acción, lo cual es sin duda, un argumento errado, de la valoración probatoria recaudada en la investigación, como lo es, este dictamen pericial ordenado y recaudado válidamente dentro de la investigación disciplinaria al médico Javier Cifuentes, anestesiólogo de la Clínica de la Sábana.

Otro punto es el siguiente:

Súmese a lo anterior, que se trataba de un paciente de 81 años de edad, con comorbilidades como EPOC, asma y lo más grave que se ha mencionado a lo largo del proceso y esta sentencia, 8 días de evolución de dolor abdominal con vómitos, diarrea y en los últimos 3 días antes de acudir a urgencias, estreñimiento a causa de la obstrucción por la hernia inguinal, lo que para el Despacho, estas conductas, se constituyeron en una causa eficiente en el deceso del señor ARANGO OLARTE, lo que llevar a que se nieguen las pretensiones subsidiarias de la demanda y se declare la

Contrario a lo manifestado por la Juez de instancia, el hecho que el paciente tenga 81 años y comorbilidades de epoc, asma, no exime, la actuación anestesiológica de Javier Cifuentes de la Clínica de la Sábana, de contrariar la lex artis médica, al no tomar

medidas contra la broncoaspiración, circunscritas a realizarle el vaciamiento gástrico previa cirugía y asegurarle la vía aérea.

Es completamente ERRADO, lo que manifiesta la Juez de Instancia, en que la causa eficiente del daño, era que el paciente tuviera 81 años, epoc, asma y que los familiares tardaron 8 días en llevarlo a la clínica, (punto sobre el cual el Demandante, ya se manifestó en los primeros fundamentos de desvío del nexo causal), CONTRARIO A ELLO LA CAUSA EFICIENTE DEL DAÑO, fue NO TOMAR LAS MEDIDAS CONTRA LA BRONCOASPIRACIÓN ANTES DE INCIAR LA CIRGUÍA, CIRCUNSCRITAS AL VACIAMIENTO GÁSTRICO ANTE OBSERVACIÓN DE RESIDUOS DE SECRECIÓN EN BOCA A LAS 20:30 Y EN LO CONFESADO POR EL ANESTESIÓLGO, QUE TENÍA LA BOCA SUCIA LLENA DE RESIDUOS PREVIO A SOMETERLO A CIRUGÍA, Y EL NO ASEGURARLE LA VÍA AÉREA, ATENDIENDO A ESTAS CONDICIONES.

Y es que señores Magistrados, resulta completamente contrario al sentido común que un anestesiólogo, tenga el reporte de secreción en boca a las 20:30 horas por la enfermera de turno, e incluso el mismo anestesiólogo previa cirugía verifique que tenía la boca sucia el paciente llena de residuos, al minuto 2:54:11, del numeral 105 del expediente virtual, A la pregunta si verificó la secreción en boca previa cirugía: ***"Si tenía Una sustancia vieja, una boca sucia llena de residuos"[18]:***, **y a pesar de ello, no le**

[18] Numeral 105. Declaración anestesiólogo Javier Cifuentes. Minuto 2:54:11. A la pregunta si verificó la secreción en boca previa cirugía: *"Si tenía Una sustancia vieja, una boca sucia llena de residuos"*.

realice un vaciamiento gástrico y no le asegure la vía aérea previa anestesia.

El resultado, también resulta lógico, si no le haces vaciamiento gástrico y no le aseguras la vía aérea, va a bronco aspirar, que fue lo que sucedió, con desenlace fatal en este asunto.

CONCLUSIÓN DEL DESVIÓ DEL NEXO CAUSAL.

Contrario a lo manifestado con desacierto por la Juez de instancia en trasladarle la culpa al paciente y sus familiares la causa eficiente del daño, por tardar 8 días en acudir a la clínica de la Sábana, conociendo de antemano que fue un proceso evolutivo y paulatino de deterioro y no una manifestación abrupta desde hace 8 días, a tener 81 años el paciente Carlos Olarte y tener comorbilidades de asma y epoc; contrario a este análisis de la Juez de Instancia, lo que motivan estas comorbilidades de Asma y Epoc, CON MAYOR RAZÓN, ES HA haberle ASEGURARDO LA VÍA AÉREA AL PACIENTE EN INTUBACIÓN PREVIA CIRUGÍA Y PREVEER EL RIESGO DE BRONCOASPIRACIÓN.

Incluso la propia historia clínica da la razón de lo que pasó, por no haberle hecho las medidas preventivas de la broncoaspiración; pues básicamente el paciente bronco aspiró y murió.

El anestesiólogo de la Clínica de la Sabana, lo dejó a merced de una broncoaspiración sin medidas preventivas de la broncoaspiración contrariando la Lex Artis, que dice que en todo paciente con abdomen agudo, con hernia inguinal encarcelada, presuma o asuma que tiene el estómago lleno, proceda con la sonda nasogástrica a vaciarle el contenido gástrico y asegúrele la vía aérea con intubación; no obstante no se hizo y por tal motivo el paciente Bronco aspira y muere. Siendo así, la causa eficiente del daño está desviada por la Juez de primera instancia, toda vez que no fue el tener 81 años, las comorbilidades y la tardanza en acudir al centro de Salud; la causa eficiente del daño por el contrario, fue un protocolo de anestesia contrario a la lex artis, lo que llevó al daño, es decir que el paciente bronco aspirara con parada cardiorrespiratoria.

Y es que señores Magistrados la causa eficiente del daño, contrariando el protocolo de lex artis está probado con lo siguiente:

⟶ **El abordaje contrario a la lex artis del anestesiólogo Javier Cifuentes, el cual tuvo tiempo suficiente para examinar la historia clínica y examinar al paciente a partir de las 16:47 hasta las 22:10 y realizar una valoración clínica conjunta entre las personas del equipo quirúrgico de anestesia y cirugía, para definir la mejor aproximación al abordaje quirúrgico. Así lo establece el perito**

anestesiólogo Edgar Celis de la Fundación Santa fe de Bogotá, página 62 del dictamen:

> generales a quien se le debe practicar una cirugía abdominal de urgencia. No aparece valoración clínica conjunta entre las personas del equipo quirúrgico, anestesia y cirugía con el objeto de definir cuál sería la mejor aproximación para su manejo quirúrgico. Considero que un paciente en estas condiciones se debió analizar su situación de abdomen agudo y la posibilidad de que
>
> presentara broncoaspiración durante el periodo de la inducción de anestesia. Por el hecho de tratarse de una emergencia quirúrgica es indispensable evitar que el paciente pueda bronco-aspirar en la inducción anestésica o durante el procedimiento y la anestesia regional no ofrece seguridad suficiente para evitar que esto pueda ocurrir. Si se escoge anestesia general y no se toman las

19

(No aparece en la historia clínica valoración conjunta del abordaje del anestesiólogo con el cirujano), tanto así que manifestó en su declaración del propio anestesiólogo, haber visto residuo en boca en el paciente, una boca sucia llena de residuos[20]; no obstante, y a pesar de ello:

No se le realizó por el anestesiólogo un vaciamiento gástrico previa anestesia, de modo OPORTUNO; contrario a ello lo que hizo el anestesiólogo de la Clínica de la Sábana, Javier Cifuentes, DE MODO NEGLIGENTE Y CONTRARIO A LA LEX ARTIS, FUE

[19] Perito Anestesiólogo, de la fundación Santa fe, designado por el Tribunal de Ética Médica, Edgar Celis Rodríguez, incorporando al expediente a numeral 124, página 62 a 63.

[20] Numeral 105. Declaración anestesiólogo Javier Cifuentes. Minuto 2:54:11. A la pregunta si verificó la secreción en boca previa cirugía: *"Si tenía Una sustancia vieja, una boca sucia llena de residuos"*.

APLICARLE LA ANESTESIA REGIONAL SIN EL PROCEDIMIENTO PREVIO DEL VACIAMIENTO GÁSTRICO, conllevándolo a una broncoaspiración del material atrapado en su tracto digestivo (350C.C. de material fecaloide) a los 2 MINUTOS de iniciado el procedimiento quirúrgico, y en dicho momento es que decide ya de modo EXTEMPORÁNEO y de emergencia, hacerle el vaciamiento gástrico, totalmente EXTEMPORÁNEO, ya cuando el paciente estaba bronco aspirando. La Broncoaspiración al paciente lo lleva en 4 minutos a una parada cardiorrespiratoria y muere a las 23:17, cuando el procedimiento anestesiológico había iniciado a las 23:10.

60CC /h HERNIA INGUINAL. SE REVISA CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DE ANESTESIA PREVIAMENTE DILIGENCIADOS.22:45 SE TRASLADA PACIENTE EN CAMILLA CON HISTORIA CLINICA COMPLETA A SAL A DE CIRUJIA N.1 22:50 SE TRASLADADO PACIENTE ASISTIDAMENTE A MESA QUIRUGICA SE MINITORIZAN SIGNOS VITALES FC:60 FR:21 TA:98/62 SAT 91% . CON OXIGENO POR CANULA NASAL A 3 LITROS POR MINUTO. SE ALISTA ANESTESIA REGIONAL , SE COLOCA PACIENTE EN DECUBITO LATERAL IZQUIERDO ,22:55 DR CIFUENTES REALIZA ASEPSIA EN REGION LUMBAR CON QUIRUCIDAL JABON Y SOLUCION , PASA SPINOCAN.27 ADMINISTRA DOSIS DE FENTANIL Y BUPIVACAINA INTRATECAL PUNCION SIN COMPLICACION .POR ORDEN MEDICA SE ADMINISTRA 3GR DE AMPICILIAN SULBACTAN INTRAVENOSA Y 16 MG DE DEXAMETASONA. 23:00 ES ASISTIDO LAVADO QUIRURGICO A CIRUJANO QUIEN REALIZA ASEPSIA CON QUIRUCIDAL JABON Y QUIRUCIDAL SOLUCION . SE COLOCA PLACA DE ELECTROBISTURI EN MUSLO DERECHO . 23:10 INICIA PROCEDIMIENTO QUIRURGICO, SIN COMPLICACION .23:12 SE OBSERVA PACIENTE ANSIOSO , CON DIFICULTAD RESPIRATORIA, PACIENTE PRESENTA BROCOASPIRACION .SE PASA DE INDIMEDIATO SONDA NELATON N.14 A DR CIFUENTES PARA ASPIRACION SE SECRESIONES , SE OBTIENEN 350 CC CONTENIDO FECALOIDE. PACIENTE CON PERSISTENCIA DIFICULTAD RESPIRATORIA. 23:15 POR ORDEN MEDICA DE PASA TUBO N.8.0 PARA INTUBACION OROTRAQUEAL ,23:16 PACIENTE PRESENTA PARO CARDIORESPIRATORIO, ES ADMINISTRADO 1MG INTRAVENOSO DE ADRENALINA POR ORDEN MEDICA ,SE PASA BOLO DE 10CC DE SOLUCION SALINA . SE INICIAN MANIOBRAS DE REAMINACION AVANZADA , SE PALPA, PULSO RADIAL IZQUIERDO DEBIL, EN MONITOR NO SE OBERVA TRAZADO, POR ORDEN MEDICA SE PASA DE NUEVA AMPOLLA DE ADRENALINA , INTRAVENOSA , POSTERIORMENTE POR ORDEN MEDICA SE PASAN DOS AMPOLLAS DE ADRENALINA MAS Y DOS AMPOLLAS DE ATROPINA INTREVANOSA DE 1M(PACIENTE NO RESPONDE 23:20 DR CIFUENTES DECLARA DESCESO.CIRUJANO REALIZA CIERRE DE INSICION QUIRUGICA . SE RETIRAN

A pesar que a las 20:30, se anotó que el paciente tenía secreción en boca en la historia clínica[21], y el propio médico anestesiólogo Cifuentes reconoce haber visto la secreción en boca, una boca llena de residuos[22] momentos previos a la anestesia, a pesar de ello decide aplicar anestesia regional baja, lo cual es contrario a la lex artis médica, que sugiere ante la secreción en boca y para evitar la broncoaspiración, debía asegurarle la vía aérea con anestesia general; pero no lo hizo y no está plasmado en la historia clínica; de aseguramiento de la vía aérea al paciente con intubación, exponiéndolo a la broncoaspiración. Al asegurarle la vía aérea al paciente, la anestesia es general y no regional.

La evidencia de lo que ha debido hacer y no hizo el anestesiólogo Cifuentes, se encuentra en la misma historia clínica, dentro de la cual se advierte, que se le aplica intubación y aseguramiento de la vía aérea en plena broncoaspiración, de manera extemporánea, ya cuando estaba comprometida por la broncoaspiración la vida del paciente, numeral 21 página 36 de la H.C. aportada por la Clínica de la Sábana:

[21] Numeral 21, Historia Clínica aportada por la Clínica de la Sábana en la contestación de la Demanda, página 35 del documento (14 de 18 de la historia clínica).
[22] Numeral 105. Declaración anestesiólogo Javier Cifuentes. Minuto 2:54:11. A la pregunta si verificó la secreción en boca previa cirugía: *"Si tenía Una sustancia vieja, una boca sucia llena de residuos"*.

