

Bogotá D.C, 09 de mayo 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 INSTRUCCIÓN Y JUZGAMIENTO ART. 373 C.G.P.

PRACTICA DE PRUEBAS

CONTINUACIÓN AUDIENCIA 373 C.G.P 23 DE ABRIL DE 2024

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

JUEZ: Estábamos haciendo. O se estaba haciendo una revisión, un análisis respecto a los niveles de hemoglobina antes del procedimiento con antelación unos meses, el día de la cirugía durante la cirugía y cuando el paciente termina y de llevado shock y pues se le planteó, se le expuso. La información que estaba en el proceso, específicamente a la medición de gases arteriales como una actividad de la anestesia. Y el mostré Dándole en la pantalla y mostrándole la información. Pues. Nos hacía un análisis de lo que en su sentir y la literatura. Y la experiencia médica le indicaba. Y que más allá es que en la hemoglobina pudo haber. Estado en los límites. Que lo cierto es que el

sangrado fue abundante y no fue reemplazado con oportunidad, inclusive de. Nos precisó sobre lo fidedigno que resultan los datos en la medición de gases y que había lugar, específicamente de los hemocultivos o de los exámenes de laboratorio. Y, pues nos hacía. Un un análisis también insisto de los niveles de PH de lactato de hemoglobina. De hematocrito y los cálculos que en su. Sentir, pues daban a entender. Que. El paciente estuvo mal perfundido.

Insisto, pues me saltó bastantes datos, pero como para actualizar se estaba analizando los niveles de ti. O globina y su comparación con el cuadro hemático y los gases arteriales. YE, inclusive, pues ahí fue cuando suspendimos la audiencia respecto a unos datos específicos OA la medición que él estaba señalando versus la que recuerdo también el doctor Gagliano y el doctor Ramírez trajeron a colación. Antes del procedimiento durante el procedimiento y cuando es. Llevado a UCI porque pues. El doctor Navarro estaba hablando de unos límites de entre 16.4 y 10.3. Mientras que la historia clínica y recuerdo que el doctor Gadea no hacía relación a un nivel de hemoglobina inicial en 15 y a un nivel de hemoglobina final de 11.8.

Eh doctor, pues es la oportunidad para continuar con el interrogatorio. En todo caso, pues usted es un inveterado en la medicina y ha rendido el producto amenes, pues es perfectamente normal que los médicos. Entre ustedes, pues tengan de pronto percepciones y visiones diferentes, eso no lo debe intimidar ni. Asustar a usted. Si no, por el contrario, venir a refrendarlos y explicarnos en la mejor medida los conceptos que usted ya nos dio y que están plasmados por escrito. Entonces empecemos doctor, porque los precise y de pronto la información que yo he dado me he equivocado, hay que aclarar, hay que adicionar, hay que complementar para continuar.

RESPUESTA: Muchas gracias señor juez. Eh los felicito por esa mente sintética. De en tan pocos minutos. Concretar en lo que se dijo que durante la sesión pasada. El ánimo como auxiliar de la justicia, pues es evaluar. La historia a posteriori. Y el mirar de acuerdo a las condiciones del paciente. ¿De qué fue lo que pasó o por qué tuvo un desenlace? Como el que tuvo. Nuestro paciente del desenlace con mortalidad. Quieto compartir pantalla. Sí, señor para para los demás asistentes,

en la plataforma les permite ahí con una con unas flechitas ampliar lo que está compartiendo el médico, por favor.

Bueno.

Ustedes ven en la página 43 de las 2:36 h de la historia clínica que en el análisis. Dice pues que él. Paciente se le realiza una dermolipsectomía circunferencial post cirugía bariátrica y que tiene un sangrado aproximado de 1560. En había. Precisado de que una cosa es el sangrado que 1 considera visualmente y otro es el que el paciente tiene por el área cruenta, el sangrado en capa. Y que muchas veces la forma de verlo es de acuerdo a la evolución del paciente si el paciente se torna ataque cardiaco o se le baja la presión alta. Real o el paciente ante los exámenes de laboratorio que se toman, pues se ve de manera objetiva que tiene, por ejemplo, unos exámenes aquí de fundamentales como la hemoglobina y el hematocrito, que también se pidió, imagino que se compromete en la coagulación cuando hay un síndrome de de bajo gasto. O sea, hipovolemia. Y, pues ustedes pueden ver allí lo que se consideró de que el paciente tenía este este sangrado. El procedimiento termina el día 9 de junio del 2017 hacia las 3:30 h de la mañana. Sí, y ustedes pueden ver allí en que. Sí. Está la hora de terminación y que el paciente, pues se dice que queda paciente con DM. Con un compromiso tiene un dream que tiene sangrado, sí que, pues, se se coloca el tren precisamente para que no se vayan a formar hematomas y el paciente pues. En estos momentos. no sé si están viendo allí bien, dice. Termina procedimiento quirúrgico que a paciente con herida cubierta con micro poro con tren temoac funcionando con sonda desinstalar funcional y con medidas anti embolica. Entonces la nota dice que ingresa a la UCI Concha. ¿Qué tipo perfundido, anémico y con sangrado aproximado de 1500 CC, página 91 de la de de las 2:36 h páginas sí es esto, por qué ese? ¿Por qué es el chock? ¿Por qué es el estado hemodinámico que presenta?

Sí la consideración que se hace pese a que el la cirugía que fue en dos tiempos un tiempo anterior, o sea en decúbito, supino y un tiempo en el paciente, digamos boca abajo, que nosotros llamamos decúbito prono. Eh Pues requirió un un tiempo que ustedes ya han de acuerdo a la revisión de la historia clínica de de de 12 horas un poquito más, o sea un tiempo prolongado. No era el cual el

paciente durante la cirugía presentó cifras de presión bajas que el anesthesiólogo fuese a partir de líquidos cristaloides. Compensó, subió la presión, pero de todas maneras, cuando llegó la hemoglobina y llegó una hemoglobina baja, el anesthesiólogo pues le transfundió las dos unidades de glóbulos rojos son negativos que habían reserva.

Y, pues, desafortunadamente no habían más unidades. Y la página 44 de las 2:36 h dice que paciente de 63 años con sus antecedentes, pero el bypass gástrico y dice, te presenta secuelas de pérdida de peso, que fue lo que lo hizo él ha recurrir a la cirugía plástica porque tenía un tejido graso redonda. Sí el tiempo quirúrgico prolongado y se allí 12 horas en dos tiempos, prono y supino sangrado importante. Por eso es que yo. Digo o sea. Ha ha tenido lo que dice la historia clínica de que el paciente presentó un sangrado que lo llevó a una lacto acidosis severa, como dice allí, recuerden que el ácido, el ácido láctico. En normal. De nosotros, basta punto, 8000 inmuebles por 1.8 mili moles por litro, el nivel más alto y el paciente terminó con 9.6 1000 inmuebles político cuando el ácido láctico supera el nivel de 2 milenios, político ya significa que el paciente está haciendo un compromiso en su perfusión. Dice allí que la actuación 6 se. Era requirió transfusión de 2 unidades de glóbulos rojos, sangre o negativo no se cuenta con más unidades compatibles en el hospital eh hallazgos intraoperatorios de colecciones muy separadas, que eso fue una de los hallazgos dentro de las ideas que hicieron que se prolongará el tiempo quirúrgico y se traslada a la UCI para continuar el manejo. Acá en la página 45 de los de la 2:36 h, cuando ingresa la UCI dice que ingresaba a efectos de sedación intubado, soporte de vasopresor, el soporte base opresor, que son medicamentos que se ponen para mantener la presión arterial para que esa presión arterial pueda lograr un buen gasto cardíaco, que si el paciente tiene una taquicardia.

Inusual se puede ser no solamente por el estado de la covelina, sino también por el soporte base opresor, y dice que los gases tienen. Ha sido difícil. El metabólica monedade hiper lacta tenía con 9.6 de una hemoglobina de 118, la inicial era de 15 y dice que tiene buenos índices de oxigenación. Yo decía en la sesión anterior que los gases arteriales tienen cuatro objetivos.

