

Bogotá D.C, 06 de marzo de 2024

DESPACHO: JUZGADO TERCERO (3°) CIVIL DEL CIRCUITO DE
TUNJA

REFERENCIA: VERBAL

RADICADO: 150013153003 **2019-000149-00**

DEMANDANTES: GLADYS ESPERANZA BONILLA Y OTROS

DEMANDADOS: CLINICA MEDILASER Y OTROS

LLAMADA EN GARANTIA: ALLIANZ SEGUROS S.A.

AUDIENCIA: CONTINUACIÓN INICIAL E INSTRUCCIÓN Y
JUZGAMIENTO ART. 372 Y 373 C.G.P.

PRACTICA DE PRUEBAS

I. INTERROGATORIO PARTE

1. PARTE DEMANDANDA:

INTERROGATORIO MÉDICO CIRUGANO JORGE LEONARDO GAGLIANI

PREGUNTA: ¿Desde cuándo es médico general?

Desde el 2007.

PREGUNTA: Y es médico especialista en cirugía plástica y reconstructiva. ¿Desde cuándo?

Desde el 2014. De la Universidad Nacional de acá. Universidad Nacional de Colombia.

PREGUNTA: Aparte de la de la profesión base de esta. Especialidad tiene otra.

No no no, yo tengo como especialidad, cirugía plástica, estética y reconstructiva, con un entrenamiento en microcirugía y cirugía de mano. Y cirugía estética, entonces fui el fui, soy pionero y. Cree el servicio de microcirugía en el hospital San.

INTERVENCIÓN JUEZ: Retomando entonces en lo. Importante ya de su interrogatorio. Se sabe que la señora Gladys esperanza con. Otras personas, familia de la del occiso. Ah y fallecido su su esposo y su hermano han formulado demanda. Se sabe de las diligencias que el señor Manuel Octavio Reyes Salcedo fue sometido a un procedimiento Quirúrgico, dentro del cual usted fue un partícipe en médico cirujano de la de la del mismo procedimiento que se hizo en la clínica Medilaser. Con el desafortunado resultado que de la intervención que se le hizo. Ya ves que nos dirá qué tipo de intervención y demás falleció.

PREGUNTA: Por favor contextualicen los grosso modo. Usted. ¿Qué participación tuvo? Dentro del procedimiento médico de acuerdo a la patología, las valoraciones, los exámenes.

Bueno, hay que resaltar que el señor Manuel ha asiste a mi consulta muchos meses antes del procedimiento quirúrgico. Por lo menos yo tengo récord de anotaciones desde por lo menos desde febrero, si no antes sí y el procedimiento. Fue en junio. El. El había sido muy obeso, sufría de obesidad mórbida. ¿Significa esto que era un súper obeso? Tenía un peso muy alto. Por eso años anteriores. Le habían practicado una cirugía bariátrica que son aquellas que alteran la circulación del alimento en el intestino para disminuir su absorción y así bajar de peso. En ese proceso el señor Reyes, bajo bastante peso. Sin embargo, llegó a un nivel donde se estabilizó, se estabilizó su peso y en donde él se encontraba con algunos problemas funcionales para la vida de relación para el ejercicio, ya que tenía exceso de piel muy muy grande que casi les llegaban a La Roda. Y para que usted me entienda, señor, puedes y audiencia la piel de la tomé en llegaba casi a la rodilla, indudablemente su dificultad para movilizarse, para hacer ejercicio para la. Vida de relación http. ¿Ingeniería a generaba patologías como incomodidad, cómo intertrigo es la formación de hongos debajo de la piel y otras cosas que me molestan mucho? Eso nos lleva al señor Manuel consultar. Nosotros como cirujanos plásticos, buscamos darle calidad de vida. A nuestros pacientes.

En ese proceso es muy frecuente el paciente que tiene pérdida notable se llama pérdida masiva de peso. Solicitar y someterse a un procedimiento para quitar todos esos excesos de piel. En el caso de él, lo que más dificultaba el exceso de piel alrededor del tronco. Con lo cual se indicó y se sugirió indudablemente de la relación médico, paciente, exámenes y demás que el procedimiento más adecuado para que él esté con conforme y cómodo con su cuerpo era la dermolipectomía Especial. Qué significa esto que ya vamos a hacer un corte alrededor de su cintura, como si fuera un cinturón y vamos a quitar todos los excesos de pie alrededor del trono.

Sí, bueno, él llega a mi consulta en yo con pleno conocimiento de que había sido super obeso. Entiendo que es un paciente de riesgo moderado, por lo tanto, hay que adoptar a actuar con mucha precaución, por lo tanto, si ustedes pueden ver en la historia clínica, se pidieron muchísimos examen. Hasta más de los habituales. ¿Eh si quieren los enumero? No creo que hagan falta, pero se pidió muy específicos. **El señor juez se pidió un estudios para evitar complicaciones como el sangrado, porque se pidieron los niveles de San Ángel, se pidió en estudios de coagulación para ver si cuidado no vio en la sangre, se vio en estudios de las penas de las piernas que se llama doppler venoso para evitar una complicación fatal como fuese del tromboembolismo pulmonar.**

El Paciente ya que ha sido super obeso, es un paciente más frágil. Por lo tanto, debe ser bien estudia. Entonces se le pidió ese tipo de cosas, se pidió una ecografía de pared abdominal. Y, la misma que le toman las embarazadas y se nos permite ver la estructura del panículo adiposo. El cual era muy pero muy grande y muy redundante, por eso no era suficiente. Por eso se tomó otro estudio adicional en la tomografía. Y además, hicieron estudios pertinentes de su corazón. No solo electrocardiograma sin un test de perfusión miocárdica y una Europa drama para ver tanto la perfección del corazón que decir si tenía algún signo de de isquemia o de infarto para que usted me entienda. O si el corazón bombea, pues suficiente sangre que con el eco cardio. Cama doble. Y del ritmo del corazón. Que está en el espectáculo. Y no solo eso, sino que somos médicos, nosotros tenemos un. Digamos un campo de acción específico, ya que la medicina es muy amplia, por lo cual 1 se soporta especialistas que tengan más conocimiento que 1 en ciertas cosas. Por eso se

pidió interconsultas a cardiología. También sin internet por supuesto que es condición sine qua non. La valoración por el anestesiólogo, que también define el estado general junto a él, apoyándose a todos los exámenes que yo ya había. Hasta ahí vamos bien. Indudablemente nos esforzamos muchísimo en la preparación del paciente. También se excitó a mi consultorio y ustedes tienen en la. Ah el en el historial está la historia clínica en mi consultorio, en donde él también firmó el cuatro de 4 de abril, creo. ¿Lo podemos buscar en abril, yo lo tengo aquí, espéreme, puedo mirar o no? O sí, señor, sí, yo tengo un documento aquí. Que lo firmó el 24 de abril. Del 2017. Su señoría. El 24 de abril firma el consentimiento. Estamos casi a dos meses de anticipación, en donde se le explica que podía haber sangrado. Ya había hematomas astromodelismo pulmonar. Muerte, entre otras. Sandalias, por así decirlo, son riesgos casi ingredientes de una cirugía de con un paciente de riesgo intermedio con una cirugía grande, ya que se piden de ante manos en promedio 8 horas. Es una cirugía. Gracias. Bueno. Por eso siendo consciente de ello. Eh se reserva privada intensivos para proteger a nuestro paciente para que pueda. Y además, se reservan unidad de glóbulos rojos. Dos unidades aquí quiero aclarar una cosa. La cirugía de manera fiel y fanera, o sea, la cirugía de **superficie es una cirugía muy segura** a comparación de una cirugía cardiovascular. Me entenderá, no, no es lo mismo cortar la aorta y lleva todo el flujo sanguíneo. Que cortar la superficie de la piel, que realmente es pobremente vascularizada, pobremente vascularizado comparado como otros órganos, como puede ser el hígado o el bazo. O puede ser el. Corazón no sirve. **En ese orden de ideas, todas las cirugías de superficie se estiman que sangran menos, no es no es normal y no pasa que hagan shock hemorrágico agudo, ya que los vasos de la superficie de la piel son muy pequeños a comparación con los grandes vasos que están adentro y por debajo de los moocs.** En ese orden de ideas, se estima un sangrado importante por ser una superficie grande a intervenir, pero estos de a poco y para cuidar a mi paciente también se reserva los glóbulos rojos suficientes para la cita. Y. Suficientes para el tipo de cirugía que lo normal no sería lógico que yo quiera cuatro sellos. 10 unidades de glóbulos. Rojos, porque no estaría pensando en ningún. Lado. De sangre que esa cantidad de sangre que bueno que tuvieron sangrado así porque no intervenimos grandes vasos. Sí. Entonces yo creo. La. Atención del paciente siguientes partes,

una preoperatoria, una intraoperatoria y un postoperatorio. Entonces para entender todo el proceso de atención, hemos hablado del preoperatorio. Queda claro que se hace un análisis muy exhaustivo del caso, se toman muchos exámenes y todas las. Medidas pertinentes, tenemos la historia clínica. Valoración por cardiología, donde escribe riesgo moderado y apto para cirugía. Todo esos documentos fueron leído. También por el. Paciente con los médicos y entendiendo el procedimiento, sabemos que es un riesgo moderado, por eso se pide us. Me entiende. Bueno. Bueno, en ese orden de ideas. Se hizo toda la valoración preoperatoria y un tiempo después también historia clínica, si quiere, lo mostramos, pero está en la historia clínica. Están las órdenes que yo escritas a mano por mí, donde pido unidad de glóbulo rojo y la orden así en formato horizontal a mano, donde también se pidió la usa. La unidad de cuidado intensivo. En la cirugía estaba programado para iniciar después de las 14:00 h de la tarde. Ahí saludo a mis pacientes, realmente siempre muy afectuoso en el sentido de. Que nosotros tuvimos. Y siempre muy buena relación con mi paciente. Saludo al familiar a la señora Gladys, explico la intervención y la magnitud eran conscientes de ello, conscientes que necesitaban sangre. Y procedemos a pasar el paciente adentro, a canalizarlo, aceptó una marcación. Eso lleva bastante tiempo porque hay que marcar y definir. ¿Es como un plano, un mapa en donde 1 por dónde va a cortar? 1 va habrá visto muchos videos de los cirujanos marca en la piel por donde 1 va a. Se hace todo eso y antes de iniciar cirugías siempre se hace lo que se denomina lista de chequeo, en donde se corrobora que estén todas las. Medidas de seguridad pertinentes que la máquina esté con adecuado funcionamiento que esté todo el equipo quirúrgico que estén los implementos que la sangre existe disponible. Las dos que pedí estaban disponibles. Las unidades que se transfundieron durante la cirugía que la UCI estuviera disponible una vez. Que se llena la lista de chequeo y todos los colaboradores que hacen parte de este proceso dicen, sí está, se inicia el procedimiento virus. Y quiere bueno explicó el procedimiento quirúrgico también.

Eh este procedimiento quirúrgico como es de 360° quiere decir que es de atrás y adelante. Sí hace la inducción anestésica o se duerme el paciente boca arriba, paciente está acostado boca arriba, en donde nuestro anesthesiólogo hace el proceso de anestesia, en donde básicamente lo duerme y

le colocó un tubo para los medicamentos por la red, más o menos para explicarlo fácilmente. Indudablemente es mucho más complejo que eso. Entonces, una vez que estaba dormido y con su tubo en la garganta y conectado a un ventilador entre todos hacemos el proceso ya de inmovilización, lo ponemos boca abajo, iniciamos. La cirugía es boca abajo, sí. Se inicia el procedimiento. Como podemos ver también, el récord anestésico. Eh no sé si lo podemos mostrar, señor juez, porque creo que esto es importante.

¿Sí, señor, usted puede compartir pantalla? ¿Puede hacerlo? Sí.

Dame un. Segundito por favor OK. Voy a buscar el récord. Y está.

¿OK ya puedes compartir?

Y aquí lo tengo. Eh el rectorar estético en donde no monovera, sino si no está, si no veo bien, aquí está el 100 en donde nombra que las religiones han estado bien durante toda la cirugía. Esto lo aclaro porque en ser nombrada o se quiere. Causa del fallecimiento, yo como rápido y como yo expliqué en el comienzo. Y las cirugías superficie, una cirugía a sus pequeños pacientes puede sangrar, pero es poquito gota a gota durante todo el procedimiento es acumulativo, por lo tanto, no hay variaciones bruscas como en un trauma, como en una amputación que es en en un jardín sangrado un shock agudo.

Coma. V.

¿Entendido esto? ¿Que?

V.

Es muy importante entenderlo porque el paciente si sangra menos 1500 aproximadamente, pero esto se produce durante toda la duración del procedimiento, que fueron como unas 12 horas aproximadamente 10 a 12. Sí, entonces. Hay que aclarar acá también que se colocaron. Más de 8. Litros de líquido. El choque se produce por una hipovolemia por sangrado, el cual indudablemente

tiene muy buenos líquidos. Y lo más importante. ¿Voy a explicar la parte de sangrado, puedo, señor juez emitirá una prueba? ¿Cómo se calcula el sangrado?

***** COMPARTE PANTALLA *****

Weight: 104 kg
Hemoglobin (initial): 15 g/dL
Hemoglobin (final): 7 g/dL
Lowest acceptable hemoglobin, by clinical judgment: 7 g/dL
5672.7 mL
Allowable Blood Loss
Dr. Jeffrey S. Gross
ABOUT THE CREATOR

Muy bien, señor, pues entonces. Su señoría. Aquí tengo una tabla de metal, los médicos utilizan mucho este tipo de tablas que son nacionales igual también se puede hacer el cálculo a mano locales en hashtag. En donde 1 pone una información del paciente y 1 puede calcular lo que se llaman pérdidas máximas permitidas de sangrado sin transfusión. En ese orden de ideas, este mejor pesaba 104 kilos según mi historia clínica. Una hemoglobina de 15, aunque tenemos reporte aún más altas en el laboratorio de febrero del 2017 tenía 16 hemoglobina, pero podemos hacer

perfectamente el cálculo con 15. O sea, aún más bajo. Pero está dentro de un rango completamente nuevo. Si nosotros entendemos que los pacientes se transfunden por debajo de 7. Ya cuando le Molina baja debajo de 7, quiere decir que el paciente muy probablemente requiera. Hay algunos casos especiales, como pacientes con enfermedad cardíaca. Vaya que perdí acá un paciente con enfermedad cardíaca y sistémica con impacto del corazón que se recomienda una hemoglobina por encima de 9.

Por lo tanto, yo voy a hacer el ejercicio con 10 y decir que estoy un margen completamente seguro. Aunque el paciente no tenía enfermedad. ¿Y si lo hacen de ideas? 1 coloca como lo ven ahí el peso. Coloca en la hemoglobina y inicial que tenía 15 y colocan cuando yo voy a permitir que sangre, digamos sin que mi paciente se instala. Voy a llevar hasta 3000 hemoglobina y la pérdida de sangre permitida es de 3120 en promedio.

Esta es una pérdida bastante importante. Y eso es antes de que el paciente requiera una transfusión sanguínea. Bueno señor juez. Indudablemente, cuando 1 calcula un sangrado. Lo hace de forma aproximada de depende de qué tan mojado está en una compresa Sí. Entonces, nosotros calculamos entre 1500, según el cirujano. Y 2000, según él, anestesiólogo. Un promedio de entonces 1500 a 2000. Si nosotros sabemos que la hemoglobina final del paciente fue de 11.8. No puedo poner 11 puntos en el sistema porque no permite tener ese número entero. Lo más cercano es el 12. Sí terminó con 12 hemoglobinopatías y que el paciente efectivamente sangró lo que está escrito en la historia clínica entre 1500 y 2000. Ahí me da 1700 desangrado. ¿Me entiendes su señoría?

Pon todos los cálculos objetivos, el paciente sangró 1700. Esto no es un choque hemorrágico. Está dentro de las pérdidas primitivas. Recordemos que podía sangrar más de mis más de 3100. Quiero mostrarle otra cosa, su señoría. Y es el tema de. El análisis de sangre. Cuando usted termina la bueno, muy importante porque lo que a mí me compete. La única complicación que supuestamente pareciera haber en la historia clínica, pero es un error de interpretación que él sangrado excesivo. Que a mí me compete es la democracia. Por eso aquí en la historia clínica, yo

copié este pedacito que la descripción quirúrgica. Así a la infiltración hacía los cortes y hacía control de mostaza. Hacía disección de colgajos y decir despegado tejido, moviéndote de un lado al otro que estoy traduciendo al lenguaje sencillo, sí y volví a hacer control hemostacua como vuelvo. A mostrar ahí. Cambio de posición, vuelvo a cortar Quito los tejidos excedentes y vuelvo a ser control de mostaza. Amaro, los músculos del abdomen. Y secuestros tejidos para reparar el área del pubis. Porque ahí tenía 111 masa quística. Que ahí es donde llamamos al cirujano para que nos ayude a respetar. Esa masa quística. Y volvemos a hacer hemostasia como parece acá. La democracia fue exhaustiva y fue meticulosa durante todo el procedimiento. Y eso llevó a que el paciente. Sangra lo justo y necesario para una una recepción tan grande como pueden ser 15 kg de piel, 15 cuidado pieles y mucha piel y por eso le digo. Señor, señor juez, que su señoría que pues ahí va la historia clínica que fueron 15 kg, no es bastante tejido. Bueno, no sé orden de ideas, no hubo sangrado excesivo, no hubo choque en un ratico y se hizo todo lo pertinente antes de la cirugía durante la cirugía. ¿Que evitarán los sangrados sentir? Durante el procedimiento se transfundió. Dos unidades de glóbulos rojos, porque era previsible que porque eran mucho, mucho tejido individualmente y va a sangrar un poco y se tenía que reemplazar para mantener al paciente de Estado. Bueno, que básicamente esas son cosas muy importantes que hay que tener en cuenta. Otra de las preguntas que hacen es sobre el tema de la Mancha kids. Eh voy a dejar de presentar. Un segundito. Así los puedo.

Yo como cirujano tengo pleno conocimiento de ello y la estudio, por eso pido una tomografía. Como las tuyas y está en la piel, es competencia del cirujano plástico y la piel. Nosotros somos los que hace, damos forma a la piel como cirujanos plásticos. Por eso, durante la cirugía diseño, las incisiones de piel para resecar la masa junto con el colgado. ¿Cuándo pasamos boca arriba y diseco? La región infra en la parte de abajo del abdomen, la región inguinal se encontraban esas masas, me encuentro que eran de un de un aspecto quístico blando, pero una consistencia muy semejante a un intestino. Por eso. Yo tenía pleno conocimiento de la tomografía que estaban por afuera del abdomen, pero yo siendo precaria. ¿Pienso lo siguiente, qué pasa si el radiólogo o yo no alcanzo a ver un trayecto fistuloso? ¿Una comunicación entre el abdomen? Y este quiste y este

quiste contenga unas intestinal. ¿Puedo dañar unas intestinal del paciente? Por lo tanto pido el llamado de nuestro cirujano general para que me acompañe a recitar la masa, porque él es el especialista en los intestinos. Y él me puede ayudar a discriminar si en esa masa hay una herniación, hay un intestino o no hay. Así se hizo indudablemente esa masa quística era muy lobulada y compleja. Se demoró un poco su decisión y eso hizo que se prolongará el tiempo quirúrgico. Pero el tiempo que dijo no tiene nada que ver. Puedes fallecimiento del paciente y voy a hacer una aclaración acá. Para comparar cirugías, cogió como en micro cirujano y por eso, señor juez le comentaba que yo soy el pionero en microcirugía en la región y iniciamos el servicio de microcirugía. Son cirugías de 12 hasta de 18 hoy. La del tiempo quirúrgico no es la única variable que define la seguridad del paciente. Y un doble trasplante de corazón pulmón puede tardar hasta 36 horas. Un trasplante facial que se hacen en Europa y en Estados Unidos. Tarda 36 horas. Indudablemente es una variable que se suma a los riesgos, pero no es la única. Sí. Entonces de 8 a 10 o 12 horas, no es la variable, tampoco se pone en riesgo la vida del paciente mientras el paciente estuviera bien su significado. Volviendo a la masa crítica, se hace la restricción en conjunto. Oh nuestro colega el doctor. Uzcátegui. Igual atiende muy rápido el llamado, pocos minutos llega y con mucha meticulosidad y revisando la masa, hace la recepción y se saca el bloque y se manda patrón. En ningún momento. Eh esa masa tenía, digamos que tu relación con la cavidad abdominal entonces se logra retirar de forma exitosa y se previno de cualquier manera que inadvertidamente hubiera una definición OA. Se continúa con el proceso indudablemente al haber una masa expansiva o en la región casi inguinal. Eso hace que tenga que también reconstruir la zona inguinal y por eso hay unas incisiones hacia abajo. Para reparar y darle forma al pubis, principalmente. Y a la región genital. Y se termina el procedimiento quirúrgico, siempre hacen demostración colocando los trenes y de. En cuando termina procedimiento quirúrgico, se traslada a un sí y ahí es donde antes de trasladar a un si le toman gases arteriales que pueden medir. La hemoglobina. Y quiero mostrarlos, entre otras cosas.