60CC /h HERNIA INGUINAL. SE REVISA CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DE ANESTESIA PREVIAMENTE DILIGENCIADOS.22:45 SE TRASLADA PACIENTE EN CAMILLA CON HISTORIA CLINICA COMPLETA A SAL A DE CIRUJIA N.1 22:50 SE TRASLADADO PACIENTE ASISTIDAMENTE A MESA QUIRUGICA SE MINITORIZAN SIGNOS VITALES FC:60 FR:21 TA:98/62 SAT 91% . CON OXIGENO POR CANULA NASAL A 3 LITROS POR MINUTO. SE ALISTA ANESTESIA REGIONAL , SE COLOCA PACIENTE EN DECUBITO LATERAL IZQUIERDO ,22:55 DR CIFUENTES REALIZA ASEPSIA EN REGION LUMBAR CON QUIRUCIDAL JABON Y SOLUCION , PASA SPINOCAN.27 ADMINISTRA DOSIS DE FENTANIL Y BUPIVACAINA INTRATECAL PUNCION SIN COMPLICACION .POR ORDEN MEDICA SE ADMINISTRA 3GR DE AMPICILIAN SULBACTAN INTRAVENOSA Y 16 MG DE DEXAMETASONA. 23:00 ES ASISTIDO LAVADO QUIRURGICO A CIRUJANO QUIEN REALIZA ASEPSIA CON QUIRUCIDAL JABON Y QUIRUCIDAL SOLUCION . SE COLOCA PLACA DE ELECTROBISTURI EN MUSLO DERECHO . 23:10 INICIA PROCEDIMIENTO QUIRURGICO, SIN COMPLICACION .23:12 SE OBSERVA PACIENTE ANSIOSO , CON DIFICULTAD RESPIRATORIA, PACIENTE PRESENTA BROCOASPIRACION .SE PASA DE INDIMEDIATO SONDA NELATON N.14 A DR CIFUENTES PARA ASPIRACION SE SECRESIONES , SE OBTIENEN 350 CC CONTENIDO FECALOIDE. PACIENTE CON PERSISTENCIA DIFICULTAD RESPIRATORIA. 23:15 POR ORDEN MEDICA DE PASA TUBO N.8.0 PARA INTUBACION OROTRAQUEAL ,23:16 PACIENTE PRESENTA PARO CARDIORESPIRATORIO, ES ADMINISTRADO 1MG INTRAVENOSO DE ADRENALINA POR ORDEN MEDICA ,SE PASA BOLO DE 10CC DE SOLUCION SALINA . SE INICIAN MANIOBRAS DE REAMINACION AVANZADA , SE PALPA, PULSO RADIAL IZQUIERDO DEBIL, EN MONITOR NO SE OBERVA TRAZADO, POR ORDEN MEDICA SE PASA DE NUEVA AMPOLLA DE ADRENALINA , INTRAVENOSA , POSTERIORMENTE POR ORDEN MEDICA SE PASAN DOS AMPOLLAS DE ADRENALINA MAS Y DOS AMPOLLAS DE ATROPINA INTREVANOSA DE 1M(PACIENTE NO RESPONDE 23:20 DR CIFUENTES DECLARA DESCESO.CIRUJANO REALIZA CIERRE DE INSICION QUIRUGICA . SE RETIRAN

23

Nótese como se aplica la intubación a las 23:15 ; cuando empezó a broncoaspirar a las 23:12

¿Por qué no acató la lex artis que le indicaba asegurar la vía aérea ante al abdomen agudo (hernia inguinal encarcelada)? = Por negligencia.

Lex artis incumplida:

Choice of anaesthesia

In an abdominal emergency, it is always assumed that the stomach is full and that an emergency rapid sequence crash induction technique with cricoid pressure and intubation of the trachea is carried out.[4,11-14] The endotracheal intubation is to prevent aspiration.[15] Rapid sequence induction also balances the risk of losing control of the airway against risk of aspiration. The report of the investigation results should be known prior to induction of anaesthesia especially haemoglobin estima-

[23] Historia Clínica aportada por la Clínica de la Sábana página 36 del expediente virtual.

Traducción: *"En una emergencia abdominal,* ***siempre se asume que el estómago está lleno y que se lleva a cabo una inducción rápida de secuencia de emergencia con presión cricoidea e intubación de la tráquea.[4],[11–14] La intubación endotraqueal se realiza para prevenir la aspiración.[15] La inducción rápida también equilibra el riesgo de perder el control de la vía aérea frente al riesgo de aspiración****. Los resultados de los exámenes deben conocerse antes de inducir la anestesia, especialmente la estimación de la hemoglobina..."*[24]

Aquí también miente el anestesiólogo Javier Cifuentes, dijo que lo había intubado previa anestesia; no obstante revisando la historia Clínica, es evidente que lo intuba 3 minutos después del paciente bronco aspirar, extemporáneamente, a las 23:15

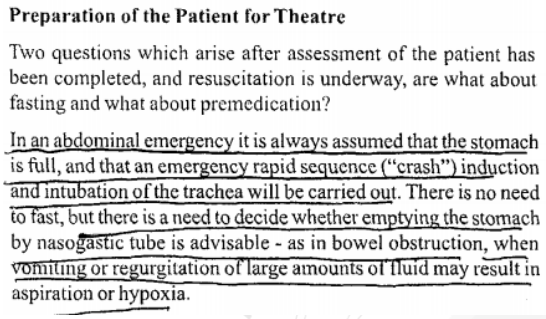
60CC /h HERNIA INGUINAL. SE REVISA CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DE ANESTESIA PREVIAMENTE DILIGENCIADOS.22:45 SE TRASLADA PACIENTE EN CAMILLA CON HISTORIA CLINICA COMPLETA A SAL A DE CIRUJIA N.1 22:50 SE TRASLADADO PACIENTE ASISTIDAMENTE A MESA QUIRUGICA SE MINITORIZAN SIGNOS VITALES FC:60 FR:21 TA:98/62 SAT 91% . CON OXIGENO POR CANULA NASAL A 3 LITROS POR MINUTO. SE ALISTA ANESTESIA REGIONAL , SE COLOCA PACIENTE EN DECUBITO LATERAL IZQUIERDO ,22:55 DR CIFUENTES REALIZA ASEPSIA EN REGION LUMBAR CON QUIRUCIDAL JABON Y SOLUCION , PASA SPINOCAN.27 ADMINISTRA DOSIS DE FENTANIL Y BUPIVACAINA INTRATECAL PUNCION SIN COMPLICACION .POR ORDEN MEDICA SE ADMINISTRA 3GR DE AMPICILIAN SULBACTAN INTRAVENOSA Y 16 MG DE DEXAMETASONA. 23:00 ES ASISTIDO LAVADO QUIRURGICO A CIRUJANO QUIEN REALIZA ASEPSIA CON QUIRUCIDAL JABON Y QUIRUCIDAL SOLUCION . SE COLOCA PLACA DE ELECTROBISTURI EN MUSLO DERECHO . 23:10 INICIA PROCEDIMIENTO QUIRURGICO, SIN COMPLICACION .23:12 SE OBSERVA PACIENTE ANSIOSO , CON DIFICULTAD RESPIRATORIA, PACIENTE PRESENTA BROCOASPIRACION .SE PASA DE INDIMEDIATO SONDA NELATON N.14 A DR CIFUENTES PARA ASPIRACION SE SECRESIONES , SE OBTIENEN 350 CC CONTENIDO FECALOIDE. PACIENTE CON PERSISTENCIA DIFICULTAD RESPIRATORIA. 23:15 POR ORDEN MEDICA DE PASA TUBO N.8.0 PARA INTUBACION OROTRAQUEAL ,23:16 PACIENTE PRESENTA PARO CARDIORESPIRATORIO, ES ADMINISTRADO 1MG INTRAVENOSO DE ADRENALINA POR ORDEN MEDICA ,SE PASA BOLO DE 10CC DE SOLUCION SALINA . SE INICIAN MANIOBRAS DE REAMINACION AVANZADA , SE PALPA, PULSO RADIAL IZQUIERDO DEBIL, EN MONITOR NO SE OBERVA TRAZADO, POR ORDEN MEDICA SE PASA DE NUEVA AMPOLLA DE ADRENALINA , INTRAVENOSA , POSTERIORMENTE POR ORDEN MEDICA SE PASAN DOS AMPOLLAS DE ADRENALINA MAS Y DOS AMPOLLAS DE ATROPINA INTREVANOSA DE 1M(PACIENTE NO RESPONDE 23:20 DR CIFUENTES DECLARA DESCESO.CIRUJANO REALIZA CIERRE DE INSICION QUIRUGICA . SE RETIRAN

[24] Numeral 124. Página 66. Último Párrafo. Lex Artis, aportada por perito Fundación Santa Fe. Edgar Celis.

<u>Nótese como se le aplica el vaciamiento gástrico cuando empieza a bronco aspirar a las 23:12, de inmediato.</u>

<u>¿Por qué no acató la lex artis que le indicaba el vaciamiento gástrico ante el abdomen agudo (Hernia inguinal encarcelada? = Por negligencia.</u>

<u>Reitero la lex artis omitida por el anestesiólogo Javier Cifuentes en la Clínica de la Sábana:</u>



Preparation of the Patient for Theatre

Two questions which arise after assessment of the patient has been completed, and resuscitation is underway, are what about fasting and what about premedication?

In an abdominal emergency it is always assumed that the stomach is full, and that an emergency rapid sequence ("crash") induction and intubation of the trachea will be carried out. There is no need to fast, but there is a need to decide whether emptying the stomach by nasogastic tube is advisable - as in bowel obstruction, when vomiting or regurgitation of large amounts of fluid may result in aspiration or hypoxia.

Traducción: ***"Preparación del paciente para cirugía"***

"Dos preguntas que surgen una vez se ha completado la evaluación del paciente y se ha iniciado la reanimación son: ¿qué pasa con el ayuno y qué con la premedicación?"

"En una emergencia abdominal, siempre se asume que el estómago está lleno, *y que se realizará una inducción rápida de secuencia ("crash") y una intubación de la tráquea.* ***No es necesario ayunar, pero sí se debe decidir si es recomendable vaciar el estómago mediante una sonda nasogástrica, como en los casos de obstrucción intestinal,***

cuando el vómito o la regurgitación de grandes cantidades de líquido pueden causar aspiración o hipoxia."[25]

Entró con vomito bilioso color café.

Le diagnosticaron abdomen agudo por hernia inguinal encarcelada, lo cual fue al únisono la declaración que el paciente padecía como diagnóstico secuendario dentro de esta misma patología obstrucción intestinal.

A las 20:30 le encontraron secreción en boca.

El mismo anestesiólogo confiesa que previo a cirugía, tenía la boca sucia, llena de residuos.

Y lo curioso, es que el anestesiólogo Javier Cifuentes, dice que sí realizó el vaciamiento gástrico en su declaración previa anestesia; no obstante, revisando la historia clínica, damos cuenta que mintió, no la hizo previa anestesia; sino ya cuando el paciente estaba bronco aspirando.

[25] Página 76, numeral 124 del expediente virtual, citada por el perito Anestesiólogo de la fundación Santa Fe.

60CC /h HERNIA INGUINAL. SE REVISA CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DE ANESTESIA PREVIAMENTE DILIGENCIADOS.22:45 SE TRASLADA PACIENTE EN CAMILLA CON HISTORIA CLINICA COMPLETA A SAL A DE CIRUJIA N.1 22:50 SE TRASLADADO PACIENTE ASISTIDAMENTE A MESA QUIRUGICA SE MINITORIZAN SIGNOS VITALES FC:60 FR:21 TA:98/62 SAT 91% . CON OXIGENO POR CANULA NASAL A 3 LITROS POR MINUTO. SE ALISTA ANESTESIA REGIONAL , SE COLOCA PACIENTE EN DECUBITO LATERAL IZQUIERDO ,22:55 DR CIFUENTES REALIZA ASEPSIA EN REGION LUMBAR CON QUIRUCIDAL JABON Y SOLUCION , PASA SPINOCAN.27 ADMINISTRA DOSIS DE FENTANIL Y BUPIVACAINA INTRATECAL PUNCION SIN COMPLICACION .POR ORDEN MEDICA SE ADMINISTRA 3GR DE AMPICILIAN SULBACTAN INTRAVENOSA Y 16 MG DE DEXAMETASONA. 23:00 ES ASISTIDO LAVADO QUIRURGICO A CIRUJANO QUIEN REALIZA ASEPSIA CON QUIRUCIDAL JABON Y QUIRUCIDAL SOLUCION . SE COLOCA PLACA DE ELECTROBISTURI EN MUSLO DERECHO . 23:10 INICIA PROCEDIMIENTO QUIRURGICO, SIN COMPLICACION .23:12 SE OBSERVA PACIENTE ANSIOSO , CON DIFICULTAD RESPIRATORIA, PACIENTE PRESENTA BROCOASPIRACION .SE PASA DE INDIMEDIATO SONDA NELATON N.14 A DR CIFUENTES PARA ASPIRACION SE SECRESIONES , SE OBTIENEN 350 CC CONTENIDO FECALOIDE. PACIENTE CON PERSISTENCIA DIFICULTAD RESPIRATORIA. 23:15 POR ORDEN MEDICA DE PASA TUBO N.8.0 PARA INTUBACION OROTRAQUEAL ,23:16 PACIENTE PRESENTA PARO CARDIORESPIRATORIO, ES ADMINISTRADO 1MG INTRAVENOSO DE ADRENALINA POR ORDEN MEDICA ,SE PASA BOLO DE 10CC DE SOLUCION SALINA . SE INICIAN MANIOBRAS DE REAMINACION AVANZADA , SE PALPA, PULSO RADIAL IZQUIERDO DEBIL, EN MONITOR NO SE OBERVA TRAZADO, POR ORDEN MEDICA SE PASA DE NUEVA AMPOLLA DE ADRENALINA , INTRAVENOSA , POSTERIORMENTE POR ORDEN MEDICA SE PASAN DOS AMPOLLAS DE ADRENALINA MAS Y DOS AMPOLLAS DE ATROPINA INTREVANOSA DE 1M(PACIENTE NO RESPONDE 23:20 DR CIFUENTES DECLARA DESCESO.CIRUJANO REALIZA CIERRE DE INSICION QUIRUGICA . SE RETIRAN

2. ERROR DEL JUEZ EN LA VALORACIÓN PROBATORIA DE LOS ACTOS DE NEGLIGENCIA MÉDICA PERPETRADOS EN LA CLÍNICA DE LA SÁBANA, LOS CUALES ACREDITAN EL NEXO CAUSAL CON SU SUFRIMIENTO DE BRONCOASPIRAR Y MUERTE.

Sustentación de la apelación.

Llama la atención lo siguiente en la valoración probatoria de la Juez.