Sí. Ah. Uno de valorar la oxigenación, o sea que un paciente puede tener una buena oxigenación, el otro es valorar las ventila. O paciente puede tener una buena oxigenación y ventilación por una ley de los gases que se llama la ley de Dalton ahora, pero los gases además no sirven para valorar la perfusión. Ver cómo está el ácido láctico, ver cómo está la tasa de extracción y también sirve valorando el RQ para cuadrarle la nutrición al paciente. O sea que tiene cuatro usos, cuando 1 solicita unos gases arteriales, usted dice se valora en conjunto con anestesia local. Día y se dirigía plástica, se continúa manejo del choque. El trans operatorio, o sea que el paciente durante la cirugía trans operatorio y quiere decir durante la cirugía estaba en choque. Ahí dice, se se se se se se considera entre su cirugía plástica de anestesia continuar con el manejo del choque dado los hallazgos intra quirúrgicos, se extiende profilaxis, profilaxis, antibiótica, con ciprofloxacina, que es un antibiótico clindamicina también y fluconazole es un antimicótico, o sea. Los 3. Fuentes para que el paciente no tuviera una infección posterior. Se informa a la familia para donación de sangre. ¿Por qué? Porque no había más unidades de sangre en la institución. El haca a las 7:00 h de la mañana ya en la UCI, o sea, él había llegado a las 3:40 h de procedimiento, terminó a las 3:30 h del 9 de junio a las 3:40 h. Llega la unidad de cuidado intensivo cuando llega la unidad de intensivo, pues se evalúa todo el estado y se considera que el paciente tiene un show único como acabamos de de ver y a las 7:00 h de la mañana se aplica vitamina k que es para mejorar la coagulación y el ácido tranexámico, que es otro medicamento que es importantísimo poner para mejorar la coagulación del paciente. Ha acá ustedes pueden ver que se pone el ácido. Gran examen médico el total de 1 g y la vitamina k 10 miligramos. En. Pensando la literatura de la hemorragia como causa de muerte en 2003, broní y colaboradores en de trauma del 2003 demostró que la lesión traumática como es el trauma, no solamente el trauma prehospitalario, sino el trauma quirúrgico, conduce a la cual yo partía como parte de la respuesta fisiológica primaria. El trauma conocida como coágulos apatía o traumatismo agudo, que resulta el propio proceso de elección. En su gravedad depende directamente de la gravedad de la. Edición por eso, para en aras de que el paciente no fueras una coagulación intravascular diseminada, se aplica previamente ha sido tranexámico y vitamina KEY dentro de los objetivos de corregir la hemorragia, pues está corregir la la baja temperatura que

por varios efectos se puede disminuir la temperatura en el quirófano por radiación, por evaporación por. Tras. Opción y por conducción y corregir los trastornos de coagulación. De hecho, se les pidieron especialmente fibrinógeno y que una vez baje el vidrio una vez 150 miligramos. Por ciento, pues lógicamente hay que restablecer. Hay que pasar el fibrinógeno ya sea con fue crioprecipitado con plasma. El objetivo es, fíjese que minimizar la pérdida de sangre, yo creo.

Que una cirugía de este tipo, pues para todo el equipo quirúrgico el objetivo está en ir cauterizando y como el área es grande, entonces por eso es que se prolonga el tiempo porque el el el. El objetivo es que en la medida en que se pierda menos sangre, pues el pronóstico del paciente va a ser mejor el lo los líquidos deben pasarse caliente paciente debe tener una temperatura que muchas veces no se toma en cuenta la temperatura. Creo que es 1 de los 3 condicionantes de que el paciente entre con trastornos de coagulación. Y esto pues, tanto el el controlar el volumen con buena temperatura de mejora, la supervivencia cuando hay trauma, la tarea letal en el trauma, la hipotermia, o sea la. El paciente se enfría. El presenta trastornos de la coagulación en la medida en que pierde sangre y acidosis, y esto se describe en el 82 y se asocia con mortalidad. El choque debido a la pérdida de sangre, conduce a una hipo perfusión tisular. Que resultan un metabolismo anaeróbico, o sea, como no hay oxígeno, porque quien transporta el oxígeno de la hemoglobina. No hay suficiente oxígeno que llegue a los tejidos, pues se produce más ácido y eso es lo que se ve en los gases como ácido láctico elevado. Sí, y eso se denomina acidosis metalbo. La acidosis prolongada se asocia con múltiples efectos negativos sobre la coagulación, incluidos niveles reducidos de fibrinógeno y trombina y compromiso en el recuento de plaquetas. Las plaquetas van descendiendo. También, De hecho, que cuando el trauma es antes incluso de que 1 avizore que estaba a ser prolongado 1 no es solamente trasfunde glóbulos rojos, sino que también transfunde plaquetas y plasma que tiene los factores de evolución. Que eso fue lo que se hizo más adelante en la unidad de cuidado intensivo. La mala transfusión, pues conduce a la baja de temperatura y esto está grabado por el tiempo prolongado de exposición de un área cruenta, pérdida de temperatura por como es por muchos factores por evaporación al tener abierta esa zona que se expone al medio ambiente por convección cuando hay flujo de aire, por ejemplo, cuando abren las

puertas del quirófano por radiación. Que es directamente el cuerpo de más calor que irradia hacia el de menos calor, dependiendo de la temperatura que hay en el quirófano y por conducción que es en la superficie que está al paciente, hacia la camilla o hacia la mesa de cirugía o hacia la superficie donde descansa y por la administración de líquidos fríos y la hipotermia produce una reducción de la función plaquetaria. Puede que las plaquetas haya por encima de 100000 plaquetas por milímetro cúbico, pero la función puede estar comprometida. Y en las actividades de la actividad de la enzima de la Copa. Nación. La coágulo patía no es solo producto de la hipotermia y acidosis. Los factores de coagulación se consumen y se pierden debido a la formación de coágulos, o sea que los factores de coagulación se consumen, o sea en tratar el organismo de cerrar los capilares que están sangrando se van consumiendo esos factores de. Población la administración de líquidos cristaloides puede cuando se se pasan en en la en, pues con el propósito de que haya una volemia se pasan rápido. Fue, digamos, barrer con esos coágulos y empleo. Caray veces la situación, además porque hay hemodilución, o sea que entre no no se pase sangre sino líquidos cristaloides, pues los elementos formes de la sangre quedan en movilidad y la coágulos patria conduce a mayor pérdida de sangre, pérdida de temperatura y esto es un círculo vicioso.

En estado de choc hipóxica e hipo perfusión, pues entonces se lidera epinefrina vasopresina. Qué es lo que produce que 1 ve en el paciente a través de los signos vitales con la taquicardia que presentaba el paciente porque el organismo se defiende y trata de mejorar el gasto, subiendo la temperatura, pero lógicamente los profesionales como el del anesthesiólogo, pues está allí precisamente para ponerlo líquido y mejorar. Aquí está el en la página. 45 de las 2:36 h ustedes pueden ver hasta vamos a ver si le ponemos más. Tamaño que dice que se difunde norepinefrina, que es un potente vasoconstrictor en dosis altas, es decir, cuando un paciente está choqueado cuando los hay distintos tipos de shock y cuando 1 el paciente tiene un shock severo, entonces 1 recurre a los vasoconstrictor. En dosis altas, las dosis altas de norepinefrina, que es una catecolamina y que produce vasoconstricción y comienza desde punto dos microgramos por kilogramo minuto que fue lo que vemos acá con una infusión de punto. O sea que para mantener la presión del paciente se comen con dosis altas, YY lógicamente, pues con solución salina el análisis.

En la en la en la página 47 de las 2:36 h dice que se mantiene con requerimiento de soporte a las opresor alto paciente tiene taquicardia, sinusal, drenaje abundante por los por los drenes abdominales. EYY tiene un INR prolongado, o sea, el INR prolongado es un índice de coagula. Que ya se está comprometiendo, o sea, ya el paciente está entrando en el estado de coágulo, patía entonces acá es que se decide trasfundir 6 unidades de plasma y se reservan 6 unidades de plaquetas y 6 unidades de y 3 unidades de glóbulos rojos, porque ya se le ha pasado. Esto se hace en la UCI y fíjese que lo que están haciendo es lo que realmente se debe hacer, que es pasar glóbulos rojos, plasma fresco congelado y plaquetas. En una relación. ¿Una unidad por una unidad de plasma y por una unidad de plaquetas que ha demostrado pues que mejora la sobrevivida, eh? Como ya se había dicho, cuando el paciente estaba en en la en la en cirugía que se le pasaron las dos unidades de glóbulos rojos, una unidad de glóbulos rojos aumenta la bobina en 1 g y el hematocrito en 3 por 100. Doctor, el señor juez me preguntaba si en el si el si los HP los profesionales de la salud tenían protocolo lógicamente y estoy seguro que en las salas, en todas las salas, en todos los quirófanos hay protocolos de de en caso de que haya una eh un sangrado importante. Y es esto, pues que que eso está instituido todas las los hospitales y los quirófanos cuando. Hay un paciente sometido a un procedimiento con riesgo de de. Gracias el grado de sitios y metabólica se utiliza como marcador de una adecuada reanimación, siendo el objetivo la normalización del exceso de bases y la corrección de lactato. Como ustedes ven, pues el acata que estaba elevado cuatro veces su valor normal, casi 5 veces de cuatro a 5 veces el valor, no a normal que se permite. Ahora no necesariamente esto no lo digo yo, esto lo hice la literatura no necesariamente el valor de los signos vitales son marcadores apropiados de una reanimación adecuada. Por eso es que hay que pedir exámenes, por eso hay que pedir gases. Incluso una vez obtenido el control quirúrgico inicial que el paciente puede estar normo o hipertenso debido en tono simpático alto, y esto puede decir que el paciente, por ejemplo, acá, tenía con después de todas las medidas que se hicieron. Una presión arterial de 130 90. 3 que 1 dice Ah, bueno, tiene una buena presión, pero recuerden ustedes que la frecuencia cardíaca alta disminuye el tiempo de ascórbico, o sea el tiempo en el cual se perfunde el ventrículo izquierdo y si permanece durante mucho tiempo