Le tomé fotos de ese día porque indudablemente cuando yo los vi. Realmente me asusté mucho y me preocupé mucho por mí. Aquí están los alcanzan a ver aquí uniforme de medición ¿Te lo puedo

leer? Sí, señor, eh. Bueno, importante es la fecha del 9 de junio del 2017, 3:47 h de la mañana y únicamente la aceituna. Esto es una tira como una impresión de un supermercado que es lo que saca.

La máquina, señor. Ahí dice que es una muestra arterial de sangre. El paciente tenía 36 de temperatura, estaba eutético, así que no hay poquitos términos tampoco. Y que, entre otras cosas dice que tiene una acidosis metabólica muy severa. Más adelante voy a explicar. ¿Esto de qué se trata Está perdone. Era el primer este que está. Hemoglobina HB. De 13.3 es un rango completamente normal de hemoglobina y estos rangos es importante que los tengamos en cuenta 115 a 17, sí. Y recuerdan la historia clínica. También tenemos un análisis de laboratorio. Que dice que fue de 11.2. O sea casi. Dos este reporta 13.3, indudablemente el de laboratorios más exacto. Pero ambos nos refieren. Que la hemoglobina está bien y aquí están los valores de referencia. 11.8 podemos buscar el laboratorio es perfectamente normal. Sí, entonces no hubo sangrado extremo, no hubo un choque hemorrágico, lo que sí tenían mi paciente, una acidosis metabólica. Que no tiene nada que ver con el sangrado y aquí está la interpretación del intensivista, dice acidosis metabólica no compensada. Sin disfunción pulmonar con signos de hipo perfusión tisular. Indudablemente esto significa. Para que la gente entienda es que el paciente podría tener buenas tensiones arteriales, pero en la célula no se estaba oxígeno. Yo puedo ver todo bien, pero hay una disfunción propia del paciente, una disfunción celular el cual no el metabolismo dentro de las células no está funcionando.

Pero para entender esta otra parte. Y muy sencillo. Existen algunos tipos de shock. El choque siempre ha hablado. La parte demandante es un shock hipovolémico hemorrágico, quiere decir que incluir el nivel de. Sangre por sangrado y dicen es causa hemorragia. Indudablemente descartado esto porque se colocaron 8 L de agua de líquidos por la vena. Es muchísimo 8 L no le faltaba líquidos en la circulación ni tampoco sangre. Como podemos ver en los laboratorios y lo que hace arterial. Quiere decir que el problema es de otro tipo. Principalmente se llama shock distributivo. Por mala distribución del flujo de San. Esto significa que la sangre circula, pero no le llega a la. Y produce el

ácido. Y esa es una de las conclusiones más importantes sobre productivo o mala distribución del flujo de sangre por distribución endotelial que genera

PREGUNTA: Se habla de una tabla o de una medición asa y él da. Un nivel dos es así.

Sí son dos valoraciones diferentes, asa dos lo escribe el anestesiólogo porque la clasificación de riesgo, el poder explicar mejor esa clasificación. Del 1 al 6. En donde escribe que hasta 1 de sus pacientes sin enfermedades asados y con enfermedades controladas y haces hacéis un paciente que estaba moribundo.

PREGUNTA: ¿Que son escalas diferentes, por favor explíquenos en este caso qué? ¿Qué pasó con esa valoración y qué efecto tiene acá?

La tarde. En donde se aminoran sus todos sus antecedentes. El peso era 104 kg. Tenía obesidad, grado dos y dermatitis severa o 3 es una clasificación que dice que le sobraba muchísimas. Y ahora voy a responder su pregunta. Y aquí tengo un cuestionario de antecedentes, porque a veces los pacientes cuando 1 le pregunta, te olvidan cosas y además tengo un cuestionario en donde está el grupo Sanguíneo.

Aquí yo le escribí a mano, esta es mi letra Manuel Octavio Reyes, en donde yo tengo una cita en donde voy marcando los. Factores de riesgo. Esta escala. Es para trombosis venosa y tromboembolismo pulmonar. 1 de los tantos riesgos identificados en el consentimiento. La trombosis venosa es cuando se forma un coágulo en una pierna, generalmente este coágulo. Viaja hasta el pulmón, lo tapa y bloquea la circulación y el paciente fallece. Es 1 de los riesgos de toda cirugía grande y toda cirugía larga, por eso también mido ese riesgo y lo colocó como posibles complicaciones de esta intervención. El tromboembolismo pulmonar y la muerte, que aquí también está escrito. En el consentimiento. Pero también habían otros que también resalté y de primeras el sangrado y el hematoma. Y todo eso fue. Valorado, previsto y minimizado al mínimo el riesgo con todas las medidas que 1 hace como médico para reducir el riesgo. Entonces señor juez. La escala de

Capri, el riesgo de trombosis venosa. Es un riesgo específico dentro de todos los riesgos de MySpace. No hay riesgo general.

PREGUNTA: En el marco clínico. OO si quiere usted me explica lo que yo veo es que en el marco clínico se habla de una cirugía menor que es de menor de menos de 2 horas, una cirugía mayor mayor a 2 horas se le asignan 2 puntos, factores de riesgo de él edad superior a 60 años, 2 puntos, malignidad un punto. Bueno, además de otros ítems no gays, pues hay hay varios varios, pulsásemos lo así tanto en.

Que no sí sabe que lo. No eran positivos para él, por eso no se marca solo 1 le suma puntos a lo que él tiene.

Y claro, porque yo bajo de acuerdo a la historia clínica y a los antecedentes, puedo sacar ese puntaje de los, digamos, de los antecedentes positivos. Por ejemplo, si yo le pregunto si le operaron del corazón y me dice que no, pues es un antecedente negativo. No lo mar.

PREGUNTA: Entonces, en este caso lo que entendemos de ese documento que usted nos compartió que tiene un riesgo alto de trombosis?

Que no se tromboembolismo que el paciente nunca tuvo eso y que para evitar incidentes al medias elásticas, sistema de compresión neumática, movilización temprana, yo mismo puse mi compresor particular y lo puse en la sala de cirugía para prevenir este riesgo también.

PREGUNTA: No es en la cirugía. Posterior a la cirugía, pero el paciente nunca tuvo esa complicación porque también se preveía.

Sí. Sí, porque, pues digamos que yo le pregunto porque usted lo anexa, señala la escala. Pero pues yo me perdí porque no me habla nadie. Sobre esa escala de Capri.

PREGUNTA: De la narrativa que usted no se dice a mí como cirujano me compete hacer algunas cosas así al inicio luego le compete otras. como algunos puntos. Les voy a tratar de traer a colación

lo que los demandantes señalan como motivo de responsabilidad, si en dónde pudo haber falla médica institucional o culpa medica

PREGUNTA: La conveniencia de la cirugía. ¿Qué puede pasar en la cirugía y cuáles son los efectos de la cirugía y qué se espera de la CIA? De acuerdo a lo que usted nos muestra de de las actuaciones propias, también hay en el proceso unos consentimientos informados que se hacen en la clínica medilaser en esos consentimientos informados. Usted participa o eso es una gestión solo email.

No yo claro que participo, al contrario que yo. Siempre estoy muy pendiente de mis pacientes y a veces las clínicas y hospitales entregan el consentimiento muy cerca de la cirugía y soy consciente de ello, por eso yo soy té con mucho tiempo de anticipación a mi consultorio de mi paciente para informarle y para estudiarlo muy bien. Qué decir que él tiene dos consentimiento es mío. El de la clínica y el del cónsul.

PREGUNTA: ¿Usted recuerda el de la clínica?

Sí.

PREGUNTA: Y, en el caso de la clínica medilaser, usted sabe si ellos manejan un consentimiento específico para cada procedimiento o es un procedimiento general y le agregan algunas particularidad?

Sí, realmente sería imposible tener una específico para la tan vasta variedad de procedimientos solo en cirugía plástica sería imposible. Imagínense con todas las especialidades. Hay una o algo general, pero lo bueno es que 1 anota a mano lo más importante y relevante que le pueda pasar como lo hice en ese consentimiento. Por eso mi consentimiento no es digital, por eso esa mano porque se nota el esfuerzo que 1 hace explicándole al paciente causa las más importantes porque yo podría anotar todo, como podría ser muy. Muchas personas, pero yo me centro en lo más importante específico del procedimiento y ahí están.

PREGUNTA: Que es cuando usted hizo esas atenciones privadas como en Mediaset, el señor Mendoza iba solo iba acompañado?

Solo.

Sí.

PREGUNTA: Nunca fue con la señora Gladys con la esposa.

La verdad, no lo recuerdo, pero la mayoría siempre fue solo. Si yo no sé si ella fue yo creo que la conocí. En el momento de la cirugía, pero puede que me esté equivocando. También tú no recuerdas ese dato, pero muchas veces fue solo yo lo yo. Lo existen muchas.

Y de estos documentos están entregadas soporte a su paciente o solamente era para la historia clínica. imagínese que, por ejemplo, él me trae los documentos a mi consultorio, de ahí donde yo. Le tomo foto copia. Él tiene, por ejemplo, la valoración de Medicina interna, se le demoraba o la EPSY en la tomó particular ahí ya está en la historia clínica, él tenía soporte todos los documentos. Es más, él cada vez que yo lo aceptaba, puede usted ver algunas cosas en donde yo lo cito y voy poniendo para clínica Y, cuando noto algo importante, le pido a otros más, por ejemplo, eh, bueno, ahora se va a tomar la. Ecografía del taxi vuelva a poner sus estudios. Bueno, ahora va a ser la variación de cardiología, falta la Medicina Interna, no lo, pero si no tiene Medicina Interna. Bueno, doctores, ya está demorada, la voy a tomar particulares famosos, bueno, tráigame todo eso se hizo con él, siempre se habló absolutamente todo, bien detallado. Se habla de unas medidas de seguridad. Que se entiendo yo se plantean desde antes con todos los exámenes, los prequirúrgicos. Eh, pues obviamente para para verificar. El estado del paciente advertir riesgos y estar pues preparado.

PREGUNTA: Hablemos en términos médicos, en la demanda, allá se dice que hubo complicaciones. Para los demandantes si hubo algunas complicaciones sobre él, sobre todo en lo que tiene que ver con la disponibilidad de los glóbulos rojos, que para ellos produce el choque hipovolémico. Que explíquenlos a nosotros, doctor Que ese contexto, si es cierto que usted se paró

la sala de cirugías por 6 horas, si es que es el tiempo promedio. Para cada para. Este tipo de procedimientos. ¿Que pudo haber pasado o qué pasó puntualmente para que la cirugía se extendiera 6 horas?

Bueno, yo tengo entendido que pedí 8, pero puede estar equivocado. La verdad tengo que revisar toda la historia clínica. Yo tengo entendido que pedí 8. En ese orden de ideas, hay una comunicación con la extensión logo antes de la cirugía del qué es lo que vamos a hacer y de la magnitud de las. Más allá de los documentos. Además, como les expliqué en el comienzo, yo como micro cirujanos estoy acostumbrado y hecho cientos de cirugías de 12 a 18 horas.

Sin ningún inconveniente. Entonces es yo entiendo que una tiempo quirúrgico llame la atención y es completamente lógico, pero eso también habla de en mi en mi vocabulario, de la calidad del cirujano, porque 1 puede hacer las cosas rápidas Pero si yo tengo que escribir en la historia clínica que vuelva a hacer hemostasia vuelvo a hacer hemostasia para que mi paciente no sangre para que quitar todos esos 15 kg llevan harto trabajo y probablemente hindú indudablemente 1 hace un estimado 1 nunca cuando escriben una historia clínica tantas horas es es exactamente el tiempo es un estimado. Indudablemente se puede ser menos, pero muchas veces y los anestesiólogos lo saben es, puede ser más y hay un chiste porque perdóname que lo diga así. Pero entre colegas, si el cirujano dice dos de la anestesia lo dice cuatro. Porque hay una cosa real que yo estoy centrado en mi cirugía y el tiempo para mí pasa muy rápido. Pasa lento perdón mismo para mí pasa lento porque yo estoy concentrado como cuando 1 estaba muy divertido en una actividad. Y. Estás concentrado en lo tuyo y el que está afuera sí siente que pasa mucho más lento el tiempo nuestro. Nosotros podemos decir, no tenemos esa regla tan precisa del tiempo. Hay una variación, pero se sabe que puede haber eso. Pero además, y más importante aún, que si hay prolongación del tiempo quirúrgico. 1 puede hacer todos los correctivos pertinentes y además también existe la posibilidad de hacer una observación. Y para la cirugía en cualquier momento. Si el paciente hubiera estado bien, cualquiera de los que están, principalmente del anestesiólogo, puedes ir doctor, el paciente está mal. Hay que paralaras. Y eh la descripción quirúrgica y sale perfectamente que está un ayudante quirúrgico. El doctor Carlos. También podemos citarlo porque él puede decir que yo más

de una vez pregunté cómo iba a mi paciente y me respondieron que iba bien y por eso continuamos con la cirugía porque todo estaba bien porque los monitores, como muestra el récord anestésico, me marca que todo estaba. En los monitores indudablemente hay una cuestión interna que nadie sabía. Que el paciente estaba haciendo una. U un cucho. Que se llama distribuir. Que eso yo no lo puedo saber estando ópera.

Por ejemplo, hace 1 año. Semana Santa del año pasado llegó un paciente con una amputación completa de una extremidad. Cuántos colegas bien aplicación de un miembro superior por volcamiento de un carro. Me llamaron desde Bogotá sabiendo mi trabajo y me dije, Leonardo, el único que está más cerca eres tú lo puedes atender. Mira domingo yo no estaba de. Turno y allá fui al hospital San. Rafael y lo atendí. Jugamos primer seguía desde las 10:00 h de la mañana. Hasta casi la 1:00 h de la mañana. Es el primer día. Paciente pasó aún si había sangrado muchísimo, ese transfundió porque se habían cruzado el brazo y a las 4:00 h de la mañana tuvimos que pasarlo nuevamente a cirugía porque se acaban las arterias y volvimos a operarlo desde las 5 de la cuatro o 5 de la mañana, porque de aquí que inducen la anestesia problema hasta la 13:00 h de la tarde. Volvió a UCI y el paciente se le salvó el brazo y está completamente sano.

PREGUNTA: Desde su conocimos. Punto y experiencia específica. En cirugía plástica y reconstructiva usted prevé un tiempo aproximado a cirugía. Usted nos dice que recuerda que era 8 el documento que nos anexa al anesthesiólogo y si ella, que es de 6 es una planilla, no está firmada, pero pues ahí se se identifican varios procedimientos de ese día. Pero la información con el paciente la de la información coincide en paciente el médico, la sala de cirugía, el procedimiento. Digamos que no tengo yo motivo para pensar que el documento no es cierto. Allá se plantea, insisto, 6 horas usted dice que tenía presente que eran 8, pero. Para que nosotros entendamos en este caso específico. ¿Qué ocurrió en la cirugía puntualmente y en qué etapa del del procedimiento? ¿Cierto, porque recuerda que usted nos narró en qué consiste la cirugía, primero hago esto, luego hago esto, luego entonces le pregunto en qué etapa del procedí? Se demoró. La intervención. Según si usted lo tiene presente. ¿Y, cuál fue la razón?

En toda la cirugía del principio, al final se. Y son 15 kg de tejido. Que hay que resecar. Y se debe hacer con cautela porque es demasiado trabajo. Entonces, por ejemplo, yo recuerdo que estábamos 4 horas antes. De voltearlo boca arriba. ¿Sí, entonces todas las cirugía fue larga, fue esto? Yo insisto que el paciente sangra de a poquito la cirugía fue larga, no hubo ninguna complicación. Un hallazgo intraoperatorio que prolongó más porque había que quitarlo y necesitaba la colaboración porque era complejo, pero toda la cirugía fue la. O indudablemente podría decir que hubo una pausa como de hora y media. Adicional entre que entró el cirujano y salió que yo no podía hacer nada más, yo lo ayudé a él, más bien lo asistía a él a resecar esa masa y no podía seguir con el resto. Ahí es donde usted puede ver, digamos, una pausa de lo que yo estaba haciendo porque se nos dedicamos solo a la masa y seguimos, pero la masa también estaba dentro del plan quirúrgico. Toda la cirugía era larga, no hay ninguna complicación ni una demora específica.

PREGUNTA: Bien. El tema del del de la de la del llamado al doctor ... ¿Eso fue algo que hubo necesidad de hacerlo por el hallazgo intraoperatorio o era algo que se había previsto?

Bueno vuelvo y repito yo preví la masa y de una masa de piel dentro de la piel por fuera de la pared auto. Y yo lo preví resecar con el colgado. Por eso tenía ecografía y tomografía, pero al abrir el colgajo. Y ver la masa con un contenido muy similar a un intestino. Eso me hizo tan amada, una precaución adicional y llamar a mi colega para descartar que. No fue ni textil. Él me ayudó y la resecó como cirujano general porque iba a resecando y viendo que no fuera intestino. Pero fue una precaución adicional al procedimiento, pero la masa fue completamente extra abdominal. Es por fuera de los músculos de la pared abdominal para que ustedes me entiendan, doctor Gabriel. Me pinte porque tenía una cita muy parecida, un intestino. No vaya a ser que hubiera un agujerito en la pared abdominal que se llama hernia y por esa hernia se me haya pasado intestino que no haya sido visto en la tomografía. Yo como cirujano prevenido y soy muy meticuloso con todos mis pacientes y creo que podemos hablar por miles de pacientes que ha atendido y pueden hablar muy bien de mí. Alguna prevención extra y pido colaboración de alguien que sabe aún más que yo en el manejo de los intestinos que decir.

PREGUNTA: Doctor ese esa eso que usted nos cuenta sobre. Masa una masa en la pared abdominal. Que tiene parecido a un destino y creemos que usted prefiere hacer apoyarse con el especialista en la materia para que le diga si es y no es y que lo ayude a remover a estar. Entiendo entonces que esa particular, ese particular hallazgo. Ciertamente. No fue evidenciando en las valoraciones pre quirúrgicas. En la tomografía y en la ecografía, eso no salió.

No sí es lo que estoy explicando, miles de veces está la ecografía, pero una mujer de piel y se puede resecar, pero cuando lo vemos y tiene al verlo, eso no se puede iniciar la consistencia o la forma y el color al abrirlo y verlo el color que se asemeje tanto en el intestino. Yo tomo una precaución extra porque yo lo podría haber quitado, pero quise tomar unas precauciones.

PREGUNTA: OK ya le envié. Bien entonces esa circunstancia también, pues hizo que los tiempos de la cirugía pues se extendiera. Más de lo. Ordinario.

Si puedo hacer la intervención que la complejidad de la masa indudablemente calculaba tal vez un tiempo de receso de 15 o 20 minutos y la complicidad de la masa puede variar. Pero eso es, no se puede saber antes de abrirlo. Toda la información que yo tenía a punta de cura, ecografía y tomografía y por eso mismo yo pedí la tomografía porque él tenía ecografías, pérdidas de unos quistes, pero yo quise saber cómo eran, dónde estaban y si tenían alguna relación con la pared y todo eso yo lo supe desde antes de. Deberás desde las. OK. Siempre estuve muy pendiente de mi paciente y la planificación del proyecto. No hubo ninguna eventualidad.

Y eran planeados transfundirla en la cirugía puede sufrido dos, ni 8 ni 10. ¿Por qué? Por la cantidad de tejido a resecar, yo hago abdominoplastia, este corto, la piel del abdomen es muy frecuente en mujeres pueden embarazos y no pedimos sangre porque se quita 1 kg de piel. Pero como yo la muñequita 15 kg de piel, por eso pedí dos unidades porque eran necesarios reponerle sangre. En la cirugía. No era una eventualidad, era necesario, por eso las pedí. Era parte del plan quirúrgico. No es una eventualidad.

PREGUNTA: Digamos que enseñándome a lo que usted contesta por medio de abogado. Se dice que quien da a conocer. Dice así se da a conocer al juzgado que quien determina la necesidad de la transfusión de sangre es el anestesiólogo, entonces en el procedimiento, quien indica el momento en que se necesita no es usted, sino el anestesiólogo.

Sí, sí, porque él está con todas las variables vitales, él el que controla lo que se administra y controla el monitor y es importante, y lo hizo muy bien. Quiero resaltar, porque si 1 pone la sangre al principio y el paciente sigue goteando, indudablemente eso que se coloca hacer. Pierde. Lo primero es reponer con volumen y después con sangre y eso está bien y se mantuvieron buenos niveles de sangre durante todas las operaciones se ven. En los exámenes.

