

Bogotá D.C, 13 de noviembre de 2024

DESPACHO: JUZGADO TREINTA Y OCHO CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ
REFERENCIA: VERBAL
RADICADO: **11001310303820210017400**
DEMANDANTES: ESPERANZA BOTERO ALVAREZ - CARLOS ROBERTO ARANGO BOTERO
DEMANDADOS: UNIVERSIDAD DE LA SABANA HOSPITAL UNIVERSITARIO TELETÓN-ANTES (CLÍNICA UNIVERSITARIA TELETÓN) COMPENSAR E.P.S.
LLAMADA EN GARANTIA: EQUIDAD SEGUROS GENERALES OC.
AUDIENCIA: AUDIENCIA DE INSTRUCCIÓN Y JUZGAMIENTO ART. 373 C.G.P.

TRÁMITE Y JUZGAMIENTO
AUDIENCIA 373 C.G.P 1 DE NOVIEMBRE DE 2024

TESTIMONIO DOCTOR SEBASTIAN RODRIGUEZ MOLANO

PREGUNTA: ¿Qué conocimiento tiene usted de este asunto?

Bueno, comprenderá que con el tiempo que ha pasado desde el 2011 hasta el día de hoy, pues no lo sé. De memoria una vez que me contactó, el abogado Geovanny Valencia me facilitó la historia clínica y lo que yo comentaré será, basándome única y exclusivamente en la historia clínica. El paciente asistió a la Universidad de la Sabana, el hospital de la Universidad de la sabana, refiriendo que se encontraba muy mal que estaba en mal estado, que llevaba 7 días de un dolor abdominal y otra sintomatología.

Que comprometían gravemente su salud, vale que fue clasificado como Triage 2.

Quiere decir que es una urgencia bastante prioritaria al correr riesgo su vida, que fue valorado inicialmente por el doctor Edward Valbuena, más o menos hacia la 1:00 de la tarde.

¿1:15 de la tarde, EH? Posteriormente este.

Compañero valoró que tenía posiblemente, una patología de origen quirúrgico, por lo cual pidió analíticas de sangre, radiografías para complementar radiografías de tórax y abdomen para mirar.

De algún compromiso en una de estas 2 zonas, en, evidentemente pasa a la zona como de observación, en la cual se le toman las analíticas, posteriormente llevado a radiografías, a tomar esas placas que estaba diciendo, yo solamente hago la parte de revaloración para mirar las analíticas, las los exámenes que se han tomado este paciente, las radiografías para mí en ese momento tenía imágenes en las radiografías de abdomen compatibles con una obstrucción intestinal en un paciente que tenía de antecedentes por una hernia inguinal y una intervención abdominal en esa zona, con lo cual muy seguramente el manejo.

Tenía que ser quirúrgico por esa razón yo pido una valoración por cirugía.

PREGUNTA: Bueno, es decir que usted fue quien valoró en segundo momento al señor Carlos Arango. Yo básicamente los exámenes. Es verdad que, o sea para mí los exámenes y las imágenes eran claramente quirúrgicas. Era una imagen que sugería que no se iba a resolver por sí mismo, ni que había nada desde el punto de vista de la medicina general, que fuera ayudarle a ese paciente.

Cualquier cosa que yo hubiera hecho adicional retrasaría el concepto del que resolvería el problema, que es el equipo quirúrgico.

PREGUNTA: Es decir, que no era viable. Primero, atender la obstrucción.?

No, a ver, EH.

Es verdad que hay varios tipos de obstrucciones intestinales.

Si este paciente no hubiera tenido el antecedente quirúrgico ni la hernia en que era evidente en el explorador, guion, EH?

Si se hubiera podido hacer otras cosas, por ejemplo, poner un contraste dentro del intestino, tomar un TAC para mirar qué pasaba y hay muchas en algunas ocasiones, incluso solamente el contraste puede ayudar a resolverla con el tiempo.

Wilson, que tiene ese paciente de 7 días de evolución, un Claro lugar que está atrapado en una pared para que se entienda, es un pedazo de intestino que sale a través de un pequeño orificio y queda atrapado y se está muriendo, y ya tenemos 7 días de evolución, de eso lo más prioritario es que la persona que se va a encargar de operarla decida si lo quiero operar inmediatamente o compensar al paciente.

Operado en las próximas horas pero no retrasar esa intervención.

PREGUNTA: Doctor, una persona que ha tenido una hernia de esa naturaleza.

Puede vivir con una hernia de esa naturaleza mucho tiempo y complicarse en un momento o. ¿O esa hernia surgió en ese momento, ¿cómo es más o menos? No, en es muy, es muy, muy probable que esa Herminia la tuviera. El paciente ya hace algún tiempo un tiempo indeterminado, sí en que ese pedazo de ese trocito de intestino que me refería hace un rato entrara en ese saco herniario y se devolviera con regularidad. O que estuviera allí y no tuviera ningún sufrimiento. Sí, y en algún momento por un mayor estrés puede hacer cualquier situación. Hubiera algo de que sea tapara y no se pudiera devolver el intestino. O que empezará a sufrir y llevaba, según la clínica que nosotros vemos, pues un tiempo de evolución bastante largo. Sí, 7 días, según lo que decía, refirieron a los familiares en la historia clínica. Entonces llevaba 7 días, posiblemente con algo de sufrimiento, con malestar o algo que desencadenó que en ese momento ese día quedará atrapado, no pudiera regresar a su estado normal. Por eso se llama una hernia encarcelada y Necesitará una resolución quirúrgica.

PREGUNTA: Bueno, el tiempo. ¿En qué se acudió al centro hospitalario? 7 días, dice allí.

Devolución incide en la toma de la decisión médica para atender a un paciente.

mm, no, en sí misma.

Hoy evidentemente, el hecho de que ya lleve un tiempo largo como en ese tiempo de 7 días, lo que nos está diciendo es que posiblemente si yo entiendo intento reducir esa hernia, voy a producir más daño que beneficio.

Si el dolor fuera demasiado rápido.

Si instaurará muy rápido y yo lo viera, posiblemente hubiera podido reducir la hernia en algunos casos, o sea el manejo no cambia la agilidad con la que yo tengo que ver el paciente, sino posiblemente otras opciones terapéuticas que no necesariamente pueden llegar a la cirugía.

Me refiero si el dolor se acaba de instaurar y yo puedo reducir la hernia sin producir dolor sin producir daño, puede ser un tratamiento correcto ya con tanto tiempo intentar reducir esa hernia posiblemente pueda llevar a otras cosas.

Sí, entonces no, no, no.

Ni siquiera se intentaría sí.

Es más, la forma en que lo vamos a tratar que el diagnóstico inicial y el manejo inicial del paciente.

PREGUNTA: ¿Conoce usted cuál fue la causa del fallecimiento del señor Carlos Arango ¿A qué pudo haberse debido?

Yo solamente puedo remitir a lo que dice la historia clínica, sí en el cual se describe que hubo aparentemente una broncoaspiración durante la cirugía que se intenta reanimar y que el paciente no responde.

Pero no estaba presente en ese lugar, con lo cual no puedo dar datos en más detallados al respecto.

PREGUNTA: En su criterio médico, en este caso, el hecho de haber retrasado digamos o postergado durante algunos días la realización de la cirugía hubieran dejado un riesgo para la salud de este paciente.

Sí, 100%, porque lo que nosotros estábamos discutiendo es si el manejo es quirúrgico, no

Sí se puede hacer en ese instante o retrasar unas horas, sí, pero no si se puede retrasar varios días en cada momento que pasa después de que uno dice que hay una obstrucción intestinal que hay sufrimiento intestinal, lo que va a causar es que ese pedazo de intestino se muera con una cirugía más invasiva, incluso llegando a bueno al fallecimiento del del paciente.

Si nosotros no intervenimos rápidamente o de manera oportuna, por no decir rápido en cuestión de horas, sino de manera oportuna el momento correcto, el resultado va a ser peor.

PREGUNTA: Yo quisiera que usted ya lo lo han ido explicando, pero si quisiera, Claro, un poco la obstrucción intestinal en este caso es derivada de la Hernia, o sea, con consecuencia de la herencia en general.

¿Obstrucción?

¿Eso es correcto?

Es correcto hasta donde yo lo comprendo.

Obviamente, tocaría el que lo podrías ir más claramente, es la persona que lo intervino para ver si efectivamente al reducirlo hay algún cambio de algo o alguna otra cosa, pero para mí el hecho de tener el antecedente de una hernia inguinal, tener una recidiva, una nueva hernia inguinal en el mismo sitio que no fuera reducible dolorosa y que ese paciente tuviera imágenes claras y obtiene destina al es el la causa y el origen de la obstrucción intestinal es correcto.

PREGUNTA: Cuéntenos, mmm. Si se podía hacer al tiempo de esperar la programación de la cirugía de la hernia, un tratamiento para la obstrucción intestinal.

A ver, en principio no.

Y no, basándome en el concepto mío, desde mi experiencia médica de que el origen es la obstrucción intestinal causada por una encarcelada.

Si yo tuviera un paciente igual de 81 años en el cual no tengo un antecedente quirúrgico, no he tocado ese paciente.

El abdomen de ese paciente hay otras cosas.

Causas de obstrucción intestinal sí como por ejemplo, una neoplasia, un cáncer, en ese caso se hacen estudios con contraste y hay estudios que dicen que el mismo contraste puede favorecer al movimiento de ese de ese intestino.