un paciente con taquicardia, sobre todo por encima de 100 ese corazón, pues con el tiempo puede verse comprometido también. El, pero fíjense que todo lo que se hizo fue para mantener al paciente y entonces en este momento la temperatura está en 36° y fíjese que la saturación del paciente está en 95%. ¿Qué significa esto? ¿Qué es? ¿El estaba dando el tratamiento de acuerdo al estado hipovolémico que tenías? El estaba haciendo el. Lejos no deja de ser recomendable en determinados momentos quirúrgicos. Fíjese, esta es una recomendación de la literatura que en determinados momentos críticos, cuando por qué no lo consideraron parar él y hacer 1 segundo tiempo en otro momento, porque muy seguramente ante la ante los ojos se veía que el el sangrado estaba controlado. ¿Sí, pero como digo yo fue el paciente seguir, eh? ¿Teniendo un sangrado que no se ve a simple vista y por qué se dice eso? ¿Con los exámenes que se le? Tomaron esto es hoy en día el el gol estándar del manejo que se llama pasión boom el Management, o sea el la gestión de sangre del paciente y ustedes de detectar y diagnosticar adecuadamente la anemia. Hay que detectar la anemia, minimizar las pérdidas de sangre quirúrgicas, de procedimientos de control a la cooperativa durante todo el el cuidado del paciente y apoyar al paciente mientras se hace el tratamiento adecuado. Yo publiqué en el año 2012.

Un artículo denominado eventos críticos en anestesia. ¿Este artículo qué era lo que buscaba? Buscaba básicamente mirar por un estudio que hicieron los australianos de todos los eventos críticos que se pueden producir en el quirófano, que son muchos. Miren voyeurismo aéreo, anafilaxia neumotórax, despertarte anestesia, pero hay 1 que es la herida quirúrgica, el trauma y la demora. Que en este caso de este paciente este fue el evento crítico que lo llevó a tener su compromiso. Ahora, hoy en día se habla de una entidad que se llama MINSNS, que significa myocardial injuring, non surgical cardiaca, o sea lesión. En el miocardio, o sea en el corazón, en cirugía no cardíaca. ¿Y a qué viene entonces? Nosotros publicamos un artículo en la revista colombiana, digo nosotros con 1,1 anestesiólogo de Medellín, eh llamado isquemia infarto perioperatorio la qué viene esto a que definitivamente hay un problema que se puede presentar, que puede llevar al paciente a consecuencias en como son tener algún compromiso. El paciente no se muere en el quirófano. El paciente llega a la unidad de cuidado intensivo. Más o menos se

mueren en El Mundo en promedio, 1000000 de pacientes en las 2:36 h millones de cirugías que se realizan en El Mundo se se produce 1000000 de muertes por este infarto, que se llama tipo dos, que es secundario a isquemia por por un desbalance entre el aporte y la demanda de oxígeno, es decir, pacientes que están. Químicos, como el caso de que no tenga un reemplazo efectivo de hemoglobina o pacientes que están taquicardia porque se les acorta la fase de que se llena el ventrículo izquierdo que el corazón, digamos, tiene un lado derecho que bombea el pulmón y el lado izquierdo bombea toda la la el a todos los los otros órganos, desde los miembros inferiores hasta el cerebro. Entonces, si se compromete si la frecuencia cardíaca se mantiene muy alta, especialmente. En pacientes de edad. Más de 60 años o menores de menos de 5 años que son edades. Digamos que la el los niños porque no tienen los acógenos, no tienen bien desarrollado toda la fibra miocárdica y los adultos porque pues ya tienen una reserva, digamos que disminuida fisiológica, entonces este se llama. Jeans y una de las causas es la isquemia. La isquemia se identifica con el ácido láctico con el ácido láctico alto. Los pacientes pueden fallecer durante los 30 días de después de la cirugía, especialmente en los primeros días. En eso. ¿Con respecto a la pregunta que el señor juez me hacía, eh? ¿Con respecto a qué tipo de shock y que por qué yo hablaba de sangre? Bueno esto pues y que en qué asidero o con qué e información yo respaldaba desde el punto de vista científico estos conceptos que no eran cuentos ni anécdotas que no, que esto está sustentado por la literatura científica en aras a eso, pues hice esta descripción, señor juez.

PREGUNTA: En el caso de Del señor Manuel Octavio Reyes Salcedo. Ya sabemos que a él se le hace una valoración previa estética. Y que él fue valorado con la tabla con la escala asados obesidad, sin potros, antecedentes patológicos. Con una talla de con un peso de 104 kg y con una talla de 1.74. Metros y con lo que corresponde a unos cálculos a un índice de masa corporal de 34.4. el doctor gagliano. Separa la sala de audiencias por 6 horas. No establece que se requieren dos unidades. De glóbulos rojos. y, pues sabemos que las cirugías se prolongaron. Usted hace el lunes precisaba. Qué pues como el hecho de la pérdida de sangre, pues es algo connatural al procedimiento. Que. Eh. Dentro de los protocolos en el mismo. 1 de los objetivos fundamentales es minimizar la. Pérdida de sangre. Yo lo que entiendo es obvio, se va a perder sangre, lo que tenemos

es que el minimizar. Las cantidades que puede perder el paciente para que se mantenga estable y entiendo yo también hemos dinámicamente hablando por lo menos, y todos los que eso puede extenderse a otras variables. De su de sus condiciones vitales. Doctor Navarro. ¿En este caso, de acuerdo a lo que usted realiza la historia clínica? ¿Debió haberse hecho una reserva superior a las dos unidades de glóbulos rojos que fueron planificadas antes del procedimiento adicionalmente? Teniendo en cuenta el tipo de sangre, que no es un tipo de sangre que no es común, no es de fácil acceso, difícil, de fácil obtención o que se tengan suficientes reservas. Le repito era, era necesario haberse hecho una reserva superior de sangre, atención, una reserva en el procedimiento, sí decir tenerlas ahí a la mano disponibles se requería según lo que usted analiza, tener más unidades de sangre, es decir, fueron insuficientemente calculadas.