PREGUNTA: Por qué puede pasar de pronto que en alguna parte de la historia de la histórica clínica de la historia clic. Se diga que se perdió aproximadamente 1500 cm³ y el anestesiólogo señale una suma superior 2000 cm³.

Vuelvo a repetir, no cuando vas sangrando 1 lo que va a hacer es cortando y con una compresa que como una tela blanca 1 va secando. Eso no se recolecta en un no es que esté en el piso, se recolecta en un vaso, sino que 1 va secando. Entonces como 1 mide es muy a ojo. En donde 1. Junta las compresas y las separa las que están muy mojadas y las que están solo manchada. De acuerdo es 1 hace un cálculo aproximado. Yo calculé, 1500 la anestesiólogo siempre calculo un poquito más por seguridad. Hijo 2000 y los cálculos que le mostré en ese estiman nos daban 1700 los dos y teníamos la razón, no estaba ni en 1500 ni en 2000, estaba en 1700. Realmente es la información que dimos, los dos es la correcta porque es un aproximado entre 2 números. Es como si usted mira una manzana y dos personas tratan de adivinar el peso. Entre 50 y 60 g y pesa 55. Los dos estábamos cerca del valor.

PREGUNTA: Ese ese esa esa información, no se logra sacar del informe de medición que usted me dice que parecía una tira de un, de una factura. ¿El informe de medición ustedes lo refirió, fue, pero para la hemoglobina, verdad?

Sí, voy a explicar esa parte. ¿1 antes de la cirugía, calcula cuánto primero si hay riesgo de sangrado? No, yo le digo, es como la cirugía larga bye el sangrado y tengo que reponer sangre. Dos calcula cuánto puedes sangrar mi paciente porque yo voy contando con presas y voy mirando y me van informando, ya sangró mucho. Pararemos, hagan una transfusión, etcétera. Pongámosle más líquidos, se toman medidas correctivas. En entonces yo necesito saber y el anestesiólogo lo hace, siempre es el cálculo de las pérdidas permitidas de sangre.

Entonces, sabiendo el peso, saliendo la la hemoglobina inicial que la concentración de sangre que tiene mi paciente antes de iniciar la sería y cuánto yo voy a permitir sangre, o sea. Como yo explicaba. ¿En menor a 7 sí o sí? La mayoría de las pacientes se transfunde, aunque algunos se espera ojo que hay pacientes que todavía se puede esperar un poquito, pero digamos que por regla general te va. A decir que se transforma. Horrible general 1 es más precavido y impacientes por unarios o con enfermedad cardíaca. Se transfunde debajo de nuevo.

Para hacer el. Ejercicio, aun siendo yo más generoso, hicimos los cálculos con hemoglobina de 10. Y nos da unas pérdidas permisibles de 3007.

PREGUNTA: Bien se nos señalaba que frente a ese cálculo de la de la pérdida de sangre se podíamos ver la unidad de movilidad, según el informe me diste. De medición de gases arteriales, pero que eran más confiable o más exacto. El de laboratorio, cierto.

Sí, me explico. Hay dos muestras una que se. Toma de la avena. En donde 1 puede hacer el análisis de la sangre que se llama hemograma en donde dice, qué nivel de sangre tienes ¿Cuántos leucocitos células de la defensa tiene y cuántos glóbulos rojos? Ese estudio. Quizá escrito también apenas entra UCI reporta 11,8 de Molina que es un rango normal. El otro estudio. En la tira que parece supermercados se llaman gases arteriales y reporta 13 puntos, 3 aún más alto, aunque tiene un sesgo, pero igual estaba alto, no estaba abajo. En ningún momento.

Cuando se hace el este procedimiento. El tema de la transición dentro del plan usted indica que debe manejarse por unidad de cuidados intensivos, transfusión horas en un débito de sobra, manejo

antibiótico, linda ciclos, más corazón, control, medidas anti escaras, uso de sistema de compresión neumática intermitente y se sugiere talión grafiado, niveles para descartar presencia de.

PREGUNTA: Ya hablaremos de las compresas y de incidentes cuando usted haya tenido el el reporte de la cirugía, según la epicrisis. Usted señala que claro, manejo por oportunidad de crear intensivos punto transfusión cuando. Usted se refiere a trasfusión a que hace referencia?

Me refiero a que transfundan cuando deban transfundir, básicamente porque en un momento quién te ha creado extensivos Yo ya no ordeno nada. Si usted en el sistema yo simplemente hago como un relato y voy a observar y quiero pendiente de la evolución de mi paciente desde el punto de vista quirúrgico, si lo tengo que reintervenir, poner un tren quitado, un freno a limpiar una herida. Pero todas las intervenciones de salvamento. Lo que es monitoria ventilación, diálisis, sangrado, medicamentos. Lo hacen intensivista y yo debo respetar sus órdenes, indudablemente vigilar que todo se está haciendo bien y todos hizo muy bien, por eso yo no tuve que decir cuándo transfundir.

Porque ahí se puede. Que nunca los niveles de sangre bajaron por debajo de 7 y la unidad de cuidado intensivo estuvo muy, muy diligente y tratando de salvar esta vida todo momento y se colocó la sangre cuando empezaba a bajar un poquito porque indudablemente sigue perdiendo algo con los trenes porque el paciente entró en acidosis y ahí es donde empiezan a fallar los órganos y 1 de los órganos que empieza a fallar en la hemostasia, por así decirlo, porque es la médula ósea y. Demás.

Los factores de coagulación hay otro tema que se llama. Julio empatía por consumo porque. Al colocarle muchos líquidos o al empezar a transfundir indudablemente empecé a la población o alteración de la coagulación y por esto en la UCI también le colocan plasma y plaquetas para mejorar la población.

PREGUNTA: entonces entendemos que. Hoy usted atiende la cirugía, el paciente. mejor dicho. Cuando usted termina el procedimiento quirúrgico. Creo que la escuché bien de unos momentos antes. En su criterio profesional, la cirugía fue exitosa.

Exitosa, es decir, más doctor Manuel Reyes, estuviera acá indudablemente desde el punto de vista técnico, todo fue correcto. El accionar, sí. Entonces nosotros somos. Todo lo humanamente posible para que todo saliera bien. No hubo sangrado y desde el punto de vista técnico quirúrgico se hizo todo bien exitoso si usted lo. Quiere nombrar de esa. Manera. Pero pues yo soy una persona muy exigente, mí y realmente nunca he estado en una una juzgada y no quiero volver a estarlo y créeme que cuido. Mucho a mis pasos.

PREGUNTA: ¿Ah usted dice que cuando se hace la medición? De La informe medición. ¿Que? Le llamó inclusive mucho la atención el diagnóstico allá de quien interpreta, dice acidosis metabólica sin disfunción pulmonar.

Dice con disfunción, dice así decir metabólica con acidosis metabólica no compensada, sin disfunción pulmonar con signos de hipo perfusión tisular.

Ah es que es que hay dos, dos anotaciones, está en la primera 6 acidosis metabólica que en distribución con una severa. La ahí no entiendo la otra palabra.

PREGUNTA: Ah exacto y la siguiente la que usted me leyó. Bien usted dice que le llamó mucho la atención estos resultados y que hasta le tomó foto. ¿Por qué?

Sí. Porque ahí es donde 1 se da cuenta que el paciente está mal. Está muy mal y tiene riesgo de que muera.

PREGUNTA: La actuación así severa que usted nos no la no, la explicó y cuando contesta la demanda. Nos dice bien. Sí 6. Hecho 37 respuesta como se evidencian el aprobado, coméntala aportada al proceso de la hemoglobina en el postoperatorio inmediato era de 11,8, lo que demuestra que no es cierto que el paciente haya presentado choque o léntico otras operatorio como causa de.

La muerte sino una discusión celular mitocondrial trastorno de oxigenación y metabolismo celular de origen idiopático, como lo demuestran los gases arteriales de ingreso a UCI con acidosis

metabólica e hipernatremia sin anemia en rango de transfusión. Lo que yo le entiendo entonces es que su entendimiento bajo su competencia.

PREGUNTA: Que lo que a él le ocurrió fue esa disfunción celular mitocondrial es lo que yo le entiendo.

Sí y en el dictamen. Especifica un poquito más y explica esto el internista. En donde 1. Hay él explica cómo un paciente obeso. Tiene una disfunción endotelial. ¿Qué es esto? Un paciente obeso por más que pierda de peso.

PREGUNTA: ¿Dice usted que no se podía predecir antes de la cirugía, cierto? No era imposible, impredecible. La, tampoco podemos pensar que era un riesgo inherente, sino. El simplemente le ocurrió al paciente.

Es un riesgo. Moderado, nosotros sabemos que todos los obesos los llamamos. Los siguientes frágiles. Porque entonces hay muchas variables en donde el Nobel se puede responder muy de forma muy diferente. Es más frecuente la infección, puede sangrar más, puede hacer hipotensión, entonces es más fácil, es más variable, entonces indudablemente el esfuerzo de Del anestesiólogo y del cuidado crítico es muy importante y por eso se reserva unidad de cuidado intensivo por si llegaba a pasar.

PREGUNTA: Se tiene conocimiento si en desarrollo del procedimiento, es decir, en la etapa operatoria. Citaron a la familia que había que empezar a conseguir sangre tipo o negativo.

No, no tengo conocimiento de ello y. Lo que pasa. Quiero aplicar esta. Parte que, por ejemplo, llega un paciente agosto. ¿Y si a usted le dicen? Y sangró 1500. Indudablemente lo que usted primero que piensa es que. Es sangró mucho. Pero tiene que hacer todo el análisis del paciente ante todo el interpretarlo. ¿Cuáles eran sus pérdidas permisibles, cómo se comportó el paciente en cirugía, si hubo algún evento, un sangrado agudo? Cómo están las tensiones durante toda la cirugía y en las análisis de UCI describen shock cardiogénico versus shock séptico versus hipovolémico versus

versus versus ellos. Simplemente dicen también que está hecho, quiere decir que no tiene perfusión de los tejidos, no le diga oxígeno a la célula, no sabemos por qué.

PREGUNTA: En el en el en la epicrisis también en la historia clínica, las notas de evolución se refiere. Ah no no, no es motivo de demanda. Que nadie lo refiere, pero pues me llama la atención y por eso lo pregunto. Se dice que hubo. Un incidente relacionado a que una. O dos con Press. No aparece. Y lo que tengo entendido es que finalmente no aparecieron. Se usted sugiere la reducción de abdomen de Félix también después hacen el tratamiento. Antibiótico y demás y yo os prueba del proceso al final del encuentro que todos estos exámenes de laboratorio indicaron que no hubo. ¿Es así?

Yo voy infección y es un incidente en donde el la. El instrumentador quirúrgico va pasando con presa. Palitos para secar. Y él va contando en algún momento perdió la cuenta, probablemente. Entonces supongamos que él dijo que eran 100 y con o dijo que eran 100 y hay 98. Entonces apenas terminamos la cirugía, él tiene que reportar el conteo de completo. Él me dice 98 yo estuve seguro en todo mi procedimiento y revisé antes de cerrar. Si no hubiera contesta yo tranquilo. Todo está bien. En el peor de los casos se puede quitar después las compresas traen una tira que se llama radiopaca, un pedacito de sintaxis se puede ver en la radiografía. Si hubiera una completa, va a aparecer en la red. Entonces yo tomo otra vez las medidas correctivas y preventivas y les pido la revertidas y las observo. Y ahí ahí, como salen reportadas, no se observan completa y yo lo escribo en la historia clínica.

PREGUNTA: Aquí en el proceso usted mismo hacía alusión por allá un dictamen pericial en dictamen pericial que aporta medilaser. Cuando contesta la demanda. Hay un dictamen pericial, felicidad inicial y con su complementación de la Universidad Nacional y hay otros dos dictámenes. De misma medida hacer para contrarrestar el dictamen de la Universidad Nacional. Pues no se necesita. Mucho mucha experticia de por qué me hilase recuento hace ese esfuerzo probatorio. Pues lo hace porque puede entender que el dictamen de Medicina legal de Medicina legal de una litera Universidad Nacional. Bien. ¿Puedes entrar a advertir? ¿Que hay una responsabilidad médica,

cierto? Eso no se necesita mayor esfuerzo para ello. Eh y, pues ya será el médico en la Universidad Nacional cuando existente que le hagamos ciertas preguntas y lo mismo. Entendido a los contratistas me llamó. Pues porque para mí como abogado y. Juez de la causa. ¿Doctor Gaviria, lo que dice se entiende por la corte que el juez es el perrito de peritos, cierto? Pero el perito de peritos, pues no es no se las sabe todas. No tiene el conocimiento pleno. Técnico, pues se vale justamente de experticias. Y ya le toca el juez. Como en casos como el presente. ¿Eh puedes entrar a darle un efecto probatorio y jurídico, a quién les a quién le da la razón? ¿AA mí me toca esa tarea tan difícil, cierto? ¿Porque en los demandantes? Tienen su verdad. ¿Usted la suya en los peritos tienen la suya cierto? Y pues al juez perito de peritos le toca sentarse a ver cómo resuelve esto. Y, por supuesto que me por supuesto que mi vocación, más allá de yo ser, pues apenas de primera instancia.

Para interpelar, digamos, la averiguación. Tengo algunas preguntas a usted sobre esas intervenciones o esos conceptos médicos que hay acá?

Cierto, sí me gustaría hablar de ellos.

Exacto, sí, y pues, porque para mí son. No es extraordinario, no me sorprende, pero pues. Términos de la medicina. Sí, me parece bastante llamativo que. Un médico desde su conocimiento y su especialidad. Pues llegué a. Unas conclusiones y habitualmente podría decirse que distintas.

INTERVENCIÓN JUEZ: En, en el caso del del del trabajo de nosotros, de los jueces, pues el mismo caso que estamos aquí tramitando, lo puedo fallar de una manera y el otro buscado lo puede fallar de otra. Y la de otra y de una de. Entiendo yo que por eso. ¿De así? El caso presente y tampoco puedo partir del supuesto de que es que alguien miente. Parto del supuesto es que de su experticia profesional hace un análisis y llega a unas conclusiones.

RTA Pero quiero hacer una aclaración muy importante y es que lo no sé si es correcto, yo no soy abogado. Pero el peritaje de la nacional sí se equivoca y gravemente en el trágico y en muy fácil demostrarlo está en la historia clínica están los exámenes están los criterios de todos los libros y

revistas del mundo en donde cuáles son Los criterios de transfusión. Sí muy importante la ultima palabra, señor juez. Si usted me. Lo permite, no puede tener si vista que hoy le dice. Así dioses metabólica, esto no es un shock hemorrágico, esto no tiene nada que ver con el procedimiento quirúrgico, el procedimiento quirúrgico, minuciosos y escribo si sangró si no sangró, ¿cuánto sangró? Por qué se lo pudo comprobar con el objetivamente con matemáticas y con cálculos que lo hacen software que se pueden hacer a manos, también aquí lo tengo hecho. Entonces, eso es muy delicado, señor juez y yo entiendo usted que esto es como cuando un padre escucha los hijos y tiene dos versiones diferentes. Yo lo entiendo y está en su. En su inteligencia. Discernir esto, pero como yo hice mi planeta hablo completamente la verdad y estoy aquí para decir la verdad y que esto sea claro, sí, es muy fácil llamar a muchos otros más colegas. Podríamos llamar a 100 colegas más y se da cuenta. Y no hecho que hemorrágico, sino se llama un shock distributivo, muy probablemente es que hace una acidosis metabólica que no se puede ver por ninguna variable del monitor, solo en los gases.

INTERVENCIÓN JUEZ: Doctor Moreno, quien es un emite un dictamen pericial. La solicitud de medidas. Está convocado también para que explique su experticia y pues su abogado podrá intervenir e indagar.

PREGUNTA: Es respecto al respecto a la. Valoración OA la revisión preoperatoria. Eh. Él dice que por tratarse el señor mano en vida de un paciente por bariátrica. Y utilizo las palabras de él, debió haberse solicitado una valoración nutricional para ampliar, ampliar el rango de seguridad. Sin embargo, los valores encontrados en los exámenes complementarios son apoyo suficiente para haber declarado la viabilidad de la cirugía. ¿Yo ya le preguntaré a él algo sobre para mí algo incongruente que afirma, hay para mí, pero se lo preguntas a él, cierto? E. ¿Usted cree como médico que conoció el caso especialista? Que una valoración nutricional.

Sí.

En efecto, pudo haber ampliado el rango de seguridad. ¿Y en qué sentido, si es que lo podía enviar Debido a la A las causas de fallecimiento, no tiene absolutamente nada que ver. La nutrición estará

más relacionada, es con la defensa con este tema inmunológico y con la y con, digamos, la cicatrización. Un paciente puede tener una descenso menor, sí, pero realmente la mayor parte está relacionada con la técnica operatoria. Y un paciente sano, no infectado, no iba a variar el integrarse en absoluto. En ese orden de ideas, señor, pues por eso también se pidió la versión por Medicina Interna y el que vio el estado general completo de todas las perspectivas del paciente. Y dio la vuelta también.

PREGUNTA: según la narrativa que usted nos ha, según lo que entiendo de la historia clínica, porque no lo menciona, sino lo volvía a partir de la de la de la estadía en un. Su paciente. Manuel no sufrió de anemia.

En el procedimiento, cierto, no quedó en condiciones anímicas.

PREGUNTA: Sí es digamos que le entiendo yo que durante el procedimiento. ¿U ausencia de anemia, cierto?

Sí en la hemoglobina final fue de 11.8, teniendo en cuenta que se le colocó mucho líquido y eso es como un jugo, usted le pone líquido y lo diluye, o sea que realmente siempre tuvo. Buena cantidad de Sangre. A lo siguiente el hecho de que el señor Manuel no hubiese registrado. Anemia en el en el procedimiento. Es también otro indicativo de que no hubo un choque hipovolémico.

Le pregunto algo que este no lo meto, aquí lo incorporo cuando usted ve la situación especial de su de su paciente. Se preocupa, le llama la atención, le toma foto a los gases arteriales. Entiende que él. Reportó una circunstancia que no se podía producir en la cirugía, la acidosis láctica. Basado en su experiencia, al menos en ese momento, el señor Manuel. Eh. Podía seguir siendo tratado en la UCI de medilaser o el requería una vez más especializada.

No la UCI de medidas es de alta complejidad cardiovascular de yo digo cuarto nivel tienen ecmo tienen circulación, está tienen absolutamente todo. Realmente yo no tengo ninguna queja sobre el manejo en UCI. Se hizo todo lo humanamente posible y no hay ningún conflicto de interés ni nada.

Si no es mi punto de vista como médico y todo lo que hicieron allá hasta lo hicieron en diálisis, hicieron todo lo que se podía.

Eh quiero aclarar que tampoco estuvo en rangos críticos de transfusión durante toda su estancia hasta el lamentable fallecimiento del paciente. Si usted revisa la hemoglobina más baja, creo que es de 8.7, ni siquiera llegó a 7. Jamás. Nunca fue el sangrado la causa de decir.

PREGUNTA: ¿A qué se refiere? Pero pues él. Habla de complicaciones, pero no dice cuáles. pues ya miraremos el efecto que esto tiene en el proceso. La respuesta de él es insuficiente. O si con su interrogatorio, nos explicará qué quiso decir esto porque, pues sí insisto, él habla de complicaciones, no dice cuáles son la historia clínica y nos dice que no hay y usted no dice que no hubo que lo que hubo fue complejidad. ¿Cierto que es distinto?

Es muy distinto.

PREGUNTA: Bien. También, dice él. ¿Que? Conforme la historia clínica. El paciente presentó. Nuevamente refiere complicaciones quirúrgicas, es decir. Él se ubica en el estadio de la cirugía Que llevaron a un choque hipovolémico y a un prolongado tiempo ¿De acuerdo a lo que usted nos ha narrado Entonces eso no es cierto?

Lamentablemente, no es cierto, es una mala interpretación. En donde se puede ver que no hubo ninguna complicación quirúrgica, podemos llamar al estrado a mi ayudante quirúrgico o al o al circulante de sala, en donde podrán observar que no hubo complicaciones, sino una cirugía larga. Con un sangrado paulatino normal de cualquier cirugía larga en el cual se reponen los los hemocomponentes. Al final, para evitar que esto se pierdan durante la cirugía, como siempre se hace en cualquier procedimiento que no hay choque polémico porque se demuestra que las pensiones están completamente normales. Que hay reposición de líquido y que no hay pérdida de sangre porque todos los niveles objetivos no lo digo yo lo dicen todos

PREGUNTA: Bien. Para para que quede en la audiencia. Usted no se puede precisar. Eh. ¿En qué momento de la atención del paciente hablamos cuando decimos tras operatorio?