No se pronuncia la Juez de Instancia, sobre la confesión del anestesiólogo, de lo que supuestamente hizo y se debía hacer; pero que contrastado con la historia clínica, no se hizo. Damos cuenta que dijo que previa anestesia había hecho el vaciamiento gástrico y la intubación para asegurar la vía aérea como medidas preventivas contra la broncoaspiración. Acreditó que lo había hecho y que era obligatorio. Sin embargo, esto es falso que lo haya hecho previa anestesia, lo hizo extemporáneamente, ya cuando el paciente estaba bronco aspirando. Esto se concluye fácilmente de la lectura de la página 38 de la historia clínica, aportada por la propia Clínica de la Sábana a numeral 21 del expediente virtual:

60CC /h HERNIA INGUINAL. SE REVISA CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DE ANESTESIA PREVIAMENTE DILIGENCIADOS.22:45 SE TRASLADA PACIENTE EN CAMILLA CON HISTORIA CLINICA COMPLETA A SAL A DE CIRUJIA N.1 22:50 SE TRASLADADO PACIENTE ASISTIDAMENTE A MESA QUIRUGICA SE MINITORIZAN SIGNOS VITALES FC:60 FR:21 TA:98/62 SAT 91% . CON OXIGENO POR CANULA NASAL A 3 LITROS POR MINUTO. SE ALISTA ANESTESIA REGIONAL , SE COLOCA PACIENTE EN DECUBITO LATERAL IZQUIERDO ,22:55 DR CIFUENTES REALIZA ASEPSIA EN REGION LUMBAR CON QUIRUCIDAL JABON Y SOLUCION , PASA SPINOCAN.27 ADMINISTRA DOSIS DE FENTANIL Y BUPIVACAINA INTRATECAL PUNCION SIN COMPLICACION .POR ORDEN MEDICA SE ADMINISTRA 3GR DE AMPICILIAN SULBACTAN INTRAVENOSA Y 16 MG DE DEXAMETASONA. 23:00 ES ASISTIDO LAVADO QUIRURGICO A CIRUJANO QUIEN REALIZA ASEPSIA CON QUIRUCIDAL JABON Y QUIRUCIDAL SOLUCION . SE COLOCA PLACA DE ELECTROBISTURI EN MUSLO DERECHO . 23:10 INICIA PROCEDIMIENTO QUIRURGICO, SIN COMPLICACION .23:12 SE OBSERVA PACIENTE ANSIOSO , CON DIFICULTAD RESPIRATORIA, PACIENTE PRESENTA BROCOASPIRACION .SE PASA DE INDIMEDIATO SONDA NELATON N.14 A DR CIFUENTES PARA ASPIRACION SE SECRESIONES , SE OBTIENEN 350 CC CONTENIDO FECALOIDE. PACIENTE CON PERSISTENCIA DIFICULTAD RESPIRATORIA. 23:15 POR ORDEN MEDICA DE PASA TUBO N.8.0 PARA INTUBACION OROTRAQUEAL ,23:16 PACIENTE PRESENTA PARO CARDIORESPIRATORIO, ES ADMINISTRADO 1MG INTRAVENOSO DE ADRENALINA POR ORDEN MEDICA ,SE PASA BOLO DE 10CC DE SOLUCION SALINA . SE INICIAN MANIOBRAS DE REAMINACION AVANZADA , SE PALPA, PULSO RADIAL IZQUIERDO DEBIL, EN MONITOR NO SE OBERVA TRAZADO, POR ORDEN MEDICA SE PASA DE NUEVA AMPOLLA DE ADRENALINA , INTRAVENOSA , POSTERIORMENTE POR ORDEN MEDICA SE PASAN DOS AMPOLLAS DE ADRENALINA MAS Y DOS AMPOLLAS DE ATROPINA INTREVANOSA DE 1M(PACIENTE NO RESPONDE 23:20 DR CIFUENTES DECLARA DESCESO.CIRUJANO REALIZA CIERRE DE INSICION QUIRUGICA . SE RETIRAN

Lo confesado y probado de este asunto es que el anestesiólogo, Javier Cifuentes, del propio Demandando de la Clínica de la sábana, y anestesiólogo de la atención al paciente, confiesa que:

Era obligatorio el vaciamiento gástrico y la intubación para asegurar la vía aérea conforme las condiciones del paciente. Lo cual es una prueba fulminante para acreditar la responsabilidad, Máxime si revisando la historia clínica, esto que dijo que era obligatorio y que supuestamente hizo, aparece evidente en la historia clínica que lo hizo fue extemporáneamente, no previa anestesia; sino cuando ya el paciente estaba bronco aspirando, es decir, extemporáneamente.

ESTO DEBERÍA SER SUFICIENTE PARA ACREDITAR LA NEGLIGENCIA MÉDICA CON CAUSA EFICIENTE DEL NEXO CAUSAL, TODA VEZ QUE BRONCOASPIRA POR NO TOMAR MEDIDAS CONTRA LA BRONCOASPIRACIÓN PARA Realizarle la cirugía, no asegurando la vía

aérea. Producto del vaciamiento gástrico extemporáneo y la intubación extemporánea, el paciente Bronco aspira y muere a los 3 minutos.

Tampoco se detiene a valorar la prueba la Juez de Primera instancia del Dr. Edgar Celis, perito designado por el Tribunal de Ética médica, totalmente ajeno a las partes involucradas en este caso, y quién a numeral 24, página 61 a 65 con aporte de soporte de lex artis, prueba legalmente incorporada al proceso, porque es prueba válida recaudada en el proceso disciplinario, concluye que:

- **Debió hacérsele el vaciamiento gástrico previa anestesia.**
- **Debió asegurársele la vía aérea.**
- **Que el paciente ya venía presentado previa cirugía una broncoaspiración pasiva y sin embargo no se le aseguró la vía aérea.**

2. Una anestesia regional le puede ocasionar hipotensión arterial severa, mayor disminución del sensorio lo cual puede facilitar el no defender su vía aérea, lo cual ocurrió.
3. La tos que el paciente presentaba previo a la cirugía seguramente era debido a broncoaspiración pasiva

26

[26] Página 63 numeral 124. Expediente Dr Edgar Celis, anestesiólogo, fundación Santa fe.

Que la broncoaspiración, tiene consecuencias severas, lo que comprende llevarlo a la muerte, en este asunto por una parada cardiorrespiratoria causada por la broncoaspiración, pues no existe otro hecho motivante o desencadenante distinto a la broncoaspiración en la historia clínica, de hacer parada cardiorrespiratoria a los 3 minutos de estar bronco aspirando.

A continuación la conclusión en mención:

también puede ocurrir. De acuerdo con lo anterior la mejor opción podría ser intubación orotraqueal con el paciente despierto previa descompresión gástrica mediante sonda nasogástrica para evacuar el contenido intestinal. También se podría practicar inducción anestésica de secuencia rápida, previa presión a nivel del cartílago cricoides con el objeto de disminuir la posibilidad de la aspiración (anexo bibliografía al respecto). La anestesia regional, raquídea o peridural, en este paciente en tan malas condiciones no es una técnica segura por varias razones de acuerdo a la historia clínica:

1. Es un paciente senil en malas condiciones, deshidratado, con oxigenación sanguínea limítrofe, disfunción renal, hipotenso con administración de solución salina a 100cc/h, estado de conciencia alterado.
2. Una anestesia regional le puede ocasionar hipotensión arterial severa, mayor disminución del sensorio lo cual puede facilitar el no defender su vía aérea, lo cual ocurrió.
3. La tos que el paciente presentaba previo a la cirugía seguramente era debido a broncoaspiración pasiva
4. La anestesia regional da una falsa sensación de seguridad, y por lo tanto, no es la mejor opción anestésica.
5. No aparece discusión conjunta del caso, previo a la cirugía, por parte del equipo quirúrgico: cirujano, anestesiólogo, para definir la mejor decisión de manejo quirúrgico y anestésico.

3. ¿Un paciente con abdomen agudo secundario a una hernia inguinal encarcelada, es posible diferir un acto anestésico para realizar estudios adicionales para aclarar el origen de las comorbilidades.
RTA: Todo paciente de alto riesgo debe ser evaluado exhaustivamente antes de iniciar el acto anestésico. Eso no significa lentamente sino rápido y seguro para obtener un buen desenlace.

5. ¿Está indicado el uso de sonda nasogástrica en un paciente consiente y alerta a quien se le va administrar anestesia regional?
RTA: Sí, si es absolutamente necesario, con el objeto de disminuir la distensión gástrica, evacuar el contenido gástrico y disminuir la posibilidad de bronco-aspiración.

6. ¿Cuáles son las complicaciones de un episodio de bronco-aspiración y al cuanto tiempo ocurrido el episodio bronco-aspirativo se presentan?
RTA: Las complicaciones de la bronco-aspiración van a depender del volumen y del contenido del líquido aspirado. Si se trata de jugo gástrico de retención y alto volumen las complicaciones, incluyendo la muerte, son severas: neumonía aspirativa, falla respiratoria aguda, absceso pulmonar, síndrome de dificultad respiratoria y muerte. Si son

27

Tampoco se detiene a analizar la congruencia entre estos hallazgos de negligencia médica, con el dictamen del Dr. Camilo Gómez, médico cirujano quién determina lo siguiente:

[27] Dictamen perito de la fundación Santa Fe Edgar Celis, designado por el Tribunal de Ética Médica, Páginas 61 a 65, del numeral 124 del expediente virtual.

En la conclusión 5 de su dictamen a página xxx, refiere que ha debido hacer el vaciamiento gástrico previa anestesia.

Manifiesta que no se le adoptaron medidas de prevención de la broncoaspiración antes del acto quirúrgico.

A continuación las conclusiones del perito Camilo Gómez, las cuales pueden verificarse a página 105 del numeral 2 del expediente virtual:

5. En pacientes con retraso en el vaciamiento gástrico, el riesgo de broncoaspiración aumenta significativamente, el médico debe tener en cuenta que este aspecto debe ser valorado cuidadosamente en pacientes con dolor abdominal. El señor CARLOS ALBERTO ARANGO, había presentado episodios de vomito bilioso, color café y ausencia de deposiciones 3 días antes de ingresar al servicio de urgencias, razón por la cual podría claramente haberse sospechado de una obstrucción intestinal, debía considerarse la ausencia de vaciado gástrico normal.
6. La ausencia de medidas preventivas y de consideración del riesgo aumentado de broncoaspiración en este caso, llevo a que se realizará la intervención quirúrgica poniendo en riesgo la vida del señor CARLOS ALBERTO ARANGO OLARTE; finalmente el evento de broncoaspiración, que el personal medico podía prever, se presentó y pese a los intentos posteriores por preservar su vida, el señor CARLOS ALBERTO ARANGO OLARTE fallece.

28

Lo cual va congruente con la confesión del propio anestesiólogo de la Clínica de la Sábana Javier Cifuentes, y el Perito Designado por el

[28] Página 105, numeral 2 del expediente virtual. Dictámen dr Camilo Gómez.

Tribunal de Ética Médica Edgar Celis, pruebas que derrotan las mentiras del dictamen de los peritos de la contraparte, que dicen que el vaciamiento gástrico no era necesario y que la intubación con aseguramiento de la vía aérea tampoco lo era.

<u>El factor diferencial de quién dice la verdad es:</u>

1. **El dictamen del Dr. Edgar Celis anestesiólogo de la Clínica Santa fé y su lex artis aportada y referenciada en estos puntos de apelación, designado por el Tribunal de Ética Médica de la fundación Santa fe, totalmente independiente de las partes aquí involucradas.**
2. **La confesión del propio anestesiólogo Tratante de la Clínica de la Sábana, quién dice que si era obligatorio vaciamiento gástrico e intubación. La situación es que dijo mentiras en cuanto a que él lo había hecho previa anestesia; pero revisando la historia clínica, esta dice que lo hizo fue ya cuando el paciente estaba bronco aspirando.**
3. **Estas 2 pruebas totalmente imparciales, desequilibran y derrotan los peritos de la contraparte, porque corroboran las conclusiones del Dr. Camilo Gómez, conclusiones 5 y 6 de su dictamen pericial.**

A continuación la revisión de pruebas intervinientes causales del daño:

DECLARACIÓN DR. JAVIER CIFUENTES DULCE

MINUTO 1:48:25[29] *"Es que llegó al servicio de urgencias para ser atendido porque **presentaba un dolor abdominal agudo**, (…) pero se pensaba que era un proceso reciente, pero cuando se revisó en detalle, para la atención —que de hecho fue muy temprana—, se evidenció que el paciente ya llevaba varios días enfermo en su casa. No sé quién lo cuidaba o si no lo cuidaba nadie, pero de todas maneras tenía una enfermedad abdominal aguda de varios días de evolución. Esto se demostraba por varias cosas: entre otras, había vomitado ya seguramente no sé cuántas veces en su casa, y presentaba deterioro, deshidratación, etc."*

CLÍNICA UNIVERSIDAD DE LA SABANA

CLINICA UNIVERSIDAD DE LA SABANA
832003167 - 3

RHsClxFch
Pag: 5 de 18
Fecha: 31/08/21
G.etareo: 0
95111

HISTORIA CLÍNICA No. CC 95111 -- CARLOS ALBERTO ARANGO OLARTE

Empresa:	COMPENSAR POS URG		**Afiliado:**	COTIZANTE NIVEL 1	
Fecha Nacimiento:	15/03/1930	**Edad actual :** 91 AÑOS	**Sexo:** Masculino	**Grupo Sanguíneo:**	**Estado Civil:** Casado(a)
Teléfono:	3153480878		**Dirección:**		
Barrio:	CASCO URBANO		**Departamento:**	CUNDINAMARCA	
Municipio:	TABIO		**Ocupacion:**	NO APLICA	
Etnia:	NINGUNO DE LOS ANTERIORES		**Grupo Etnico:**		
Nivel Educativo:	NO DEFINIDO		**Atención Especial:**	OTROS	
Discapacidad:	SIN DISCAPACIDAD		**Grupo Poblacional:**	NO APLICA	

Responsable: CARLOS ARANGO OLARTE **Teléfono:** 3153480878 **Parentesco:** Padre o Madre

EXTREMIDADES: PULSOS PRESENTES, SIN EDEMAS,
NEUROLOGICO: SOMNOLIENTO, ALERTABLE, DESORIENTADO, CON DISMINUCION DE FUERZA GENERAIZADA, SIN ALTERACION DE LA SENSIBOLIDAD.

IDX: DOLOR ANDOMINAL A ESTUDIO.
ALTERACION DEL ESTADO DE CONCIENCIA.

PLAN: SE SOLICITA HEMOGRAMA, ELECTROLITOS, GLICEMIA, BUN CREATININA, UROANALISIS, RX DE ABDOMEN, EX DE TORAX, SE INICIA HIDRATACION IV.