RESPUESTA: No. Eh. Le respondo, señor juez, de la manera más objetiva. Porque me traslado a que yo estoy evaluando al paciente, estoy evaluando AA. Toman el Octavio. Estoy conversando con él, lo examino. Encuentro que tiene una obesidad grado uno de un índice de masa corporal de 34, no tiene comorbilidades. Él no está recibiendo ningún tratamiento médico, sí. O sea que lo único a patología que él tiene es una obesidad, por lo cual en el en el en la valoración esa que determina el estado físico es una clasificación americana que nosotros, todos los anestesiólogos en El Mundo usamos. Se considera que es un asados y con con el procedimiento que se le va a hacer con que se considera en un tiempo el mismo lo dice de sí. Emisoras en un paciente que supuestamente tiene todos los exámenes eh previos prequirúrgicos dentro de rangos normales que no tiene ninguna trastorno. O previo de la coagulación ni tiene compromiso de su hemoglobina, o sea, no tiene si el paciente estuviera una anemia o tuviera una enfermedad cardiovascular. 1 es muy seguramente le reserva más sangre ahora como médicos, como profesionales, nosotros reservamos en este caso dos unidades de glóbulos rojos. Pero pero si llega a haber porque como usted mismo lo dice, señor juez en el riesgo cero no existe siempre y por eso se firma el consentimiento informado. Un paciente puede presentar de alguna complicación inherente al procedimiento quirúrgico, como fue este caso. Entonces de la institución. La institución debe proveer el la. Hay dos Ah puede ser que ahí 1 tenga dos unidades, contamos ya con dos unidades acá, pero la institución debe tener 111 convenio con

un Banco de sangre de su mismo Banco de sangre que disponga de más unidades. Cosa de que si llega el momento de necesitar requerir, como por ejemplo el momento en que ustedes vieron el trazo operatorio, se decidió que había que transfundir más sangre. ¿Por qué? Porque eso se requería, pero no había disponibilidad en la clínica, la institución no había más sangre en la clínica o negativo. De pronto había sangre de otro grupo, pero no había en el Banco de sangre de la institución. OO negativo, entonces cuando usted me dice. Usted debería preverse yo en un procedimiento de estos reservo dos unidades de glóbulos. Pero estoy muy seguro que si llego a ver que el procedimiento se está prolongando y que los exámenes y la evolución del paciente me dicen que va a requerir más transfusión ecológicamente la solicitó a la institución y eso pues lo que normalmente en toda parte del mundo se hace.

PREGUNTA: Como yo lo he dicho en otro momento saber eso no hace preguntas atrevidas o. Mal hasta mal mal hechas se procura. O yo procuro. Transmitir las con con el mayor respeto. En. Y usted entendiendo entonces. Con las condiciones del paciente, usted como médico anesthesiólogo o analizando la historia clínica y con los apoyos que se dio. Eh de otro profesional. Para contestar. El primer cuestionario frente a la. Pregunta 221. De otros 12. y todas en la complementación le estoy entendiendo entonces que el cálculo que se hizo objetivamente estaba bien, había que reservar dos. ¿Unidades está bien? Eh. Y, imaginémonos que ustedes, usted trabaja en unas en unas hospitales de de alta complejidad. Y, pues aquí hay. Un otros otras intervenciones hay inclusive un dictamen pericial de bacteriólogo por por bacteriología tal vez. En donde, pues se hace un análisis a las reservas de la sangre de unidades de sangre. Como son los protocolos. Que implica la necesidad que implica la reserva. Como es para su obtención, etc. ¿Usted como médico? Le dice a la A la clínica donde trabaja o al hospital. Voy a hacer este procedimiento, voy a hacerle. Esta cirugía el señor Manuel. Necesito una sala de audiencias. Es el médico cirujano, o sea entiendo yo el médico cirujano porque usted más allá eran especial, dijo. Usted es médico, doctor gagliano es médico. Lo que requieres es. Médico que cada 1 tiene una especialidad, sí. Que yo soy abogado, pero soy juez que le puso un abogados, pero son litigantes que dio. Nosotros son litigantes, unos expertos en responsabilidad médica, otros en. En insolvencias aquí como el doctor rey, otros son

expertos en Temas de responsabilidad común, etcétera, cierto, pero en la base todos somos abogados y aquí ustedes son me. Y unos conocimientos específicos adicionales. Pero entonces el cirujano valora hace se necesita una valoración, esperan estéticas también también van donde el anesthesiólogo lo que aquí se ha indicado por el doctor Ramírez es el que dictamina la las unidades de sangre. Que se requieren. Que se deben reservar es el cirujano. Eso dice el doctor remix, que es el anesthesiólogo acá el doctor gagliano. Reservados unidades. En esa dinámica. Mhm el médico tiene que advertirle a la institución en donde va a hacerse el procedimiento, que es la dueña del espacio a la que le dice ese para mí una sala de cirugía por 6 horas. El equipo interdisciplinario que yo necesito es este un anesthesiólogo, un instrumentador, un enfermero y un médico ayudante. le debe advertir. A la A la clínica. O la clínica en esos protocolos. Que usted me ha dicho que existen en todas las salas. Que debe haber y que está seguro que. Había que en este caso. Sobre todo tener en cuenta el tipo de sangre. La clínica debe estar preparada para que si el médico necesita más de 2 unidades, lo diga aquí están. Así funciona, esa es la dinámica doctor Navarro.

RESPUESTA: Sí la la dinámica funciona en que una institución. El es un hospital que puede hacer por seguimientos para pacientes asados 1 o dos por decir algo en un procedimiento que tenga que requerir más de las unidades reservadas. Esa institución debe tener un convenio con un Banco de sangre que le pueda proveer en caso de que se llegue a presentar alguna causa. Eh fortuita que en la cual se requiera más sangre si el hospital. Es de ha. Alta complejidad es un nivel de 3 a cuatro, sea para atender pacientes hasta 345 y lógicamente es hospital debe tener Banco de sangre. Propio. Y además convenios con otras instituciones porque hay veces llegan una cantidad de de pacientes que consumen todo lo que hay en el Banco, sobre todo de un grupo de difícil como es el omega. Vivo. En otras palabras, toda institución debe tener expedito el el el digamos el tránsito para que si se llega a requerir más de la sangre reservada, la pueda conseguir en un tiempo prudente, porque tengo entendido que cuando se le comenzó a transfundir al paciente ya se había previsto que se requería más a. YY cuando pasaron esto hice yo no, no hay más sangre de la institución, pues entonces se dijo inclusive a la misma familia que se necesitaba más sangre del grupo o negativo que se había dentro de la familia, de alguien que pudiera donar, en fin, pero la idea, señor

juez, es que las instituciones para para seguridad y dentro de las habilitaciones deben tener este mecanismo para la seguridad del manejo de los pacientes quirúrgicos.

PREGUNTA: Voy a esta pregunta y yo repito porque ustedes todos escuchan y a nosotros después no, no revisará el tribunal y no. Sí. La corte o. Qué sé yo. Pero yo prefiero hacer las preguntas que a veces con un coloquialismo doctor Navarro. No y perdónamelo atrevido también la forma en la que la voy a formular y al autor a la señora Gladys, porque estamos hablando. De lo que le ocurrió a su esposo. A veces 1. Eh. Prepara su plato del día, el almuerzo. Para dos personas. Y a veces como las de las abuelitas de 1 le hacían de más, no decía que llegar a algún hijo algún invitado. Y siempre había además. AA. ¿Qué voy? En estos eventos. Resulta razonable o no es necesario que el médico diga, yo necesito dos unidades, pero mejor reserva. Es decir, las tengo ahí a la mano disponibles ahí no, mientras se hace el trámite de mirar a ver si hay en el Banco de sangre, si la dirígalo tiene pedirle a la Cruz Roja decirle a los familiares mientras todo eso, pues pasan muchas cosas, sí.

RESPUESTA: Eh. No es razonable y prudente en esa dinámica que el médico tenga una, unas unidades o una cantidad del insumo que requiera. Digamos, p para proveer esas circunstancias fortuitas. Lo que pasa, señor juez, es que nosotros recuerde que la. La medicina es de probabilidades. Nosotros hacemos las consideraciones de acuerdo a varios factores, al paciente, al procedimiento, al tiempo quirúrgico, entonces el hecho de tener allí disponible ya hay cuatro unidades, eh, **probablemente en un procedimiento que se requiera dos, esas otras dos unidades muy seguramente se van a perder. 1 dirá, bueno, pues que se pierden. Así no funciona, funciona es que el la institución debe tener en un tiempo prudente.** Póngale 1 hora de hacer llegar las unidades que se requieran en quirófano, tener una disponible ya por allí para pasar rápidamente un paciente. Las dos unidades que había de reset. No, pero debe tener un mecanismo en el cual es que cuando se requiere sangre como en el, como en este caso, y en muchos en los cuales hay, no se requieren 3 unidades o cuatro, se requieren todo recambio de una volemia, una volemia de son 70 c por kilo en un adulto. Don Manuel pesada y pongamos de 100 kg sería multiplique 70 por 100 serían 7000, o sea 7 L. Desde ahora volemia de él. Entonces para en

en un sangrado hay veces hay que hacer un recambio de la volemia, o sea poner 7 L. Lo que le quiero decir es que cuando 1 reserva una reserva, dos unidades, pero debe pensar de decir si llega a haber un sangrado masivo con otras dos, sigue siendo insuficiente, entonces por eso es que el 1 debe tener ese ese canal, esa ese mecanismo en el cual cuando se se requiera deben proveerle ahí al quirófano. ¿Esas unidades y quién lo debe hacer la institución? A institución donde 1 esté trabajando lógicamente paciente, era asados, probablemente con un azaroso con clínicas que atienden pacientes a 1 o asados, no haya un Banco de sangre, pero sí un convenio con un Banco de sangre que haga el tránsito expedito en caso de una complicación como la de este tipo, como la que ocurrió acá con el señor Manuel.