No sé que he hablado tantas cosas.

PREGUNTA: No es que se lo digo porque la parte demandante le pregunta al médico de la nacional en el caso en comento la consecución de sangre compatible se hizo o no tras operatorio

Es esto es como la interpretación. Yo digo que hay una fase preoperatoria, una fase intra o tanz operatoria, tal vez se refiere a eso y una fase postoperatoria entiendo yo, pero esta es mi interpretación que trans es durante la cirugía o intra o dentro de las 5. Entonces, la consecución de sangre no fue tanto por operatoria porque ya estaba ya estaba reservado y en la lista de chequeo que he hablado de conversamos el interrogatorio en la lista de chequeo estaban las unidades, por eso pudimos dar el visto bueno para iniciar las.

PREGUNTA: Yo le preguntaré a él cierto ¿Pero le pregunto en estos momentos usted: Sí entiendo en este momento esta respuesta es que. Se requerían para el perito de la Universidad Nacional. Más unidades de sangre. Más unidades de sangre en el trazo operatorio o en el intraoperatorio. Pero pues no se le suministraron mientras se consigue. Más unidades, lo que ocurrió en. ¿Es eso cierto o no?

No, no es cierto, vuelvo y repito, porque la nolina está en meta 11.8 es una hemoglobina completamente normal. Entiendo que el perito puede haber tenido una mala interpretación porque indudablemente no estuvo en la cirugía y leer toda esa historia clínica no sé si vio los gases arteriales, porque yo sí tengo la foto y conmociona, tira, no sé si la si la presentaron, pero sí está documentada en la UCI, escribe la nota y se gases arteriales. Ta ta ta ta ta. Ta. Ta sí, pero el documento físico yo no lo encontré. No sé si está ahí. ¿Yo lo tomé, por qué? Porque yo no soy intensivista porque tomo la foto porque le tomo la foto y voy y le consiento a mi colega que me que puede hacer. ¿Qué podemos hacer? Con nuestros pacientes me preocupo por mi cole con mi paciente y estudio todo lo que esté pasando. OK eso es falso.

Antes el punto 3. OK. Sí, en ese botón idea es entendible que salgan a buscar más sangre porque solo tienen cuatro en un paciente que entra en acidosis metabólica, puede que siga sangrando

después poquito y hay que reponer por lo que fuera necesario. Eso es lo que hicieron en la U. Pero no es que no se le había puesto lo que necesitaba y imagínate si tiene 11.8 no es necesario y eso lo dice el otro perrito. 1 transfunde lo que el paciente necesita porque la cara en el componente que 1 coloca tiene riesgo biológico. Entonces 1 no puede decir llenémoslo de sangre, porque sí 1 solo transfunde cuando el paciente lo necesita. Y no lo necesitaba más unidades por cada unidad sube el riesgo biológico, unos transfunde lo justo. Y lo necesario. Ni tampoco de forma tacaña lo necesario, pero no he visitado más los laboratorios lo.

Bien. En la pregunta 2.18, el médico de la nacional se le pregunta. Si en el acto quirúrgico. Cierto. Presentó no choque hipovolémico descompensada.

¿Es decir, nuevamente la pregunta se le limita? A la cirugía es lo que no entiendo. Y si esto fue por falta de sangre compatible Cierto y él contesta de acuerdo a la historia clínica, presentó un choque, O sea, él dice que sí, que pese al manejo con líquidos cristaloides y las dos unidades de r reserva no alcanzó a ser controlado. Según él, por falta de disponibilidad de más unidades de glóbulos rojos compatibles. Según he entendido. De su extensa intervención. ¿Eso no es cierto?

Me da mucha pena y porque a mí me preocupa mucho que un perito haya puesto eso. YY indudablemente nos afecta a todos porque usted jodidamente parte de la veracidad de todo el que está acá ya. Ha hecho un juramento. Y eso complica las partes porque es completamente falso. Y los gases arteriales muestra una acidosis metabólica, pero no es producto. De un choque com. Es producto de un shock distributivo. O un shock cardiogénico distributivo mixto, pero no es, no tiene nada que ver con. La sangre ni con el volumen.

PREGUNTA: Hablando le entiendo yo de ubicación en un sitio, él da una impresión diagnóstica. Dice choque y problema. Sí ese ese intensivista. No sé si usted conoce esa. Esa observación, esa impresión diagnóstica.

No, no creo estar desde un principio como digo, es una impresión diagnóstica que no es cierta porque simplemente ellos no saben qué le está pasando hasta que 1 no lee toda la historia y no

revisa. Ello es lo que indudablemente. Es un choque, pero tienen que revisar toda la historia para darse cuenta como dicen los primeros diagnósticos hipovolémicos, setups versus etcétera, etcétera. Pero él no sabe lo que pasó en la UCI, él simplemente hace una impresión de. Lo que cree. Porque le contaron que sangró 1500, pero podía sangrar tras 1000. El choque distributivo por difusión celular y podemos verlo hasta en el récord. Anestesia está ahí ese objetivo.

Yo interpreto entiendo perfectamente, pero es una impresión diagnóstico en un diagnóstico confirmado. Eso es muy importante, usted no se pueden valer de una impresión cuando el especialista hace un turno de 12 horas, mi no revisa toda la historia clínica ni tampoco saben qué es lo que pasó los días.

PREGUNTA: ¿Por eso usted en algún momento tuvo la misma? ¿Tuvo alguna impresión diagnóstica? De choque hipovolémico-

No siempre esto fue metabólico celular. De oxigenación.

Pero cuando entregamos el paciente a la UCI y otros gases arteriales y me preocupó mucho por la salud de mi paciente, yo hablo personalmente con la intensivista. Y las palabras, ellas fueron tranquilo, doctor, usted hizo las cosas bien.

Si usted me permite compartir la pantalla. Yo le puedo mostrar un artículo que explica el paciente cuáles son los tipos, los choques, criterios de choque, pero 1 tiene que empezar a investigar cuáles. Es más fácil decir que sangrado, porque lo único que se ve, pero la disfunción celular no se ve, entonces hay que estudiar la historia clínica para saber qué es lo que está pasando. Y perdón, si usted me permite compartir 1 segundo, le muestro el artículo para que usted vea cuáles son los tipos de choque, que es lo que no nombra la la intensivista nombra los tipos de choque, o sea es una clasificación completa, como diciendo está en un choque, hay que investigar cuál es el shock.

COMPARTE PANTALLA:

Tabla 1. Clasificación del shock y sus causas

Tipo	Alteración primaria	Causas comunes
Hipovolémico	Volumen reducido de sangre circulante	Hemorragia Pérdidas gastrointestinales o renales Síndromes de pérdida capilar
Distributivo	Vasodilatación con precarga reducida	Sepsis Anafilaxia Lesiones del sistema nervioso central o espinal
	Mala distribución del flujo de sangre	Intoxicación por fármacos
Cardiogénico	Contractilidad miocárdica reducida	Cirugía cardíaca Fallo cardíaco congestivo Disritmias Lesiones isquémicas o hipóxicas Alteraciones metabólicas Intoxicación por fármacos
Obstrutivo	Obstrucción mecánica al flujo de salida del ventrículo izquierdo	Taponamiento cardíaco Embolia pulmonar masiva Neumotórax a tensión

Sí, como le explico un comienzo, si me deja perder, mostrar una cosa en la pantalla de un artículo 1 segundo nomás una clasificación muy sencillo. Voy a compartir entonces 1 segundo. En la pantalla. Este artículo. ¿Sí, cualquier artículo hay millones, pero ha actualización del show? Sí. Cuando hablamos, De hecho, aquí yo solo quiero mostrarle esto que se llama la clasificación del choque y sus causas que ya se lo mostré. Viste al equipo eléctrico del distributivo el cardiogénico y lastrucci. El hipovolémico, básicamente por falta de volumen. De sangre circula. El distributivo básicamente por vasodilatación y por mala distribución de la sangre. El cardiogénico porque el corazón no se contrae y el objetivo porque era una obstrucción mecánica al flujo de sangre en el corazón. No existen más, básicamente es es. Cuando a un paciente ingresa UCI entra en choque. Probablemente usted no sepa la. Causa usted lo que hace es reanimar al paciente. Por eso es que le ponen el polémico al principio hemorrágico y después termina cómo séptico que acá el distributivo

séptico y esa la causa de muerte, un shock distributivo. Ellos creen que sepsis. Pero no tenía el resultado del cultivo, probablemente. Porque ellos saben que se contó, se comportó como distributivos, porque ellos saben que la sangre está bien. Pero hay otras causas, decisión distributivo que la mala distribución del flujo de sangre en los tejidos. Por la susceptibilidad los fármacos de un paciente joven y todo está escrito. Inicio orden de ideas, por eso puede ser cambiante el diagnóstico porque el médico está intentando hacer un esfuerzo por entender qué es lo que está pasando. Es muy fácil ya mucho tiempo después y leyenda absolutamente todos los detalles de la historia clínica. Yo poder de darle a usted el diagnóstico clarísimo porque yo he estudiado muy bien este caso.

Pero indudablemente en ese momento es la impresión diagnóstica, por eso la doctora, la doctora pone todos al principio, después pasan por 1, pero después se dan cuenta que la causa es distributiva porque los análisis de sangre, si no fuera, fueron normales y dentro de los shock distributivo que eso no está en.. Así es el manual de codificación, por eso salen solo. Unos pocos código. Por eso generalmente 1 hace en en el informe 1 describe en detalle cuáles. Son los que menos.

Existe es 1 de las tantas causas de shock distributivo que o casualidad. Coincide con lo que yo he insistido en un principio que el shock distributivo, pero no fue cierto. Porque los cultivos son negado. Y porque una sepsis generalmente tarda en generarse unas 72 horas desde que. Hay un foco. O sea si se abre un. Foco séptico, tareas como más o menos. 72. Horas en estar en estado crítico el paciente. Y no fue.

PREGUNTA: Doctor galiano. Para interés de la audiencia o mío, por lo menos 1 choque hipovolémico es lo mismo que un choque hemorrágico.

Eh para simplificarlo sí, eh, pero lo que pasa es que 1 pierde sangre. Sí, y 1 puede reemplazar parte de la sangre con líquidos y mantener la volemia. Pero hay otras. Causas de choque hipovolémico, por ejemplo, un trauma raquimedular. Eh no perdón ese distintivo en una deshidratación extrema. Sí. Un niño que sufre de cólera y una deshidratación extrema tiene un choque hipovolémico porque le falta líquido en la circulación, pero no son los glóbulos rojos sino el resto de agua. Que tiene la

sangre por así decir. O sea, dentro De hecho polémico, y si quieres vuelvo a compartir dentro del shock hipovolémico. Está el hemorrágico, pero 1 es 1 de los tantos.

PREGUNTA: ¿Usted sabe si existe el término trauma quirúrgico y qué significa?

Sí. Cuando 1 está operando 1 genera un tramo es cortar los tejidos. No es lo mismo, por ejemplo, hacer una cirugía muy pequeña, porque una bonita mía cada una. Que hacer un doble trasplante de corazón, pulmón que sigan tesco o algo intermedio que puede ser quitar 15 kg de piel, entonces el trauma quirúrgico es el tamaño de la cirugía, por así decirlo, en cierta manera. Y también indudablemente la cantidad de tejidos a quitar la superficie corporal, intervenida, etc.

PREGUNTA: Es que lo digo porque el médico de la Universidad Nacional señala que en este procedimiento se produjo un trauma quirúrgico que por la extensión del tiempo quirúrgico y la falta de disponibilidad de sangre, terminó en una complicación kilos.

Sí entiendo señor juez, que cuando usted. Lee también, piensa que estamos haciendo algún daño, no toma ese refiere y él lo podrá explicar. Es simplemente cuando yo estoy cortando. Por ejemplo, si corto 2 cm de piel es un trauma de 2 cm de piel pero espíritu. Pero si Quito 10 kg de piel es un tramo de 10 kg de piel para que más o menos entendamos de. ¿Qué se trata? De no es una complicación ni que yo esté generando otro daño al paciente por lesión de alguna estructura animales. Y la magnitud de la salud.

PREGUNTA: ¿Usted usted que siguió viendo su paciente en UCI? Que supo si al fin se consiguieron sangre compatible para Emmanuel.

Sí y está en la historia clínica, se transfundió muchas veces, creo que por lo menos. Cuatro unidades glóbulos rojos más por lo menos realmente no detalle, no me puse a contar porque sé que el problema no está en la sangre.

PREGUNTA: Y el hecho es que de pronto el tipo de sangre fuera tan escaso, tampoco común. Y que en la clínica no hubiera. Unidades de esa de ese tipo, disponible por lo menos ahí.

¿Y estuvo alguna incidencia? Nada que ver porque cuando se necesitó se consiguió. Indudablemente en cualquier hospital en lo negativo, es un dolor de cabeza conseguirlo, pero lo consiguieron y lo hicieron.

- **INTERROGATORIO MÉDICO INTENSIVISTA RICARDO ALONSO RAMÍREZ ÁLVAREZ**

PREGUNTA: Doctor Ramírez. En el procedimiento quirúrgico. En algún momento el paciente requirió más hemoglobina de la que estaba reservada.

No señor. Los niveles de hemoglobina, el volumen sanguíneo se mantuvieron, se mantuvieron en niveles Adecuado. Racional adecuados compensado.

PREGUNTA: La familia del del occiso dice que. Que cuando estaban en cirugía. Recuerdo a la versión de la señora Gladys. Que cuando estaban en cirugía, alguien salió de la sala de cirugías y les dijo, se necesita sangre o negativo. Para su esposo. Si quiere que sobreviva consigan la sangre. Porque aquí no hay. Y recuerdo también que ella decía. Que por la hora en que le indicaron eso que ya era de madrugada, pues era un imposible y que ellos hicieron muchas gestiones para conseguir esos glóbulos o esa sangre con familia, con avisos en radio. Yahoo. Alguien de yopal, tal vez en los signos de si si me si recuerdo mal. Lo cierto es que ellos para ellos resulta. Llamativo y extraordinario. Que les que les digan que no hay. Glóbulo que no. Hay tipo de sangre. De acuerdo al RH de este paciente. Y que toca salir a conseguir. ¿Usted qué, qué opinión le merece esas afirmaciones que ellos hacen y que de alguna manera sirven dentro del análisis que 1 como paciente que no sabe nada de Medicina entiende que pudo haber sido una causa de ciencia médica?

R: Lo que pasa. Es que desafortunadamente personal que no tiene la adecuada preparación. En la clínica como en tiendas y camilleros auxiliares de enfermería. Por procurando hacer más hacen menos. Porque los he visto simplemente dice, ay, qué conseguir sangre que su jamás se maneja? Si señor, pues yo soy parte del comité transfusional de la clínica medilaser. Y lo que se está haciendo lo que se hizo en su acuerdo a lo que alcancé a leer en la respuesta de la demanda. Y esto es

simplemente que como el grupo o negativo es el más escaso de todos lo. Que se hace. Es teniendo en cuenta que son familiares consanguíneos, tienen mayor posibilidad de en esa familia encontrar sangre o negativo y lo que se pretende como protocolo. Es que las unidades que se van a gastar en el paciente tratar de reponerlas porque como ya le dije, es el grupo de o negativo, es el menos común de todos los grupos sanguíneos y hay que entender que si es el menos común la sangre que gasté en mi paciente barato de reponerla, porque en un momento a un familiar mío, un familiar de cualquiera de nosotros la puede requerir y los protocolos de los bancos de sangre, eso es lo que hace. Tratar de reponer lo que se gasta, sobre todo en el grupo o negar.

PREGUNTA: más allá de su intervención en las hojas de anestesia, en su récord de anestesia. Eh ¿usted interviene haciendo. ¿Notas de evolución en la historia clínica de pacientes con usted ahí?

R: no eso no me corresponde. Eso sería ser atendido en el manejo del especialista en cuidado intensivo. El que sí hace nota te anestesia de anestesia, que pena con usted que sí hacen notas en la historia clínica es el cirujano, porque él tiene que ir a ver a su paciente en la evolución posoperatoria.

O sea que usted en. El caso del señor Manuel. ¿Después de que participó en el procedimiento, nunca más volvió AAA ocultarlo OA visitarlo a diagnosticarlo, no?

No no no, no eso no. Me corresponde. Eso le corresponde al intensivista.

Bien.

PREGUNTA: De lo que yo he entendido. El procedimiento quirúrgico más allá de la prolongación que se dio fue normal, no pasó nada extraordinario, no estuvo en riesgo la vida del paciente, ni usted ni los intervinientes. Salvo el hallazgo incidental. Eh. Pudieron manejar. Con prontitud, con oportunidad y con diligencia la cirugía.

R: Sí, señor. Y se hicieron, yo hago los cálculos. Por ejemplo, en las ferias permisibles del volumen sanguíneo. De mi paciente para a través de los sustitutos temporales de la sangre para que me entienda reponer esas pérdidas. Como le dije antes, una reposición 1 a 1 y si hacemos y cuentas de de la volemia al paciente y de esto y se le repuso un poco más de de lo que el paciente requería. Por lo que yo le digo que siempre hay que irse por lo alto para que su paciente esté compensado.

PREGUNTA: O sea que en lo que a usted le compete esa pregunta se la hice, pues en nuestros términos. ¿Al doctor Ganglian, pues sabemos que desafortunadamente después falleció, pero el procedimiento Fue exitoso? dentro de las funciones de ustedes.

R: Sí, claro, el paciente don. Manuel nos sacamos tipo dos de la mañana para la unidad de cuidado intensivo, bien estable, operado en su totalidad de de lo que había dicho el doctor gagliano, que le iba a hacer, le hizo lo que le iba, lo que él dijo que le iba a hacer.

PREGUNTA: Entonces, qué pasó con este paciente? Que salió. Bien del procedimiento. ¿Qué pasó? Por qué evolucionó así tanto activamente y al final murió?

Lo que pasa es que hay estudios y hay pacientes. que han tenido una obesidad. Y hacen una enfermedad de los pequeños vasos, se llama enfermedad del endotelio y cuando este paciente es sufre una injuria, por ejemplo, la quirúrgica. Este paciente puede comenzar a liberar citoquinas e interleucinas, factores de necrosis. En fin, un resto de componentes bioquímicos que hacen que fallen los órganos que falle el corazón que falle el riñón, que falle el pulmón. Y eso está reportado, desafortunadamente no hay la manera de tomar un examen que nos pueda determinar eso en este momento. En lo que ha avanzado la ciencia médica, no hay un examen que nos pueda decir, este paciente puede llegar a presentar y una disfunción multiorgánica secundaria a enfermedad endotelial. En la en la epicrisis señala el. Señala el. Se señala por cirugía general, que no hay complicaciones.

PREGUNTA: Que en el caso del señor Manuel. Doctor Ramírez del señor Manuel Octavio. Por por la naturaleza de la actividad forzosamente tenía que salir de ahí a UCI.

Sí, señor.

PREGUNTA: O sea la UCI no es porque él hubiese salido en alguna condición crítica es compensada, sino porque es protocolo

Es que no son propios en la medicina, eso está prácticamente abolido. Son guías de manejo. Los protocolos son estrictos, las guías de manejo son flexibles.

PREGUNTA: ¿Para el caso presente guía y manejo para este procedimiento?

Sí ya te manejo generales sobre la condición, el tiempo quirúrgico, la dimensión de la cirugía y este paciente cumple todas las condiciones. Un paciente con una obesidad mórbida previa es un adulto mayor de 63 años, es una cirugía de 13 horas. Es una recepción grande, tejido. Cumple todos los criterios para hacer que bajo. La unidad de cuidado intensivo.

PREGUNTA: Esa guía clínica. Está fijada por el Ministerio de salud o por la clínica.

R: Esas guías de en algunas ocasiones y se fijan por las clínicas, pero. Mi entrenamiento como anestesiólogo es el que da los criterios para yo definir si este paciente puede debe ir a la unidad de recuperación post anestésica a una unidad de cuidado intensivo. Yo te lo pongo en un ejemplo y hay pacientes que se le. Les daban estancia para que lo pueden holman tomas en el cerebro. Pero hay pacientes como los adultos mayores que su capacidad cerebral está disminuida y el espacio acumulación de sangre es mucho más grande y yo hace paciente le puede reinar y le mató a bueno en neurocirujano y llevarlo AA. La unidad de recuperación post anestésica como a un paciente joven que como tiene su cerebro normal, le causa o presión la misma, un mismo hematoma le puede causar la misma compresión y ese paciente me lo llevo.

PREGUNTA: Por qué para usted la pérdida de o el sangrado aproximado fue de 2000 cm y para el doctor gagliano de 1500?