EVOLUCIÓN MÉDICO
EDAD: 81 AÑOS

PACIENTE CON CUADRO CLINICO DE 1 SEMANA DE EVOLUCION DE DETERIORO DE LA CLASE FUNCIONAL, ASOCIADO A NAUSEAS Y EMESIS. FAMILIARES REFIEREN DISMINUCION DE LA DIURESIS, PACIENTE NIEGA SINTOMAS URINARIOS IRRITATIVOS, REFIEREN ALTERACION DEL ESTADO DE CONCIENCIA, CON MARCADA SOMNOLENCIA.
NIEGA FIEBRE.
REFIERE EPISODIOS DE EDA HACE 8 DIAS CON DEPOSICIONES LIQUIDAS DURANTE 3 DIAS, CON POSTERIOR ESTREÑIMIENTO ULTIMA DEPOSICION HACE 3 DIAS Y EMESIS OCASIONAL

30

[29] Minuto 1:48:25 DECLARACIÓN DR. JAVIER CIFUENTES DULCE – EN AUDIENCIA DEL 01 DE NOVIEMBRE DE 2024 – LIBRO 105 DEL PROCESO

30 Hoja 3 HISTORIA CLÍNICA PACIENTE. TOMADA DE LA PÁG. 24 Y SIGUIENTES CUADERNO 21 PROCESO

<u>CONCLUSIÓN</u>: Cabe resaltar que las apreciaciones del anestesiólogo no se encuentran sustentadas en hechos clínicos objetivos, sino que responden a valoraciones subjetivas sobre el entorno del paciente, particularmente al insinuar que este se encontraba en estado de abandono o mal cuidado. Tal afirmación carece de respaldo en la historia clínica y desvía la atención de los datos clínicos verificables, los cuales indican que, al momento del ingreso, el paciente presentaba una evolución de apenas algunos días: tres días de diarrea, seguidos de tres días de estreñimiento y un posterior deterioro físico que motivó su traslado al servicio de urgencias. Este tipo de juicios personales no solo resulta improcedente en el contexto médico, sino que además evidencia una falta de rigor en la valoración preoperatoria.

<u>MINUTO 1:55:55</u>[31]La señora Juez pregunta que cómo se mitigaba el riesgo de bronco aspiración. Respuesta: "***<u>El riesgo se mitiga en dos formas, una,</u>*** *pues yo generalmente por cuando tengo un paciente muy crítico hago dos procedimientos, uno un bloqueo abdominal para que la anestesia sea que el dolor de la anestesia sea menor en la parte general,* ***<u>y luego se hace la intubación del paciente para seguir protegiendo su parte pulmonar o seguir terapia respiratoria, porque estos pacientes que tienen ya previa broncoaspiración, entre otras, necesitan terapia ventilatoria prolongada.</u>*** *Además, si el paciente iba a ser intervenido de un abdomen agudo, maltratado por una hernia de tiempo atrás, por supuesto que lo más seguro es que íbamos a tener que llevarlo a cuidado*

[31] Minuto 1:55:55 DECLARACIÓN DR. JAVIER CIFUENTES DULCE – EN AUDIENCIA DEL 01 DE NOVIEMBRE DE 2024 – LIBRO 105 DEL PROCESO

*intensivo, **<u>y eso necesitaba que esté intubado</u>**. Entonces, se hicieron los dos procedimientos, y, pues, de resto ya lo que ocurrió se desenlaza, porque su condición general, pues, no lo permite, pero se tienen muchos factores previos. (…)*

<u>MINUTO 1:58:11</u>[32] *"**<u>El vaciamiento</u>** (…) se puede hacer de una manera limitada, **hasta donde el flujo de líquido intraabdominal logre sacarse por la sonda, eso es lo que se hace <u>y eso es lo que hizo</u>**"*

CLÍNICA UNIVERSIDAD DE LA SABANA

832003167 - 3

RHsClxFch
Pag: 15 de 18
Fecha: 31/08/21
G.etareo: 0
95111

HISTORIA CLÍNICA No. CC 95111 -- CARLOS ALBERTO ARANGO OLARTE

Empresa:	COMPENSAR POS URG		**Afiliado:**	COTIZANTE NIVEL 1	
Fecha Nacimiento:	15/03/1930	**Edad actual :** 91 AÑOS	**Sexo:** Masculino	**Grupo Sanguíneo:**	**Estado Civil:** Casado(a)
Teléfono:	3153480878		**Dirección:**		
Barrio:	CASCO URBANO		**Departamento:**	CUNDINAMARCA	
Municipio:	TABIO		**Ocupacion:**	NO APLICA	
Etnia:	NINGUNO DE LOS ANTERIORES		**Grupo Etnico:**		
Nivel Educativo:	NO DEFINIDO		**Atención Especial:**	OTROS	
Discapacidad:	SIN DISCAPACIDAD		**Grupo Poblacional:**	NO APLICA	

Responsable: CARLOS ARANGO OLARTE **Teléfono:** 3153480878 **Parentesco:** Padre o Madre

FAMILIARES , REFIEREN QUE EL PACIENTE TIENE AYUNO. EN EL MOMENTTO SIN SIGNOS DE DIFICULTA RESPIRATORIA DIDICULTAD RESPIARTORIA ,SATURACION DE 74 % AL AMBIENTE RAZON POR LA CUAL SE ADMINISTRA OXIGENO POR CANULA NASAL A 3 LITROS POR MINUTO. LINEA VENOSA PERMEABLE EN MIEMBRO SUPERIOR SUPERIOR IZQUIERDO VENA CEFALICA PASANDO SOLUCION SALINA NORMAL A 60CC /h HERNIA INGUINAL. SE REVISA CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DE ANESTESIA PREVIAMENTE DILIGENCIADOS.22:45 SE TRASLADA PACIENTE EN CAMILLA CON HISTORIA CLINICA COMPLETA A SAL A DE CIRUJIA N.1 22:50 SE TRASLADADO PACIENTE ASISTIDAMENTE A MESA QUIRUGICA SE MINITORIZAN SIGNOS VITALES FC:60 FR:21 TA:98/62 SAT 91% . CON OXIGENO POR CANULA NASAL A 3 LITROS POR MINUTO. SE ALISTA ANESTESIA REGIONAL , SE COLOCA PACIENTE EN DECUBITO LATERAL IZQUIERDO ,22:55 DR CIFUENTES REALIZA ASEPSIA EN REGION LUMBAR CON QUIRUCIDAL JABON Y SOLUCION , PASA SPINOCAN.27 ADMINISTRA DOSIS DE FENTANIL Y BUPIVACAINA INTRATECAL PUNCION SIN COMPLICACION .POR ORDEN MEDICA SE ADMINISTRA 3GR DE AMPICILIAN SULBACTAN INTRAVENOSA Y 16 MG DE DEXAMETASONA. 23:00 ES ASISTIDO LAVADO QUIRURGICO A CIRUJANO QUIEN REALIZA ASEPSIA CON QUIRUCIDAL JABON Y QUIRUCIDAL SOLUCION . SE COLOCA PLACA DE ELECTROBISTURI EN MUSLO DERECHO . 23:10 INICIA PROCEDIMIENTO QUIRURGICO, SIN COMPLICACION .23:12 SE OBSERVA PACIENTE ANSIOSO , CON DIFICULTAD RESPIRATORIA, PACIENTE PRESENTA BROCOASPIRACION .SE PASA DE INDIMEDIATO SONDA NELATON N.14 A DR CIFUENTES PARA ASPIRACION SE SECRESIONES , SE OBTIENEN 350 CC CONTENIDO FECALOIDE. PACIENTE CON PERSISTENCIA DIFICULTAD RESPIRATORIA. 23:15 POR ORDEN MEDICA DE PASA TUBO N.8.0 PARA INTUBACION OROTRAQUEAL ,23:16 PACIENTE PRESENTA PARO CARDIORESPIRATORIO, ES ADMINISTRADO 1MG INTRAVENOSO DE ADRENALINA POR ORDEN MEDICA ,SE PASA BOLO DE 10CC DE SOLUCION SALINA . SE INICIAN MANIOBRAS DE REAMINACION AVANZADA , SE PALPA, PULSO RADIAL IZQUIERDO DEBIL, EN MONITOR NO SE OBERVA TRAZADO, POR ORDEN MEDICA SE PASA DE NUEVA AMPOLLA DE ADRENALINA , INTRAVENOSA , POSTERIORMENTE POR ORDEN MEDICA SE PASAN DOS AMPOLLAS DE ADRENALINA MAS Y DOS AMPOLLAS DE ATROPINA INTREVANOSA DE 1MG, PACIENTE NO RESPONDE 23:20 DR CIFUENTES DECLARA DESCESO.CIRUJANO REALIZA CIERRE DE INSICION QUIRUGICA . SE RETIRAN DISPOSITIVOS: ACCESO VENOSO, TUBO OROTRAQUEAL.23:40 SE ABANDONAN MANIOBRAS DE REANIMACION , SE RETITRAN DISPOSITIVOS MECANICOS, CIRUJANO DE TURNO INFORMAN A FAMILIARES.
00:35 SE ARREGLA PACIENTE , SE COLOCAN SUDARIOS , SE PASA A CAMILLA SE MARCA PACIENTE CORRECTAMENTE , Y SE TRASLADA A 33

[32] Minuto 1:58:11 DECLARACIÓN DR. JAVIER CIFUENTES DULCE – EN AUDIENCIA DEL 01 DE NOVIEMBRE DE 2024 – LIBRO 105 DEL PROCESO

[33] Hoja 15 HISTORIA CLÍNICA PACIENTE. TOMADA DE LA PÁG. 24 Y SIGUIENTES CUADERNO 21 PROCESO

CONCLUSIÓN: Si bien el anestesiólogo insiste en que realizó ambos procedimientos —bloqueo abdominal e intubación—, resulta necesario precisar que la intubación no fue una medida preventiva destinada a proteger la vía aérea frente al alto riesgo de broncoaspiración previamente identificado, sino una intervención reactiva, realizada posteriormente a la broncoaspiración ocurrida durante el acto quirúrgico. Es decir, SE TRATÓ DE UNA MANIOBRA PARA INTENTAR CONTENER UNA COMPLICACIÓN YA INSTAURADA, NO PARA EVITARLA. En consecuencia, la alegación de que "se hicieron los dos procedimientos" no exonera la omisión inicial de medidas preventivas fundamentales frente a un cuadro clínico que claramente exigía una estrategia anestésica distinta. La mitigación del riesgo debió contemplarse en la etapa preoperatoria, adoptando una conducta proactiva orientada a evitar la broncoaspiración, y no limitándose a actuar cuando está ya se había producido, extemporáneamente. Esta secuencia evidencia una falla en el enfoque preventivo del manejo anestésico que incidió directamente en el desenlace adverso.

MINUTO 2:01:59[34] Pregunta el abogado de la clínica ¿Cuál fue el tipo anestesia que se le dio a este paciente? *"Se usaron dos técnicas. La primera analgésica, o sea, solamente la analgesia que es la que se pone en la parte del abdomen para anestesiarla, a disminuir los requerimientos de*

[34] Minuto 2:01:59 DECLARACIÓN DR. JAVIER CIFUENTES DULCE – EN AUDIENCIA DEL 01 DE NOVIEMBRE DE 2024 – LIBRO 105 DEL PROCESO

anestesia general, ***y luego se coloca anestesia general, con el cual se hace la correspondiente aspiración del líquido y, lógicamente, la intubación para proceder al acto quirúrgico*** *y, seguramente, como lo preveníamos, llevarlo a la unidad de cuidado intensivo que requería".*

MINUTO 2:17:39[35] *"**la sonda, en el caso nuestro, cuando lo hacemos inmediatamente previo a la cirugía sirve porque tenemos el control inmediato de que la sonda está siendo utilizada funcionalmente** (…)"*

MINUTO 2:19:53[36] Pregunta la señora Juez ¿Cuál fue la anestesia que se aplicó al señor Carlos Arango y en qué momento se le colocó una sonda? *"Al paciente se le coloca, es decir, en el momento de la anestesia, en el momento preoperatorio,* ***cuando se va a empezar la cirugía es cuando nosotros lo aspiramos, hacemos la aspiración de los líquidos, al paciente se le hace una anestesia primaria regional, se le coloca anestesia abdominal solamente para contemporizar o mejorar el dolor posoperatorio y luego, se coloca anestesia general en la cual****, se intuba y lógicamente se extrae todo el líquido que estamos mencionando por la sonda (…)".*

[35] Minuto 2:17:39 DECLARACIÓN DR. JAVIER CIFUENTES DULCE – EN AUDIENCIA DEL 01 DE NOVIEMBRE DE 2024 – LIBRO 105 DEL PROCESO

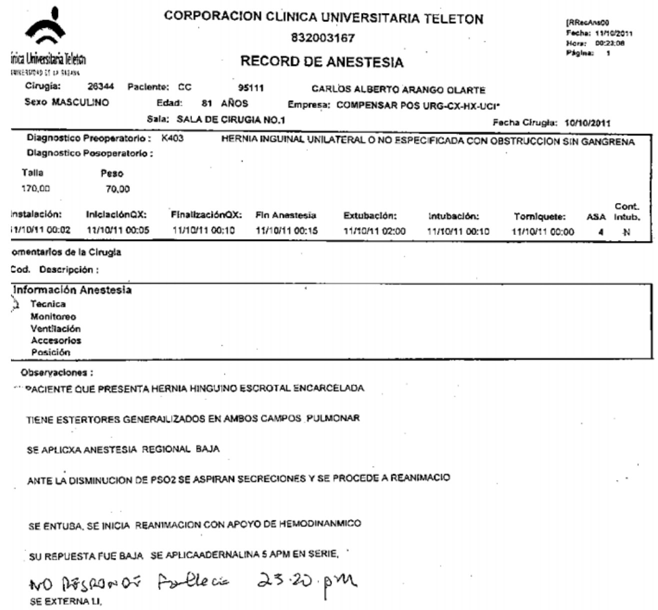
[36] Minuto 2:19:53 DECLARACIÓN DR. JAVIER CIFUENTES DULCE – EN AUDIENCIA DEL 01 DE NOVIEMBRE DE 2024 – LIBRO 105 DEL PROCESO

MINUTO 2:21:14[37] Pregunta la señora Juez: ¿por qué esa aspiración inicial que usted menciona no aparece en la historia clínica? ***"No sabría yo si está o no está****, realmente yo me acuerdo que hicimos esa revisión, este caso lo presentamos, entre otras cosas hace ya muchos años que me acuerde, no tuve ahora el tiempo de revisar la historia si efectivamente tiene esos detalles o no, pero pues lo que interesaba o que me acuerde yo,* ***eran los datos de aspirarlo y protegerlo de todos los riesgos (…)"***

MINUTO 2:24:56[38] *"una anestesia local solamente no se podría manejar como única opción porque no podríamos tener la consciencia absoluta de que el paciente vaya a decirnos quiero vomitar o que la sonda drene lo necesario, el control no puede estar en el paciente, el control tiene que estar en los médicos (…)* ***el paciente crítico tiene que entubarlo para protegerle siempre su vía aérea. (…) podemos poner una anestesia regional, lo que llamamos epidural o raquídea, la podemos poner, no hay duda, pero realizamos siempre la entubación al paciente para controlar todo lo que de ahí venga".***