PREGUNTA: Eh me pregunta se le pregunta. No sé, creo que es una pregunta de la parte demandante.

PREGUNTA: De acuerdo con la valoración del paciente Manuel Octavio Reyes, del civilizados por Medicina Interna, cardiología y en esta elegía anestesia, su condición clínica se clasificó no como un riesgo. Asados se contesta. Se considera a dos por cuanto no presentaba ninguna descompensación de su estado físico ni tomaba ningún medicamento. El antecedente obesidad precisamente había sido manejado desde 7 años antes con una cirugía para bajar de peso una cirugía bariátrica con evolución satisfactoria había bajado de peso de manera ostensible y pesaba para el momento de la cirugía 104 kg de peso punto. La reserva funcional del paciente estaba adecuada para someterse al riesgo. Cuando usted habla de reserva funcional, está hablando de las unidades de glóbulos.

RESPUESTA: No la la reserva funcional es la capacidad que tienen los órganos para responder ante un he mental ante una. Virtual parte un evento crítico, como por ejemplo un sangrado, entonces la reserva funcional de una persona joven de deportista. Está 40 años. Es diferente a la reserva funcional de un paciente de más de 60 años, o eso decir la reserva funcional de la capacidad que tiene los órganos a responder ante un estímulo que sea exige. En este caso, si es una cirugía con un sangrado controlado y la reserva de de como funcionario, don Manuel bueno habría tenido

ningún problema. ¿Por qué? Porque el organismo mismo se reanima el organismo mismo a partir de sus propios mecanismos fisiológicos. E eleva la presión. Eh hace que el líquido intersticial que 1 tiene pase al líquido intravascular una serie de mecanismos para 1 controlarse además del soporte que le hacen este caso, el anesthesiólogo que está manejando la hemodinamia. Pero cuando ya esto se sobrepasa, entonces ya el paciente no va a responder, igual que cuando tenía 20 años menos. Si me entiende a eso se refiere la reserva funcional de un individuo, sobre todo que en el caso de don Manuel, pues era un parte que tenía una comorbilidad que era. Pero vez esa era la comorbilidad y la obesidad, pues tiene una la obesidad, una enfermedad que tiene una serie de compromisos en los distintos órganos. 1 de ellos es el corazón. El corazón crece un poco más, en fin, entonces a eso me refiero, yo con reserva funcional. Bien.

PREGUNTA: Bien. Según lo que usted revisa de la historia clínica. En la cirugía doctor Navarro. ¿Cuál fue el momento? Determinante en el que se advierte la necesidad de darle las dos unidades de glóbulos rojos, además de que se le. Aplicaron cristaloides. Eh, etcétera etcétera. ¿Cuál fue el momento que usted advierte fue el determinante? Para que se le hubiera suministrado las dos unidad.

Bueno. Cuando el paciente. ¿Eh hace eventos mirando eh? Los signos vitales del paciente evento en los cuales cae un poco la presión e inmediatamente el anesthesiólogo. Si ustedes se miran las cifras inmediatamente la anesthesiólogo.

Cuando se pide una hemoglobina hematocrito y llega en el intraoperatorio una hemoglobina por debajo de 11. Cuando llega entonces el anesthesiólogo decide que hay que pasar las dos unidades de reserva y hay que pedir más. Necesitamos más. ¿Y ahí es el problema cuando pues no hay disponible, por qué? Pues porque hay dificultades. Ustedes saben que dificultades de conseguir sangre del grupo que tenía dos. ¿Manuel Octavio que son negativos eh? No se consigue como los otros grupos.

Se son RH positivo. Entonces allí se presenta el inconveniente. Ahora si usted porque miré esta pregunta que hice acá que que el el paciente hechoy político y. Como dice textualmente el

desenlace, pudo haberse evitado por ubicación y traslado a otro centro a otro centro. ¿No por qué? Porque el grupo quirúrgico evalúa al evalúa que ese que se cree que es que ese contestó allí el paciente fue manejado con cristaloides. Shock 1 y dos en ningún momento presentó descompensación hemodinámica en el quirófano, en el sentido de que el paciente que le cayera la presión a 6030 que hicieran suspender el procedimiento quirúrgico o que tuviera como cuando hay una un compromiso de un paso y que no es fácilmente la. La he mostaza o sea, tratar de cerrar el sangrado en este caso. ¿El el problema? ¿De que? Fue un sangrado progresivo y en la medida en que se extendió el tiempo se requería más sangre. Se pasaron de 2 unidades y se estaba en espera de que llegaran más unidades de sangre, pero mientras estuvo en el quirófano no llegarán. ¿Estoy seguro que si se le pregunta al anestesiólogo o al mismo doctor tagliano, si se le pregunta, bueno, y si hubiera llegado sangre, usted hubiera pasado? Claro que se los hubieran pasado porque el paciente requería. Que le pasara más unidades de glóbulos rojos. Bien.

PREGUNTA: Bajo esa bajo ese intelección doctor Navarro. Y de y conforme a lo último. ¿Que afirmó usted? Si hubiera habido más unidades, claro que tocaba suministrárselas.

Sí. Como no había. Pues no se les suministraba. Lo que yo le entiendo es que no había sangre disponible. En la clínica. Cierto.

PREGUNTA: Debió haber sangre disponible en la clínica?.

Escucha como le digo, si la clínica no tenía porque, pues es probable que la clínica no tenga Banco de sangre. No conozco la clínica. Pues porque, pues el paciente era asados y cuando un paciente asado, digamos que las normas de habilitación exigen que haya que así no haya un Banco de sangre. Un sitio en el cual si se requiere sangre, fácilmente se puede llegar allá, o sea que la clínica de tener un convenio con un Banco de sangre de la ciudad o un bar o un o un u otra institución que tenga Banco de sangre para que de forma expedita llegue. La sangre cuando se requiera. En digamos mientras 1 está pasando esas unidades de sangre 1 hace la solicitud para que la sangre llegue en una o dos. Horas. Pero pues no llegó la sangre. Cuando llega la sangre llega después cuando el paciente está. Creo que al al segundo día de que está en la unidad de cuidado intensivo.

PREGUNTA: Doctor Navarro. Eh. La en en. Este evento el suministro de la transfusión de esas dos unidades de sangre. ¿En qué tiempo se le se le hizo al paciente? ¿No se le debía hacer se? Le hizo acá al. Digamos que para que usted nos pueda explicar mejor aquí. El término se me se me va. Yo insisto yo procuro. Tratar de leer, de contextualizar mis preguntas. De averiguar ciertas cosas. Porque me parece que lo correcto. Entonces cuando 1 va al médico y le aplican lactato de ringer es el suero allá le mide para que el suero baje media hora en 1 hora en Bueno ya se nunca en este caso esa. Transfusión de sangre. ¿Cómo se hace? ¿Y qué tiempo? Se tomó en el procedimiento el anesthesiólogo, el cirujano o el grupo quirúrgico para transfundir. Sangre.

RESPUESTA: Bueno, el tiempo de una transfusión de este tipo cuando se requiere se hace por una vena de buen calibre, sí, o sea con un catéter que que es un catéter que nosotros llamamos grueso número 14, número 16, Puno. El paciente tiene dos venas canales. Por una vena está pasando el lactato de ringer y por la otra vena pasa a la sangre y ustedes saben que logró logró. Los rojos vienen concentrados. Sí, o sea que por más que usted quiera que los glóbulos rojos pasen rápido a chorro como 1 dice, no pueden pasar porque vienen el el más o menos la transfusión de una unidad de glóbulos rojos se toma mínimo mínimo, se toma 40 minutos. No a no ser que 1 diluya. Los glóbulos rojos con solución salina y día. Lo recuerde que los glóbulos rojos vienen fríos, entonces 1 muchas veces lo que hace es tratar de de poner al lado de que están los glóbulos rojos, poner unos líquidos calientes o tibios que por ti. Acto pues caliente en los glóbulos rojos. Si se hace la ilusión puede pasar un poco más rápido. Menos de media hora, una unidad de glóbulos rojos, pero por lo regular una unidad de glóbulos. Justo tal como vienen en un paquete de glóbulos rojos concentrados, se toma su tiempo en pasar a través de una vena de buen calibre. Se toma entre 40 minutos y 1 hora sí.