R: Uno cirujano. El cirujano sabes un conteo de compresas y mira su su sexualidad. Mira los lainer donde se succiona la sangre y él dice sumo aquí sumo aquí sumo aquí yo digo que fueron 1500. Yo lo pongo por lo alto como le digo, porque hay que irse por lo alto para reponer. Bien para reponerlo básico, lo que pasa su señoría es que yo además de dar anestesia, hago cuidado intensivo. Lo hago los viernes y algunos fines de semana, entonces, eh, sé cómo hay que ir manejando al paciente para que el paciente evolucione adecuadamente. Aclaro yo no hago turnos en la unidad de cuidado intensivo cardiovascular, porque no me parece que mi paciente que yo anestesie sea el mismo que yo le haga el cuidado intensivo.

PREGUNTA: Okay entiendo entonces que por una. Lo que a veces en el derecho aquí llamamos de buena práctica. Es es una buena praxis, o sea, suele ocurrir que el anestesiólogo aproxime una pérdida de sangre superior a la del. A la del. Médico cirujano, o sea, es decir le en otros términos. Usted hace sus propios Aproximaciones y cálculos.

Sí, yo veo el doctor gagliano y dijo 1500, yo eso es lo aproximado. Y pongámosle un poco más alto precisamente para que mis reposiciones sean un poco más altas y tenga compensado a mi espacio. Porque si yo me voy por ti YY llego al y llega la unidad de cuidado intensivo en que perdió 1500, que pueden ser 2000 no mejor y vámonos por lo alto para comenzar mis reposiciones.

PREGUNTA: Dice que debe darse manejo por unidad de cuidados intensivos y cita transfusión. Esa. Ese plan es de manejo ¿Usted tiene que haber algo ahí? O eso. ¿Es autónomo de él cirujano? Eso es autónomo de él y eso es una sugerencia. La última palabra en esto la tiene el intensivista, él es el que realmente, si si lo transfunde o no.

PREGUNTA: ¿Y, por qué cree que el doctor gagliano? Pese a que el procedimiento fue, digamos, que exitoso en en sí mismo, considerado más allá de. Los resultados conocidos. Se mantenía en mantuvieron los niveles, fue compensado. Entiendo que no hubo anemia. Eh. ¿O sea si, porque si salen unas condiciones de cierta normalidad, por qué sugiere transfusión? ¿Usted sabe?

R: Porque ese no es tanto sugerir transfusión y no hacer como aparece en la nota de la autora María Claudia. Tener la disponibilidad para transfusión. Entonces, finalmente ese es el intensivista el que decide. Si hace la disponibilidad para eventualmente transfundirlo.

PREGUNTA: Ella finalmente sí ordenó esa ese requerimiento. Entonces, si usted sabe si finalmente se lo dieron o no, porque usted me dice que no lo volvió a atender?

R: Yo no lo volví a atender, pero igual y esto es interdisciplinario y la comunicación con los especialistas de cuidado intensivo es permanente. ¿Yo me encuentro la doctora María Claudia le pregunto, doctora, como a mi paciente? De esto y. Esto ella me comenta y le tomé un paraclínico, había bajado hemoglobina. ¿Consideréis que era importante transfundirlo? Y pues así 1 se va enterando de Del manejo.

PREGUNTA: En UCI adultos intensivo. Y el específicamente mejor el doctor José Emilio Morochorrera MEDICO INTENSIVO señala lo siguiente. Aquí presenta secuelas de pérdida masiva de peso, con Dermatología, análisis grado 3. Se programó hoy para dermolipectomía circunferencial tiempo quirúrgico. Prolongado 12 horas. En dos tiempos, prono y supino, sangrado importante en 1500, laptop acidosis severa. Requirió transfusión de 2 unidades de glóbulos rojos tipo. De sangre o negativo. No se cuenta con más unidades compatibles en el hospital hallazgos. Interrogatorio de gran colección, región de mes o gastro y posibilidad de izquierda intertrigo importante. Hay algo que da curiosidad, además de varias cosas, pero. ¿Esa información que él consigna allí de una laptop acidosis severa, el este médico intensivista de dónde Información consulta para consignar. Estas esta situación, no sé si eso es una condición clínica, fisiológica, química, psi es una patología. Ya es consciente, lo sabe, me lo dirá. ¿El, de dónde se vale para consignar esta información?

R: De los gases arteriales.

PREGUNTA: Esos gases arteriales quién se los tomo?

R: Y no sé a qué horas fueron estos y fue los que yo tomé al final de la cirugía. O fue lo unos que ellos tomaron ingresando a UCI o más adelante.

PREGUNTA: ¿Qué le aparece a uno en la Medición de gases. Que le aparece a la persona. Para llegar a esa conclusión de que hay?

Los niveles de lactato.

PREGUNTA: ¿Cuáles son los normales?

Eh hasta 1.5.

PREGUNTA: En entre que?

PREGUNTA: Cuando la hemoglobina, como en los gases anteriores, estaba más alta en lactato tiende a bajar. Porque ya en el eritrocito está llevando oxígeno a la célula y la célula ya no está haciendo un metabolismo anaerobio.

R: Cuando cuando se presentan, o sea, lo que entiendo es que pese a pacientes que. ¿Usted ha tenido? A que presentan casos como este. No necesariamente es irreversible, es decir, pueden encontrar respuesta positiva y favorable al tratamiento de claro.

PREGUNTA: Aquí vemos que el el 9 de junio a las 21:54 h ya las casi 22:00 h de la noche. Tienen lactato fuera del rango positivo. ¿Qué quiere decir esa esa explicación?

R: . Sí tocaría con un ingeniero biomédico que nos explique eso, porque yo no ahí no le puedo decir. ¿Y, qué nivel considera que? La máquina fuera de rango. O un nivel muy bajo, un nivel muy alto, eso no lo tendría que explicar un ingeniero biomédico. El que calibra esa Máquina.

PREGUNTA: En cuanto a la en cuanto a la acidosis Cierta. Durante el procedimiento quirúrgico en las ocasiones en las que usted midió gases nunca salió. Durante nunca salió presente.

R: Eh sí, salió en unos niveles esperables para una pérdida sanguínea. Proporcional a las dos circunstancias que le mencionaba 1 pérdida sanguínea, toxinfeción. He tenido pacientes con apendicitis y peritonitis que no tiene nada de pérdida sanguínea, pero que tienen una peritonitis. Una vez aquí tienen el lactato en 10.

PREGUNTA: Doctor Ramírez me llama mucho la atención que usted me indique que sí salió. Según recuerda el nivel. 5 punto. 5 punto algo. Y lo que pasa es que de esa de ese nivel de gases. Pues yo no. La verdad, no, no, no sé dónde estás y es que están en proceso en el expediente. En. Inclusive, el doctor galiano me decía que que él pensaba que esta información no estaba en el proceso y yo le dije, sí, sí está porque yo la encontré. Justamente la traté de entender. Ah, pero aquí, pues tampoco que esté por ahí refundida, yo no la he visto. Volumen. Sin embargo, pues es importante, se me dice que sí, que sí que sí en la en la medición de los gases arteriales sí ha aparecido, apareció una hipernatremia, o lo que es lo mismo, la acidosis láctica mhm en un nivel de 5 o.

R: Por encima de los niveles de los rangos que da la máquina, pero es. En cualquier paciente sometido a cirugía. Y a pérdidas sanguíneas. Que son realmente las dos circunstancias que causan hipernatremia. Que el cuadro clínico de don Manuel encaja mucho en una hipernatremia de origen idiopático. Este sí que tenía alguna alteración en el sistema endotelial en la capa interna de los pequeños vasos, que hace que libere factores citotóxicos en gran medida, como no lo haría otro paciente y que a pesar del manejo el juicio en la unidad de cuidado intensivo, estos niveles de lactato. No va. Pero eso es idiosincrasia. Y no es mi predecible con ningún examen y parcialmente manejable.

PREGUNTA: O sea que lo que le entiendo es que. Para usted fue conocida esta circunstancia, que también resulta probable y casique. Razonable, cierto, porque había cirugía porque había pérdida de sangre. Sí, claro, le entiendo yo entonces que que en casos como el presente o en los que insisto ahí, en una cirugía y hay una pérdida de sangre. Es es. No sé si el término lo permite, es asociado, es connatural que se presente. Esa ha sido sináptica.

R: Sí señor, no les no es decir es, es muy probable que sea, no es no es extraña. No es extraño que se dé que en la medida de la pérdida sanguínea esta puede ser mayor o menor.

PREGUNTA: ¿Mi pregunta es entonces tan probable es? Esa circunstancia. Genera efectos secundarios.

Sí, claro. las dosis en lactato el aumento del lactato hace que el metabolismo tienda hacia la acidosis metabólica que consiste en disminución del PH. B el plasma del paciente.

PREGUNTA: ¿Y eso, qué efectos tiene que consecuencias?

Eso te puede llevar a daño renal a necrosis. aguda, pues llevaba daño miocárdico. Y. Una de las cosas más importantes que el paciente no responda a los medicamentos vasoactivo, es decir, los medicamentos. Con los cuales. Se tiende a tener una tensión arterial dentro de rangos normales.

En cualquier paciente que va cirugía y que tenga pérdidas sanguíneas va a presentar aumento del lactato en mayor o menor proporción, de acuerdo a la pérdida sanguínea. YY otras circunstancias inherentes al paciente, como se sospecha porque no se puede tener la certeza en este caso de que hay circunstancias de año en endotelial en este paciente que hace que esa hipernatremia sea mucho mayor.

PREGUNTA: ¿Lo que entiendo es que esa es una circunstancia esperable, pero también se espera que se pueda manejar, que se bane con tratamiento y que el paciente responda sí, señor, y a fin y aquí qué?

R: Inicialmente el paciente, según lo el orden cronológico que su señoría expuso hartarme, manejo con sangre lactato disminuyó, pero otra vez volvió a aumentar. Y proporcionalmente a la disminución de la hemoglobina.

PREGUNTA: Por qué la en la en el resumen de devoluciones de la EPI crisis ¿Usted no consignó Que el paciente. Tuvo esta este evento de acidosis láctica.?

R: Un desafortunadamente. Yo entrego una hoja. En la que se hace la lectura de los gases arteriales. ¿Y que se? Y se anexa al forntite de la historia clínica.

PREGUNTA: ¿Por ejemplo, por qué usted no lo consigna? En la historia clima.

R: En en mi récord anestésico, eh, Como usted lo pudo ver, estaba completamente lleno y si me pongo a consignar sobre otras letras pues no, eh no se va a ver, no va a tener la legibilidad. En

cambio el. La tirilla de de la máquina de gases se pega en una hoja como se vio allá y debajo de su silla se consigna el resultado de esos gases arteriales.

PREGUNTA: Sobre el hecho 37 que yo le preguntaba hace un rato, él contesta, cómo se evidencian la prueba documental aportada al proceso en la cotización del doctor Dr No. La hemoglobina en el posoperatorio inmediato era de 11,8, lo que demuestra que no es cierto que el paciente haya presentado 8 hipovolémico tras operatorio como causa de la muerte. Pues no sé si eso. Tenga que ver con la especialidad. Pero pues una cosa es que. Pues yo no soy médico y a mí me dice que no. Para el demandante y si hubo para el doctor Gagliano no hubo choque hipovolémico y usted me dice que sí hubo choque hipovolémico pero fisiológico y que es. Que si o si se da por la pérdida de sangre.

R: Es que decir que no es como decir que no hubo pérdida de sangre.

PREGUNTA: ¿Y, por qué será que el doctor Gaviria nos dice que no hubo choco?

R: No es que no es lo que quiere decir que no hubo show, que el shock en ningún momento estuvo descompensado porque se tomaron las medidas pertinentes a tiempo.

Entonces pongámoslo en los términos de que no hubo un choque hipovolémico patológico.

PREGUNTA: ¿Por qué? ¿Por qué esa diferencia de de impresión? ¿Por qué cree usted?

Eh pues a ver yo creo que. El shock hipovolémico, como su nombre lo dice, es disminución de la volemia. Que no se puede mezclar hipovolémico con choque Que si está muy relacionados, pero no es lo mismo. Y entonces si yo tengo. Un paciente que su volumen total sanguíneo son aproximadamente 6240 cm³ de sangre. Y considero que en orina perdió 1400 y quien perdía sanguínea perdió 1500. Bueno, perdió 2500 y 2000, entonces sumáramos 3400. Y eso es lo que perdió ahora hay que ponerle lo que recibió. Recibió 8400 de lactato de ringer, 1000 de coloides y 600 de glóbulos rojos empaquetados. Si yo le Quito. Los 3400 a los 10000 que le repuse eh, me da una reposición adecuada. Tiene 6600.

Finaliza siendo las 6:10 P.M

CONTINUACIÓN AUDIENCIA INICIAL DEL 372 C.G.P 06 DE MARZO DE 2024

- **CONTINUACIÓN INTERROGATORIO MÉDICO INTENSIVISTA RICARDO ALONSO RAMÍREZ ÁLVAREZ**

PREGUNTA: Bien ciertamente el doctor gagliano. Coincide con usted en el sentido de decir que en este caso para él no había necesidad de hacer esa valoración. ¿Sin embargo, pues insisto lo pregunto porque hay, hay un perito que hace esa afirmación? Más allá de. Que la haya como algo imperativo en un principio y después porque está bien Ah. Yo la verdad por estas cosas, entre tanta información y tantas preguntas, yo no sé si yo la indagué a usted, doctor Ramírez respecto a. El consentimiento informado que se le diera al paciente frente a la aplicación de la anestesia y de los demás líquidos. Eso se hizo?

R: Se hace una socialización del consentimiento, por lo cual en la nota anestesiología de la valoración para anestésica queda la siguiente nota, se advierte a paciente y sobre a paciente y acompañante sobre riesgos de la anestesia, los cuales comprende y asume pendiente firma de consentimiento informado porque se deja pendiente la firma del consentimiento informado porque. Para. Y tranquilidad del paciente y su acompañante antes de entrar al acto quirúrgico y anestésico y se vuelve a ratificar este consentimiento y se le vuelve a advertir sobre los riesgos de la anestesia.

PREGUNTA: En este caso, esta información que está consignada hace. Usted ahí se lastimó mostrando en pantalla, sí, señor. ¿Cuáles son los riesgos? Puede leer.

Cardiovascular pulmonar renal neurológico, anafilaxia, paro muerte.

PREGUNTA: OK. Se su conocimiento de este caso le permite si non algún grado de certeza. Decirnos si alguno de estos riesgos se presentó, ocurrió.

Es si se hubiera preferido. No lo entiendo bien. ¿La pregunta sí, se ocurrieron riesgos como el cardiovascular porque? La. El shock distributivo del que hemos hablado es un riesgo cardiovascular. Si lo tomamos ampliamente, también puede ser la reacción adversa no solo a medicamentos sino a líquidos a transfusiones y demás.

PREGUNTA: OK entendemos entonces que más allá de la formalidad, usted habló con el paciente y con su esposa y les explicó, lo plasmaron en este documento.

Sí.

Sí, señor.

PREGUNTA: Hecho los conteos. Revisaron, no aparecieron tanto usted como el doctor galiano sugirieron radiografía de abdomen y a todas. Entiendo que, entre otras, también para evidenciar si estaban en el cuerpo. También entiendo que ellas esos exámenes no dieron resultado en el sentido de encontrarle eso en la humanidad. De todas maneras. Al final también conocemos. Que hecho algunas pruebas de laboratorio no salió nunca. El paciente hubiese. ¿He tenido alguna infección? ¿Eh sabes, recuerda usted que ese ese ese incidente?

R: Básicamente los puestos, pues ya han pasado 6 años después de esa cirugía, pero igual eso tiene unas guías de manejo para cuanto acontece un una situación como esta y las compresas traen una radiografía y resalta. En la radiografía para poder identificarlas, por eso se toma radiografías de todo el campo quirúrgico para mirar si se logra evidenciar la presencia alguna de estas compresas.

PREGUNTA: Bien y esta circunstancia que es un. Algo que puede presentarse en el procedimiento. ¿Durante el acto quirúrgico tiene alguna reacción el paciente o simplemente puede ser ese futuro previendo una infección?

R: Sí hubiera que una compresa eso no se ve. Durante el acto quirúrgico ni ni durante los días subsiguientes, eso puede ser mucho más adelante. Tengo pacientes que se le haya denunciado la presencia de conferencias, o sea de pacientes 6 meses. Después de la CIDH.

PREGUNTA: Bien, entonces, este oblitio no tiene, no tiene ningún. Efecto acá en el.

R: no, no me parece que que pueda tener ningún efecto en en ese momento sobre el estado de salud de Del Palacio.

PREGUNTA: También ahora en el. Proceso. Otra o la la explicación de lo que pudo haber. Ocurrido en el caso presente. Sí como un hecho determinante. Para que el señor Manuel, pues digamos que evolucionará torcida. A partir del del procedimiento. Que una versión de los demandantes es que tal vez ayer lo hablamos bastante. Hubo una inhabitual posición inadecuada, reposición de hemocomponentes. Lo descompensó y se presentó un choque y fue determinante. Que pues digamos que en términos de quien no es médico como nosotros se hablaba de que se dejó de sangrar. A la persona. Y que no se le suministró sobre todo lo unidades de glóbulos rojos o negativo. Con oportunidad, yo créame que ofrezco excusas. No sé si ayer le hice esa pregunta. Pero no importa si se la vuelvo a repetir hoy, eh, ¿usted qué consideración tiene sobre esa afirmación que se hace en la demanda y sobre esa afirmación que alguno de los médicos que está acá en el proceso que no es? Sosteniendo por galiano. Dicen. Que, en efecto, se presentó.

R: Cuanto el paciente ingresa UCI, la primera medición de La Moncloa nos da 11.8. Que es un nivel absolutamente normal. Y simplemente. Decir que un paciente está en shock hipovolémico teniendo una hemoglobina normal y una sumatoria de líquido de reposición en el cual está por encima de su volemia inicial, es totalmente contradictoria.

PREGUNTA: Es aparece en el proceso, digamos que una versión opuesta. En el entendido de señalar que. El estado de choque que presentó el paciente haciendo referencia a un bajo gasto cardíaco.

Sí. Estuvo ocasionado por el deterioro en la contractilidad miocárdica. Puede que la. Hipótesis que se plantea. Sea similar a la suya o la que da el doctor gagliano. Lo que pasa es que yo la al al de la simple lectura, pues se plantea con unos términos diferentes. Ciertamente. Eh. ¿Usted, qué consideración tiene respecto a esta afirmación que hace? Alguno de los médicos. Peritos que pudo que aquí se presentó un estado de choque con bajo gasto cardíaco ocasionada por deterioro en la contractilidad miocárdica.

PREGUNTA: Ayer creo que eso sí, no le pregunté, pues en la historia clínica está yo consulté lo que puede significar, pero siempre prefiero que sean médicos que me conteste, ¿a qué se refiere con injuria quirúrgica?

Injuria es se utilizan varios términos en medicina se utiliza el término injuria quirúrgica, trauma quirúrgico y generalmente. Porque es simplemente el hecho de portar un tejido es un en definición ultra. Y todo trauma en mayor o menor cantidad causa sangrado.

➤ **RESUELVE SOLICITUD DE SENTENCIA ANTICIPADA PETICIONADA POR MAPFRE SEGUROS**

El juzgado emitirá en efecto sentencia anticipada a favor de Mapfre Seguros S.A. por considerar que se cumple con los motivos expuestos, esto es, que la póliza mediante la cual fue llamada en garantía no es una Póliza de responsabilidad civil. **Decisión que será tomada por escrito dentro de los 8 días después y será publicada por estados.**

• **FIJACIÓN DEL LITIGIO CONTROL DE LEGALIDAD:**

Revisada entonces. El escenario. De antemano señaló que en virtud del art 132 del código general del proceso, como corresponde a agotar a cada etapa procesal y como una actividad propia del juez, hacer control de legalidad para evitar sentencias eliminatorias, nulidades y en todo caso, corregir y enmendar yerros, falencias, irregularidades que puedan afectar la actual. Y que en todo caso tengan el efecto De hecho insanables. YO eventualmente afectar el derecho sustancial y el debido proceso, no encuentro ninguna medida por tomar. Encuentro que la litis está plenamente trabada. Eh y que con la información con ese escenario procesal, pues hemos de poder continuar con la práctica en la ejecución de las pruebas pendientes.