[37] Minuto 2:21:14 DECLARACIÓN DR. JAVIER CIFUENTES DULCE – EN AUDIENCIA DEL 01 DE NOVIEMBRE DE 2024 – LIBRO 105 DEL PROCESO

[38] Minuto 2:24:56 DECLARACIÓN DR. JAVIER CIFUENTES DULCE – EN AUDIENCIA DEL 01 DE NOVIEMBRE DE 2024 – LIBRO 105 DEL PROCESO



CORPORACION CLINICA UNIVERSITARIA TELETON
832003167
RECORD DE ANESTESIA

[RRecAns00
Fecha: 11/10/2011
Hora: 00:23:08
Página: 1

ínica Universitaria Teletón

Cirugia: 26344 Paciente: CC 95111 CARLOS ALBERTO ARANGO OLARTE
Sexo MASCULINO Edad: 81 AÑOS Empresa: COMPENSAR POS URG-CX-HX-UCI*
Sala: SALA DE CIRUGIA NO.1 Fecha Cirugia: 10/10/2011

Diagnostico Preoperatorio : K403 HERNIA INGUINAL UNILATERAL O NO ESPECIFICADA CON OBSTRUCCION SIN GANGRENA
Diagnostico Posoperatorio :

Talla	Peso
170,00	70,00

Instalación:	IniciaciónQX:	FinalizaciónQX:	Fin Anestesia	Extubación:	Intubación:	Torniquete:	ASA	Cont. Intub.
11/10/11 00:02	11/10/11 00:05	11/10/11 00:10	11/10/11 00:15	11/10/11 02:00	11/10/11 00:10	11/10/11 00:00	4	N

omentarios de la Cirugia
Cod. Descripción :

Información Anestesia
Tecnica
Monitoreo
Ventilación
Accesorios
Posición

Observaciones :
PACIENTE QUE PRESENTA HERNIA HINGUINO ESCROTAL ENCARCELADA
TIENE ESTERTORES GENERALIZADOS EN AMBOS CAMPOS PULMONAR
SE APLICXA ANESTESIA REGIONAL BAJA
ANTE LA DISMINUCION DE PSO2 SE ASPIRAN SECRECIONES Y SE PROCEDE A REANIMACIO
SE ENTUBA, SE INICIA REANIMACION CON APOYO DE HEMODINANMICO
SU REPUESTA FUE BAJA SE APLICAADERNALINA 5 APM EN SERIE,
NO RESPONDE Fallece 23.20 pm
SE EXTERNA LI.

[39]

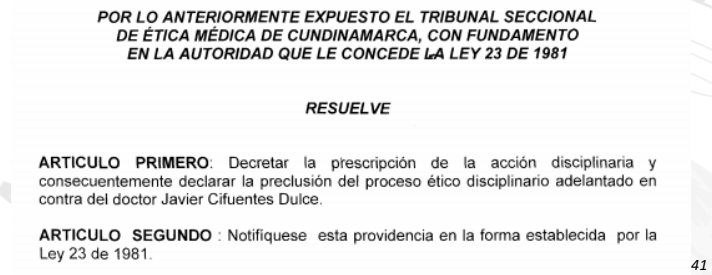
<u>CONCLUSIÓN:</u> Aunque el Dr. Javier Cifuentes insiste en que se practicaron dos técnicas anestésicas —bloqueo regional y anestesia general con intubación y aspiración por sonda—, lo cierto es que, según lo consignado en la historia clínica, <u>dichas maniobras no se realizaron como medidas preventivas frente al evidente riesgo de broncoaspiración, sino durante el acto quirúrgico</u>, es decir, <u>una vez instaurada la complicación</u>. La aspiración de contenido gástrico y la intubación no fueron implementadas en el momento preoperatorio como correspondería en un paciente con compromiso del estado de consciencia, secreciones respiratorias abundantes y signos compatibles con obstrucción intestinal. Por el contrario, fueron procedimientos reactivos, no profilácticos, cuya finalidad fue intentar contener una

---

[39] Hoja 88 HISTORIA CLÍNICA ANESTÉSICA PACIENTE. TOMADA DE LA PÁG. 88 CUADERNO 01 PROCESO

situación crítica ya en curso. A ello se suma que el propio anestesiólogo reconoce no tener certeza sobre si dicha aspiración consta en la historia clínica, lo que evidencia falta de rigor documental y debilita la confiabilidad del acto médico. En conjunto, estos elementos confirman una valoración preoperatoria deficiente y una toma de decisiones anestésicas tardía, que contribuyeron al desenlace adverso y eran plenamente evitables con una actuación diligente.

MINUTO 2:35:53[40] *"Así lo definieron los tribunales que revisaron todos los casos nuestros y pues absolvieron totalmente nuestro acto médico, en total complacencia con toda la gente (…)"*



POR LO ANTERIORMENTE EXPUESTO EL TRIBUNAL SECCIONAL DE ÉTICA MÉDICA DE CUNDINAMARCA, CON FUNDAMENTO EN LA AUTORIDAD QUE LE CONCEDE LA LEY 23 DE 1981

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO: Decretar la prescripción de la acción disciplinaria y consecuentemente declarar la preclusión del proceso ético disciplinario adelantado en contra del doctor Javier Cifuentes Dulce.

ARTICULO SEGUNDO : Notifiquese esta providencia en la forma establecida por la Ley 23 de 1981.

41

CONCLUSIÓN: Si bien el Dr. Javier Cifuentes afirmó en audiencia que su actuación médica fue "absuelta totalmente" por los tribunales, dicha afirmación es incorrecta. El proceso judicial no concluyó con una decisión de fondo que absolviera su conducta, sino con la prescripción de la acción, una figura de carácter netamente procesal que impide continuar con el juicio por el paso del tiempo, sin que ello implique una

[40] Minuto 2:35:53 DECLARACIÓN DR. JAVIER CIFUENTES DULCE – EN AUDIENCIA DEL 01 DE NOVIEMBRE DE 2024 – LIBRO 105 DEL PROCESO

[41] Pág. 109 cuaderno 110 del proceso. Sesión plena, sesión 1395 Tribunal de Ética Médica de Cundinamarca.

valoración sobre la legalidad o idoneidad del acto médico. por tanto, no puede afirmarse válidamente que existió absolución, y mucho menos utilizar dicha conclusión como respaldo técnico o ético de su proceder.

MINUTO 2:54:11[42]Dr. Vergara pregunta si verificó la causa de esa secreción y residuo en boca que presentó el paciente 2:30 horas antes de la cirugía: *"**pues lo que ve uno es sustancia, sustancia, pues como se dice, sustancia digestiva pues que vieja, una boca sucia llena de residuos**, yo creo que lo que tenía el señor y todo eso, no era de ese día, tenía ya sus días, el señor no tenía la conciencia de lo que estaba pasando, muchas de las emesis fueron aspiradas (…)"*

SEDE DE ATENCIÓN:	001	PRINCIPAL		**Edad :** 81 AÑOS
FOLIO	**19**	**FECHA** 10/10/2011 23:57:30	**TIPO DE ATENCIÓN**	**URGENCIAS**

NOTAS ENFERMERIA

20:30 RECIBO PACIENTE C ON DIAGNOSTICO DE HERNIA UMBILICAL, DESPIERTO,ALERTA AL LLAMADO , DESORIENTADO EN TIEMPO Y ESPACIO,SIN OXIGENO , SE OBSERVA CON EPISODIOS DE TOS PERSISTENTE,SE OBSERVA RESIDUO SE SECRESION EN BOCA SE PREGUNTA A

7J.0 *HOSVITAL* **Usuario:** 1072708693

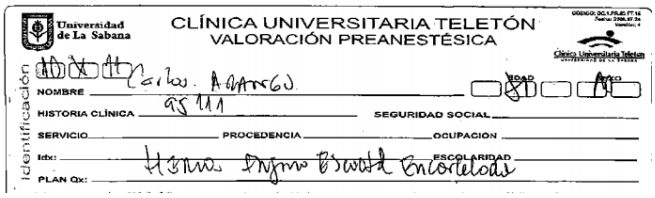
43

MINUTO 2:55:52[44]Dr. Vergara pregunta que por qué en la valoración pre anestésica que no se anota nada de la secreción en boca del paciente. *"Esos detalles de **la existencia en boca sucia nosotros no lo anotamos, nosotros lo que anotamos** y lo que revisamos para nuestra extracción, es la dentadura pueda tener, la apertura de la boca, si está deshidrataba (…) anotaciones de esos detalles no son trascendentales. (…) la secreción es relativa a la higiene misma de ese paciente (…)"*

[42] Minuto 2:54:11 DECLARACIÓN DR. JAVIER CIFUENTES DULCE – EN AUDIENCIA DEL 01 DE NOVIEMBRE DE 2024 – LIBRO 105 DEL PROCESO

[43] Hoja 14 HISTORIA CLÍNICA PACIENTE. TOMADA DE LA PÁG. 24 Y SIGUIENTES CUADERNO 21 PROCESO

[44] Minuto 2:54:11 DECLARACIÓN DR. JAVIER CIFUENTES DULCE – EN AUDIENCIA DEL 01 DE NOVIEMBRE DE 2024 – LIBRO 105 DEL PROCESO



Universidad de La Sabana

CLÍNICA UNIVERSITARIA TELETÓN
VALORACIÓN PREANESTÉSICA

Clínica Universitaria Teletón

Identificación

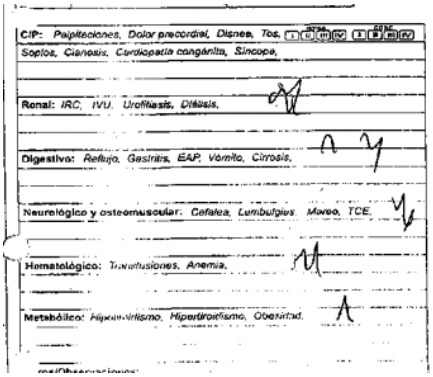
NOMBRE _____ EDAD _____ SEXO _____

HISTORIA CLÍNICA 95111 SEGURIDAD SOCIAL _____

SERVICIO _____ PROCEDENCIA _____ OCUPACION _____

Idx: Hernia Inguinal Bilateral Encarcelada ESCOLARIDAD _____

PLAN Qx: _____



CIP: Palpitaciones, Dolor precordial, Disnea, Tos, [illegible]
Soplos, Cianosis, Cardiopatía congénita, Síncope,

Renal: IRC, IVU, Urolitiasis, Diálisis,

Digestivo: Reflujo, Gastritis, EAP, Vómito, Cirrosis,

Neurológico y osteomuscular: Cefalea, Lumbalgias, Mareo, TCE,

Hematológico: Transfusiones, Anemia,

Metabólico: Hipertiroidismo, Hipertiroidismo, Obesidad,

CONCLUSIÓN: EL ANESTESIÓLOGO INCUMPLIÓ SU DEBER MÉDICO AL NO REGISTRAR EN LA HISTORIA CLÍNICA[45], ESPECIALMENTE, EN SU VALORACIÓN PRE ANESTÉSICA, LA PRESENCIA DE RESIDUOS EN LA CAVIDAD ORAL DEL PACIENTE, PESE A QUE ÉL MISMO RECONOCE HABERLOS OBSERVADO ANTES DE LA CIRUGÍA. ESTE HALLAZGO ERA CLÍNICAMENTE RELEVANTE POR EL RIESGO EVIDENTE DE BRONCOASPIRACIÓN, PERO FUE OMITIDO POR CONSIDERARLO "NO TRASCENDENTAL". ADEMÁS, SU INTERPRETACIÓN FUE SUBJETIVA E IMPROCEDENTE: ATRIBUYÓ LO HALLADO A UNA MALA HIGIENE DEL PACIENTE, CUANDO EN REALIDAD SE TRATABA DE CONTENIDO DIGESTIVO FÉTIDO COMPATIBLE CON UNA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL. ESTA OMISIÓN EN EL REGISTRO Y LA INTERPRETACIÓN

[45] Art. 34 Ley 23 de 1981.

DESCONTEXTUALIZADA REFLEJAN UNA FALTA DE RIGOR CLÍNICO QUE COMPROMETE LA CALIDAD Y LEGALIDAD DEL ACTO MÉDICO.

PAG. 152 Y 153 CUADERNO 109 PROCESO[46]: *"Al revisar la historia clínica recuerdo algunos conceptos del hecho. Es un paciente que llega al quirófano por presentar un abdomen doloroso, por una hernia encarcelada, inguino escrotal, en la valoración encuentro un paciente en regulares condiciones, con* ***dolor abdominal bajo, en estado de conciencia de poca colaboración, con baja respuesta al interrogante, con tos, presentaba bastantes estertores y secreciones pulmonares, lo que me hizo pensar que el paciente tenía residuos alimenticios en la boca,*** *lo que por su historia tan prolongada en la casa pudo haber bronco-aspirado. Enseguida me refiero al caso con la familia presente y les explico el alto riesgo que teníamos de que este paciente no tuviera éxito en su recuperación, sin embargo ellos lo aceptan o lo entienden y procedemos a avanzar en la terapéutica quirúrgica. En su antecedente se refiere que el paciente presentaba patología de 15 días atrás, aproximadamente y sin atención por parte de su familia."*

CONCLUSIÓN: A PESAR DE QUE EL ANESTESIÓLOGO RECONOCIÓ QUE, AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN PREOPERATORIA, EL PACIENTE PRESENTABA UN ESTADO DE CONSCIENCIA DISMINUIDO,

46 Pag. 152 y 153 cuaderno 109 proceso. DECLARACIÓN DR. JAVIER CIFUENTES DULCE – VERSIÓN LIBRE DEL 24 DE FEBRERO DE 2016, PROCESO TRIBUNAL ÉTICA MÉDICA - PÁG. 152 Y 153 LIBRO 109 PROCESO

ABUNDANTES SECRECIONES PULMONARES Y TOS —HALLAZGOS CLÍNICOS QUE JUSTIFICABAN PLENAMENTE LA SOSPECHA DE PRESENCIA DE RESIDUOS ALIMENTICIOS EN LA CAVIDAD ORAL Y, POR TANTO, UN ALTO RIESGO DE BRONCOASPIRACIÓN—, NO SE ADOPTÓ UNA MEDIDA BÁSICA Y ESENCIAL EN ESE CONTEXTO: LA COLOCACIÓN DE UNA SONDA NASOGÁSTRICA PARA EVACUAR EL CONTENIDO GÁSTRICO ANTES DEL PROCEDIMIENTO ANESTÉSICO. ADEMÁS, RESULTA ESPECIALMENTE GRAVE QUE EL ANESTESIÓLOGO HAYA AFIRMADO QUE EL PACIENTE PRESENTABA UNA PATOLOGÍA DE 15 DÍAS DE EVOLUCIÓN, CUANDO EN REALIDAD EL CUADRO CLÍNICO SE LIMITABA A UNA EVOLUCIÓN DE TRES DÍAS DE DIARREA, SEGUIDOS DE TRES DÍAS DE ESTREÑIMIENTO, Y FUE ÚNICAMENTE CUANDO SE EVIDENCIÓ UN DETERIORO FÍSICO NOTORIO QUE LA FAMILIA LO LLEVÓ AL SERVICIO DE URGENCIAS. ESTA INEXACTITUD COMPROMETE LA RIGUROSIDAD DE LA VALORACIÓN MÉDICA PREOPERATORIA Y AGRAVA LA OMISIÓN EN LA ADOPCIÓN DE MEDIDAS PREVENTIVAS MÍNIMAS.