Pero en mi concepto el tratamiento de ese paciente era quirúrgico y la imagen, las analíticas y la exploración que hemos hecho mi compañero y yo lo lo ratifican de esa manera.

PREGUNTA: Doctor, usted valoró en ese análisis que hizo en la historia clínica los 3 días de estreñimiento que tenía el señor Carlos Olarte.

Hay que tener en cuenta que al tener unos guion terminal se puede producir estreñimiento, lo que marca la diferencia no es cierta ni miento o no, sino se absorción intestinal o no, en este caso.

Para mí era Claro que una solución intestinal y la forma de resolverlo, con el antecedente que tiene para mí es cruel.

¿Por esa razón se pide el concepto del cirujano, el cirujano puede valorar otras opciones?

Sí, pero para mí el concepto prioritario era del cirujano.

PREGUNTA: Sírvase explicarnos acá qué pasa con Meneses con esos alimentos estreñidos de los alimentos que haya consumido Carlos Solarte durante esos 3 días en el estómago como tal o en el tracto digestivo, más bien.

Bueno. Es evidente que al haber una obstrucción intestinal, toda la comida que ha podido comer al paciente produce un proceso de fermentación, hay gas y de hecho esto es lo que uno ve.

Uno ve niveles de alimentos y líquidos en la parte de abajo y gas en la parte de arriba.

Justamente eso es la razón por la cual se pudo determinar que era una obsesión intestinal.

Evidentemente, hay una proliferación bacteriana y todo lo que se quiera, pero esto es secundario al mayor daño que se podría producir, que es una perforación intestinal por no resolver la obstrucción intestinal.

PREGUNTA: Doctor, una pregunta, usted aquí ha manifestado que revisó la historia clínica para dar esta declaración,

sí.

PREGUNTA: Manifieste de manera específica.

Sí revisó EH, la radiografía de abdomen.

Muy bien en mi anotación, describo lo que he visto en la radiografía, vale

De hecho, si me permiten incluso lo puedo leer, sí, porque lo que yo dije, lo que dije fue un análisis de todos los paraclínicos.

La función renal electrolitos cuadro, mático que se le había tomado el paciente, después colocó que dice que hay una la calle abdomen con distensión de Asas delgadas sin gas distal, que esto es la descripción clásica de nutrientes.

Cenar, con lo cual sí, mira las placas para poder hacer esa descripción.

PREGUNTA: ¿Doctor, ¿qué se hizo esa radiografía? ¿Por qué no aparece en la historia clínica? Aportada por la clínica de la sabana.

No lo puedo decir, hace yo. De hecho, desde el 2012 vivo en Barcelona.

No trabajo en la clínica de la sabana desde febrero o marzo del 2000, desde el 2012, con lo cual, desconozco cuál sería la forma, la parte informática ni cómo se ha manejado la historia clínica.

PREGUNTA: Doctor Sebastián. ¿Cuál era su especialidad? Al momento de proceder a darle lectura a esa radiografía.

Médico general lo que pasa es que las imágenes de una obstrucción terminal son muy claras, con lo cual yo tengo ese concepto y le tengo ese concepto como médico general y pidió el apoyo de un cirujano que va a ratificar lo que he dicho yo o va a decir ¿no?

Efectivamente, es otra cosa, con lo cual el hecho de que yo valore ese paciente lo único que es haciendo es ganar tiempo, no esperar a que un radiólogo lea las imágenes de un concepto completo, retrasando más esa Atención.

Yo estoy viendo de manera temprana o un paciente toma una decisión como mi conocimiento médico y se lo paso a un especialista en cirugía para que valore al paciente y tome la decisión sobre este.

PREGUNTA: ¿Aquí hay un dictamen pericial del perito John, incluso aportado por la misma contra parte, donde dice que ese tipo de imágenes debe ser leída por un radiólogo, ante esa manifestación, qué puede usted contra el comentar?

Claro, evidentemente toda radiografía debería ser valorada por un radiólogo.

Hay que tener en cuenta que un radiólogo puede tomarse horas o días en valorar esas imágenes.

Yo lo que estoy haciendo es dar mi concepto de las imágenes aportadas.

Posiblemente ratificadas por el radiólogo en el momento en que se valoren, porque es claramente imágenes sugestivas de una obstrucción intestinal, aportaría más la atención temprana del paciente que unas imágenes detalladas hasta el último minuto de su lectura.

¿Sí, retrasarla solamente para esperar en la lectura del radiólogo, por el contrario, sería una mala praxis, ya teniendo las imágenes, teniendo un concepto Claro de qué es lo que estoy haciendo, puedo pedir la ayuda de un Especialista en cirugía, que también va a analizar todo el concepto y va a tomar la decisión la mejor decisión para el paciente.

PREGUNTA: ¿Doctor, Digamos, por qué en la historia clínica no aparece un diagnóstico de la obstrucción intestinal?

Permítame el me tocaría revisarlo.

Porque, evidentemente el diagnóstico inicial era un malestar general, un dolor abdominal vale el dolor abdominal en estudio y se despide al cirujano que corrobore todo lo que está diciendo y que tome la conducta, con lo cual ese diagnóstico se mantiene hasta que se confirma.

Ya está.

PREGUNTA: No sé, pero. Discúlpeme mi labor de abogado, no le entendí la pregunta es por qué no se diagnosticó la patología de obstrucción intestinal.

Si usted aquí acaba de mencionar que vio la radiografía y dijo Oh, hay una hernia y hay una obstrucción intestinal.

Muy bien, muy bien.

Muy bien si se fija en mi declaración, en lo que yo anoté, perdón de la de la lectura de los paraclínicos, digo que hay claramente una imagen de obstrucción intestinal y esa es la razón por la cual se pide una valoración de cirugía, entonces sí está el diagnóstico, yo desconozco porque además la parte que yo estoy leyendo es lo que se ve en el hospital, en la parte de atrás del sistema, desconozco si hubo un cambio, el diagnóstico o no, pero esto es secundario al momento de la descripción yo estoy colocando claramente que es una obstrucción.

Intestinal y que ese es el motivo por el cual necesita una valoración de cirugía, con lo cual el hecho de que lo haya colocado en el sistema o no realmente secundario porque la conducta se ha tomado de manera correcta.

PREGUNTA: perdón, no he terminado de hacer la pregunta, usted le parece secundario la obstrucción intestinal cuando el paciente fallece precisamente es por los alimentos obstruidos y fétidos, esta tenían el tracto digestivo.

No, de hecho.

No, justamente estoy diciendo todo lo contrario, es lo principal y por eso lo describo en mi anotación y por esa razón solicito una valoración de cirugía que también describe en su anotación, que no se guion de estimar, con lo cual es lo principal y que debe ser tratado y gestionado, lo que digo que es secundario, es si yo al sistema le di el cambio de diagnóstico al momento de registrar mi anotación en mi anotación, está descrita mi concepto y está descrito el diagnóstico que yo estoy dando y consecuencia de eso estoy solicitando que lo valore el.

Cirujano que lo va a tratar desde el punto de vista médico, para mí no había nada más que hacer.

PREGUNTA: Manifiéstele al despacho Sí, el anesthesiólogo y el cirujano dependieron en este caso específico de Carlos Olarte de su concepto, al cual ha expuesto aquí en esta audiencia.

Voy a decir que no, evidentemente todo situación va a ser tenida en cuenta, va a ser tenida en cuenta el momento del ingreso, la valoración del triage, la revaloración, los análisis y todo lo demás.

¿Pero ellos van a volver a hacer una historia clínica al momento de contestar la interconsulta, van a volver a preguntar a los familiares, van a volver a explorar al paciente?

¿Van a volver a mirar las analíticas?

Van a volver a leer las radiografías que he leído van a tener en cuenta muchas más cosas que no solamente el concepto que yo he dado, evidentemente si nos y lo desconozco, si lo comentamos verbalmente, pues bueno, podría ser que miraran y tuvieran en cuenta algunas cosas, pero si en incluso en el caso que no hubiéramos hablado porque yo estuviera viendo otro paciente en el momento en que ellos vieron a este, ellos tendrán el concepto de toda la historia clínica que la habrán leído y la ellos la habrán vuelto a recabar.

Vuelve a preguntar vuelto a examinar, etcétera, etcétera.

Evidentemente, son los cirujanos los que van a tomar la decisión final de si ese paciente era, sirve o requería un tratamiento quirúrgico o no.

Si hubieran dicho, no es quirúrgico, volvería a nuestra mesa.

Volveríamos a revalorarlo y miramos otras causas, pero en este caso era claramente quirúrgico en mi concepto y por lo que es la historia clínica también el concepto de los cirujanos.

PREGUNTA: ¿Qué tratamiento recibió la obstrucción intestinal en relación con los 3 días de estreñimiento? Al cual acudió Carlos Olarte. A urgencia, por favor.

Yo comprendo que Eh como abogado se debe resaltar lo suficiente destinar como posible causa de la muerte del paciente, pero esto es ir en contracorriente de la medicina.

No es correcto pensar que la obsesión intestinal fue la causa de la muerte y no es correcto pensar que teníamos que tratar Los el estreñimiento para solucionar ni la obsesión intestinal ni evitar la muerte del paciente.

En este caso se hidrató porque es un paciente que está adolorido, deshidratado, se hidrata y, de hecho, es lo primero que se hace.