PREGUNTA: Usted es el doctor Ramírez que está en ese a ver lo que yo lo que entiendo en la historia clínica de la narrativa es el cirujano hace la reserva y quien toma la determinación de trasfundir es en la recesión. Hace los cálculos y de los gases ni de la presión arterial. Y de las. Condiciones del paciente y ese el momento es este. Es el momento oportuno. ¿El el la usted que es? El anesthesiólogo en este caso. Ocupando el lugar del otro Ramírez. En alguna. ¿En algún

momento de la historia clínica en la epicrisis? En las notas de anestesiología. Se consigna esto. En este momento con estos niveles se le aplica dos unidades de sangre con catéter número 14 http. Tiempo aproximado para eso se consigna. Se consigna el momento en el cual se inicia la transfusión?

RESPUESTA: Eh. Pues lógicamente este paciente tiene dos venas, entonces, pues por una vena van los glóbulos rojos y por la otra vena van los cristaloides, pero sí se consigna el momento en que se inicia y se parte de que cuando 1 va transfundir glóbulos rojos o sangre por parte de que la vena canalizada es una vena de buen. ¿Libro qué significa? ¿Vuelta libro una benante cubital sí o una vena? En este caso me imagino yo que el señor Manuel tenía unas penas de buen calibre, cosa de que 1 verifica esto de que porque si el si 1 eso sí se consignan el récord en el registro que si 1 va a pasar una una transfusión. Y nos YY la avena no es de buena calidad. 11 en el récord dice todo ese se canaliza un catéter venoso central o una arteria de mayor calibre. Eso lo anota 1 es, pero en este caso no hay anotación, sino cuando llega a la UCI que el anestesiólogo hacer cateterismo yugular interna para para el acceso venoso central. Pero en el quirófano tengo entendido por la historia que el sangre pasó sin ningún problema y lo pasó una unidad, luego le pasó la otra. No es que primero una unidad y a la hora de Puno, una vez terminó una unidad, se le puso la otra y se estuvo pendiente de transfundir más, pero pues desafortunadamente no había más disponibilidad de sangre.

PREGUNTA: Cuando no sé si aquí usted los pudo verificar en la historia clínica. El anestesiólogo dictamina la necesidad de suministrar las dos unidades. Se le aplican en las condiciones normales que ustedes nos está diciendo, porque la historia es mi camino. Señala que haya habido dificultad en ese sentido. Se necesitan más unidades y si usted. No a las. Hay por lo menos en ese momento disponible. Entonces para la, para lo que a nosotros nos interesa, según su criterio. Ese es el punto focal. De enfatizó devolución del señor Manuel. Es decir. Necesito más sangre. Y en el momento en el que la necesitó no la había, es lo que le estoy entendiendo doctor Ricardo.

RESPUESTA: Sí señor. Eh. Pero esto no digo, señor juez. Con. ¿Porque cualquiera dira, pero usted por qué dice eso? ¿Por la evolución del paciente, porque cuando el paciente llega? A la unidad de

cuidado intensivo en la misma, el quien lo recibe, el intensivista dice que el paciente llega con shock hipovolémico y con así YY hiper lactate Denia severa que significa eso cuando 1 cuando 1 llega cuando 1 llega un paciente de la unidad de intensivo, lógicamente 1 hace entrega del paciente y lo primero que hace el intensivista de de qué lo operaron, qué qué pasó y entonces ahí dice. Que hubo un sangrado importante como lo yo lo leí ahora no son palabras mi. Eso es lo que está escrito, hice un sangrado importante y un procedimiento quirúrgico que se prolongó. Sí que se prolongó, no era la intención que fuera prolongado por la complicación que hubo. Se prolongó el procedimiento. ¿Entonces, ante eso el paciente, por qué? ¿Qué pasa si el paciente hubiera recibido la sangre que requería para perfundir la? La sangre tiene y los glóbulos rojos tienen hemoglobina. La Molina, la que transporta el oxígeno y el oxígeno es el que permite que a nivel de la célula y de la mitocondria se produzca energía y no se desvíe la producción de energía hacia la acidosis. ¿Este si 1 dice hombre, pero usted está hablando mentiras? Cuento no, porque eso lo dicen los. El ácido láctico, el ácido láctico están 9.6 en el la cuando llega la UCI mili moles por litro. Lo normal del ácido láctico es hasta 1 punto. 8. Luego, cuando es más, se dice que cuando el ácido láctico está por encima de 2, nada más de 2, ya el paciente está entrando en un proceso de anaerobiosis, o sea, están necesitando el tejido oxígeno y por eso desvía la maquinaria a utilizar lo que tiene que es el azúcar, la glucosa para producir energía, no a partir del oxígeno, sino AA partir. La respiración anaeróbica, que es mientras la respiración con oxígeno se producen 38 moléculas de ATP con las redes con la anaerobiosis se producen dos moléculas de ATP y por eso se produce el el ácido. O sea, por eso se llama acidosis metabólica porque en el metabolismo se produce un exceso de ácido como un reflejo de una mala oxigenación del tejido. ¿Qué se llama? ¿O que es sinónimo de mala perfusión? ¿Qué es lo que dicen cuando el paciente llega a la UCI? No es que el paciente en la UCI se torne hipo perfundido, llega en estado de hipo perfusión porque apenas llega la UCI, pues le hacen el chequeo que se hace cuando un paciente ingresa a una unidad de contención.

PREGUNTA: ¿Hipo percusión, como me lo repite? ¿En qué consiste hipoperfusión?

Tipo hipo perfusión significa cuando el oxígeno llega de manera apropiada a los tejidos que están en. Pues que requieren el oxígeno para su metabolismo. Y por perfusión, hipo significa baja, hay

baja perfusión porque porque no hay en la en la hemoglobina que transporta el oxígeno en la cantidad apropiada para que funcione la maquinaria con el oxígeno. Nosotros respiramos desde el punto de vista médico, nosotros no respiramos en los pulmones, nosotros respiramos en la célula para nosotros respiración es producir energía. Esto es el el. En el pulmón se produce un intercambio alveolo capilar de oxígeno y CEO docente oxígeno y sale cero dos, pero para nosotros la respiración es producir energía y este se produce en la célula, en el en el, en el, en el momento, en el en el, la situación en la cual no le llegue suficiente oxígeno a la célula. Esto para nosotros se llama hip hop. La fusión, que puede ser de distintas causas en esta causa, como no hay sepsis como no hay un infarto, como no hay una un problema de de de vaso plegaria, o sea un show anafiláctico por decir algo de Ochoa alérgico. ¿El problema, cuál es el problema? Es un shock hipovolémico por de baja. Concentración de hemoglobina son un shock anémico, o sea, la hemoglobina se bajó y eso hace que esa hemoglobina, que es la que lleve el oxígeno, no permita que funcione la maquinaria de manera adecuada. ¿Y cómo se ve de manera objetiva que le digan a 1? Usted está echando mentiras por el ácido láctico que el ácido láctico está 9.6 y esto se llama asi lactate mia. Severa fue elevación del ácido no Levy no Levy, que pudiera estar en 3, sino severo, o sea que realmente estaba tipo perfundido.

PREGUNTA Doctor en ese momento en el que usted se se incorpora en la historia clínica y Se ubica como en ese momento del del procedimiento. Su experiencia le dice entonces que El pronóstico del del señor Manuel era. En. Digamos que poco favorable?

RESPUESTA: Como médicos. Todos nosotros. Lo que hacemos es reanimar al paciente. Que se le estaba haciendo, se le estaba poniendo líquidos y se le estaba poniendo soporte inotrópico que se hace en una unidad de cuidado intensivo. Recuerden que la mayoría de pacientes van a recuperación y luego algunos van a sala de hospitalización o van para la casa si ambulatoria. En este caso, el paciente fue directamente a la unidad de cuidado int. Consigo que se hace en la unidad de cuidado intensivo, se le prestan todos los soportes al paciente, que significa eso se le supone soporte inotrópico y los inotrópicos son los que ayudan a mantener la presión arterial y el buen funcionamiento del corazón. Se lo pone soporte ventilatorio, que es la ventilación mecánica, sigue

intubado con el manejo de la ventilación mecánica y por eso la oxigenación y la ventilación estaban normales. Se le pone soporte desde el punto de vista hemodinámico. Al paso. ¿Y, qué cuál fue el lo que lo que requería la sangre que llegó? Sí, llegó la sangre sí llegó, pero llegó poco después porque todo en la vida, sobre todo en las condiciones, por ejemplo, el choque, el choque en las fases en las cuales pasado un tiempo ya la respuesta no va a ser igual, no va a ser la misma, entonces, pues a esto se vio, pero si usted me dice a mí, bueno, y este paciente. Eh ya lo damos. Por por mal pronóstico no ser paciente llega y se le transfunde la unidad allá en la unidad de cuidados intensivos se puso todo lo que había, todos los soportes que habían. Se le puso soporte, antibióticos, se le puso soporte para la coagulación, se lo puso soporte para los líquidos, se le puso soporte inotrópico, se le puso soporte ventilatorio. ¿Qué faltó la sal?