A manera de problema único, entrará, según los hechos de la demanda, sus pretensiones. Tanto de condena, perdón cómo declarativas como de condena. Que de cara a las normas aplicables al caso, atendiendo la naturaleza del mismo y la pretensión de responsabilidad. Establecer si en el caso presente se reúnen se acreditan los presupuestos axiológicos de la responsabilidad civil contractual extracontractual que se demanda y que se pretende. En contra de la pluralidad de demandados. EPS Y IPS y médicos tratantes del paciente. Familiar de los aquí demandantes del señor Manuel Octavio Reyes Salcedo. Presupuestos axiológicos de la responsabilidad por el eventual incumplimiento a la Lex Artis o lo que conocemos también como el ilícito civil. Según el norte de la demanda. Eh teniendo como faro o límite lo planteado en los hechos 19 20 28 30 31 36 y 46 y que me permito entender yo como juez de la. Causa. Suscitan la responsabilidad. Demanda. Advirtiéndolo, pues que no fui el juez que admitió la que inadmitió la demanda, ni que tampoco la admitió. Y que salvo esas consideraciones que allá se daban, En virtud de la interpretación de la demanda y del querer de los demandantes, encuentro que es en estos hechos en donde se relaciona los motivos de responsabilidad. Y que precisa el corresponde según el hecho de 19 a que por parte de la clínica medilaser no se realizó en debida forma la valoración preoperatoria de Manuel Octavio Reyes Salcedo. Se dice, pues esta se debía realizar de forma obligatoria, ya que no era un día de urgencia y tal y como se ordenan las normas mínimas de seguridad. No obstante, a la vez firmado el consentimiento autorización de transfusión de sangre o componentes. Para este acto, tampoco actuó con cabalidad, pues no realizó empatía con el paciente, explicándole los riesgos. No

programó el mejor método anestésico para el caso no planeó los posibles requerimientos para el caso en cuestión. No reservó la suficiente sangre para este tipo de cirugía previa tipificación y no estableció el riesgo del paciente con el fin de suministrar las posibles complicaciones. Conforme. Al hecho 21 creo que ese no lo señalé. La clínica medilaser no eliminó el riesgo de acuerdo con la clasificación asa de la sociedad americana de anestesiología que se registra en el cuadro que dice relaciona. Conforme. Al hecho 28. La clínica medilaser actuó con 1º de imprevisión, descartando la posibilidad de que se presentaron complicaciones derivadas de tiempo quirúrgico. Sangrado masivo, no se verificaron los procedimientos administrativos de reserva de sangre compatible y suficiente, además de reserva de unidad de cuidados. Conforme al hecho 30 El médico cirujano Jorge Leonardo Galeano no efectuó en debida forma la valoración previa a Manuel Octavio Reyes Salcedo. Pues no basta con haber revisado y solicitado todos los exámenes pertinentes en determinación de su estado de sanidad, aire comodidades. Conforme al hecho 31 para la cirugía de Manuel Octavio Reyes Salcedo, el médico cirujano José Leonardo Graciano, dicen los demandantes, corresponderá establecer lo, determinó tiempo y no determinó los riesgos, pues si hubiese determinado estos aspectos, se hubiese hecho una reserva de sangre suficiente y no solo de 2 unidades compatibles, como las que De hecho se hizo sin esperar que la consecución de sangre compatible se hiciera transgreda torio como una urgencia y difícil de solucionar, que fue lo que ocurrió finalmente. Conforme al hecho 36 en el acto quirúrgico Manuel Octavio Reyes Salcedo por falta de sangre compatible y suficiente, presentó el choque hipovolémico descompensado. Ya que el paciente sangró considerablemente presentando intolerancia del aparato circulatorio en la pérdida de sangre, fallando el sistema del paciente por cuanto en criterio los demandantes no se mantuvo el volumen de sangre necesario, la pérdida de tan solo 30 o 40% del volumen de sangre que perdió el paciente, lo que le causó una insuficiencia circulatoria mortal. Excuse me corrijo entonces el 38 Alexa por favor el 38. Conforme al hecho 38 que tengo que anotarme conforme al hecho 42. Según los demandantes, el paciente Manuel Octavio Reyes Salcedo presentó choque y polémico. Porque una disminución del volumen intravascular por hemorragia, sangrado evidente dado el procedimiento quirúrgico mayor que estaba realizando. Y el hecho. 45, cuando se señala

de la historia clínica de Manuel Octavio Reyes Salcedo, se desprende que antes de su ingreso a la UCI ya el paciente se encontraba en malas condiciones generales, lo que hace deducir que se presentó una falla médica en el acto quirúrgico por actos inseguros, ausencia de que ahora planeación, ausencia de previsión con elementos de imprudencia y negligencia que trajo como consecuencia el mal estado en que en general presentó el paciente y que ingreso a la uci para prolongar su agonía. Haciendo, en todo caso que esa narrativa insiste, pues lo que yo creo que va a hacer es. Porque no sea así, una imputación específica en alguna capital la demanda, entender los hechos de la misma para extraer los motivos de responsabilidad que tienen los demandantes y toquetearán los demandantes, pues no sin antes tampoco precisa en mi consideración que si se revisa en ninguna parte de de la de los hechos, independientemente de que se relacione al doctor Ricardo Ramírez Álvarez, le diga puntualmente una incumplimiento, falla a sus deberes profesionales, pues que yo entendería, están ligados a la equivocación, la planeación o establecimiento. Clasificación de la tabla rasa de la sociedad americana del pianista anestesiología es lo que yo interpreto así cuando tu nombre no es mencionado expresamente en ninguna parte de los hechos de la demanda. Como lo enseña la. Ese, pues más allá de lo. Amplio que pueda entenderse. Corresponde al norte que nosotros tenemos que establecer para. Fijaros si se reunió o no hemos dicho presupuesto de responsabilidad en este caso, pues está médica e institucional. En cuanto refiere a la clínica Medilaser y a las derechos y obligaciones derivadas de la relación contractual que esta tiene con la EPS Coomeva. De quien tampoco se hace una narrativa específica de cuál es su imputación de responsabilidad en sin perjuicio, pues que entendería yo se le trae a la demanda por el la figura o el fenómeno de la solidaridad en asuntos presente. Pues que entraría a determinarse en la sentencia si hay si se sus efectos si los hay. Que si hay lugar a averiguar perdón si se encuentran acreditados esos presupuestos de responsabilidad. En desarrollo de una actividad profesional, médica, institucional, de esa naturaleza. Solo sí, en ese caso Entraría a resolver cada una. De las contestaciones que se han planteado en el asunto. Miradas desde oposiciones y hasta excepciones que enerven las pretensiones así consideradas.

APERTURA AUDIENCIA TRÁMITE Y JUZGAMIENTO DE QUE TRÁTA EL ART. 373 DEL C.G.P

- **CONTRADICCIÓN DEL DICTAMEN PERICIAL – UNIVERSIDAD NACIONAL – DR. NAVARRO.**

****** Desde el inicio se evidencia al perito que no está en condiciones de llevar a cabo la diligencia, por tanto, está en un vehículo en movimiento, sin conectividad de medios tecnológicos apropiados******

PREGUNTA: Sírvase decirle audiencia si es tan amable si para la elaboración de este dictamen que usted. Además de ser médico anestesiólogo y con toda la experiencia que nos ha señalado ¿se valió de la participación de otro profesional o es solo su de su autoría?

R: Sí. Eh. Como yo soy anestesiólogo, entonces, pues también tuve el acompañamiento del Dr Herley Aguirre que el cirujano plástico, profesor de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia.

PREGUNTA: Bien, esto es importante que se conozca la audiencia, porque no creo o no sé si yo estoy equivocado. ¿Que la autoridad en dictamen densidad no se hace esa precisión, usted lo tiene presente?

R: En. Nosotros de la vice decanatura, yo fui expresamente claro con la directora jurídica de decirle que las respuestas necesitaban el concepto de la reunión que nos reunimos varias veces con el cirujano plástico, pues sobre todo en concepto de sacar, entonces pues yo tuve ese concurso de la participación de.

PREGUNTA: El análisis de la historia clínica y la elaboración de las respuestas que inicialmente se le plantearon. ¿Exigió el concurso de otro profesional del derecho, cierto, quien conceptuó en el asunto, es decir, esta experticia la rindieron además de usted o otro médico? Sí, señor.

De especialidad, cirugía.

INTERVENCIÓN: En efecto, dentro de El proceso judicial de la referencia se ordenó oficiar a la Universidad Nacional para que se designará un perito en el asunto y que ese perito efectuará las preguntas o lo que tenía designado la parte actora. Pero pues de ninguna manera se indicó que era un par académico.

PREGUNTA: entonces, alguien alguien está en sintonía, entonces de que solamente era Doctor Muy bien, así es. Pongo de presente entonces para los efectos de la sustentación, que es sumamente importante y vital. Además, pues que se sufraga una suma de dinero importante por los demandantes. Doctor Navarro, yo lo que le estoy entendiendo es que este dictamen debería ser sustentado por otro en acompañamiento de otro médico, porque hay puntos de discusión. Que son propios de su especialidad en la anestesiología y otros. Puntos de discusión analizados por un especialista en cirugía plástica y reconstructiva. Así le entiendo.

R: Sí, señor, pero en la conceptualización cuándo yo hice el reporte llegó el informe lo hice pues entendiendo sustentando las respuestas. Como a pesar de que, pues él me colaboró, pero pues usted sabe que yo también doy anestesia para cirugía plástica, simplemente quería algunos conceptos, sobre todo de actualización, especialmente por ejemplo en la termolipectoría de manera circunferencial, cosas que pues sí necesita el concurso de él, pero en términos generales, pues la respuesta es todas las di yo y por eso firmé yo como autor. Responsable de su voz.

PREGUNTA: Bien entonces. Es importante que se haga esta precisión. Usted está asumiendo como propio el dictamen pericial y sin embargo, pues en lealtad hay buena fe también de su ejercicio. Nos está indicando que se validó de otro profesional del derecho que en todo caso aquí nos hizo, escribe, pues es normal que nosotros en nuestra actividad profesional. Nos volcamos de otros conceptos, pero aquí para todos los efectos, pues debe soportar su experticia y para el valor probatorio respectivo, pues la aclaración cristiana se está haciendo ya miraremos las partes contra las cuales se quiere hacer valer que alcance le darán a la manifestación que usted nos hace para que quede en el acta, por favor, Alexa.

Doctor. Navarro. Proceso que nos ocupa, que ya lo ha examinado, nosotros nos nos. Yo procure ser bastante delicado en el sentido de que a usted se le compartiera. Lo que información específica y intrínsecamente relacionada para que usted rindiera la experticia, es decir, no conoce. Eh ciertos actos del proceso, ciertos documentos del proceso, porque la vocación es que usted se limitara solamente a la parte científica, técnica, médica que nos interesa. Ya nos precisa que de alguna manera que se evaluó los conceptos de otro profesional que no está aquí presente y que nos escriba. Sin embargo. Nos sobra señalar en este momento era audiencia que nos precise ese médico del cual usted se apoyó. Si sabes sus datos de ubicación, teléfono, contacto y si también es un médico de la Universidad Nacional y docente.

Voy a pedir que nos dejen los datos para que quede también en el expediente, si es que hay lugar a alguna algún llamado a este profesional del derecho. Está orden la estoy dando en virtud de lo señalado en el artículo 226 numeral primero del código general del proceso y segundo. Bien doctor.

PREGUNTA: Esto, pues insisto, más allá de que esa es una circunstancia no advertida no conocida y la formación de ese profesional, pues no está en el proceso. Doctor usted frente al contenido de esta experticia que ha rendido. En colaboración con la Universidad Nacional. Tiene publicaciones relacionadas. Con este peritaje y si es así que. ¿Qué antigüedad tiene?

R: Publicaciones ¿Con este peritaje? No yo simplemente he respondido las preguntas Pero yo yo tengo muchos artículos científicos publicados, he realizado otros peritajes. Pero de este caso yo no tengo publicaciones hechas, pues en revistas científicas no, no, no. No sé si le entendí mal, solamente son escrita.

PREGUNTA: No en este caso sino a la materia del peritaje. Es decir, temas como el que estamos aquí analizando y de lo que usted se le preguntó si están explicaciones relacionadas.

R: Ah sí. Yo he tenido. Varias publicaciones, sobre todo porque es muy importante todo lo que tiene que ver con las complicaciones, que son unas y los eventos adversos que son otras. Precisando que complicaciones de lo que está relacionado con algún procedimiento, como es este caso,

mientras que evento adverso no tiene nada que ver con la patología del paciente, es algo que se presentó sin el propósito de hacer daño, pero que efectivamente se produjo el daño, pero que no tiene nada que ver con la patología o con el procedimiento quirúrgico. Como por ejemplo un paciente llega y se caiga de una camilla. Ese es un evento adverso que no tiene nada que ver con la patología, en este caso lo que se presentó no fue un evento adverso, sino una complicación y al respecto, pues yo sí he tenido PC. Publicaciones con respecto a eventos, adversidad, complicaciones.

PREGUNTA: A ver doctor Navarro yo le pregunté esto porque el artículo 226 dice que el perito deberá manifestar la argumentación que se entiende prestado por la firma del dictamen, que su opinión es independiente y correspondiente a su real condición profesional y el dictamen deberá acompañarse de los documentos que le sirven de fundamento y de aquellos que acrediten la idoneidad y la experiencia del perito. Entonces pues de lo que de la de lo que yo consulté el proceso cuando se aporta su experticia, no sé si es que eso lo hace usted, o lo hace directamente la parte de la iniciativa de la vicerrectoría académica.

R: Sí. Pues a mí nunca me lo solicitaron. Me solicitaron fue mi hoja de vida. Eh, pues la hoja de vida, digamos que 1 tiene dos hojas de vida, una hoja de vida extensa. Yo he escrito 114 artículos científicos han participado como autor del libro de cuatro libros y he participado en 12 libros con capítulos YY. Pues esto está todo esto en una hoja de vida extensa que esa hoja de vida nos la presenta diciendo que presente la hoja de vida corta.

PREGUNTA: Doctor Navarro usted ha participado en algún otro proceso que de actuación judicial o Similar. En la que hubiese tenido que. Estudiar historias clínicas y abordar exámenes, métodos, experimentos o investigaciones diferentes. Rendidos a lo al concepto que usted está dando, acabe en complicaciones o eventos adversos derivados del procedimiento quirúrgico, en este caso, procedimiento de cirugía plástica y reconstructiva.

R: Sí, señor, yo he sido varias ocasiones, perito, además porque. Como profesor, pues si el caso requiere un anestesiólogo, pues en varias oportunidades aquí mismo en la Facultad de Medicina

me ha tocado ser perito de de la Universidad Nacional. En casos de especialmente estos casos de mortalidad, sí, entonces he rendido varios informes.

PREGUNTA: ¿Pero, pero en esas intervenciones que usted ha hecho ha utilizado? Aplicado métodos. ¿Eh investigaciones o información diferente a la que utilizó acá? No la información es básicamente por. Estar siempre la Lex artis, o sea la mejor evidencia el manejo de. Pues con la literatura mundial revisar los protocolos YY las guías de manejo de que están, por ejemplo, en en anestesiología hay lo que se llaman las normas mínimas de seguridad en anestesia.

R: Sí. Pues la experiencia mía durante. Pues más de 30 años como anestesiado.

En su ejercicio regular como docente, como médico anesthesiologo.

PREGUNTA: Si la clínica medilaser planeó no los posibles requerimientos, reservándose la suficiente sangre o negativo para este tipo de cirugía y previa tipificación es la pregunta dos 2.6 del cuestionario. Usted no responde. Que, de acuerdo con la valoración asados obesidad, sin otros antecedentes patológicos, 104 kg con talla 174 índice de masa corporal 34.4. Se realizó reserva de 2 unidades de glóbulos rojos o negativo. Acorde con comillas, duración prevista al procedimiento, cierre comillas. ¿Usted dice? Sin embargo, se presentaron complicaciones que prolongaron en el tiempo quirúrgico. Bueno, cuando se hace la reserva de sangre o componentes para un procedimiento como fue este se parte de. La base del. Recurso institucional de Banco de. Sangre. Para disponibilidad de más unidades de sangre o de hemocomponentes en caso de. ¿Como se observa pues usted? Al resolver aborda dos temas. Distintos. En principio se hace alusión. quisiera que me explicara por qué en. En su respuesta, coloca entre comillas, duración prevista en el procedimiento y luego de ello. Que cuando usted refiere que se presentaron a complicaciones que prolongaron en el tiempo quirúrgico, díganos a nosotros. ¿Según usted, cuáles fueron esas complicaciones?

R: Normalmente cuando 1 hace una una valoración quirúrgica de un paciente. Uno tiene en cuenta el tiempo quirúrgico y así mejorar la reserva de sangre o de los componentes y se piensa en un

procedimiento como éste que realmente se se hizo. ¿La reserva de 2 unidades de glóbulos rojos porque. Se consideró que el tiempo quirúrgico era para esta reserva que uno pensaría que era un tiempo de en promedio unas 4 horas, sin embargo. Enfrentaron complicaciones que hicieron incluso llamar a otro colega cirujano porque claro que habían unas otras lesiones, o sea, como como unas procesos administrativos que quieras podido quedar de la cirugía previa deliberación como una secuela de la cirugía previa, y eso hizo que aumentara el tiempo que duró. Por lo tanto, el entre más se prolongue el tiempo en la cirugía de estas hay un sangrado que puede ser inclusive muchas veces no visible. Es lo que se llama un sangrado. Pero no es que se rompa un vaso, sino que es un sangrado de. Dependiendo del área cruenta que en este caso el área cuenta, es grande. Porque es cierto, estados todo estudio, Se prendió y cuando se hizo se calculó el tiempo fisco que no iba a ser de 12 horas sino de 8 horas, pues lógicamente la reserva de sangre que se hace es mucho mayor, pero desafortunadamente lo que sucede que se presta en complicaciones, pues la las complicaciones hicieron que en tiempo se extendiera y en este tiempo pues hubo un sangrado que a lo cual pues se pasaron las dos unidades reservadas, pero. El paciente requería mucho más de 2. Entonces, pues el goleador fue durante este tiempo de las principales pacientes en el quirófano, entonces pudo conseguir más unidades de por qué el paciente tenía el grupo sanguíneo RH negativo, pero el rhd negativo lo que es es un es un grupo un poco de pues especial para la transfusión.

PREGUNTA: Doctor Navarro. En su narrativa y está bien que se amplíe y que nos explique la mejor suficiente. h me interesa saber. ¿Por qué llega usted a la creencia de que la cirugía estaba programada al menos para 4 horas?

R: En el caso del paciente lo que que tenía ahí, a lo que se le iba a operar. Y se había hecho una valoración. Que lo era un tiempo extenso, más allá de cuatro a 6 horas. Eso es lo que usualmente 1 ve que inducen los pacientes y normales en cirugía es y sobre todo en Cirugía, Pero este paciente realmente es por las complicaciones, hubo que tener ese tiempo definitivamente exagerado, digo yo de 12 horas, un tiempo fue exagerado y sino prolongar tiempo definitivamente prolongado de cirugía, que el término que yo quería decir del sangrado es un sangrado en capa que no se ve, o

sea, si el paciente sigue sangrando, sigue sangrando y eso fue muy probablemente lo que pasó en este caso.

PREGUNTA: Puntualmente. Si usted advierte de esta historia clínica. ¿Alguna complicación? ¿Y, cuál fue o cuál es el grado de probabilidad? ¿De que se hubiesen presentado?

La complicación usualmente es el sangrado. Paciente sangró. Que un sangrado en un tiempo que necesitó prolongado, entonces esto hizo posible. Que el paciente entrara y que una una falta, a pesar de que un reemplazo con líquidos que instaloides de lo que se hace normalmente cuando no se tiene sangre a la mano. Pero porque sabes que aquí ensayado se mete de acuerdo al tipo de shock. Puede mantener la presión. Puedes mantener los signos vitales, pero permisivamente que transporta el oxígeno. No son los libros, sino la hemoglobina, entonces hay que definitivamente glóbulos rojos.

PREGUNTA: Doctor. El sangrado para este tipo de procedimientos es considerado un riesgo inherente.

R: para este tipo de procedimiento es un sangrado, digamos, controlable, sí, pero la complicación en este caso fue que fue un sangrado mayor del que se quería. O si no, pues no hubiera pasado nada, pero definitivamente que esa es una complicación que se puede presentar en cualquier cirugía que dure y que dure más de yo, ya más de 1 hora más de 1 hora. El paciente puede de una cirugía en que haya un área cruenta, o sea, una área en la cual se corta y se que resecando tejido. La complicación más frecuente es el sangrado.

PREGUNTA: En casos como el presente. La reserva de sangre. Es. Directamente la cantidad en las unidades de sangre que deben reservarse es. Directamente proporcional al tiempo de la cirugía. Es lo que le entiendo.

R: Sí si el el. Si es un área, cuenta la que está interviniendo, sí. Es un área en cuenta si ahora hay más cirugías que se llaman de alto recambio, como por ejemplo un trasplante trasplante epática, un trasplante se pulmonar de una cirugía pancreática e una pancarta pancreaticoduodenal. Como una

cirugía de. Mayor en las cuales alto recambio de líquidos y de componentes sanguíneos, pero en este caso no se tenía previsto una cirugía de alto recambio, lo que se lo que se pretendía era resecar impedido que estaba redundante, pero que por el tiempo prolongado hubo un sangrado mayor del esperado y que no bastó la sangre reservada y por eso el.