Enfermería nota que le pasa lactato si no estoy mal, pero eso me tocaría verificarlo.

Creo que es no cloruro de sodio, le pasa a una solución salina para hidratarlo, aprovechan para tomar las muestras y en menos de 1 hora está siendo valorado por el cirujano, con lo cual lo que se está haciendo es hidratarlo para ponerlo en mejor condición y valorarlo de manera correcta.

La tratamiento de la de la opción De la perdón del estreñimiento es completamente secundario en esta causa.

PREGUNTA: Se Bronco, aspiró entonces el señor Carlos Olarte en la cirugía?.

Objeto, es la pregunta.

Su Señoría por impertinente, toda vez que el doctor manifestó que valora al paciente con los exámenes pero que no participó el momento de la cirugía.

Igualmente coadyuvó la obsesión.

Juez: Sería una opinión del del médico, pero en la causa sería que el opinara si eso pudo haber causado la muerte del señor Carlos. Ah, él, claramente indicó que él no participó y además con respuestas anteriores, que el médico dice, ellos tomaron la decisión de la cirugía el recomendó la cirugía, pero él simplemente él, él, la decisión la toma el cirujano, es lo que entiendo.

PREGUNTA: En cifras en manifestar si al momento de que el señor Carlos Olarte presentará una secreción y residuo en boca, usted no tenía ninguna función en ese momento en la atención médica.

No, y lo explico.

El servicio de urgencias de la Universidad de la Sabana tiene como 3 partes bien diferenciadas, la primera es puertas donde se atiende y en este caso atendió el doctor Eduard Rama al paciente una parte revaloración donde el paciente está en una pequeña sala donde se va colocando medicación y demás, y una vez que ya se va a pasar, ah, operar o se va a quedar un periodo más largo, pasa una parte más adentro de las urgencias, donde hay un médico urgenciólogo donde hay un equipo de enfermería específico para esto y en el momento en que yo.

Mi concepto y el cirujano, dice este paciente, se operar, deja de estar en esta pequeña Sala inicial que comentaba y pasa a la segunda, con lo cual no, ya no tengo contacto con el paciente.

PREGUNTA: Doctor para, digamos, delimitar su su actuación.

¿Usted solamente leyó la radiografía y emitió un diagnóstico, es así o me corrige?

Eso es una manera de simplificar mucho las cosas.

Lo que hice yo fue una revaloración del caso leyendo la historia clínica del paciente, analizando las analíticas que se le han tomado, mirando las imágenes, las cuales para mí eran inequívocas de un paciente con generacional, por lo cual se solicita un concepto de cirugía.

PREGUNTA: ¿Doctor, cuánto se tarda un procedimiento de vaciamiento gástrico de un paciente? Construcción intestinal.

No hay forma de saberlo y lo digo es porque el paciente está obstruido, es para que se entienda.

Es como si nosotros tuviéramos una cañería y en un punto hay un tapón, con lo cual no entiendo la pregunta porque si está el tapón.

Y para mí la causa de ese tapón es la hernia.

Las resoluciones quirúrgica después de que se opere y se revierta la cirugía, pues en los próximos días saldrá todo el material, pero se resuelve lo que hicieron.

A veces quite ese tapón.

El tapón no es el estreñimiento.

El tapón es la hernia encarcelada, con lo cual no hay una respuesta lógica a lo que me está preguntando.

PREGUNTA: Sírvase de manifestar acá si es obligatorio para las instituciones médicas en Colombia para el año 2011 entregar la historia clínica con todos los anexos, es decir que comprende las imágenes radiográficas.

Objeto la pregunta porque está por fuera de los hechos que tienen que atañen al testigos, una pregunta general de obligatoriedad. Además, no no tiene que ver con su profesión médica.

JUEZ: Pero el puede informar si conoce o no es una simplemente una pregunta que se le hace, si conoce o no, EH?

Si está en el conocimiento del médico o no, es profesional de la salud, finalmente no.

R: Pues en mi Conocimiento la historia clínica se debe facilitar a los familiares.

PREGUNTA: ¿Cómo hizo para acordarse de una radiografía después de más de 15 años?

Si no aparece en la historia clínica de conformidad con los detalles que aquí ha dado.

JUEZ:

A ver, doctor.

Esa pregunta el a ver un momento.

El doctor Aclaró antes de su intervención que él está residiendo en Barcelona desde el 2012.

Sí, y que para cuando lo contactó el abogado pidió la historia clínica y con fundamento en ello y lo allí expresado es que él está rindiendo su declaración y aclaró que él dejó constancia de lo que vio en la historia.

En la radiografía, no qué miro.

La radiografía, sino que él dejó constancia en ese momento en la historia clínica, cuando miró la radiografía, entonces la pregunta está claramente contestada por parte del doctor Sebastián.

TESTIMONIO DOCTOR JUAN CARLOS BISBAL MORALES.

PREGUNTA: qué conocimiento tiene usted de este asunto?

Eh, yo fui el cirujano que recibió turno esa noche, llegué al Sur, no a las 7:00 de la noche y fui el que inició la cirugía antes del descenso del paciente.

PREGUNTA: ¿Qué pasó? ¿Que nos puede contar de lo que sucedió con el señor Carlos Arango? ¿Cuál fue la razón de que se decidiera? ¿Pues llevarlo a una cirugía, eh? ¿Cuál fue la razón del deceso? ¿Qué nos puede contar en ese sentido?

El paciente llevaba ya 8 días, más o menos en la casa con signos de obstrucción intestinal.

No hacía deposiciones, no le liberaba.

Garces, EH. Después de 8 días, la familia lo lleva a la clínica, obviamente por su edad ya un deterioro importante en su estado de salud. Distendido en refería lo que según la historia ya había presentado el 2 de. Creo que Messi es el. El paciente llega, lo valoran en la tarde el cirujano, el cirujano es signos, francos, de obstrucción intestinal y encuentra hace un diagnóstico de una hernia inguinal encarcelada, que da, pues lo que estaba produciendo la obstrucción del tránsito intestinal y que no permitía, pues, que hiciera la deposición y que no permitía que durante esos 8 días pues se liberará. ¿Gases, ni siquiera de posiciones, EH? El cirujano inicia de inmediato, hacen las órdenes de cirugía, pasa la boleta y queda programado para una cirugía de urgencia dado el Estado. Complicado por el tiempo, por el tiempo prolongado de espera para acudir a al servicio de urgencias. ¿El siguiente, sí, yo recibo turno, EH? De acuerdo a la programación, EH, me dan sala de cirugía, Paso a la cirugía el paciente. Es anestesiado y en el momento de iniciar el procedimiento, el paciente EH presentaba un vómito profuso que hace una broncoaspiración. El paciente, pues el anestesiólogo hace todas sus maniobras de resucitación, intubación, oro traqueal Matiz, Soporte vital. Pero desafortunadamente, el paciente, luego de los minutos de reanimación, fallece.

PREGUNTA: Dr. ¿Era Prioritaria esa cirugía al señor Carlos Arango?

Sí.

PREGUNTA: O había otra forma de tratar esa obstrucción.

No era una hernia, Eh, una hernia gigante, era una hernia evidente a los ojos de cualquier persona, una hernia grande que incluía que llegaba ocupaba todo el escroto, o sea el testículo era completamente anormal a la simple vista de cualquier persona.

Todo el el hasta hace un Penales obviamente no llegamos hasta allá porque solamente logramos incidir piel, pero era evidente que era una hernia encarcelada.

Inguino Escrotal. O sea, desde la ingle hasta el testículo. Y recuerdo, creo que recuerdo que era una hernia de más de 20 cm, era completamente observable, que tenía una hernia y pues Claro, después de tantos días de de un encarcelamiento, pues todo.

Esta sucesión de hechos, pues, se hicieron e irreversibles en el, en la medida en que, pues es un paciente de edad, un paciente que estaba comprometido durante 8 días sin tener una circulación adecuada sobre esas asas intestinales, obstrucción intestinal, distensión, por lo cual, cuando llegó inmediatamente, el cirujano pasó boleta de cirugía y hizo la programación de cirugía.

PREGUNTA: ¿Cuál era el estado de salud del paciente?

¿Si usted lo recuerda o de acuerdo a la historia clínica que le remití que usted valoró?

Pues la historia, la historia clínica desde el ingreso refleja, EH, largo tiempo de espera a para yo ser atendido, yodado, a un servicio de urgencias como se como lo manifesté, 8 días con una gran encarcelada, pues todas esas toxinas que producen la isquemia o la falta de circulación en esos tejidos hacen que esos eh a elementos, citoquinas citoquinas, pro inflamatorios, llegan a la circulación.

Y pues comprometan su Estado circulatorio con produzcan taquicardia, hipotensión, de saturación, porque son toxinas. 8 días, uno, una para un paciente con una hernia encarcelada que no acude a urgencias, que no acude a un servicio de médico, pues nos muestra esto, y si usted si uno revisa la literatura, los pacientes que que tienen más alta tasa de mortalidad son este tipo de pacientes, independientemente de la edad de que tengan enfermedades de base. Si un paciente con una hernia encarcelada dura 8 días, pues la mortalidad no por broncoaspiración sino por las citoquinas que se liberan, Eh es supremamente alta es si ustedes se revisa la literatura, lo que está uno obligado cuando entra a la a la cavidad abdominal esa ligar los vasos sanguíneos para evitar que las toxinas que están en ese tejido que están exóticos, pero generalmente se encuentra ya necrótico completamente sin vida, pasen al torrente torrente sanguíneo y comprometan la vida en las siguientes horas de la cirugía.