PREGUNTA Puntualmente con ese sangrado como complicación y ese hallazgo como masas quísticas. Eso es lo que entendemos hizo que la cirugía se prolongará más de lo que se quería. ¿Por qué ocurrió para prolongará?

Sí, lo que pasa es que el cerebro humano. Se prepara para. En. ¿Lo previsible? Sí, todos nosotros. Cuando vamos a hacer algún procedimiento tanto quirúrgico como a anestesiológico como el internista, intensivista, hemodinamista. En fin 1 se prepara 1 en su cabeza en sus procesos mentales lleva lo que 1 va a hacer. El cirujano lleva con. La determinación de reseca el tejido redundante tanto en el abdomen como en la parte posterior y allá planeado se planeó, pues una dermolipectomía circunferencial. Pero cuando hubo la recepción que describe muy bien el doctor earle Aguirre, que el cirujano plástico la escribe muy bien, él dice que pues fue una cirugía inclusiva. Basicpues masiva con con todo lo que quería el paciente del señor Manuel YY cuando hacen esto encuentran unas masas. Mientras que el cerebro humano del cirujano no estaba programado para encontrar esto. Entonces, esto es lo que se llama un evento e incidental. Y qué hace pide ayuda lo primero que 1 hace cuando se le presenta una situación de de estas inesperadas de. Es 1 se toma unos 10 segundos que se llama evaluar la escena. Mira a ver ustedes dirán 10 segundos de contracción se toman, pero bueno, la estadística dice que unas 10 segundos puede evaluar una escena y al ver que requiere ayuda 1 pide la ayuda. Efectivamente, el doctor galiano pide la ayuda

y llega otro Ciró. Ah no ayudarle y el cirujano le ayuda el ayuda fue, digamos que muy valiosa, muy importante, que contribuyó a que saliera de esa situación incidental y pero esto prolongó el tiempo, prolongó el tiempo porque eso no digamos que la recepción del tejido redundante era una y ya se encontró con otra eh con otro evento allí. Que había que red. Silver, pero se pidió la ayuda. La ayuda llegó, la ayuda, no pude una decir que se demoraron, no la ayuda llegó y la ayuda fue efectiva. ¿Qué problema pasó que el tiempo se prolongó?

PREGUNTA Esas masas críticas aquí los. Médicos ya les pregunté sobre eso y tienen sus versiones y cuando contesta la demanda igual. Esas masas quísticas que se le hallaron. Al señor Manuel, dice el doctor galiano. Que parece como si fuera otro intestino. La forma de un intestino. Si mi memoria no me. Lo has equivocado. Eh. Esas masas quísticas se habían podido advertir. Con anterioridad uno y dos. ¿Qué tan común? O frecuente es que en estos procedimientos. Se presenten hallazgos incidentales específicamente masas quísticas.

Le hice dos en 1.

RESPUESTA: Realmente, señor juez, eso es muy raro, por eso le digo que esto es esto, es cero. ¿Cuándo está preparado? Si fuera esto frecuente, le cuento que la resolución habría sido en un tiempo, pues digamos que nota no prolongada, pero ante esta circunstancia y para pedir ayuda es porque definitivamente el doctor galiano consideró que esto requería un manejo es. Especial, un manejo diferente y por eso pidió la ayuda. Yo consiga ahora cuando se cuando se hizo la valoración para la cirugía, pues realmente había unas secuelas de acuerdo a los estudios, porque porque si algo se hizo condón con don Manuel fue una. Excelente evaluación preoperatoria, es decir, al señor Manuel se le yo creo que muy en muy pocas partes se hacen tantos exámenes como se le hicieron a. Él. E inclusive él se le hizo un estudio de perfusión miocárdica. EY se le hizo eco cardiograma se le se le hicieron ecografías y en la ecografía se veían unas secuelas de esto, pero. Si si estuvieras llamado la atención como como que hubiera sido supremamente determinante para para la cirugía, pues el tiempo quirúrgico se hubiera programado mucho más largo, es decir, 1 hubiera hecho aquí me voy a demorar unas 10 horas porque tengo una, tengo un, tengo un caso muy especial que es

muy raro que hizo, hubiera reservado más sangre. En vista de que no se consideró que esto fuera entorpecer el procedimiento, por eso se calculó un tiempo de normal para una de estas cirugías entre cuatro y 6. Horas y por eso lo de la reserva y por eso lo de que el doctor Galliano no entró con otro http. Experto cirujano como el doctor uscategui, sino que lo hizo, pero cuando requirió la ayuda, entonces, pues la solicitó, pero esto es raro, señor juez, yo creo que eso mismo le habrá dicho el doctor gagliano, esto no es frecuente.

PREGUNTA Entonces le entiendo que las oportunidades en este tipo de procedimientos o las veces en que en este tipo de rendimientos se presenta allá de los incidentales que habrá muchos, pero como este no en la regla es la excepción, no es común, no es ordinario, no es frecuente y que además le entendí de su respuesta. Su. Verificación o existencia o diagnóstico de que pueda existir realmente se hace en el procedimiento cuando lo abren a 1. Perdónenme la expresión.

Sí señor.

PREGUNTA Y usted es el cirujano y se encuentra esta esta novedad es que hay algo incidental. No es frecuente. Eh. Respira profundo. Usted dice que 1 se toma existiendo. ¿Qué hago cierto? Porque además, como pasa aquí en las audiencias, aquí los ahogados en cualquier momento salen con alguna petición. Y el juez tiene que mirar qué contesta ahí. Entonces 1 también como fue hace lo mismo, respira, piensa y contesta. Entonces usted dice que el cirujano analiza la el contexto, la escena. Y dice, necesito ayuda. Feliz viene otro cirujano y lo apoya. El otro cirujano lo apoya. ¿Esa particular ese particular hallazgo en este caso?. teniendo en cuenta. Que es que el señor Manuel no era de esas personas que tenía un tipo de sangre común y silvestre. Nosotros los que andamos a pie cuando conocemos a alguien que tiene ese tipo de sangre. Siempre le decimos, uy, su sangre es de difícil, no debería estar preparado, debería así ya este tipo de procesos. Le cuento además por otros que ya yo he conocido si le enseñan a 1 que cuando 1 tiene familia o amigos desconocimiento todos los que tengan o negativos tenemos que estar preparados. Pero más allá de este comentario. El hecho de que el señor Manuel su edad. Su tipo de sangre. Y el hallazgo incidental de esas masas quísticas. No era mejor. Decir o era probable médicamente. Su

suspendamos la cirugía. No continuemos. De. Hagamos la en otro momento. De volvámoslo, cerrémoslo suspendamos. Y verifiquemos y hay más sangre porque es que yo entiendo que al hallar esas masas quísticas tocaba quitarlas, es lo que yo entiendo. Y usted siempre los ha dicho que si yo toco al paciente, si yo le Quito, si yo le altero por lo que estoy haciendo es le dan un sangrado porque voy quitando el cuerpo queda con heridas entonces. Entiendo yo que al haber masas quísticas. El sangrado, o sea eso, eso implicaba que hubiese un sangrado adicional al inicialmente previsto.