PREGUNTA: La la conclusión a la que usted llega. ¿De que hubo? Un sangrado.

Sí. Sí.

(...)

PREGUNTA: ¿El la en la epicrisis dicen que la cirugía se prolongó?

Sí. que fue difícil en la recepción del tejido, lo cual toma mucho tiempo y que no había más sangre disponible.

PREGUNTA: Entonces ante eso uno hace el análisis de que definitivamente la complicación fundamental en este caso fue el sangrado y eso llevó a que el paciente definitivamente ese comprometiera. Se lo pregunto porque la historia clínica En los ítems de donde se. Donde cada médico que interviene en el acto quirúrgico. Eh puede señalar si hubo o no complicaciones. Fueron uniformes en el sentido de negar esas complicaciones, el el cirujano plástico. Dice que no hubo complicaciones. El cirujano general que apoyó el procedimiento, dice que no hubo complicaciones y el anestesiólogo. Dice que no hubo complicaciones. ¿Por qué será que ellos? Consignan esa información en la historia clínica. Eh que digamos. Contradice. Su información su conclusión.

R: Sí esa esa pregunta es es muy pertinente porque si 1 dice bueno, qué complicación tuvo la anestesia como anestesia en sí, no hubo complicaciones. Anestesia dice qué complicación tuvo la cirugía Si hubo alguna complicación quirúrgica Sí pensé, es cierto seguimiento que pues uno dice, aparentemente no hay complicación, pero si uno mira con detalle, por qué se prolongó el tiempo fue porque hubo la complicación del sangrado, la hemorragia, como yo decía, la hemorragia es la segunda causa de muerte de trauma.

Definitivamente tienen que decir si sangró porque 1 no 1 no puede decir que este caso los repente el sangrado, sí sangro y entonces 1 dice y el sangrado es una complicación. Entonces van a decir si señor hizo una complicación, por eso digo yo que definitivamente es una complicación y complicación. Es lo que define gerente presidente al procedimiento, toda complicación presidente a un procedimiento OA una patología.

PREGUNTA: Eh. Doctor Navarro. O sea que le estoy entendiendo. Que la historia clínica no consignó a suficiencia. La presencia de esa complicación.

Si usted la revisa con detalle dice que el paciente tuvo sangrado, pues ahí dice que 1500 cm de sangrado aparente, o sea el que se recogió, pero como le decía yo a usted hay sangrado que se llama encapa, sobre todo cuando hay una gran área cruenta, o sea un área susceptible de sangrar, como fue este caso. Entonces, y si usted revisa la historia, usted sea usted puede decir definitivamente en la historia del paciente sangró y si y usted llegue y cuando llega al paciente a la unidad de cuenta decisivo y mira los gases que se le toma, usted dice definitivamente esa ha sido filástica, es secundaria, a qué, Pues esa ha sido ciática, es secundaria a la mala percepción que tuvo por falta de la hemoglobina al paciente.

Si 1 lee la historia con detenimiento se da cuenta de que el paciente tuvo un sangrado mayor de lo de lo programado, digamos, y que requirió más unidades de glóbulos rojos. Esto es una complicación. Esto se llama una complicación.

Pero usted tiene que leer la historia así usted revisa la historia y usted saca esa conclusión? Así en la historia no diga complicación hemorragia durante tiempo prolongado de la cirugía, así no la vea si usted la revisa, saca esa conclusión.

PREGUNTA: Si usted. Hubiese participado en este procedimiento. Si se hubiese presentado lo que lo que la historia le consigna. Lo que usted lee. ¿Usted considera que debió haberse dejado anotada esa complicación expresamente? O. Hay que esperar a hacer un análisis juicioso con.

R: Lo que pasa es que es muy fácil hacer el análisis. Que a posteriori no uno pudiera decir tantas cosas que 1. En un momento dado hubiera podido hacerlo. Yo no pudiera haber dicho si es inicialmente había que dejar claro de que el paciente tuvo un sangrado durante 12 horas que no fue reemplazado de manera efectiva. Pero eso se entiende a leer la historia, pero que no quedó de pronto considerado. De manera explícita.

PREGUNTA: Usted hace alusión a que una evidencia de que el paciente sangró. En unas cantidades importantes. Inclusive, su experiencia le dice que no fue, no fue solamente los 1500 cm³ que se dice en la historia clínica, así. Pudo haber sido más. A lo que yo me ciño por por facilidad del. Del término a un sangrado no visible. Mhm. Hace usted alusión a que cuando se le toma los gases arteriales al paciente y entra a un sí, se evidencia una acidosis láctica severa y que esa acidosis láctica puede ser secundaria, es decir, es un efecto. Al tiempo prolongado y sangrado del paciente, es decir. En esa lectura de gases. ¿Hay algún ítem? ¿Actualmente que lo apoye en su conclusión, es decir, hay algún componente químico en el cuerpo? Quien dio más allá de.

Sí. Es que le estaba comentando que que los gases arteriales son muy importantes para evaluar la los arteriovenosos para evaluar la perfusión del espacio. Es decir, los gases sirven para ver cómo está el tejido, especialmente el tejido mezclada, o sea porque 1 puede tomar unos gases en un sitio dado, pero cuando se toman gases lacrimógenos, arteriovenosos centrales, entonces 1 mira varias cosas, mira cuatro cosas, mira, cómo está la oxigenación Mira cómo está la ventilación y mira cómo está la perfección, además de cómo está RQ que le hice la nutrición.

En este caso la percusión tengo que definitivamente fue el paciente tiene una acidosis. Se tiene lacio láctico muy alto y después secundaria que pues a que está mal perfundido el tejido, o sea que le da al secundario a que a que el paciente tuvo un sangrado durante un largo tiempo que pudo no haberse visto a así. Al. Ojo lo que yo le decía que es un sangrado y capa y que definitivamente pues debió ser, diga.

Hemos manejado con el reemplazo. Pues. De la hemoglobina y unidades de glóbulos rojos, en fin, pero especialmente en los gases, sirven en este caso para mirarla perfusión. O sea, cómo está

perfusión y si hay una y si el ácido láctico está muy elevado, 1 inmediatamente, eso es como AMB igual AC 1 dice. Este paciente está así porque está mal perfundido.

PREGUNTA: Mal perfundido significa que.

R: Que no hay suficiente oxígeno en los tejidos por falta de la proteína que transporta el oxígeno, que es la hemoglobina sea y la hemoglobina está en la sangre al perder sangre, entonces el paciente se compromete la vitalidad de ese tejido.

Sí.

PREGUNTA: Estoy entendiendo entonces en explicación Que una medición importante. Para. Confirmar la mala perfusión. Son los niveles de hemoglobina en el cuerpo.

R: Esa es 1 de los de los. Parámetros y tanto que hay un parámetro que se llama la tasa de extracción que se averiguó con los gases arteriovenosos y que se encuentra cuando hay poca hemoglobina disponible en los pedidos periferia. definitivamente esto es porque se requiere sangre, tan fútiles, sangre fácil. ¿Por qué? Porque el paciente sangró en alguna parte sangró.

PREGUNTA: De acuerdo a su respuesta según la historia clínica. En. Usted logra advertir. Si es así. ¿Cuál es el dato exacto del nivel de hemoglobina que pudo haber tenido él antes del procedimiento durante el procedimiento y a la salida de él?

R: Procedimiento cuando ingresamos, Pues las medidas de él en la valoración de anestesia del en la medida del Sol y una hemoglobina. Por eso el paciente estaba muy bien, mire que la hemoglobina estaba en 14.6 g por ciento del hematocrito en 43 punto. Y 7 por 101, popularidad mayor de 10 g es una hemoglobina, digamos que se considera que es normal e inclusive una fecha más cercana a la cirugía al 30 y 8 de febrero del 2017, que le toman una hemoglobina de pato Cristo y la hemoglobina, que en la primera valoración había estado en 14, 6, ya aparecen 16.4 g por ciento y el hematocrito 48.4. Ciento.

Después, pues ya usted que en los exámenes posteriores fue la hemoglobina baja, ostensiblemente sí, los los niveles que usted tiene y que usted puede revisar ahí en la historia y pues con los hallazgos de los exámenes que se le toman y con el estado clínico del paciente, pues te ve que el paciente está comprometido en su totalidad o del shock hipovolémico por el shock anémico.

PREGUNTA: Doctor Navarro en el proceso aparece una unas lecturas nos informe de medición de gases. Eh. Más o menos uno guiándose. En la en la fecha que colocan, pues se vivencia que al menos fue en el segundo día. En estos pacientes a la clínica medilaser, es decir. Muy posiblemente después del procedimiento. Porque, pues en una en una medición se consigna el día pero no la hora, en otras el día y la hora sí, y en otra el día en la hora sí, en otro el día y la hora sí es en la. Y así más grandes hay, hay varias mediciones, hay bastantes misiones, pero ya posteriores. Eh lo que aquí nosotros hemos entendido el proceso o así me lo hizo ver el anestesiólogo que aparece como demandado es que el desarrollo del procedimiento. Por la prolongación de la cirugía, el midió los gases entre 2 y 3 ocasión. Que no lo he dicho en su en su interrogatorio. Eh. Observó como en lactato creo estaba en niveles de 5 punto. Algo no, no logró pensar el punto que. Esto estaba en 5. ¿Sí, digámoslo entre 5 y 6, cierto? Y que pues él a la directa circunstancia advertía que se estaba presentando una acidosis láctica, el que él le suministró los servicios necesarios al paciente para estabilizarlo. En su criterio nunca estuvo. Eh. Estable.

Luego nos indica que terminar la cirugía. Esa es lactato. Estuvo en un nivel de. 9.6 ya voy aquí a compartirle la de. La medición, entendemos, fue la que se le tomó inmediatamente términos, procedimiento. Aquí se las comparto. Antes de que la pueda realizar, pues. Aquí observo que dice hora 3 + 3 + 47 más o menos. Los cálculos son que eso fue después. El procedimiento quirúrgico que se terminó el 9 de junio. Y aquí se consigna en la parte de abajo acidosis metabólica no compensada, sin discusión, con un arco, signos de hipo perfusión. Vascular tal vez. Consultar. Eso es lo que consigna este informe de medición y aquí esta información en en el índice. Hasta las 14:00 h de la tarde. Aquí los Martha 9.5. Según el anestesiólogo, ese es el nivel, era evidencia. La acidosis láctica severa, inclusive también no lo dice el cirujano plástico, el doctor Gabriel.

R: **yo aquí no veo la imagen, no, no estoy viendo imagen.** Pero, pero las es hasta dos. Sabía cuando el paciente tiene 5, pues está por encima del 100% del ácido láctico. Sí, y cuando el paquete 9 fue definitivamente tiene una acidosis severa. Sí, Y el PP. Sí. Con una hemoglobina de de 16.4 y le baja a 13. ¿de cuánto? Comienza a 13, pues ha tenido una importante sangrado. Sí, ahora probablemente esta hemoglobina, como usted puede ver más adelante, se compromete más porque hay veces que la movida está relativamente, puede estar más alta estando concentrada.

PREGUNTA: Médicamente, técnicamente hemos escuchado solamente al cirujano gladiano que haya piano y al anesthesiólogo Ramírez. Eh te es el primer galeno independiente del procedimiento que estamos escuchando. Sí. Entendido. De la de las explicaciones que ellos nos dan. Y, como explicó justificación a que no hubo un sangrado. ¿Exagerado? Así, el paciente nunca estuvo descompensado. Tal. Que sus niveles de hemoglobina posterior a la cirugía estaban dentro de los rangos. Emitidos. No estaba por debajo De los límites. y que se mantienen en los niveles o en las metas, esa es la razón para ello. Indicar. Que en el asunto. No hubo hemorragia severa. No un sangrado severo, abundan. No hay un shock hemorrágico. Y, no hubo un choque hipovolémico en sí mismo considerado y ya le digo porque lo di. Sin embargo, se lo pongo en presente, porque si usted lo ve, doctor Navarro. Ellos, que son profesionales en la medicina también, pero pues con uno de ellos con la misma especialidad. Nos está indicando que ese nivel de hemoglobina 13.3. Más allá de que sí, en efecto, bajo comparado con el que tenía antes de la pregunta, al estar en niveles descarta que hubiese habido un sangrado que hubiese afectado al paciente. ¿Qué opinión le merece de de esa respuesta y lo que nos están indicados?

Piense que si que una hemoglobina te de 13 una hemoglobina como aparece ahí que usted era, por qué dice que no es Fidel? Una hemoglobina de 13 da para un hematocrito sí que sería multiplicar ese esa ese emoglovina por por por 3 tarion es batolito como el 40 y si usted mira abajo antes de que ella parámetros calculados, mira que el hematocrito está en 34%, o sea que ya que el hematocrito la concentración. De los glóbulos rojos. Está allá abajo. Entonces la pregunta que yo haría como perito es bueno.

PREGUNTA: El médico cirujano. En su consideración. En un en. Los apartes de la historia clínica, donde se consigna que hubo el choque hipovolémico Él dice que es una mera son meros diagnósticos, son averiguaciones, hipótesis. En su consideración el doctor Galiana. Está presente en la audiencia sabiéndonos. ¿Si está escuchando no? Él considera que jamás hubo choque hipovulemico. El, anestesiólogo que es de la especialidad suya Nos dice. Que un choque hipovolémico fisiológico. Pero que no hubo un choque hipovolémico. Patología. Pues son impresiones profesionales. Inclusive si usted lo ve doctor. No hubo un choque hipovolémico. Mucho que pero no es patológico si no es fisiológico o natural, porque hubo sagrado. Y usted nos dice que sí hubo un choque,. Esas versiones tan distintas. Son razonables para su experiencia tienen una explicación o cómo entender que. Ustedes médicos con ciertos conocimientos ven el caso con unos ojos tan listo.

R: Lo que pasa es que. Shock. Choque shock o choque. Significa mala perfusión, sí, mala perfusión. Entonces hay distintos choques. Eh decir hecho cardiogénico el. El problema de la mala perfusión está porque la bomba no funciona bien. Hay shock séptico que. No no funciona bien la percusión, porque el paciente tiene una infección severa que que hace que los tejidos de aprovechen el oxígeno. Hay choque hemorrágico en el cual el paciente tiene una una pérdida importante de sangre que se refleja en la mala perfusión. Yoo entiendo cuando dicen que soy polémico, no hubo en el sentido de que la volemia. Puede emplazada con. Líquidos, es decir, con cristaloides con lactato de ringer y con solución salina. ¿O sea que eso es lo que 11 hace que el paciente no se le vaya a morir en la cirugía, poniéndole líquidos? Sí, y eso mantiene los signos vitales, o sea la presión arterial, pero la perfusión, la percusión, o sea la la oxigenación a nivel de los tejidos. Tú está comprometido, entonces es lo que nosotros decimos que es que se emplea como en un shock, porque el shock es mala perfusión. ¿Todo lo hice, pero cómo así que no hay? Una vez que gacho y usted dice que se ha hecho es que he hecho es mala perfusión de los tejidos que el anestesiólogo logró mantener la presión arterial con la punta de líquidos 1 pudiera decir eso se refleja en que la presión arterial estuvo más o menos sostenida. Mantuvo la presión arterial, pero como no había suficiente Molina que llegará a los tejidos, se presentó el shock. ¿Y entonces qué no peleamos a? De hecho, le damos

nombre cardiogénico, no le damos nombre De hecho escéptico, no le damos show de distribución, o sea vaso plástico tampoco. ¿Y entonces, cómo se llama ese shock? Entonces por ese chop nosotros podríamos llamarlo anémico, pero como ese hecho no existe, existe ese cholchol emico. Entonces, por eso el término no hay cambios en Conil séptico ni de o sea vaso plástico, sino CHOCK hipovolémico. Así, el paciente mantenga a en el límite de los cifras de presión, los tejidos están siendo mal perfundidos porque no les está llegando los niveles adecuados o apropiados de hemoglobina.

PREGUNTA: Entonces la entendemos a usted que , en definitiva, ¿en el caso presente sí hubo y fue un shock hipovolémico?

Sí. Con compromiso de la perfusión entre se puede entender así. Bien.

PREGUNTA: Para los médicos que hemos escuchado. El hecho. O yo por lo menos no he entendido así. El hecho de que los niveles de hemoglobina del paciente cuando salió de cirugía se mantiene, mantuvieron la mantuvieran dentro de los rangos. Es prueba suficiente para descartar el shock o el sangrado O la pérdida excesiva de sangre o también la no necesidad de transfusión de más. Unidades de salud. Más o menos es lo que. Ellos nos han hecho. Entonces entendemos. Que la medición de la hemoglobina en este caso. Más allá en que está dentro de los rangos, pero bajo comparada con el ingreso a la cirugía. Los niveles de lactato. Los niveles de ph. Los niveles de parámetros calculados de oxígeno. Son indicativos. Para usted. Además De hecho Y de esa acidosis láctica que puede secundaria a ese chock a esa pérdida desmesurada de sangre.

R: Exactamente. De estos parámetros de los ácidos. De acidosis láctica es un parámetro de que el paciente está ha estado mal perfundido y por qué puede haber sido bien manejado Los líquidos que están los 10 pedo se requerían que te la proteína que transporta el oxígeno que la. **Yo no sé yo quisiera saber que no tengo presente acá y tengo mis notas, pero no tengo presente la historia que ¿cuál fue la hemoglobina de sangre, la hemoglobina tomada al paciente al final de la cirugía?** Lo está que usted demostró en los gases que 1 nunca toma en cuenta esta hemoglobina de los gases, sino el examen de la hemoglobina del cuadro básico de la hemoglobina

macrito que se tomó de la sangre del paciente, al final que no la tengo presente acá quisiera verla cómo, cómo fue hoy, cómo se hizo el seguimiento de las demás porque se lo hicieron de sangre. ¿Cómo salió ese modo?

PREGUNTA: ¿Me me pregunta por la hemoglobina en este momento?

R: Sí de en los exámenes que se le tomaron al paciente que al final de la cirugía y después en la UCI se le tomaron varios pacientes. ¿Cómo estaba esa hemoglobina?

INTERVENCIÓN: Señoría. Sí, señor, permite doctor Leonardo Aguilar 11.8 fue lacto al finalizar la cirugía.

PREGUNTA: ¿Perdón 1 segundo usted hago una pregunta al señor juez que esa esa hemoglobina en la UCI fue después de haberle transfundido sangre en la UCI?

No después de haber transfundido sangre.

¿Porque es que en la UCI?

Ya mire espérame.

PERITO: Ya porque eso Si un paciente tiene 16.4 g de hemoglobina y después de haberle trasfundidos unidades están 10.3 y dicen que el paciente no sangró, entonces yo no yo. No entiendo eso.

PREGUNTA: A ver doctor Navarro. Yo entiendo que paciente. Tiene un 1 en niveles. Derivadas de unos exámenes de laboratorio dentro de los que para el caso nos importa. Saber cuáles eran los niveles de hemoglobina antes. ¿Cuáles eran los niveles de hemoglobina en si seleccionó medición de ellos?

R: ¿En el procedimiento y cuáles después entendiendo? Extendiendo. Esa medición después de la de la transmisión de las dos unidades de globos. Sí, así es que le entiendo que esos. Datos hay que analizarlo.

Señor juez tenía 16, cuatro. Antes de entrar a cirugía. Y después de transfundirle dos unidades de glóbulos rojos, le toman una hemoglobina que aparece en la UCI de 10.3, luego de 16 cuatro, bajarle a 10 puntos 3. Pese a ver, el transfundió dos unidades de glóbulos rojos. Significa que el paciente tuvo un sangrado ostensible. Bajar de 16 cuatro a 10.3 es un sangrado, habiéndole ya transcurrido unidad en quirófano, entonces la porque es que se le entendía al señor juez que me decía que según habían dicho que el paciente definitivamente. Y por la hemoglobina que desean en los gases, no había sangrado lo que el sangrado prolongado que nosotros decimos, pero pues que el peritaje dice, pero es que es que precisamente nosotros consideramos que la complicación del paciente fue precisamente el sangrado.

PREGUNTA: A ver, a mí me parece importante aquí. Sobre todo más. ¿Allá de los datos que usted me da? Desde dónde saca usted el dato de que era 16. ¿antes de la hemoglobina? Si alguien me puede ayudar aquí a consultarlo bosque.