CONCLUSIÓN GENERAL

AUNQUE EL ANESTESIÓLOGO JAVIER CIFUENTES INSISTE EN QUE SU ACTUACIÓN FUE TÉCNICAMENTE CORRECTA Y QUE APLICÓ LAS MEDIDAS NECESARIAS PARA MITIGAR LOS RIESGOS DEL PACIENTE, UN ANÁLISIS DETALLADO Y CONTRASTADO DE SU DECLARACIÓN CON LA HISTORIA CLÍNICA REVELA UNA PROFUNDA CONTRADICCIÓN ENTRE LO

QUE AFIRMA HABER HECHO Y LO QUE EFECTIVAMENTE REALIZÓ. EL PROFESIONAL DESCRIBE UN MANEJO PREOPERATORIO RIGUROSO, CON INTUBACIÓN, ASPIRACIÓN Y BLOQUEO REGIONAL Y ANESTESIA GENERAL, COMO SI SE TRATARA DE MEDIDAS PREVENTIVAS IDÓNEAS FRENTE AL EVIDENTE RIESGO DE BRONCOASPIRACIÓN. SIN EMBARGO, LA EVIDENCIA DISPONIBLE DEMUESTRA QUE TALES MANIOBRAS NO SE EJECUTARON EN LA FASE PREOPERATORIA, SINO TARDÍAMENTE, CUANDO LA COMPLICACIÓN YA SE HABÍA PRODUCIDO. ES DECIR, ACTUÓ DE MANERA REACTIVA, NO PREVENTIVA.

ADEMÁS, SUS DECLARACIONES SE APOYAN EN JUICIOS SUBJETIVOS SIN SUSTENTO CLÍNICO, COMO LA SUPUESTA DESATENCIÓN Y ABANDONO DEL PACIENTE POR PARTE DE SU FAMILIA O UNA EVOLUCIÓN PROLONGADA DE LA PATOLOGÍA, ELEMENTOS QUE NO ESTÁN RESPALDADOS POR LA HISTORIA CLÍNICA Y QUE DESVÍAN LA ATENCIÓN DEL VERDADERO NÚCLEO DEL PROBLEMA: <u>UNA VALORACIÓN PREOPERATORIA DEFICIENTE Y LA OMISIÓN DE MEDIDAS BÁSICAS DE PROTECCIÓN DE LA VÍA AÉREA EN UN PACIENTE CON SIGNOS CLAROS DE DETERIORO Y RIESGO DE BRONCOASPIRACIÓN.</u>

A ELLO SE SUMA LA FALTA DE RIGOR EN EL REGISTRO MÉDICO. AUN CUANDO EL PROPIO ANESTESIÓLOGO RECONOCE HABER OBSERVADO RESIDUOS DIGESTIVOS EN LA CAVIDAD ORAL DOS HORAS ANTES DE LA CIRUGÍA —UN DATO CLAVE EN EL CONTEXTO DE UNA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL—, ADMITE NO HABERLO REGISTRADO EN LA HISTORIA CLÍNICA, POR CONSIDERARLO “NO TRASCENDENTAL”. ESTA OMISIÓN

NO SOLO VULNERA EL DEBER BÁSICO DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA, SINO QUE TAMBIÉN DEJA EN EVIDENCIA UNA PERSPECTIVA SUBJETIVA E IMPROCEDENTE AL ATRIBUIR EL HALLAZGO A UNA SUPUESTA "MALA HIGIENE" DEL PACIENTE, CUANDO LO OBSERVADO ERA, EN REALIDAD, CONTENIDO FECALOIDE RESULTANTE DE SU CONDICIÓN PATOLÓGICA.

FINALMENTE, LA AMBIGÜEDAD SOBRE PROCEDIMIENTOS QUE NO CONSTAN EN LA HISTORIA CLÍNICA Y LA INVOCACIÓN ERRÓNEA DE UNA SUPUESTA "ABSOLUCIÓN" JUDICIAL —CUANDO EN REALIDAD EL PROCESO TERMINÓ POR PRESCRIPCIÓN— REFUERZAN LA FALTA DE TRANSPARENCIA EN SU TESTIMONIO.

EN SUMA, EL ANESTESIÓLOGO CONSTRUYE, EN SU DECLARACIÓN, UNA NARRATIVA TÉCNICA QUE APARENTA DILIGENCIA Y PERICIA, PERO QUE AL CONFRONTARLA CON LOS HECHOS CLÍNICOS VERIFICABLES, REVELA UNA ACTUACIÓN TARDÍA, DESORDENADA, SUBJETIVA E INADECUADA, QUE INCIDIÓ DE MANERA DIRECTA EN EL DESENLACE FATAL DEL PACIENTE. LA DISCREPANCIA ENTRE LO QUE DICE HABER HECHO Y LO QUE REALMENTE HIZO NO SOLO EVIDENCIA UNA FALTA DE RIGOR, SINO QUE CONSTITUYE UNA NEGLIGENCIA GRAVE EN EL CUMPLIMIENTO DE LOS DEBERES MÉDICOS MÁS BÁSICOS.

Revisión de la prueba del Dictamen del Dr. Anestesiólogo Edgar Celis y del Médico cirujano Dr. Camilo Gómez:

DICTAMEN DR. CAMILO EUSEBIO GÓMEZ, PRESENTADO PARTE DEMANDANTE	DICTAMEN DR. EDGAR CELIS RODRÍGUEZ, FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTÁ, PERITO TRIBUNAL ÉTICA MÉDICA DE CUNDINAMARCA (PERITO IMPARCIAL AL CASO) PÁG. 54 Y 55 CUADERNO 110 DEL PROCESO[47]
"*Luego de prescribir la intervención quirúrgica, A las 20:30 horas, el señor CARLOS ALBERTO ARANGO presentó residuos de secreción en la boca, tal como se describe en las notas de enfermería. Lo que podría indicar que el paciente habría presentado otro episodio emético o que había consumido alimentos. A pesar de ello, el paciente es llevado a salas de cirugía y se dio inicio al procedimiento quirúrgico sin las correspondientes medidas de prevención de broncoaspiración."* *"El personal médico debió valorar el riesgo de someter al paciente a la intervención y prever las posibles complicaciones normales de toda intervención quirúrgica, procurando siempre disminuir esos riesgos, aspecto que no fue tenido en cuenta por el personal médico que sometió a cirugía con anestesia local al señor CARLOS ALBERTO ARANGO OLARTE.* *"* • *"Algunas de las reacciones adversas de la Bupivacaina (medicamento administrado al señor CARLOS ALBERTO ARANGO OLARTE) se encuentran relacionadas con los síntomas preexistentes del paciente, específicamente las náuseas y vómitos. Era conocido por el personal médico que el paciente había presentado episodios eméticos, razón por la cual debía considerarse que el riesgo de presentar vómito durante la intervención estaba aumentado, en consecuencia, el riesgo de broncoaspiración era mayor. Ante estos casos, "Es práctica común en nuestro ámbito la inserción de una sonda nasogástrica previamente a la inducción en los pacientes con riesgo de aspiración, fundamentalmente en los pacientes con obstrucción intestinal para disminuir la presión intragástrica y reducir así el riesgo de regurgitación."* • *En pacientes con retraso en el vaciamiento gástrico, el riesgo de broncoaspiración aumenta significativamente, el médico debe tener en cuenta que este aspecto debe ser valorado cuidadosamente en pacientes con dolor abdominal. El señor CARLOS ALBERTO ARANGO, había presentado episodios de vomito bilioso, color café y ausencia de deposiciones 3 días antes de ingresar al servicio de urgencias, razón por la cual podría claramente haberse sospechado de una obstrucción intestinal, debía considerarse la ausencia de vaciado gástrico normal.*	*"De acuerdo a la historia clínica y resultados de los exámenes de laboratorio podemos concluir que se trata de un paciente mayor, en malas condiciones generales a quien se le debe practicar una cirugía abdominal de urgencia. No aparece valoración clínica conjunta entre las personas del equipo quirúrgico, anestesia y cirugía con el objeto de definir cuál sería la mejor aproximación para su manejo quirúrgico. Considero que un paciente en estas condiciones se debió analizar su situación de abdomen agudo y la posibilidad de que presentara broncoaspiración durante el período de la inducción de anestesia. Por el hecho de tratarse de una emergencia quirúrgica es indispensable evitar que el paciente pueda bronco-aspirar en la inducción anestésica o durante el procedimiento y la anestesia regional no ofrece seguridad suficiente para evitar que esto pueda ocurrir. Si se escoge anestesia general y no se toman las medidas tendientes a evitar la broncoaspiración, ésta (broncoaspiración) también puede ocurrir. De acuerdo con lo anterior la mejor opción podría ser intubación orotraqueal con el paciente despierto previa descompresión gástrica mediante sonda nasogástrica para evacuar el contenido intestinal. También se podría practicar inducción anestésica de secuencia rápida, previa presión a nivel del cartílago cricoides con el objeto de disminuir la posibilidad de la aspiración (anexo bibliografía al respecto)* *. La anestesia regional, raquídea o peridural, en este paciente en tan malas condiciones no es una técnica segura por varias razones de acuerdo a la historia clínica"*

[47] PÁG. 54 Y 55 CUADERNO 110 DEL PROCESO

• *La ausencia de medidas preventivas y de consideración del riesgo aumentado de broncoaspiración en este caso, llevo a que se realizará la intervención quirúrgica poniendo en riesgo la vida del señor CARLOS ALBERTO ARANGO OLARTE; finalmente el evento de broncoaspiración, que el personal médico, especialmente los especialistas en cirugía e incluso de anestesiología, podían prever, se presentó y pese a los intentos posteriores por preservar su vida, el señor CARLOS ALBERTO ARANGO OLARTE fallece."*	
<u>CONCLUSIÓN:</u> NO SE PREVIÓ EL RIESGO DE BRONCOASPIRACIÓN (CON LA INSERCIÓN DE SONDA NASOGÁSTRICA), ESCOGIENDO ANESTESIA LOCAL, AUN SABIENDO QUE EL PACIENTE ATENDIÓ AL SERVICIO DE URGENCIAS POR VÓMITO.	**<u>CONCLUSIÓN:</u> NO SE REALIZÓ UNA VALORACIÓN CONJUNTA EL EQUIPO QUIRURGICO, ANESTESIA Y CIRUJANO PARA DEFINIR CUAL ANESTESIA DEFINIR.** **LA ANESTESIA REGIONAL NO OFRECE SEGURIDAD ANTE EL RIESGO DE BRONCOASPIRACIÓN QUE PUEDE SUFRIR EL PACIENTE., PUDIENDO GENERAR HIPOTENSIÓN ARTERIAL SEVERA, MAYOR DISMINUCIÓN DEL SENSORIO, LO CUAL, PUEDE FACILITAR NO DEFENDER SU VIA AEREA, LO CUAL OCURRIO.** **LA MEJOR OPCIÓN PUDO SER INTUBACIÓN OROTRAQUEAL CON EL PACIENTE DESPIERTO PREVIA DESCOMPRESIÓN GÁSTRICA MEDIANTE SONDA NASOGÁSTRICA PARA EVACUAR EL CONTENIDO INTESTINAL, O INDUCCIÓN ANESTÉSICA DE SECUENCIA RÁPIDA, PREVIA PRESIÓN A NIVEL DEL CARTÍLAGO CRICOIDES CON EL OBJETO DE DISMINUIR LA POSIBILIDAD DE LA ASPIRACIÓN.**

LEX ARTIS MÉDICA[48]

Según las guías médicas, en una emergencia abdominal, siempre se asume que el estómago está lleno y que se lleva a cabo una inducción rápida de secuencia de emergencia con presión cricoidea e intubación de la tráquea. Página 58 y siguientes Cuaderno 110 del proceso:

Anaesthesia for acute abdomen in developing countries

Yvonne O. Buowari

Department of Anaesthesiology, University of Port Harcourt Teaching Hospital, Nigeria

Abstract

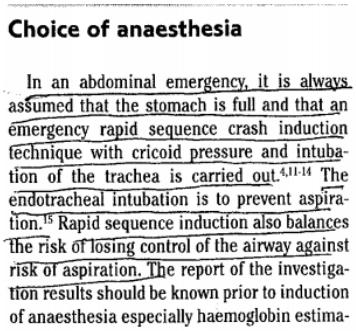
Acute abdomen is an emergency that requires immediate surgical intervention. In developing and low-income countries, there is limited modern drugs and medical equipment and personnel. General anaesthesia is administered for emergency abdominal surgeries. Ketamine is used in hospitals without trained personnel in the administration of anaesthesia. In other hospitals in developing countries with anaesthetist, ketamine is used for induction of anaesthesia and muscle relaxant administered to facilitate endotracheal intubation and maintain anaesthesia with inhalational agents to avoid awareness under anaesthesia.

"Resumen

El abdomen agudo es una emergencia que requiere una intervención quirúrgica inmediata. En los países en desarrollo y de bajos ingresos, hay medicamentos modernos, equipos médicos y personal limitados. Se administra anestesia general para cirugías abdominales de emergencia. La ketamina se usa en hospitales sin personal capacitado en la

[48] Página 58 y siguientes Cuaderno 110 del proceso, proporcionados por el dictamen médico legal del Dr. Edgar Celis

administración de anestesia. En otros hospitales de países en desarrollo con anestesistas, la ketamina se utiliza para la inducción de la anestesia y se administran relajantes musculares para facilitar la intubación endotraqueal y mantener la anestesia con agentes inhalatorios para evitar que el paciente esté consciente bajo anestesia."