¿Eso es a lo que yo, a lo que siempre nos enfrentamos en este tipo de casos de hernias, encarceladas severamente dilatado el el tiempo de atención, Eh?

No sé por qué, pero pues fueron 8 días que el paciente no ha llegó al servicio, acudió a un servicio de urgencias para ser atendido.

Entonces, ese tipo de demoras en en en buscar una atención oportuna hacen que que este tipo de pacientes tengan una alta tasa de mortalidad no por solo la broncoaspiración, sino por la liberación de todos esos radicales libres y toxinas que se encuentran en el tejido encarcelado.

Como lo dicen, son 20 cm más o menos que estaba dilatado el escroto.

Estaban en cruzada, necrosada completamente, aseguraba.

PREGUNTA: , doctor doctor para la toma de esta decisión médica de parte de ustedes como cirujano o del médico que asistió al paciente con anterioridad? Que lo revaloró. ¿Hubo algún soporte de imágenes diagnósticas o algo que usted de pronto recuerda que haya visto en la historia clínica?

No, no lo tengo Claro en en este momento, no recuerdo bien si se hizo tacto o se hizo radiografías, no lo tengo Claro, pero como lo dije en el principio es algo tan evidente.

Y Clint es un diagnóstico que hace clínicamente solo viendo el paciente, examinando el paciente sano.

¿Cuenta de lo que el paciente tiene y por eso te en en muy pocas horas, Eh?

Entre la el ingreso y la valoración del cirujano se tomó la decisión quirúrgica y se llevó a cirugía.

PREGUNTA: ¿Fue de pronto desarrollar un poquito, es de desde su perspectiva, cuál sería la causa de ese vómito que presento el paciente al momento de la cirugía?

Claro, una hernia encarcelada hace que el intestino te pierda su tránsito normal, como estaba la historia, el paciente de allá abajo 8 días con ausencia de deposiciones y ausencia de gas, entonces todo esos líquidos porque no solamente es lo que uno come, sino el intestino, la el páncreas, el hígado, la saliva, todo eso es fluidos que normalmente son de uno a 2.

Litros 2 a 3.

Litros diarios que se forman se van acumulando en el intestino desde el sitio de la desde de la obstrucción hacia la boca hacia atrás.

Como no hay tránsito hacia delante, hacia el canal ****, a una evacuación o una liberación de gases, pues todos esos líquidos que se van acumulando día tras día tras día, después de 8 días, son los que llenan todo el intestino y por eso el paciente es desde que se valora por medicina general, se nota una gran distensión abdominal, o sea, el paciente estaba distendido, el estómago, el intestino delgado.

Todo eso.

Eso sin esa esas asas, esas asas intestinales, se van yendo a cumulado de esos líquidos más el gas que produce la bacteria.

Las bacterias del intestino de la Microbiota, pues todo eso hace que el abdomen y el intestino están completamente llenos de líquido, y es lo que retrasa que hablamos nosotros de vómitos.

PREGUNTA: Es decir, si siguen el comprendo el tema de la obstrucción igual afectado puede generar el tema del vómito.

Claro, Claro, 8 días de todos esos líquidos acumulados generan ese bom.

PREGUNTA: Gracias doctor, tengo otra pregunta, la edad del paciente en que en este caso era 81 años y es, en todo caso, un factor de riesgo para la cirugía.

En esta cirugía, no el tiempo, el tiempo de evolución es lo que marca el aumento de las de las complicaciones.

Si el si un paciente joven se obstruye la misma forma con la misma hernia que va a tener las mismas riesgos de mortalidad, porque, sinceramente, al tiempo de evolución o la historia de la historia de la enfermedad, no a la edad, obviamente, EH.

¿Es más fácil para un paciente joven defenderse a una complicación que un paciente adulto de 80 años, con otras comorbilidades, sin saber el Estado nutricional, un paciente que lleva 8 días, pues no saben en qué estado nutricional se encuentra, hidrata?

Guion de cuidados en la casa de medicamentos y tomó todos los medicamentos durante esos 8 días. O no pudo tomar nada porque estaba enfermo por la obstrucción, entonces todas esas condiciones de ese tan tan largo tiempo de espera para llevarla a urgencias es el que realmente marca una un riesgo muy alto en contra de complicaciones y de y de y de decesos.

PREGUNTA: En su criterio como cirujano, haber retrasado durante días la realización de la cirugía implica un riesgo para este paciente.

Claro, es otra historia. Si el paciente ha desde el primer día es llevado a urgencias, seguramente el desenlace hubiera sido diferente. Obviamente, no podemos retrospectivamente generar juicios a hacia si va a sobrevivir, si van, no iba a sobrevivir, si se iba AA Bronco aspirar o no se iba a Bronco aspirar, si va a fallecer en en el cuidado postoperatorio, no, eso no lo podemos determinar porque cada paciente es individual y cada caso es individual, pero sí el tiempo de evolución marca una gran diferencia.

PREGUNTA: , de acuerdo con su experiencia y sus estudios, si existe alguna conducta médica que permita prevenir, EH?

En un 100%, que es de vómito, que caloi, de no se presente.

¿No, 100%, no, lo que se ve en la evidencia YY EH?

¿Pues no eso más Los lo sabe mal los anestesiólogos a veces EH?

Los pacientes en la instrucción, por ejemplo, cuando se van a hacer intubación oro traqueal se intenta durante el intento. La innovación como hay que hacer una relajación de los músculos, de una relajación muscular. El paciente tiene más riesgo de Bronquiaspiración, en el momento de la laringe. Es copia para poder pasar el tubo YY hacer la intubación, otra que al por eso mucha literatura muestra que la la forma más segura es que el paciente esté despierto con una anestesia regional. Eso es lo que marca y muestra las guías de manejo y la evidencia clínica. En cuanto a eso, la colocación de la sonda nasogástrica, pues tiene una limitante porque la sonda nasogástrica tiene un calibre máximo 16 french.

PREGUNTA: Si este riesgo de broncoaspiración es un riesgo inherente a este tipo de procedimientos en pacientes que se encuentran con obstrucción intestinal.

Sí es un riesgo.

PREGUNTA: Es un riesgo inminente a procedimiento.

Al procedimiento no, es un riesgo inherente a la enfermedad de una obstrucción intestinal por una hernia inguinal en inescrutable, encarcelada de 8 días de evolución.

Ese es un riesgo.

PREGUNTA: ¿Doctor Juan Carlos, por favor, díganos acá en qué parte del trato digestivo estaba el material fecal? No podemos saber exacta, se sospechaba que debe ser intestino delgado, o sea, íleon. estomago y esófago sería lo proximal de la boca. La obstrucción serían los los segmentos del intestino que estarían encarcelados, rara vez rara vez el colon. Te encarcelan. Ese tipo de hernias generalmente es Intestino Delgado, al que se encarcele.

PREGUNTA: ¿En sírvase manifestar usted cómo, cómo puede medir eso sí o sea, de qué parte del tracto digestivo extrae ese material?

Por lo que le acabo de decir, no nosotros, en ningún momento he incidimos y hicimos acceso a la cavidad abdominal, por lo cual no ni en la descripción quirúrgica ni tenemos la certeza de saber a cuántos centímetros del estómago. Intestino Delgado. Estaba comprometido, solo podemos inferir que por casuística y por evidencia clínica de todos los estudios, las hernias inguino Escrotal es encarcelada.

Siempre son de Intestino Delgado ya decirle a cuántos centímetros no lo sabemos, no sé si se hizo autopsia o alguna cosa por el estilo para poder tomar Teresa.

Esa medida como evidencia, no.

PREGUNTA: Doctor, por favor. Aclárenos. ¿Qué radiografía evidencia ese bolo alimenticio atrapado que usted aquí ha mencionado de varios días? Encasquetado ahí en el tracto digestivo. ¿Cómo se puede evidenciar eso? ¿Con qué radiografía?

placa de abdomen se puede evidenciar con un TAC.

PREGUNTA: ¿Doctor, y cuál es el tratamiento de ese? Bolo alimenticio acumulado de varios días.

¿La cirugía, operar, reseca, el liberar el intestino, atrapado, si el intestino atrapado tiene viabilidad, No se reseca si ya hay tejido necrótico se hace una recepción de esa segmento intestinal. Se hace una anastomosis o una ileostomía para que te restituya el tránsito intestinal normal, bien sea a través del ano que pueda evacuar todo ese contenido en encarcelado o bien sea una ileostomía. Si la inflamación y los tejidos no permiten hacer una anastomosis en ese tiempo quirúrgico, obviamente la sonda posterior se deja para liberar todo lo que es saliva, jugos gástricos, jugos biliares.

Mantener el ayuno pero realmente lo que quita la obstrucción intestinal es liberar la hernia que no se logró hacer.

PREGUNTA solo tengo una pregunta, usted le puede explicar al Despacho en si en este caso, existió valoración, prian estética y si de conformidad con ello existió alguna clasificación? ¿Asa y cuál?