INTERVENCIÓN DEMANDADO DR. GAGLEANO: Señor, pues la modelo inicial es de 15, la hemoglobina final de 11.8 después de transfusión de 2 unidades de glóbulos rojos. Cada unidad sube en medio punto de hemoglobina, quiere decir. Tomar como mínimo. El paciente tuvo 10 coma 1.8 intraoperatorio Dios se punto 8 después de la cirugía, es importante que el perito sepa esto y que revise él mismo los datos en la historia, porque esto es fundamental, la verdad, bastante preocupante que el perito no sepa los datos del laboratorio, que son los únicos datos objetivos que tenemos en la historia.

JUEZ: Dr. Navarro es que aquí es muy difícil practicar la prueba, nosotros vemos. La contradicción, nosotros no la hemos pasado, yo no le he pasado tratando de compartir pantalla, mirando los datos a los médicos se les ha permitido que consulten sus apuntes, su historia clínica y si usted no tiene cómo confrontar esa información que imagino lo hizo, sino pues tienen sus apuntes lo relevante, pues es más difícil. Eh la sustentación de solicitamos porque me parece que tiene razón. 1 de los abogados, el perdón a cuando dice que pues que es muy llamativo que usted no tenga presente esos datos de la historia clínica y pues usted me está pidiendo que lo busque. Pues es que es

mucha información. Y conoces muy complejo para mi encontrarlo, yo sí la busqué en la, pero en este momento la estoy encontrando. Sin embargo, mire Mientras tanto, aquí en la UCI de adultos cardiovascular medilaser 9 de junio del 2017 5 y 19, es decir, posterior al procedimiento, consigna consigna José Emilio Moro chorrera ucieda.

Dice que. Ingres a conflictos de sedación y situado soportabas opresor taquicardia sunshine usan 3 abdominales con contenido de. Gases con acidosis, metabólica moderada punto y perla temía 9.6 punto hemoglobinael 11.8. Y la inicial 15, entonces ahí es. Por eso es que el doctor Gabriel no está diciendo que él empezó con 15, pero pues nos estamos guiando en esta epicrisis, pero entendemos que esa información es perfectamente confrontarle en los exámenes de laboratorio. Sí, entonces. ¿Qué veo esta información que el paciente? Presa. Con nivel 15 hemoglobina. No usted me da otro dato, inclusive no sé si me da 16.4, no sé, no sé esa información, si está en algún otro lado porque no coinciden. Y esta epicrisis dice Ah es que cuando entra la bici es después, es decir, después de transfundido de. Las dos unidades. Tiene una hemoglobina de 11.8. Aquí en el proceso hay otra información. Es. Como la hoja de anestesia, que también se lo pregunté ayer al al anestesiólogo. En esta hoja de anestesia se consignan otros datos y pues aquí resulta relevante saber esos datos, de qué momento son del procedimiento. En estos datos se consigna el formato de solicitud de componentes sanguíneos. Primero de junio de 2017. Quirós. Y dice que quiere hemoglobina 15, es decir, coincide con la epicrisis. 46. Y recuento de plaquetas, 14602, doctor Ramírez. Usted me dijo que faltaba un cero no recuerdo en cual da. Ah. En las plaquetas, su señoría, o sea, no era. 146000.

Es que entre médicos ustedes 3 se sientan y no necesitan mirar la historia clínica y se entiende. Pero es que aquí la mayoría no somos médicos y el que decide no es un médico, por eso la gran responsabilidad de estudiar el proceso de entender qué fue lo que pasó. De escucharlos a ustedes y de verificar cuál es la versión médica más creíble. ¿Por qué? Pues se lo se lo está notando. La versión de los médicos, obviamente 1 entiende que nadie, si es que hubiese una culpa al va a venir a decir sí, yo me equivoqué, me equivoqué en eso. Y tampoco estoy diciendo que yo lo sea. ¿Pero es que apenas con natural que ellos contesten de acuerdo a su conocimiento y de acuerdo a su apreciación propia médica también, pero pero y los abogados lo saben? Pues tenemos que ser

conscientes que ellos tienen un interés en el proceso. Pues porque son demandados. Y está en juegos mi responsabilidad civil médica y está en juegos una cuestión económica grande. ¿Entonces no podemos ser ajenos a pensar que nuestros dichos hay cierto apasionamiento, cierto? ¿No digamos que un acomodo, pero si una versión que puede ser menos objetiva de lo que debería ser y eso hace parte de la naturaleza humana, cierto? Y entonces resulta doctor. Navarro, que hay otros dictámenes periciales que. Llegan a una conclusión diametralmente distinta a la suya, usted no las conoce. Y, por eso es nuestro afán de conocer a suficiencias, su versión. Y yo, por ejemplo, en este momento el hecho de que usted no pueda consultar la historia clínica ahí. O que no pueda ver lo que yo le estoy mostrando para mí. En este momento. Es un impedimento para seguir con el interrogatorio suyo. Y es que cada 1 defiende lo suyo y yo tengo la gran responsabilidad de sacar un fallo que podrá ser revisado por un tribunal, pero yo. Me hartó de decir que trato de ser. Lo más juicioso. Y diligente para resolver con un juicio. Jurídico, probatorio y médico técnico. Gigante. Discúlpeme lo que voy a decir y no es echándome flores, pero casi. ¿Ustedes se han dado cuenta que yo he estudiado el proceso que yo he realizado? La historia clínica, las epicrisis, las contestaciones, los dictámenes periciales. Tengo en mi cabeza datos médicos puntuales, tiempos, informaciones, exámenes. Hasta hasta medí el provecho, entre comillas de señalarle al doctor gagliano que en el proceso hay información que él cree que lo había y si está. Pues porque trato de hacer mi trabajo de la mejor manera posible, porque para mí es muy simple avanzar y resuelvo cualquier cosa. Esa no es mi idea, la idea mía es hacer un trabajo juicioso, porque para eso me metí el juez para eso el juez, para eso me pagan. Debo ser correcto en mi proceder y debo decirlo en este momento, salvo una consideración diferente que yo creo que no podemos. Seguir con el interrogatorio si usted, doctor Navarro, no tiene dónde consultar la información y no puede guiarse solo en lo que yo le diga, porque puede que a quién vivo y en directo mire la carpeta que no es.

Y si usted lo analiza, yo le estoy preguntando a usted he tenido que decirle oiga, doctor Ramírez, me puede ayudar oiga doctor gagliano, claro, pues ellos están en la sesión. Porque ellos son interesados en el proceso. Si estuviéramos en una sala de audiencias presencial. Esto que está pasando no es extraordinario. Separa el doctor Ramírez y dice, mire doctor, en este examen de

laboratorio que está en este folio, usted puede consultar esta información, señor tricotea, porque es de humanos errar y no sabemos, pensemos que no.

Sí.

Que la información que usted consultó doctor Navarro es completa, dicho sea de paso, la la impresión que tienen los médicos. Dentro del respeto, por supuesto, pero con la preocupación que les asiste ser demandado es que usted no consultó completamente la historia clínica. Puede que sí, puede que no, yo creería.

En sí.

Cierto. Sin embargo, me tomo el tiempo para hacer estas precisiones porque me afana profundamente. En esta parte del proceso que en mi sentir es fundamental, estamos en una de las etapas más importantes de la audiencia porque estamos escuchando a un médico que no es cualquier médico, doctor Navarro. Este no es cualquier médico y no es solo porque sea médico de la Universidad Nacional. Ciertamente. Y es bastante llamativo que su versión. Sea tan disímil a la A la de nosotros. Pero insisto, me parece que es importante que usted pueda ver lo que estamos mirando y no solamente seguir. Lo que le estoy contando. Se pueda consultar apuntes. Debía tener un equipo para consultar la información y no solamente guiarse de lo que está pasando acá. ¿Desconozco en otras audiencias, usted cómo ha tenido que manejarla? Pero en mi juzgado soy demasiado. Exigente. Con pruebas como estas. No sé si usted ahí tenga un computador para que se pueda conectar, pueda revisarlas, lo que nosotros le compartimos la historia clínica para poder continuar con el interrogatorio porque yo considero que no hay en este momento. En el la suficiencia de de de un dispositivo suyo para que nos pueda contestar con mayor fidelidad. Mmh las preguntas que le estamos ha. Usted me, dirá doctor Navarro.

PERITO: Sí señor juez, muchas gracias, Puesto que eh. En esta tarde pues yo tengo actividades académicas. Yo leí juiciosamente la historia del principio de que si un paciente tiene 15 g de hemoglobina. Y le baja la hemoglobina a 11.8 significa que ha sangrado. A sangrado hice a mí, eso

es lo importante. Y si el paciente tiene acidosis láctica y no hay otra explicación de por qué el paciente está en ese estado de acidosis, pues es sencillamente por la sangre que ha perdido. Que te 15 g que está allí en la en lo que usted acaba de informarnos y que aparece en la historia clínica. Bajarle a 11.8 es un sangrado significativo y es lo que yo estoy tratando de comentarle que. Princesa es la explicación de acuerdo en peritaje de por qué el paciente se con. 5. Que tu sagrado a través del tiempo en una cirugía que se prolongó. Esto es una complicación, o sea, eso es inherente a un procedimiento quirúrgico, pero que de 15º grados, por cierto, bajarle a 11.8%. Eso significa un sangrado ostensible. Ahora que que alguien diga no es que el sangrado tiene que ser con una hemoglobina por debajo de 10, no necesariamente un paciente que sangre de en un tiempo como el el de la cirugía y que no se le se le reemplace la sangre y de manera apropiada, pues se compromete tu perfusión. que es lo que estado de explicar, pues de acuerdo al peritaje, pero yo leí a consciencia la historia y por eso respondí de manera precisa las preguntas, ahora me están haciendo, señor, juez me está haciendo unas preguntas con mucha más precisión y pues estoy ampliando esa información, pero yo leí la historia con sumo juicio, gracias.

PREGUNTA: ¿A ver doctor antes de ello antes de continuar me inquietó algo, me está diciendo que usted? Tienes que ir es académicas en la Universidad, o sea que tiene un límite de tiempo para rendir su dictamen. No lo escuchamos.

Señor juez me hace un favor, me repite la pregunta, no le no le escuché bien.

PREGUNTA: Es que le entendí su última intervención, que tiene actividades académicas en la Universidad esta tarde, o sea que tiene que retirarse en algún momento puntual.

R: O sea, yo tenía actividad académica porque pues se tenía pensado esta mañana. Esta mañana suspendió la actividad para estar pendiente, pero pues esta mañana no se dio esta tarde, pues yo tengo una línea de profundización que de 2 a cuatro.

Y estoy acá, desafortunadamente porque pues me toca venir aquí a la Universidad, no, no sabía que esta tarde me tocaba comparecer. Pensaba que era esta mañana y pues por eso estoy de deslumbrar, por eso es que de pronto, pues no, pues no estoy con computador.

JUEZ: Bien doctor pues a ver yo voy a intentar continuar con el desarrollo de su sustentación, pero sí. Si veo que definitivamente no estar tan sitio, más tranquilo, idóneo y con un equipo en el que va a consultar la historia clínica y demás, porque es que usted también. Debería inclusive compartírnos pantalla y decirle, mire yo consulté esta parte, consulte este estos apuntes o en tal punto de la historia clínica llegó a esta conclusión y yo se lo digo con el. Mayor de los. Respetos que merece un profesional de la medicina. Como cualquiera de ustedes. Lo que pasa es que sus respuestas en mí.

INTERVENCIÓN APODERADO DR. RAMIREZ - DEMANDADO:

Muchas gracias señoría, no sé señoría abajo mejor opinión. Yo creo que. Que si deberíamos solicitar de una manera más respetuosa que tuviéramos la posibilidad de que el perito tuviera el acceso a la historia clínica porque es que a mí me llama mucho la atención. Y es que el punto principal de Del debate probatorio, como se estableció, es la presencia de. Y eso será por lo que le está explicando en ese momento, pero ya que es que. En una respuesta, él dice que. No es que la la hemoglobina mayoría de 10 es totalmente normal. Entonces no tendríamos una, no tendríamos una necesidad de desarrollar esta prueba, porque sí, sí, en la historia clínica está que el paciente tuvo 10.3 11.4 en en el pre quirúrgico y post quirúrgico. Pues no tendríamos absolutamente nada más que hacer o la finalidad de la plana. No estaría, sí. YY es que eso ocurre porque no hay una exactitud en la revisión de los documentos por parte de, por lo que no los tiene a la mano su señoría porque sí, o sea la respuesta a ese a ese solo interrogante donde dice en la hemoglobina mayoría de es totalmente normal. ¿Pues ya estaríamos con la, con la, con la respuesta que necesitamos cuándo? La historia clínica nos indica 15.4 inicio 10.3 media en en la en las quirúrgica 13.3 posterior. O sea, hay varias situaciones de varios documentos del desarrollo total de la cirugía que necesitamos que él. No lo explique.

INTERVENCIÓN DEMANDADO – CLÍNICA MEDILASER:

Me disculpa doctor. Y agradezco el uso de la palabra y. Su señoría, como es del conocimiento de todos los acá presentes que por parte de la institución, pues es algo que de pronto nos debería dilucidar en la audiencia. Pero la institución ha tenido que asumir un costo patrimonial demasiado alto dentro del presente proceso judicial. El costo patrimonial está enfocado. En en los dictámenes periciales aportados, pero en especial en los dictámenes que se aportan como contracción al dictamen pericial que con todo el respeto del mundo. Rindió el doctor Ricardo acá presente. Eh es importante su señoría que desde un principio esta defensa avizoró que cuando se absorbió el primer dictamen pericial, nosotros estábamos muy atentos hasta que se corriera traslado del mismo para avizorar al juzgado. De pronto algunas inconsistencias relacionadas con información que se da pero que no se prueba. Esta defensa espera o esperaba dentro de la presente audiencia, como lo ha sido todo el trayecto de El estado procesal de verificar de manera probatoria minuciosa la lo que está indicando el doctor Ricardo dentro de su dictamen pericial. Dentro de esta sustentación al dictamen pericial, si es bueno que el doctor Ricardo de manera documental pruebe lo que está indicando, habida cuenta que lo que se está mencionando está bajo los mismos supuestos de hechos, pero sin fundamento, como se está indicando en el dictamen pericial.

Sí.

Es algo grave para la institución como clínica medilaser y pues obviamente para los galenos directamente implicados, porque pues de pronto ellos quisieran alzar la voz, hablar, decir, decir, por qué de pronto se están hablando ciertas circunstancias que están en la historia clínica que están evidenciadas y que se viene en un trayecto de ya 2 días de audiencias en. Donde sea avizorado, digamos, como el actuar se avizorado de alguna manera, las actuaciones minuciosas por parte de los profesionales de la salud es algo que, pues, obviamente el doctor Ricardo se está enterando hasta el momento y por eso de pronto te surge estos inconvenientes. Yo considero que es demasiado importante que si se va a tener en cuenta este dictamen pericial que pues obviamente la familia de los demandantes asumió. Con un costo económico que pues obviamente es un valor

que que es muy considerable que este asunto se se trate de la mejor manera y que sea de manera probatoria, como bien se ha dicho que este es el escenario. Precisamente para el doctor Ricardo, en donde él va a ser una exposición del dictamen y en donde él va a hablar de manera documental, el por qué se avizora o también sería el momento de pronto de de que se efectúe una retractación o una corre. ¿De pronto si no se hizo un análisis acucioso, precisamente las preguntas que yo tengo están enfocadas a en dónde? ¿En la historia clínica de iceta al asunto, en qué parte se avizora? Pero si yo no tengo una historia clínica de presente a favor del respetado doctor Ricardo, que admiro mucho, por cierto, que yo no podría de ninguna manera puede sustentar a favor de la institución una debida defensa, entonces sí es importante, digamos, tenerlo de presente y de antemano le agradezco al honor. Pues la imparcialidad y ver que, en efecto, no no se está surtiendo como debería ser una prueba que es fundamental y que está hablando de 2 profesionales de la salud y de una institución. Que, pues, obviamente está implicada de manera directa. Muchas gracias señor.

INTERVENCIÓN APODERADO DR. JORGE – DEMANDADO:

Sus señorías, yo pues coadyuvo las manifestaciones han esbozado mis antecesores. Y adicional quiero. Puedes agregar que en efecto, pues acá bien lo ha señalado el perito que ese dictamen fue. Pues elaborado por dos profesionales. Sí, y aquí únicamente se presentó, se estaba presentando únicamente 1. Y para nosotros es de suma importancia, pues toda vez que. Que el camello que nos convoca, pues presenta fundadas inconsistencias. Que es importante, pues que se den aquí AA conocer y que ya pues afortunadamente, pues el señor juez ha tenido la oportunidad de verificar que datos que han sido suministrados, pues no corre. Responden a lo que ocurrió en el día de la cirugía, por ende, pues el señor Dios y compensaría que en aras de que se lleve a cabalidad esta diligencia, se se se re programe, que participen los dos profesionales que elaboraron el informe y que se presenten, digamos, las.

INTERVENCIÓN APODERADA ALLIANZ SEGUROS S.A.:

Gracias señor buenas en igual sentido y con el mayor respeto que merece, la dirigencia y sobre todo usted, señor juez, si le solicitaría con todo el respeto instar al perito para que entre tanto,

incluso en mediando a toda esa conversación que estamos teniendo. Si se pueda instalar en donde pueda por lo menos avizorar la historia clínica que, como usted, señor juez, está presentándole, esto, porque no cabe dentro del presente asunto la manifestación que por parte de un perito que ya intervino en un en un peritazgo se indique, señor juez: “yo no conozco el nivel de hemoglobina final”, es eso, es parte fundamental de este caso, señor juez y es muy difícil para nosotros como defensa. Y también, incluso señor, para usted presentarle entonces la evidencia? Entonces definitivamente no la tiene presente, porque incluso llegó a asegurar que era un número diferente al que está dispuesto, por lo menos en la historia clínica que usted mostró. Entonces, señor juez, le pediría con todo el respeto del mundo, no necesariamente suspender la diligencia, pero sí que el señor perito pueda acomodarse en un lugar. Que sea idóneo para este tipo de diligencias, sobre todo para sustentar su pericia, sobre todo porque nosotros, quienes hemos estado los 2 días seguidos. Hemos estado con la total atención a la diligencia y sobre todo porque ante ello señor juez, pues es no sobra decir que hemos estudiado, analizado de fondo el caso y hemos estado en disposición de presentarle a usted como el director de la diligencia, pues todos los apartados de la historia clínica que nosotros conocemos y ante ello y para poder hacer efectiva la contradicción del dictamen, pues resulta necesario que el perito, Si de pronto no consultó la historia clínica o no la tiene presente, por lo menos la tenga, porque es fundamental que él pueda responder de manera objetiva a este asunto, sobre todo cuando estamos hablando de niveles y de, digamos, rangos en la medicina, que son objetivos, tal y como lo fundamentó en principio el doctor Jorge Leonardo Galeano. Entonces en ese sentido, señor juez, si le solicitaría con todo el respeto y nuevamente se insta de nuevo al perito que por lo menos tenga. La amabilidad de conectarse desde a un dispositivo tecnológico que sea idóneo porque tampoco sabemos la dimensión que tiene su teléfono celular en cuanto a pantalla estamos, estoy refiriéndome y, sobre todo señor JUEZ, porque si nosotros como usted bien lo dice, le podemos presentar una historia clínica o el apartado de una historia clínica que no es, entonces también vamos a partir de un punto que al final no sabemos si ese apartado de la historia clínica se refería a un punto de respuesta, de alguna pregunta que usted como director del proceso se le hizo

para oficiarlo, entonces, señor juez, si quisiera con todo respeto, se acceda a lo. Solicitado muchas gracias.

PREGUNTA: Productor de Navarra. ¿Usted tiene a la mano algún equipo, algún dispositivo y además donde pueda consultar la información que nosotros le mandamos a la Universidad Nacional para que las tuviera o usted no tiene esos documentos a la ama?

R: Yo estoy aquí en la Facultad de Medicina, sí. Tengo eh los reportes que yo hice y las notas que yo hice las tengo aquí a mi mano. Pero yo eh, pues es que yo no estoy en mi casa Ese es el inconveniente que tengo.

DECISIÓN DEL JUEZ ANTE LAS MANIFESTACIONES

- Se suspende la diligencia
- **Se fija nueva fecha y hora para la continuación de la practica de la prueba, es decir, la contradicción del dictamen para el día 23 de abril de 2024 desde las 8:30 A.M y el 24 de abril de 2024 desde las 9:00 A.M (El 23 de abril se escucharán los dos peritos de la Nacional) (El 24 de abril se escucharán los peritos de la parte demanda)**
- Se ordena que se allegue dentro de los 3 días siguientes a hoy, la hoja de vida completa del segundo perito que realizó el dictamen de la Nacional.
- Se ordena la citación del segundo médico especialista que realizó el dictamen con el Dr. Navarro. Esto es, el Dr. Herley Aguirre.

Se finaliza la diligencia siendo las 4:45 PM del 06 de marzo de 2024.