Choice of anaesthesia

In an abdominal emergency, it is always assumed that the stomach is full and that an emergency rapid sequence crash induction technique with cricoid pressure and intubation of the trachea is carried out.[4,11-14] The endotracheal intubation is to prevent aspiration.[15] Rapid sequence induction also balances the risk of losing control of the airway against risk of aspiration. The report of the investigation results should be known prior to induction of anaesthesia especially haemoglobin estima-

"En una emergencia abdominal, siempre se asume que el estómago está lleno y que se lleva a cabo una inducción rápida de secuencia de emergencia con presión cricoidea e intubación de la tráquea.[4],[11]–[14] La intubación endotraqueal se realiza para prevenir la aspiración.[15] La inducción rápida también equilibra el riesgo de perder el control de la vía aérea frente al riesgo de aspiración. Los resultados de los exámenes deben conocerse antes de inducir la anestesia, especialmente la estimación de la hemoglobina..."

ANAESTHESIA FOR THE PATIENT REQUIRING EMERGENCY ABDOMINAL SURGERY

Professor Garry Phillips, Dr. Harry Aigeeleng, Dr. Gertrude Didei, Dept of Anesthesiology, University of Papua New Guinea, Port Moresby, PNG.

Preparation of the Patient for Theatre

Two questions which arise after assessment of the patient has been completed, and resuscitation is underway, are what about fasting and what about premedication?

In an abdominal emergency it is always assumed that the stomach is full, and that an emergency rapid sequence ("crash") induction and intubation of the trachea will be carried out. There is no need to fast, but there is a need to decide whether emptying the stomach by nasogastic tube is advisable - as in bowel obstruction, when vomiting or regurgitation of large amounts of fluid may result in aspiration or hypoxia.

"Preparación del paciente para cirugía

Dos preguntas que surgen una vez se ha completado la evaluación del paciente y se ha iniciado la reanimación son: ¿qué pasa con el ayuno y qué con la premedicación?

En una emergencia abdominal, siempre se asume que el estómago está lleno, y que se realizará una inducción rápida de secuencia ("crash") y una intubación de la tráquea. No es necesario ayunar, pero sí se debe decidir si es recomendable vaciar el estómago mediante una sonda nasogástrica, como en los casos de obstrucción intestinal, **cuando el vómito o la regurgitación de grandes cantidades de líquido pueden causar aspiración o hipoxia."**

CONCLUSIÓN INTEGRAL

AUNQUE EL ANESTESIÓLOGO DR. JAVIER CIFUENTES INSISTE EN QUE SU ACTUACIÓN FUE TÉCNICAMENTE ADECUADA Y QUE APLICÓ LAS

MEDIDAS NECESARIAS PARA MITIGAR LOS RIESGOS DEL PACIENTE, UN ANÁLISIS DETENIDO Y CONFRONTADO CON LA HISTORIA CLÍNICA, LAS GUÍAS MÉDICAS Y SU PROPIO TESTIMONIO EVIDENCIA UNA GRAVE DISCREPANCIA ENTRE LO QUE AFIRMA HABER HECHO Y LO QUE REALMENTE LLEVÓ A CABO. EL PROFESIONAL SOSTIENE HABER PRACTICADO UN MANEJO ANESTÉSICO RIGUROSO, INCLUYENDO INTUBACIÓN, ASPIRACIÓN, BLOQUEO REGIONAL Y ANESTESIA GENERAL, COMO SI SE TRATARA DE MEDIDAS PREVENTIVAS APLICADAS EN LA FASE PREOPERATORIA. SIN EMBARGO, LA EVIDENCIA INDICA QUE TALES INTERVENCIONES FUERON REACCIONES TARDÍAS, EJECUTADAS CUANDO LA BRONCOASPIRACIÓN YA SE HABÍA PRODUCIDO, Y NO ACCIONES PROFILÁCTICAS DESTINADAS A EVITARLA.

DESDE EL PUNTO DE VISTA MÉDICO, LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE —UN ABDOMEN AGUDO CON SIGNOS DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL, ALTERACIÓN DEL ESTADO DE CONCIENCIA Y SECRECIONES PULMONARES — EXIGÍA LA IMPLEMENTACIÓN INMEDIATA DE UN PROTOCOLO DE INDUCCIÓN RÁPIDA DE SECUENCIA, CON PRESIÓN CRICOIDEA E INTUBACIÓN TRAQUEAL, Y LA COLOCACIÓN PREVIA DE UNA SONDA NASOGÁSTRICA PARA VACIAR EL CONTENIDO GÁSTRICO. ESTAS MEDIDAS NO SON OPCIONALES, SINO PARTE DEL ESTÁNDAR INTERNACIONALMENTE ACEPTADO PARA PREVENIR COMPLICACIONES LETALES COMO LA BRONCOASPIRACIÓN. LA OMISIÓN DE ESTAS INTERVENCIONES BÁSICAS —A PESAR DE CONTAR CON LA INFORMACIÓN CLÍNICA QUE LAS INDICABA— <u>CONSTITUYE UNA INFRACCIÓN GRAVE DEL DEBER MÉDICO.</u>

A ESTO SE SUMA QUE EL ANESTESIÓLOGO NO SOLO ACTUÓ DE FORMA REACTIVA, SINO QUE ADEMÁS DISTORSIONÓ ASPECTOS FUNDAMENTALES DEL CASO CLÍNICO, AFIRMANDO, SIN RESPALDO EN LA HISTORIA CLÍNICA, QUE EL PACIENTE TENÍA UNA EVOLUCIÓN PROLONGADA DE SU CUADRO Y QUE SU FAMILIA LO HABRÍA DESCUIDADO. ESTAS VALORACIONES SUBJETIVAS, CARENTES DE SOPORTE DOCUMENTAL, DESVÍAN LA ATENCIÓN DE LA VERDADERA FALLA: UNA VALORACIÓN PREOPERATORIA DEFICIENTE Y UNA TOMA DE DECISIONES ANESTÉSICAS TARDÍA, QUE INCIDIERON DIRECTAMENTE EN EL DESENLACE FATAL Y QUE ERAN PLENAMENTE EVITABLES SI SE HUBIESEN SEGUIDO LAS GUÍAS CLÍNICAS VIGENTES.

EN DEFINITIVA, EL ANESTESIÓLOGO CONSTRUYÓ UNA NARRATIVA TÉCNICA PARA JUSTIFICAR SU PROCEDER, PERO AL SER CONFRONTADA CON LOS HECHOS OBJETIVOS, SE REVELA UNA ACTUACIÓN CLÍNICA CONTRARIA A LOS ESTÁNDARES MÉDICOS, CARENTE DE RIGOR Y MARCADA POR OMISIONES CRÍTICAS. EL INCUMPLIMIENTO DE PROTOCOLOS BÁSICOS EN UN CONTEXTO DE ALTO RIESGO, COMO LO ES UNA CIRUGÍA DE URGENCIA POR ABDOMEN AGUDO, REPRESENTA UNA FALTA TÉCNICA DETERMINANTE EN LA CADENA DE EVENTOS QUE LLEVÓ A LA MUERTE DEL PACIENTE.

A LO ANTERIOR SE SUMA UNA OMISIÓN PARTICULARMENTE GRAVE: EL ANESTESIÓLOGO, PESE A RECONOCER HABER OBSERVADO RESIDUOS DIGESTIVOS EN LA CAVIDAD ORAL DEL PACIENTE HORAS ANTES DE LA CIRUGÍA, NO LO CONSIGNÓ EN LA HISTORIA CLÍNICA. ESTA OMISIÓN

NO SOLO COMPROMETE LA TRANSPARENCIA DEL ACTO MÉDICO, SINO QUE VULNERA DIRECTAMENTE SU DEBER LEGAL Y ÉTICO DE DOCUMENTAR TODOS LOS HALLAZGOS CLÍNICAMENTE RELEVANTES. MÁS AÚN, AL ATRIBUIR SUBJETIVAMENTE EL HALLAZGO A UNA SUPUESTA "MALA HIGIENE" DEL PACIENTE, DESVIRTÚA LA CAUSA REAL —UNA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL CON REFLUJO FECALOIDE— Y UTILIZA JUICIOS PERSONALES IMPROCEDENTES PARA JUSTIFICAR UNA INTERVENCIÓN DEFICIENTE. ESTA COMBINACIÓN DE OMISIÓN DOCUMENTAL, JUICIO SUBJETIVO Y DESVIACIÓN DEL ENFOQUE CLÍNICO REFUERZA LA CONCLUSIÓN DE QUE SU ACTUACIÓN FUE NEGLIGENTE, CONTRARIA A LOS PROTOCOLOS MÉDICOS Y DETERMINANTE EN EL DESENLACE FATAL.

3. ERROR DEL JUEZ EN APRECIAR SIN INTERVENCIÓN CAUSAL PROBADA, HECHOS PARA PROBAR EXCEPCIONES DE LOS DEMANDADOS.

Sustentación =

Este punto ya se abordó en la desviación del nexo causal con su causa eficiente mal encuadrada.
Sírvase tener como adición de la apelación lo siguiente en cuanto al error de causa eficiente establecido por el Juez de Instancia:

Error mayúsculo del Despacho, en centrarse en que el paciente, tenía 81 años, sufría de EPOC y asma y tenía 8 días de no sentirse bien agravándose paulatinamente. Esto no justifica ni exonera un diagnóstico y tratamiento médico inadecuado negligente o imprudente. Todos tenemos derecho a una atención médica de calidad.

Contrario al análisis del Despacho, el que el paciente sufriera asma y EPOC, y tuviera 81 años, con mayor razón ha debido asegurarse la vía aérea.

Resulta incomprensible como puede justificarse un no aseguramiento de la vía aérea, cuando el propio anestesiólogo tratante manifestó y confesó que el paciente tenía una broncoaspiración pasiva. Entonces si al valorarlo se percató que tenía una broncoaspiración pasiva previa anestesia previa cirugía, como es posible que no le haya asegurado la vía aérea previa anestesia, es que es de simple sentido común.

4. DESCONOCIMIENTO DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL EN ESTE ASUNTO.

Sustentación = Dice la Sentencia lo siguiente:

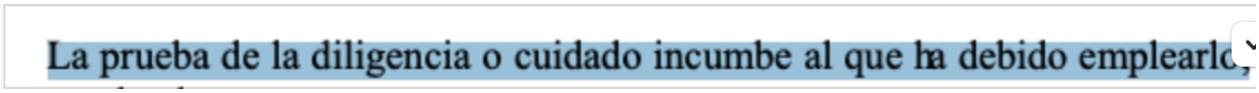
En este punto cabe precisar desde ya, que no se presenta una responsabilidad civil contractual, en primer lugar, por cuanto quien obraba como afiliado de la demandada COMPENSAR EPS era el fallecido señor CARLOS ALBERTO ARANGO OLARTE, y fue atendido en la CLÍNICA UNIVERSIDAD DE LA SABANA en virtud a que esta funge como IPS de COMPENSAR, por lo que no hay ningún vínculo contractual entre los demandantes con las citadas demandadas respecto de las cuales se puede deprecar la existencia de un contrato y por ende su incumplimiento.

Y en segundo lugar, porque los demandantes no actúan en calidad de herederos del fallecido señor ARANGO OLARTE, sino como consta en el poder y escrito de demanda, estos actúan en nombre propio, por lo que la invocada responsabilidad civil contractual no tiene respaldo jurídico por falte del primer elemento para que esta se configure, esto es, la existencia de un vínculo contractual entre los demandantes con la CLÍNICA UNIVERSIDAD DE LA SABANA y COMPENSAR EPS, por lo que desde ya debe declararse la improsperidad de las pretensiones principales.

No se está de acuerdo en que sea una responsabilidad extracontractual y se descarte la contractual. Al paciente lo atienden por un marco contractual que es su afiliación a la EPS donde deben prestarle el servicio médico. Él no llegó a la Clínica de la Sábana como agente libre, ni lo atendieron por caridad; lo atendieron por su afiliación a la EPS. El contrato de atender a pacientes de la EPS por las IPS, lo hace contractual, porque se presta el servicio a través de 2 contratos coligados:
El del paciente con la EPS y el de la EPS con la IPS.

Por consiguiente el marco es contractual, al demandar los familiares del paciente los perjuicios ocasionados por la negligencia médica de Carlos Olarte en un marco contractual coligado.

Lo que hace exigible que se analice el asunto de negligencia médica a partir del régimen jurídico del artículo 1604 del Código Civil:


La prueba de la diligencia o cuidado incumbe al que ha debido emplearlo;

5. IMPOSIBILIDAD DE CONDENA EN COSTAS.

Sustentación = Imposibilidad de condenar en costas a la parte Demandante, por tener amparo de pobreza. El Juez, transgrede el artículo 154 del C.G.P. "*Artículo 154. Efectos. El amparado por pobre no estará obligado a prestar cauciones procesales ni a pagar expensas, honorarios de auxiliares de la justicia u otros gastos de la actuación,* ***y no será condenado en costas.***

No se comprende, porque el operador judicial condena en costas existiendo amparo de pobreza. De cualquier modo, conforme a los 4 puntos sustentados de apelación se cometió un error, y aparte de ello, ocasiona una condena al Demandante totalmente contraria a la norma, dando como decisión que la víctima tenga que pagarle al victimario 25 millones, por perpetrar la muerte con actuación negligente de un ser querido. Totalmente un contrasentido jurídico y de fines de la justicia.

6. RECONOCIMIENTO DE PERJUICIOS CON LA ACTUALIZACIÓN JURISPRUDENCIA

DAÑO MORAL.

LA SENTENCIA STC 072 DE 2025 HA ACTUALIZADO DEL DAÑO MORAL EN SUMA DE 100 S.M.L.M.V. PARA EL PRIMER VÍNCULO DE CONSANGUINIDAD, A PÁGINA 73 DE ESTA SENTENCIA:

(III) En consecuencia, a partir de la fecha, el parámetro indicativo para tasar la reparación del daño moral será de 100 salarios mínimos legales mensuales vigentes.

SE PIDEN 100 S.M.L.M.V. PARA EL HIJO CARLOS ROBERTO ARANGO.
SE PIDEN 100 S.M.L.M.V. PARA SU ESPOSA ESPERANZA BOTERO.
SE PIDEN 100 S.M.L.M.V. PARA LA PROPIA VÍCTIMA LA CUAL SUFRIÓ LA BRONCOASPIRACIÓN DURANTE 3 MINUTOS TAL COMO LO DOCUMENTA LA HISTRIA CLÍNCIA.