Y si el paciente, pues, es siempre, todos los pacientes son valorados previamente. ¿Pues todos todos, es decir, el el urgente, el no urgente, la presea siempre existe, porque pues es una forma de de revisar qué es lo que va uno a cuándo intervenir por, mencionando que cuando el paciente lo trasladan de urgencias AA salas de cirugía, antes de ingresar al quirófano, pues revisamos la placa de tórax, revisamos su hidratación, revisamos su condición, él es el Diego, inclusive sentado en una silla de ruedas porque tenía dificultad respiratoria, que era una de las cosas que me preocupó a mí, porque porque si pero por qué está tan disneico y admirar la . Acá se veía pues que tenía el compromiso para biliar YY algunas moteados en de la del pulmón que demostraban, pues que ella había una lesión de de de mala funcionamiento del pulmón debido a esto YY sabíamos y lo entendimos, y yo creo que todo el mundo lo lo comentó, si no estoy mal que ese paciente no era un paciente de de 2 horas ni de un día, es un paciente que yo venía de varios días ya con su enfermedad y seguramente pues no lees, no se le puso Atención, bueno, esa parte no la reconozco de mi. Parte, pero lógicamente que yo vi. El paciente lo valoré y me di cuenta que necesitábamos. ¿Puedes cubrir estos riesgos que que son los que se hicieron, pero pues francamente hay, hay una

parte que no ya no, ya no se puede controlar, pero no por negligencia, sino porque francamente son con factores demasiado tormentosos en un momento quirúrgico YY pues se salen de las manos, pero realmente?

Paciente, pues se lo se logró en tu bar se logró superar, se logró hacer lo que lo que lo que se resistió a su condición, pues física que que en la cual llegó eso lo hemos reclamado porque que a nosotros tuvimos una, a nosotros se nos ha hecho especial que se llama un juicio sobre este tema, lo llevamos con todas las de la ley, yo no recuerdo detalles porque son muchos años pero, pero recuerdo el caso y toda la toda la los peritos YY las personas que juzgaron cirujano juzgaron al médico, EH, de urgencias juzgaron a Las enfermeras YY al y a los anesthesiólogos. ¿Porque pues, a la larga todos participamos de alguna forma en en el tema, Eh? Sacaron la conclusión de que efectivamente, no tenía unos factores de riesgo muy altos y no dependían directamente de que de que se pudiera prevenido que se pudiera dar o no dar la estancia sin correr estos riesgos, entonces el riesgo previo del paciente, pues sin sin, sin inculpar a nadie, por supuesto, no es la idea, sino que muchas veces llegan pacientes en esas condiciones.

Abandonados, pues son del paciente, porque no sabe, porque no puede moverse porque tiene limitaciones como la edad o etcétera, o de la familia que no tienen, a veces una casa bueno, he descuidado o el paciente no avisa.

Son factores que el paciente anexa al riesgo, si él si él no lo anexara por su condición, pues sería fácil. ¿Se trata de una condición también, pero pero para el caso? Pues nos da táctil.

YY el paciente llega con demasiadas limitaciones y demasiados riesgos que fue posible realmente poderle ayudar más de lo que se iba toda la gente, pues le metió de forma, insisto, la clínica de trabajo del lleno al paciente YY pues no se logró sacar adelante más por su deterioro tan grande que tenía y su riesgo, por supuesto un riesgo muy alto.

Entonces participamos todos en la salvación y participamos todos en la en la en la decepción, porque pues de alguna forma, por la agresividad que nos toca como médicos, tenemos ese riesgo de y eso lo confrontamos a la familia, es decimos es que el riesgo existe por el solo hecho de de ser intervenido y la intervención no es un acto malo, sino es un acto que busca una solución.

Los riesgos están ahí YY así lo definieron los los tribunales que que revisaron todos los casos nuestros YY pues lógicamente absorbieron totalmente nuestro acto médico, en total en total complacencia con toda la gente.

JUEZ: quisiera interrumpirlos ahí un momento porque me llama mucho la atención su afirmación porque Que, o sea en este caso no. No tengo conocimiento y quisiera que me aclarara eso.

¿Ha habido otra decisión de Eh en en en este mismo asunto, de algún Juzgado o de algún Tribunal?

Pues, es decir el el caso, el caso concreto lo presentaron la familia, uno de los familiares, uno. Yo no, yo no lo reconozco, pues porque yo no he tratado con eso, uno de los de los familiares lo presentó como un análisis para todos los profesionales en en el Tribunal de Ética Médica. ¿Sí, y el Tribunal de Ética Médica, usted sabe, doctora? Pues lo componen profesionales de la justicia y profesionales de la medicina. Son personas que hacen en sus análisis YY ellos hicieron una un análisis con todas las de la ley. Como le digo, desmenuzando en detalle todo lo que se hizo YY se confrontó lo de cada, lo de cada uno de los profesionales y el Tribunal, pues se decretó a todos, precisamente la la la salvedad o la absolución de de lo practicado y de lo hecho detrás de eso.

Detrás de eso, nosotros para para corroborar.

Algunas denuncias, como no les recuerdo los detalles, pero denuncias que que no es que no eran verdaderas de de alguno de los familiares.

¿Nosotros pedimos al Tribunal que le hiciera la citación para que aclarara una verdad, que no existía, que no era con no era coherente a lo que se estaba diciendo, Eh?

La persona no asistió, dijo que no, no sé si que no estaba en el país.

Después regresó y se volvió a citar, y no fue, yo no sé si de unas 2 o 3 veces se negó a asistir, para nosotros hacer esa aclaración y el y el Tribunal también quería hacer esa aclaración porque realmente teníamos una versión de realmente de una mala intención que quería la persona en su en su, en su denuncia con los médicos.

¿Entonces, EH?

Queríamos presentar nosotros un una queja en ese sentido, pero no lo pudimos hacer porque las personas no se prestó al a que responder a nuestro cuestionario.

Pero eso eso pasó ya hace muchos años.

¿Como le cuen?

Por eso le digo a todos, a todo se hizo el el el, la, el, la, el.

El análisis del caso se hizo completamente para todos, pero pero pues yo no lo tengo aquí a la mano, no, no, no recuerdo.

Pues podría buscarlo para poderlo analizar, pero el caso como médicos, como acto médico, pues ya quedó de.

Y definido y técnicamente con todas las de la ley porque, pues son tribunales serios.

Primer lugar y nosotros aportamos absolutamente todo, pero aquí a la mano pues o en forma inmediata no tengo manera de de aportar eso.

PREGUNTA: ¿Doctor, cuál es la diferencia entre hernia encarcelada con hernia estrangulada?

En cuanto a la urgencia, si es lo mismo o es distinto al momento, usted debe valorar al paciente con la patología que analizó.

Cuando una hernia está encarcelada en sí, sí así lo determinase el la persona que lo que lo que lo que lo diagnostica es una hernia.

Que dentro de los quirúrgico, no dentro de la anestesia o dentro de los quirúrgico, tendrían menos riesgo de perder su intestino.

La hernia estrangulada quirúrgicamente, significa que tiene un riesgo alto de perder el destino en gran proporción, porque significa que ya no tiene circulación.

Entonces el diagnóstico me está en una benevolencia relativa AA lo que se encuentre finalmente al abrirlo, pero el estar encarcelada o estrangulada significa que hay que intervenir.

La única hernia que no se interviene es la que no se diagnostica.

Inclusive, las personas tienen una hernia, no asisten a su médico hasta que se agudizó.

Entonces una una de las máximas en en cirugía y medicina es hernia diagnosticada hernia Operador, pero lo ideal es que no esté ni encarcelada ni estrangulada porque ya son pacientes de riesgo, allí está un riesgo y que usted no lo puede medir si no cuando abre y se da cuenta que las cosas serán peores de lo que uno podría haber imaginado.

Porque precisamente esa es una de las causas, entre otras, que el paciente tiene que haber estado vomitando en la casa por esa razón porque estaba encarcelada seguramente o estrangulada, pero daría lo mismo con la diferencia de pronóstico intestinal.

La una tiene mejor pronóstico, la otra menor pronóstico.

PREGUNTA: ¿Doctor, pero digamos con el criterio de urgencia vital, usted se ratifica de manera concreta? Que la hernia encarcelada sin estrangulamiento es una urgencia vital.

Por las condiciones que tenía el señor, porque uno no opera uno, no opera el el, el órgano uno no opera, la hernia uno opera el paciente.

Paciente puede tener una hernia de 20 años que se encarcele y se desencarcelada que entra y sale y no tiene absolutamente nada.

El paciente estará en buenas condiciones, pero un paciente en las condiciones que llega a él suma a su hernia y además, si esa fue la desencadenante del de su problema, que le vengo contando de los días anteriores, pues lógicamente que la hernia es, como se dice la protagonista, pero uno tiene que ver al paciente las condiciones del paciente, si un paciente llega deteriorado, en malas, en regulares condiciones, el hecho de que estemos dinámicamente estable significa pues que que está ahí y vivo esperando una opción, pero no significa que vaya a soportar, pues 2 o 3 o.

4 días más eso porque de hecho ya lo tenía en la casa, pero las condiciones de él ya no eran buenas, si no que ya en ese momento que él asiste es porque lo necesita, lo requiere y tiene sintomatología dolorosa y tiene vómito y todo eso, entonces por supuesto que no se puede contemporizar ni esperar a que pase algo distinto.

La hernia había que operarla YY la diferencia de hacerlo en de una u otra Hernandez tinta.

No, no, no cambia en nada de las cosas, lo que me importaba era el paciente, la vitalidad la da el paciente.

PREGUNTA: En doctor se podría esperar a la cirugía unas horas más un día más en.

En relación con haberle hecho exámenes en relación con la secreción en boca, que se notó en la historia clínica.

No, precisamente lo que le es lo que le estoy mencionando cuando yo hago el diagnóstico, pues con con los otros colegas.

¿Por qué un paciente con una hernia llega en esas condiciones?

¿Por qué?

Porque la familia o quien lo cuidaba o lo que sea, lo tiene abandonado o ellos no asistieron o no quisieron llevarlo.

Entonces, la pregunta que le hago si ha esperado, yo no, no le puedo afirmar los días, pero si ha esperado en su casa 7 días, 4 días 5.

Y nada de eso mejora porque nadie le está haciendo nada en la clínica.

Un paciente con una hernia, te cae, póngale encarcelada que sería la la, la más benigna comparada con la estrangulada.

Que le puede hacer distinto a operar donde empieza el sufrimiento del intestino, el intestino empieza a hacer sufrimiento y el sufrimiento genera sepsis.

Y la sepsis produce shock grande en los pacientes.

Entonces, esos pacientes de esa edad, en esa condición, como llega dirigencia, deben operarse, no tienen, no tienen opción de de de, de no hacerlo, excepto que no hubiera el cirujano que no existiera los elementos que lo que yo le digo que no tuviéramos los recursos para hacerlo, pero teniendo los recursos, la institución debe hacer y es lo que hace la clínica.

Explica así, y lo hace con él y lo hace con todos los que llegan en esas condiciones.

Cuento que esto esto, pues es es constitucional, yo permanentemente llegan pacientes en malas condiciones porque se deterioran en las casas, cuando ya los vengo muy mal, los llevan.

Entonces, un día más para ellos es fatal, más fatal, pues si se quiere, uno pretende que se salvara al paciente, pero no es más fácil salvarlo con un día más de riesgo o de encarcelamiento, de estrangulamiento o de o de deshidratación.

Entonces bien, cuando el cirujano define para eso está su su conducta con el cirujano, define la intervención, las horas que deben pasar entre su definición y la y hacerla es, son las horas más prontas que que requiera la la vitalidad.

Seguramente si es una puñalada en el Torres, pues tiene que ser inmediato, si es una hernia, pues podría esperar unas horas que son las que se esperaban.

Mientras se hacían los exámenes básicos y mientras se trasladaba y se organizaba su su cirugía.

Pero había que hacer ese caso, como muchos parecidos a él.

No se pueden contemporizar, sería un error tremendo si se contemporizadora, si no se interviniera de de parte, de De de la institución o de la cirugía del cirujano que ganó.

Yo solo no lo hago yo no lo hago.

Y lo y lo dejé, 2 o 3 días, eso, eso no tendría sentido porque solo no se mejora, pero solo si se deteriora.

PREGUNTA: Doctor, usted verificó la causa de esa secreción y reside en boca que presentó el paciente 2:30 previas a la cirugía.

¿Pues cómo si verificó?

¿Pues yo lo que veo uno a es es tu estancia sustancia, pues cómo se dice?

¿Son sustancias digestivas?

Pues que vieja, pues una boca sucia, pero como llena de como de residuos, es que es que yo creo que lo que tenía el señor y todo eso no era no era de ese día, sino ya sus días, entonces él él pues no tenía como la conciencia de lo que estaba pasando y seguramente muchas de las tesis que tuvo de fueron aspiradas porque porque eso también ocurre en los señores mayores y en los niños un niño se aspira en la casa, no necesita hacer cirugía porque porque eso ocurre en la, en la en, en los pacientes.

Que tienen patología abdominal y en el anciano pasa lo mismo, se duerme y si está con un problema abdominal, pues la recursión de los vómitos lo aspira.

Pueden ser aspiraciones pequeñas, pero finalmente van concretando un daño pulmonar y ventilatorio como el que él tenía, entre otras cosas porque él no tenía una capacidad vital.

Pues así como para decir este tranquilo que desde aquí no pasa nada, no se podía programar.

Ese paciente no era para programarlo, ese era para operarlo inmediatamente y fue lo que se hizo.

PREGUNTA: ¿Doctor, por qué En la valoración pre anestésica que usted elaboró no se anota nada en relación con lo que ahora me está manifestando, de que valoró la secreción en boca del paciente.

Bueno, esos detalles de de la de la existencia en boca sucia Pues no, no, nosotros no los anotamos. Nosotros los que anotamos o lo que revisamos para nuestro, para nuestra acción es la dentadura que voy a tener, la la apertura de la boca si está disfrazado, eso es lo que uno ve. ¿Pero, pero, realmente anotaciones de esos detalles?

Pues no son trascendentales, pero pero sí demostraban que lo que yo le estoy diciendo más trascendental era lo que le estoy mencionando, que lo que Carmona, usted con eso ya puede decidir o ver clínicamente que está enfrentado a una situación previa que no estaba escrita en ningún lado. Pero qué clínicamente estoy ya sabe lo que tiene luego la secreción en la boca, pues es relativa. En ese momento, podría decirse a la higiene misma del paciente, porque no es una secreción de de un día, ni de ni de 1 hora, es una secreción.

Pues que la que la viene teniendo en cada regurgitada YY por supuesto era formaba parte de su higiene.

No, no era no era importante en otras formas, lo del pulmón sí que era secundario a eso exactamente. Entonces el tema el tema pasa por por situaciones, pues se mucho más agudas YYY más complejas de ese momento para poder ayudarle a la persona, por eso pues las anotaciones

inclusive inclusive pasa que muchas anotaciones o se hacen a posteriori. Se olvida uno porque no son trascendentales hacerse, pero pues lo básico, lo lo actuado y lo evidente, pues está allí YY pues todos solamente está uno, sino todos los testigos que actúan. Uno ve a actuar a todos los que la gente de en el quirófano trabajando por ese paciente, nadie está ahí, siendo en contra de la la gente trabajó toda en bloque buscando la solución como lo hacemos guion en todo ese tipo de pacientes agudos.

PREGUNTA: ¿Doctor, por qué si usted dice que que pues no, es tan relevante?

Sí, palabras más, palabras menos, porque en el formato de la valoración pre anestésica, si aparece una casilla del sistema digestivo y en este se incluye reflujos regurgitación.

El sistema digestivo, etcétera, etcétera.

¿Para que usted lo describa en esa casilla?

R: Sí, lo que pasa es que como es una valoración Prensa Jessica de manera integral y vital, y básica para ver qué es lo que vamos a hacer, esa esa casilla de evaluación para estética como la Este la teníamos establecida, está está, está dada para la consulta, pero estética del paciente que se va a programar de resto, pues nosotros generalmente manejamos la parte general, por eso le digo lo vital, lo que es corazón, lo que es pulmón, lo que es la tensión arterial, etcétera, y eso es lo que nos va a dar lo otro, pues lo damos.

Como como hecho en el sentido de que pues si vamos a operar una hernia encarcelada o estrangulada es es un sistema digestivo porque lo entendemos, que es así.

Entonces la la el tema de la valoración para Jessica tiene en en dentro de cirugía primaria la del paciente que llega agudo, pues es es de otra de otra magnitud, en el sentido de detalles y más le cuento si el paciente llegará más grave, pues nosotros no tenemos opción de hacer ningún tipo de valoración distinta a lo a lo que vemos, a lo que se ve al la reanimación inmediata.

Luego, pues entendido era para nosotros YY que íbamos a operar.

Precisamente, el sistema de digestivo y que la y que la M es, pues la estábamos marcando, ahí como como un factor de de que ya se había presentado, ya se había presentado entonces de pronto, si yo no lo tengo, otro lo ha aplicado YY pero todos sabíamos que hemos operar ese paciente de eso y todos sabíamos que íbamos por eso, entonces finalmente, pues eso no constituye un error para nuestra actitud, nuestra actividad ni ni nuestra acción.

Porque porque, de hecho, está inherente a lo que sabíamos que se iba a hacer.

PREGUNTA: Doctor, usted también aquí, lo escuché manifestando que. Mmh había valorado en el paciente un riesgo de broncoaspiración. Sírvase manifestar porque esa patología de riesgo de broncoaspiración no aparece consignada en la valoración

Que por lo por lo que yo le digo es que el riesgo de broncoaspiración en el paciente urgente es. Es en la acción de uno el actuar de uno cuando uno se prepara a anestesiarse, un paciente que se puede broncoaspirar es cuando ahí usted está viendo que actúa el el riesgo que uno está definiendo, es distinto, que uno anotara, pero fuera ya y no actuara como broncoaspiración. ¿Entonces el tema, el tema de la bronca, aspiración para nosotros en paciente urgente, es lo establecemos totalmente con o sin valores, como le digo porque llegan pacientes inconscientes, entonces no tenemos tiempo de de de decir, vea, se por si acaso, van por un conspirar, no?

Entonces nos preparamos con todo el personal de una vez para trabajar en eso y eso es lo que hacemos.

Entonces el el trabajo nuestro no está dado, por lo que podamos haber escrito o no, porque de efectivamente lo que hacemos es actuar pensando en los riesgos más grandes como son esos como son, el infarto, como son cosas que que que no se anotan ahí, porque yo pues si le pongo toda la la, la la, la carreta de opciones de riesgos, primero, pues sus familiares dicen no, pero voy a operar si al final dice usted que se puede morir, entonces pues yo no le pongo muerte, aunque se puede morir pero, pero pues hay cosas como inherentes.