PRUEBAS DEL DAÑO MORAL:

CARLOS ROBERTO ARANGO (HIJO):

Min 1.48. Numeral 74. Audiencia Inicial. *Cuando dicen se nos fue porque broncoaspiró,* ***eso fue una pesadilla, quede inconsciente. No estabamos dispuestos a ver el cadáver en la condición emocional que nos encontrábamos. Pasamos en vela hasta medio día del 11 de octubre cuando hablamos en la funeraria****. 1:53. Luego de la noticia del fallecimiento de mi papá entro a un shock nervioso, Me retiré de la sala, quise estar solo unos minutos.*

Luis Roberto Botero TESTIGO. = *Luego de la muerte* ***Carlos Roberto se fue despedazado para su casa*** *1.25 numeral 99.*

Hernando Botero TESTIGO. NUMERAL 99 Min 2:30 *Perdieron interés por muchas cosas,* ***por el Duelo. Se le vino abajo todo****.*

ESPERANZA BOTERO (ESPOSA)

- in 41 audiencia inicial numeral 74 expediente virtual = Me llama el doctor Visbal, y me dice que Carlos Alberto se nos fue, me toca decirle lo que vivi y lo que sufrí. Min 42, *le contesté como lo mataron,* ***Carlos Alberto se murió, que tristeza, (…) yo no lo quise ver porque me hubiese enloquecido, (…) para mi es una tragedia yo no lo quiero ver****, Min 44 es una historia muy difícil, muy dura. Min 46. Eso fue terrible, doloroso,*

desastroso. El dolor que uno siente es tremendo. Min 50 yo me quiero es morir. Min 55 ***me hace mucha falta, han pasado 12 años y lo extraño****.*

Declaración de Carlos Roberto. 1.48. Numeral 74, expediente virtual. *Cuando le dan la noticia a mi mamá, de que se nos fue****, ella entra en shock muy fuerte y pregunta que fue lo que pasó y el médico le contesta, que broncoaspiró y murió****. 1.53 apenas dieron la noticia mi mamá empezó a llorar, entró en un shock nervioso.*

Min 15 Numeral 99 declaeación Gloria Botero. *"****Esperanza estaba depresiva luego*** *de la muerte y le quedó difícil continuar con los negocios".*

Luis Roberto Botero = Numeral 99. Min 1:28"*Mi hermana esperanza* ***quedó muy afectada, tanto así que gloria tuvo que ir a acompañarla***".

Hernando Botero 99 Min Min 2:30 *"Perdieron interés por muchas cosas, por el Duelo. Se le vino abajo todo".*

DAÑO MORAL A LA PROPIA VÍCTIMA CARLOS ARANGO:

SE PRUEBA CON LA PROPIA HISTORIA CLÍNICA LOS 3 MINUTOS QUE BRONCOASPIRÓ.

60CC /h HERNIA INGUINAL. SE REVISA CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DE ANESTESIA PREVIAMENTE DILIGENCIADOS.22:45 SE TRASLADA PACIENTE EN CAMILLA CON HISTORIA CLINICA COMPLETA A SAL A DE CIRUJIA N.1 22:50 SE TRASLADADO PACIENTE ASISTIDAMENTE A MESA QUIRUGICA SE MINITORIZAN SIGNOS VITALES FC:60 FR:21 TA:98/62 SAT 91% . CON OXIGENO POR CANULA NASAL A 3 LITROS POR MINUTO. SE ALISTA ANESTESIA REGIONAL , SE COLOCA PACIENTE EN DECUBITO LATERAL IZQUIERDO ,22:55 DR CIFUENTES REALIZA ASEPSIA EN REGION LUMBAR CON QUIRUCIDAL JABON Y SOLUCION , PASA SPINOCAN.27 ADMINISTRA DOSIS DE FENTANIL Y BUPIVACAINA INTRATECAL PUNCION SIN COMPLICACION .POR ORDEN MEDICA SE ADMINISTRA 3GR DE AMPICILIAN SULBACTAN INTRAVENOSA Y 16 MG DE DEXAMETASONA. 23:00 ES ASISTIDO LAVADO QUIRURGICO A CIRUJANO QUIEN REALIZA ASEPSIA CON QUIRUCIDAL JABON Y QUIRUCIDAL SOLUCION . SE COLOCA PLACA DE ELECTROBISTURI EN MUSLO DERECHO . 23:10 INICIA PROCEDIMIENTO QUIRURGICO, SIN COMPLICACION .23:12 SE OBSERVA PACIENTE ANSIOSO , CON DIFICULTAD RESPIRATORIA, PACIENTE PRESENTA BROCOASPIRACION .SE PASA DE INDIMEDIATO SONDA NELATON N.14 A DR CIFUENTES PARA ASPIRACION SE SECRESIONES , SE OBTIENEN 350 CC CONTENIDO FECALOIDE. PACIENTE CON PERSISTENCIA DIFICULTAD RESPIRATORIA. 23:15 POR ORDEN MEDICA DE PASA TUBO N.8.0 PARA INTUBACION OROTRAQUEAL ,23:16 PACIENTE PRESENTA PARO CARDIORESPIRATORIO, ES ADMINISTRADO 1MG INTRAVENOSO DE ADRENALINA POR ORDEN MEDICA ,SE PASA BOLO DE 10CC DE SOLUCION SALINA . SE INICIAN MANIOBRAS DE REAMINACION AVANZADA , SE PALPA, PULSO RADIAL IZQUIERDO DEBIL, EN MONITOR NO SE OBERVA TRAZADO, POR ORDEN MEDICA SE PASA DE NUEVA AMPOLLA DE ADRENALINA , INTRAVENOSA , POSTERIORMENTE POR ORDEN MEDICA SE PASAN DOS AMPOLLAS DE ADRENALINA MAS Y DOS AMPOLLAS DE ATROPINA INTREVANOSA DE 1M(PACIENTE NO RESPONDE 23:20 DR CIFUENTES DECLARA DESCESO.CIRUJANO REALIZA CIERRE DE INSICION QUIRUGICA . SE RETIRAN

DAÑO A LA VIDA DE RELACIÓN.

La sentencia STC **072 DE 2025 HA ACTUALIZADO DEL DAÑO A LA VIDA DE RELACIÓN, EN SUMA DE 200 S.M.L.M.V. PARA EL PRIMER VÍNCULO DE CONSANGUINIDAD, A PÁGINA 77 DE ESTA SENTENCIA:**

> Por tanto, desde ahora, se fija en 200 salarios mínimos legales mensuales vigentes. Monto que, conviene reiterar, no es una fórmula objetiva ni una muralla, pues el sentenciador tiene el deber, evaluadas las particularidades del litigio, de fijar la indemnización que considere adecuada y justa, para lo cual puede acudir a los precedentes de esta Corporación como indicativos.

SE PIDEN 140 S.M.L.M.V. PARA EL HIJO CARLOS ROBERTO ARANGO.
SE PIDEN 140 S.M.L.M.V. PARA SU ESPOSA ESPERANZA BOTERO.

PRUEBA DEL DAÑO A LA VIDA DE RELACIÓN, DE ESPERANZA BOTERO Y CARLOS ARANGO HIJO:

Declaración Esperanza Botero Audiencia inicial numeral 74 min 1.17 =_ ***Mi hijo Carlos Roberto siempre vivió conmigo y con Carlos Alberto***. *Min 1.23* ***Después de la muerte la granja prácticamente se acabó***. ***Es que la vida le cambia en segundos, a partir de la***

muerte de Carlos Alberto, me cambio, todo, todo*. Recibí ingresos de la granja unos 6 meses".*

Declaración Carlos Roberto 1.48, *a partir que el médico le dice a mi mamá que broncoaspiró, que se nos fue,* ***nos cambió la vida****, fue una situación muy dura.*

Min 12. Gloria botero. ***Las reuniones se tornaron muy depresivas***. Numeral 99 Expediente.

Luis Roberto Min Min 1:28"*Mi hermana esperanza quedó muy afectada,* ***tanto así que gloria tuvo que ir a acompañarla. Lo cual demuestra un cambio abrupto de la vida****".*

Heranando Botero 2:19 Numeral 99. "*Aprecié como se daña una familia como se desmorona una familia a partir del fallecimiento****. Le golpearon la vida, les voltearon la vida".***

Min 2:20 "*Nos seguirmos reuniendo en familia* ***pero ya no es lo mismo. Se acabó ese compartir, ese tomarnos algo".***

2.33 "***Ellos viajaban, y ellos nunca más volvieron a salir. Esos disfrutes de viajar se acabaron".***

LUCRO CESANTE PASADO A FAVOR DE CARLOS ROBERTO POR APORTE PADRE DE 1 SALARIO MÍNIMO, CONFORME PRETENSIÓN DEMANDA.

A página 64 a 68 del expediente virtual numeral 1, esta la declaración de renta de Carlos Olarte.

Trabajadores independientes: Si los ingresos brutos (honorarios, comisiones y servicios) superaban $81.032.000 anuales, debían declarar renta, lo que equivale a un ingreso mensual de aproximadamente $6.752.667 o más. Entonces partimos de la base que Carlos Arango Olarte, devengaba mínimo $6.752.667 , año de su muerte, en octubre.

Min 51 numeral 74 de la audiencia inicial, Declaración Esperanza Botero. ¿A que se dedicaba Carlos Alberto Arango? = **Responde, el se dedicaba a negocios con agricultura, también tenía sus vacas y su venta de leche. Tenía una granja. Su finca y sus cultivos**. Min 52. ¿Que ingresos recibía mensualmente? = **Tenía una pensión pequeña pero los ingresos de él eran aproximadamente unos 10 a 12 millones. Él estudio zootécnia al min 53.**

Declaración Espernaza.
Min 54. Quienes vivían con Carlos Alberto = **Vivía yo Esperanza Botero y mi hijo Carlos Roberto.**

Min 54. Yo dependía de él mucho, herede su pensión.

Min 1.13 y 1.14. **Carlos Roberto nos colaborara mucho a nosotros. El nos ayudaba en la granja y Carlos Alberto su padre le daba en esa Época <u>como 1 millón de pesos.</u>**

Min 1.19 Yo tenía una agencia de seguros.3 millones que percibía de los seguros. Demoré en los seguros 30 años.Deje de trabajar a principios de 2011.

Declaración Carlos Roberto

Min 2:05 y 2:06 = **Yo dependia de mis papás. Mi papá me daba por trabajar en la granja. Era variable, pero recibía a veces 500, a veces 900 mas o menos. No era un valor específico. <u>Aparte de eso mi papá me daba unos dineros para mi manutención como estudiante. Minuto 2:11, mi trabajo tenía que ver con la granja, con el manejo de los litros de leche de las vacas y manejando los cultivos</u>. En ese momento entre en depresión y una crisis personal muy fuerte.**

Min 2:09 Dice que cerraron la agencia 2:;09 porque ya no les estaba produciendo. Para el momento de los hechos los ingresos que se tenían eran por la granja, por la finca.

Min 2:39 **me consta que carlos Arango le daba a carlos Roberto para su manutención.**

DAÑO EMERGENTE PASADO DE ESPERANZA BOTERO, CONFORME PRETENSIONES DEMANDA, POR PAGO POR ACOMPAÑAMIENTO DE FAMILIAR, CAUSADO POR LA MUERTE DE CARLOS ARANGO.

Acompañamiento: Min 1.27. Declaración Esperanza numeral 74. Gloria Helena Botero, *es mi hermana* ***y fue la que me acompañó luego de la muerte de carlos Roberto. Ella se fue a vivir a la casa conmigo, fue el brazo derecho mío, sin la ayuda de ella no hubiese hecho nada. Sí. acompañó a no quedarme sola y a soportar el dolor que uno sentía, miedo, angustia, se apersono. Me ayudaba a los medicamentos de los nervios, alimentación, una compañera que me ayudó. Si me tocaba pagarle 1:28, me acompañó durante unos 2 años.***

1.29 *"****Yo le pagaba como 1 millón de pesos, porque ella tampoco gastaba su tiempo así no más".***

Declaración Carlos Roberto, Min 2:21 *"****mi tía Helena botero fue una cuidadora para mi mamá porque ella entro en una crisis muy grande a raíz del fallecimiento de mi papá****.*

Min 2:22 ***a mi tía se le pagaba porque llegaron al acuerdo que ella la cuidaba, porque era su tiempo y el cuidado dedicado de medicación a Esperanza. Se le pagó por todos estos años que se le acompañó. A ella se le pagaba mensualmente y en efectivo. Era mi mamá la que le pagaba. Se le pagaba de lo que obtenía de la finca y la granja. Ella dejó de trabajar por mi mamá. Numeral Fueron 5 años aproximadamente luego de la muerte de mi papá que ella estuvo cuidándola".***

Gloria Esperanza botero numeral 99 del expediente virtual acredita = "*Que estuvo 5 años cuidándo a Esperanza Botero. Min 18.* ***Me pagaban 1 millón de pesos por cuidarla. Min 23 me realizaron ese pago durante 5 años. Min 23 tengo recibo de pago. El pago cada mes. Min 24. Min 48. La acompañaba a charlar, acompañante****".*

Luis Roberto Botero = Min 1:28 numeral 99. "*Mi hermana gloria* ***la cuidado por un tiempo. Un buen tiempo, como 3 o 4 años".***

Hernando Botero Min 2:28 "***Se que se ganaba como 1 millón de pesos. Era un trabajo para Gloria para acompañar a Esperanza".***

2:38 "***la cuidó por 4 o 5 años****".*

TAMBIÉN SE SOLICITAN POR CONCEPTO DE DAÑO EMERGENTE PASADO, Gastos funerales, LOS CUALES DEBEN SER RECONOCIDOS CONFORME LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA = $6.265.520 se aporta factura a página 41 anexo 1, página 54 anexo 11. Suma que debe ser indexada de octubre de 2011 al día de hoy.
Indexación que a hoy son 6.265520 (1.14/0.19) =_ $37.593.120

SOLICITUD.

SÍRVASE SU SEÑORÍA TENER COMO SUSTENTACIÓN DE LOS PUNTOS DE LA APELACIÓN EL PRESENTE ESCRITO.

De la Señora Juez, con distinción y respeto.

Atentamente.

ROBERTO VERGARA.
C.C. 1.102.804.081.
T.P. 217.821.
Correo electrónico inscrito en registro nacional de abogados:
robertovergaramonte@gmail.com.