En la urgencia lo grave sería que no actuáramos como si supiéramos que esas cosas ocurren.

Nosotros trabajamos, preparamos todas nuestras cosas pensando en los riesgos básicos más importantes y los vitales de los pacientes.

El paciente urgente, el paciente programado lleva otra, otra otra forma YY por supuesto lleva detalles en mínimos que en la piel tal cosita y tal, pero precisamente tiene otra calma, tiene otra, otra forma de manejar las cosas y hay un paciente urgente, un perdón, un paciente programado con hernia, pues usted no prepara todo ese poco de cosas, porque mal haría, pues entonces en en en tener ese ese riesgo permanente para todos los pacientes, pero para el urgente, para el paciente como el que mencionamos este caso pues no, solicitamos de esa forma YY actuamos en esa forma.

En lo que pasa es que pues todo eso a veces es insuficiente, todo a veces es insuficiente, con todas las opciones y voluntades y habilidades, a veces es insuficiente.

Pero, pero pues eso, eso no, no, no se sale de de de las opciones que le ocurran a la medicina.

¿Porque pues si no, sería imposible que y en pacientes se mueren?

En un acto agudo sería imposible, nunca se moriría en ningún paciente, pero hay situaciones que no logramos controlar en los pacientes porque tienen 1000 patologías asociadas o formas de comportarse de tal manera que el riesgo que estamos mencionando, que es el caso, pues estaba ahí en nuestra acción eso lo hicimos, lo trabajamos como tal y está establecido.

TESTIMONIO PAULA ANDREA GAITÁN

PREGUNTA: En este proceso se está pretendiendo o se reclama una responsabilidad de la clínica y la de la clínica universitaria en de la sabana, universidad de la sabana y en relación con la atención que se le suministró y el fallecimiento del señor Carlos Arango.

¿Qué conocimiento tiene usted este asunto?

¿Sí, señora, en este momento, Eh? En su momento yo asistí al procedimiento quirúrgico que se le realizó al al al paciente entonces, pues en en la historia clínica el consigna, un registro de enfermería que corresponde, EH, que lo hice yo, que lo realicé yo durante el procedimiento quirúrgico.

PREGUNTA: Qué nos puede comentar de ese procedimiento? ¿Como se desarrolló, cómo se desarrolló, qué pasó?

Bueno, desde el ingreso del paciente cuando ingreso el paciente a la sala de cirugía. ¿Eso eran más o menos sobre las Eh Bueno, el día era el 10/10/2011 y el ingresó sobre las 20:30 de la noche. A sala de cirugía el paciente en su estado conciencia desorientado, solamente orientado en personas, orientado en tiempo y en espacio, sin respuesta verbal, en ese momento contaba solamente con sus líquidos basales, oxígeno, no, no tenía oxígeno su momento y pues ahí ya lo ingresamos en espera de pasar al al procedimiento quirúrgico en su momento. El doctor Cifuentes explicó el procedimiento de anestesia tanto a los familiares como al paciente, pues el los familiares y presentes porque el paciente no se encontraba consciente del Tour. El cirujano también lo hizo y se consignó a través del del consentimiento informado tanto de anestesia como de cirugía. Posteriormente, ya el paciente, cuando ya voy. Disponibilidad en su momento de sala de cirugía, el paciente ingresa a la sala de cirugía sobre las 22:45.

Una vez ingresada la sala quirúrgica, pues se inicia la preparación, recuerdo que sobre las más o menos 22 y 50 se le asiste la anestesia al doctor Cifuentes, que es el el el era el anesthesiólogo que

estaba presente en su momento. La anestesia es un momento. Fue regional, se le se le asistió el procedimiento para la anestesia regional en ese momento sin ninguna complicación. Sin embargo, el paciente sí, con evidenciándose desde el ingreso con deterioro neurológico, EH somnoliento todo el tiempo. ¿Posteriormente, ya el se le asiste el lavado quirúrgico al cirujano que el el doctor Bisbal, Eh?

Y posteriormente, pues sobre las 23:10 iniciar el procedimiento quirúrgico como tal, que eso era el procedimiento en el diagnóstico, el paciente. El procedimiento a realizar una reunión general sobre las 23:00 12 y recuerdo el paciente empezó a vomitar. En su momento se le pasa una sonda nasogástrica. Se aspira, se se asistió con el doctor Cifuentes. Aspirar las secreciones del paciente, atender su. En ese momento, el requerimiento al paciente, que en su momento se detuvo el procedimiento quirúrgico para atender la necesidad en ese momento el paciente. Posteriormente, el paciente no mejora, evidenciándose dificultad para respirar. Hubo en su momento hubo que administra el oxígeno, eso fue antes de de si en en el ingreso a la sala porque el paciente sí se evidenciaba con de saturación de oxígeno, como se consigna en la en la historia clínica. No mejora esa dificultad respiratoria.

Entonces a las 23:15, el doctor Cifuentes decide realizar una investigación, otra que se le asiste, la intubación oro traqueal, se inician maniobras en su momento, maniobras de reanimación avanzada, se administran los medicamentos que en ese momento indica el doctor Cifuentes para reanimar el paciente. Finalmente, el paciente no responde a las maniobras de reanimación y sobre las 23:20, el paciente fallece.

PREGUNTA: Bueno, yo observé en la historia clínica usted deja una anotación de que observo en la boca del paciente. ¿Bueno, que observo en la boca del paciente algo, Eh? Una secreción.

Sí, señora, sí, eso quedó consignado en la historia clínica.

Se evidencia como un tipo de secreción en la boca, como saliva, el paciente, pues.

PREGUNTA: Pero hoy no dice cómo saliva y dice secreción en boca.

PREGUNTA: Sí, secreción en book.

Eso es lo que tengo escrito en la historia clínica, como no, sí señora.

PREGUNTA: ¿Aquí a qué refiere?

Como no sabíamos de qué tipo de secreción, hablábamos, le preguntamos a se interroga los familiares, porque el paciente, definitivamente no, no responde, no, no habla.

Los familiares dicen que EH, no.

Durante el día no había consumido ningún tipo de alimento que estaba en ayuno.

Requisito para pues, poder ingresarlo a la sala de cirugía, pues probablemente tenía un ayuno más de 12 horas y sin embargo, eso queda consignado en la historia clínica, pero pues no notifica nada más.

El familiar que cumplía en su momento con el ayuno requerido para el paso de sala de cirugía.

PREGUNTA: Es decir, no se profundizó en el en qué era realmente lo que el paciente tenía o es usual que los pacientes en el estado del señor Carlos se presenta en ese tipo de secreciones.

No, no, señora, en su momento se indagó con el familiar. Se revisó la historia clínica, igual se hace una entrega previa del paciente con con los Jefes de enfermería, también ellos son también los que están a cargo de recibir el paciente. ¿Las condiciones en que ingresa y pues en su momento eso fue lo que nos informaron, que el paciente pues iba con un deterioro neurológico que no estaba respondiendo, Eh? Pues al llamado en su momento.

PREGUNTA: No, yo, perdón, doctora, yo me refiero al a las secreción que se observó en en boca.

Sí, sí, señora, lo preguntamos, pero no, no nos no, nos informaron en su momento que de pronto, el paciente haya vomitado recientemente, no que el paciente en su momento sí cumplía con el ayuno requerido.

Sin embargo, por evidenciarse esa secreción en boca se pregunta a los familiares que estaban en ese momento acompañando el paciente todo el tiempo, que si el paciente tenía ayuno, que si había vomitado recientemente.

O sea, lo que los familiares dicen que no, que el paciente, el paciente en su momento, cumplía con el ayuno, que en todo el día no había comido.

Eso fue lo que la información que obtuvimos en su momento.

PREGUNTA: ¿Para la anestesia, pues usted qué verifica ese tipo de cosas, EH?

¿Qué qué tiempo es recomendado de ayuno para una, para la anestesia, la que la que se iba a dar al señor, Eh Carlos Arango?

Para todo tipo de anestesia por seguridad del paciente mínimo debe requerir 8 horas de ayuno para alimentos sólidos, para alimentos líquidos y sobras, tanto puede ser para anestesia regional, como para anestesia general, por el riesgo que tienen las 2 tipos de anestesia.

PREGUNTA: Entonces al señor, Eh, al señor Carlos no se le aplicó, no se le dio anestesia general.

No, señora, fue regional regional en su momento fue regional.

PREGUNTA: Buenas tardes en la historia clínica aparece un registro hecho por usted donde íleo textualmente Nota se administra en Sala 1000 cm³ de Lactato, de Ringer por orden médica en control de líquidos, que da Registro por error de cloruro.

A continuación, se registran signos vitales del paciente, ya que el sistema no permite la modificación del ahora y otra serie información.

¿Eh? Esta he error que aparece aquí no lo podría explicar. De qué se trata o por qué se hace esta anotación de esta manera, para ilustración del del despacho y de todos los asistentes.

R: ¿Sí, señor, buenas tardes, EH? Ese esa nota aclaratoria que hace hace dentro del registro de enfermería que se realiza porque el sistema de nosotros no permite realizar ningún registro después de las 12:00 de las 0:00, o sea de las 12:00 de la noche, si un medicamento ejemplo ha sido administrado a las 23:00 pero se va a realizar el registro a las 12:01 minuto ya no nos lo permite registrar, entonces en ese caso hay que hacer una nota, ir aclarando que se administra el medicamento pero que por el que que no queda registrado a la a la hora en tiempo real, entonces.

En ese momento, el doctor, en el momento de reanimación del paciente, el doctor Cifuentes da la orden de administrar un vuelo de la ciudad de Ringer de 1000 cm por la descompensación del paciente y en el control el control de líquidos es un es una hoja que nosotros tenemos, donde solamente se registran los líquidos que se le administran al paciente. Ese esa hoja así no, no la veo acá, pero hay quedan registrados y consignados todo el control de líquidos para hacer el balance de líquidos en el balance, en el control de líquidos que quedó registrado. Que se había administrado la cloruro de sodio y se hace la salvedad en la nota que por error no se administra. No se administró, se administró lactato de Ringer, pero que en el control de líquidos quedó cloruro de sodio. Esa es la la salvedad y la aclaración que se hace en el registro de enfermería, es decir, EH, que si un ningún medicamento líquido se registra antes de medianoche, pues ya no. El sistema queda, no queda registrado o queda registrado después de medianoche. Entonces, nosotros siempre realizamos una nota aclaratoria realizando la los medican. Los medicamentos administrados a la hora que que quedan registrados y administrados. Y también aparte, seguido de esto, aparece un control de signos vitales donde quedan registrados y se explica claramente que, como el sistema

no permite modificar la hora después de las 12:00 de la noche, quedan registrados en el REGIS. En la nota enfermería con la hora indicada.

PREGUNTA: Ok, pero esto quiere decir esta anotación, que se presentó un error en el suministro de un líquido. ¿O es solamente un tema de registro?

No, no señor, hace la salvedad que fue un error de de digitación en el control de líquidos y que lo que realmente se administró fue en lactato de Ringer, la indicación médica.

PREGUNTA: ¿OK, esto es lactatos YY estos líquidos son unos medicamentos o son líquidos para hidratar? ¿O cuál es el objetivo?

Tanto los 2 como el acto de Ringer, como el cloruro de sodio, son son líquidos para hidratar el paciente no se consideran como tal, medicamentos sirven para hidratar el paciente, para administrar medicamentos, para diluirlo, para administrar infusiones endovenosas y no causan daño al paciente.

En su momento se se administró lactato de Ringer, que fue en su momento la la indicación del doctor Cifuentes.

(...)

PREGUNTA: EH, señora Esmeralda, por favor, manifieste. Si usted verificó qué clase era el residuo. Y anotó genéricamente en la historia clínica.

Sí, eso quedó consignado en la historia clínica.

No sabemos en en su momento, pues no sabíamos qué tipo de secreciones, si era líquido, bilioso, si era se se era, solo salía el paciente en su boca, llevaba un tipo de secreción. ¿Cómo ver la saliva? Más o menos así lleva un tipo de secreción en la boca mhm y es ahí.

Por eso, cuando Eh nos preguntamos si el paciente había vomitado recientemente, si tenía el ayuno y pues en su momento el familiar que estaba haciendo el acompañamiento con el paciente refiere que sí, que el paciente tenía yo uno que estaba todo el día, Eh.

Llevaba todo el día en ayuno que no comía. Y pues en ese momento pues cumplía el el ayuno y pues en la entrega de de de turno que se hace en la entrega del paciente que se hace previamente, no nos refieren que haya vomitado recientemente, que si el paciente había presentado de pronto vómito, episodios eméticos, como lo llamamos así, pero recientemente no.

PREGUNTA: ¿Y si no era EH vómito por haber consumido alimentos toda vez que pues usted preguntó que si tenía ayuno y le dijeron no tiene familiares?

¿No consideró con muchísima mayor razón, averiguar cuál era la causa, EH?

Ah, solicitando información o exámenes a un médico para que la identificara.

¿Cuál era la causa de esa secreción?

R: Sí, igual nosotros lo comentamos, por eso te realiza la lista de chequeo, verificando que si efectivamente el paciente tenga layún con estas condiciones, el paciente tiene un ayuno de 8 horas exacto para ingresar al al al quirófano, sin embargo, pues sí se llama la atención de que encontraste esa, esa secreción en boca, pero sí se se se corroboró con las enfermeras que de urgencias que entregaron el paciente y con los médicos que el paciente no había comido y que tampoco habían militado recientemente.

PREGUNTA: ¿Yo lo peralta, lo voy a hacer, la voy a insistir en la pregunta, pero desde otra perspectiva se identificó la causa de la Secreción, sí o no?

Por la condición del paciente sí, Claro, porque el paciente ingresa con un diagnóstico en el cual se refiere el familiar que venía presentando episodios eméticos, que venían deterioro progresivo que, además de eso, también había presentado posiciones diarreicas.

Y pues, eso sí, se evidencia de pronto a la condición clínica del paciente, al diagnóstico en su momento que el doctor Bisbal hizo cuando valoró el paciente con todos los exámenes que se le ariza realizaron con los laboratorios clínicos que diagnosticándole, pues la la la Hernando Rafia y que la que debía pasarse urgente a sala de cirugía y se atribuye si de pronto a la a la comunicación, que en ese momento pudo tener por el diagnóstico.

PREGUNTA: En que anotación de la historia clínica para yo verificar si tiene conocimiento, porque me imagino que la habrás revisado, está anotada la causa de la secreción que usted notó a las 8:30.

En el ingreso del paciente una vez ingresa al paciente se describe como ingresa el Estado de conciencia y se sí, y se describe, eso está en la nota.

Enfermería en en mi única nota enfermería, porque se realizó un registro, ahí aparece.

PREGUNTA: Usted informó de este hecho a según logró extraer de su declaración tanto en la expresión logo como al cirujano, porque esa ese traslado de información no consta en la historia clínica.

En el traslado la información eso se hace también porque eso se hace también de manera interna cuando se entregan los pacientes deje de los entregan.

¿Dejé a jefe informando el estado del paciente como ingresa, como se traslada?

Eso se hace también de manera interna una vez ingresa al paciente, se corrobora esa información revisando el paciente, como queda consignado en el registro de enfermería, tomando los signos vitales para mirar en ese momento. ¿Cuál es la condición clínica del paciente? YY el anesthesiólogo, también en su momento hace el acompañamiento realizando el el la lista de chequeo y la valoración pertinente. Que es la valoración de anestesia, él también lo tuvo que haber hecho.

PREGUNTA: Y usted discúlpeme, por lo sucedido, señor Esmeralda, cuénteme por favor.

¿Cuál fue la causa de esa secreción?

Sí que usted dice, anotó en la historia clínica.

Pues en ese momento lo que pasa es que de pronto sí, la pregunta está mal formulada, porque digamos que no soy médico de pronto para determinar la causa, porque el paciente en ese momento presentaba secreción.

Yo solamente en mi caso mi compete realizar un registro detallado de cómo se recibe el paciente, entonces eso fue lo que realmente se hizo, se describe como ingresa.

¿Inicialmente se pone la hora que ingresa como ingresa su Estado neurológico, si tiene dispositivos como es oxígeno, si está canalizado, qué tipo de líquido le está pasando al paciente? ¿Cómo se encuentra el paciente? ¿Pero de de pronto, de saber por qué tenías ese creación en boca, no?

PREGUNTA: Pero y entonces no sé si me entendió. ¿Fue mal la pregunta?

AA respuesta anterior, usted me dijo que sí se había identificado la causa de la secreción y que estaba en la historia clínica.

Sí. O sea, sí. O sea, lo que lo que me refiero es que cuando el paciente ingresa se registra lo que sé. Videncia que el paciente se encontraba con secreción en boca, pero de pronto las causas que por qué tienen la que en su momento por qué tenía la secreción en boca, no lo podemos digamos, Eh device, o sea, saber por qué la tenía sí me entiende, pero sí se se registra lo que se evidencia, qué tenía secreción en la boca y por eso se corrobora, vuelvo y hago la anotación.

PRUEBA DE OFICIO

Se ordena que por Secretaría en se oficia el Tribunal de Ética Médica para que dentro de los 10 días siguientes al recibo de la comunicación de o del oficio que comunique esta decisión, remitan con destino a este proceso la totalidad del expediente Adelantado en relación con la atención médica suministrada, pues en la por la clínica Universitaria de la Sabana, al señor Carlos Arango y proceso que fue interpuesto o queja que fue interpuesta por el señor Carlos Roberto Arango Botero.

En el oficio que será remitir la totalidad del expediente, tanto la decisión como todas las demás piezas procesales, asimismo, El juzgado, a través de la Secretaría, Oficiará, sin embargo, pues en lo que sea posible por parte del abogado también adelantar las diligencias que considere pertinentes.

FIJACIÓN DE FECHA PARA LA CONTINUACIÓN DE LA AUDIENCIA DE INSTRUCCIÓN Y JUZGAMIENTO

El Juzgado para continuar con esta audiencia, fija el día **5 de febrero del año 2025 a la hora de las 9:00 de la mañana. (Virtual) (Faltan alegatos y sentencia).**

AUTO: Atendiendo a que aún se encuentra pendiente de realizar, pues de adelantar la parte probatoria, escuchar los alegatos y proferir la sentencia hace uso de la facultad conferida por el artículo 121 del Código General del proceso y proroga la instancia por 6 meses más, advirtiendo a los abogados que en contra de esta decisión no procede recurso alguno.