RESPUESTA: Pues señor juez. La pregunta de su. Defender el procedimiento o hacer otro tiempo quirúrgico, eh eso se toma. Le cuento que en ese momento, en ese momento el cirujano. Se se mira con el anesthesiólogo. El consideran de que de que van a pedir una ayuda, a ver si se puede controlar esto, si a ver si se puede resecar de manera exitosa, porque si no se hubiera podido resecar, estoy seguro, señor juez, que en ese momento sus se suspende el procedimiento y se y se cierra el paciente y se decide hacer otro tiempo que duro. Pero cuando llegó la ayuda se decidió. EY se resolvió la situación, se decidió continuar con el procedimiento. Y. Se pasaron dos unidades de glóbulos rojos. Y eso, pues 1 desde el punto de vista profesional 1 dice bueno, ya por lo menos esto es una, esto es un paso hacia adelante en necesitamos más sangre y 1. Sinceramente, eso sí, es con toda sinceridad. 1 con. Día. Hasta el último momento en que va así sea un grupo de sangre, el eso está como como cuando hay una hipertermia maligna que hay un alma que ama dantroleno 1, confiesa el último segundo y que va a llegar va a llegar. Y pues cuando termina el procedimiento 1 trasladar al paciente al mejor sitio que puede trasladarlo, que es a una unidad de cuidado intensivo, con la mira también y con la esperanza de que allí también se llegue a transfundirse lo más. Pronto posible. Pero le si usted me hace la pregunta de que se suspende la ciudad, esa decisión se toma allí en ese momento y dada la experticia de de los cirujanos y con con la venia, pues del anesthesiólogo de cómo consideraron que podrían tomarse más tiempo, deciden continuar, pero decir, ahora hombre hubiera sido mejor parar en ese momento, eso en el momento en que 1 está 1, dice. De acuerdo a su experticia solucionado esto vamos para adelante, sigamos adelante. O sea, que esa decisión de continuar de quién era de todos. Del equipo quirúrgico. ¿Del equipo

quirúrgico, o sea el equipo quirúrgico, por qué? Voy a ponerle un ejemplo, pongamos que el paciente definitivamente 1 ve que el paciente tiene una hemoglobina. Estoy poniendo un caso, un hemoglobina de 6. 6 g de músculo vida que este paquete nunca la tuvo. Así lo estoy poniendo un eje. Estancia el gramo de hemoglobina y no tenemos más sangre en ese momento, el anesthesiólogo le dice al cirujano doctor hay que parar el procedimiento, no tenemos más sangre. No que el que continúe para o sea se toma la decisión, por eso esa decisión es de El equipo quirúrgico. ¿La decisión de desconsideramos de que el paciente dado de que fuese 1 ahora dice, bueno, no llegó la sangre, qué vaina? Pero 1 tiene la esperanza de que va a llegar la sangre y de que el paciente como no te. Tiene como comodidades, pues tiene la obesidad, pero no es hipertenso, no es anémico, no es diabético, no tiene problemas pulmonares, pues es un paciente que 1 dice, este paciente puede salir adelante una vez llegue la sangre, sale adelante. En. Cuando usted dice que 1 confía que habrá disponibilidad de sangre. En este caso. ¿Fue usted advertirnos si, es decir, conforme a lo que nosotros hemos visto? ¿La sangre que? Después necesitó el señor Manuel. Lo que yo he entendido es que la necesito fue en la. ¿Sala de cirugías es cierto? Y no llegó. Ya después llegó en la UCI un día después. Es lo que yo he entendido, cierto, autorizado. Yo tengo a. Yo tengo mi grupo de trabajo y tenemos como todos hoy en día un grupo de WhatsApp. ¿No? Yo tengo mi link que mi imagen del grupo que dice confía, pero verifica. Era suficiente confiar y no verificar, no saber si la clínica tenía. ¿Esas unidades ahí?

RESPUESTA: Bueno. Le si usted me hace esa pregunta, yo pienso, pienso que el doctor Ramírez debió consultar, debió decir necesitamos ya las unidades y muy seguramente le dijeron, las unidades están consiguiendo las, las unidades están las se solicit. Claro. Yo, estoy seguro que el que el doctor Ramírez, el anesthesiólogo, estuvo muy pendiente de hacer el llamado urgente para la los glóbulos rojos de lo que usted dice de verificar ahora si 1 dice no, pues es que que muy probablemente le van a decir que no 1 le dice ya ya doctor ya hace solicitaron y están sí que hace 1 cuando le dicen eso, pues 1 dice a ello es que contigo.

PREGUNTA ¿En el señor Manuel se mantuvo en los niveles permitidos o superó esos niveles?

Sucede que hay cuatro tipos de pérdida de líquidos. Hay una pérdida de líquidos por ayuno, es decir que los pacientes pues se les pide un ayuno de 8 horas durante esos 8 horas los pacientes no reciben. De no ingeren alimentos hoy en día. Se está propendiendo porque dos por lo menos 2 horas antes, el paciente tome líquidos claros, pero esto es de protocolo institucional y no en todas las instituciones. Esto se hace. Que esa es una pérdida, o sea que ya cuando un paciente llega a cirugía ya llega con un déficit de líquidos de ayuno. La segunda pérdida es por una pérdida de los líquidos de mantenimiento, es decir, que cada hora el paciente requiere unos líquidos que puede ser en el caso de de de Octavio, puede ser 100 a 150 c por hora. ¿Que eso digamos que se le proporciona, eh? Con los líquidos que tiene las venas canalizadas, la tercera pérdida de líquidos y la pérdida de tercer espacio. La pérdida de tercer espacio es. Que que al existir una zona cruenta, o sea una zona grande, te está expuesta a perder por evaporación, no solamente líquido sino también temperatura. Como habíamos dicho esto, se calcula 23 c por kilo por hora, depende del área, si es por ejemplo una zona pequeña, 23 c por kilo por hora. Si es una zona como la de ABC. El, la forma en que está 1 calcula 6 CC por kilo por hora. La cuarta pérdida es lo que usted llama pérdida de sanguíneas permisibles en el cual se tiene en cuenta un hematocrito inicial del paciente. El hematocrito inicial. A esto se le. Está el hematocrito. Que tenía el. El el hematocrito final, el no el hematocrito que tiene menos 1 hematocrito de 30 de 30, que se considera que es un hematocrito, digamos con 10 g de hemoglobina, digamos que 10 g de hemoglobina dan una macrito de ti. Digamos que 1 dice en un paciente bueno, pongámosle que en las peores condiciones tenga un hematocrito de 30 y esto se divide por el promedio de macrito, sea por la suma del hematocrito de 30 cm más el hematocrito que tiene el paciente y eso se multiplica por el el peso de Del paciente. Digamos que en en. En las pérdidas sanguíneas permisibles de de don Octavio 1 podría decir que don Octavio podría estar perdiendo entre 1. ¿2 L de sangre cierto? Y en el momento en que eso se supere, pues esto se ve reflejado en las condiciones y por eso son los exam. Los exámenes porque pues 1 no puede ver cómo está allá la célula no lo puede ver eso, sino con los exámenes de laboratorio. Hoy en día hay unos aparatos que miran el índice de capilaridad y se ponen aquí en en el en el Carrillo, o sea dentro del de la boca, en la mejilla en la parte interna y miden la densidad de

los capilar. Y, en la medida en que haya menos densidad de capilares, pues 1 dice que está comprometida la perfusión del paciente, pero eh, para eso se pide como no tenemos esos aparatos. Para eso se piden, pues los de la hemoglobina y el hematocrito, el fibrinógeno que se le pidió a él, él los gases arteriales con el fin de ver cómo está la perfusión. Y por eso decimos que de acuerdo a esos exámenes de requería sangre, porque se superaron las pérdidas sanguíneas. Permisible lo que usted. Dice se superaron la pérdida que tú usted dice, pero es que dice que el sangrado aproximado fue en 1560. 1560 si 1 dice eso fue el sangrado, dice aproximado, no hice exacto, o sea al ojo. Fue mi estiramiento, pero la evidencia demuestra que fue mayor. ¿Por qué? Porque lo dicen los exámenes y las condiciones del paciente cuando. Llegó al abuso.

PREGUNTA Aquí el doctor gagliano y el doctor Ramírez nos hicieron cálculos, sumaron, dividieron, multiplicar. Restan. Lo cierto es que ambos coinciden. En señalar que aquí no se superaron los niveles permitidos permisivos. Sanguínea usted nos dice lo contrario. En. ¿No lo está diciendo por el análisis de la historia, porque está hizo los cálculos o por qué no sé? ¿Por qué llegaste? ¿A una conclusión diferente y a dónde voy que eso se va encadenando? A que para ellos él siempre estuvo en los niveles de hemoglobina. Y no hubo choy. Polémico yo se lo dije la ciencia pasada. Mhm. Que en una manera distinta a. Lo que usted percibe.

Porque digo yo eso señor juez. Por la la evolución del paciente que en la en el mismo trazo operatorio como usted pudo ver, dice que el paciente lo que leí leímos ahora en el trans operator. El paciente tiene un sangrado importante, un sangrado importante. El paciente está con un lactato alto. Fíjese que lactato que se tomó en el trans operatorio estaba alrededor de 6. Es un lactato alto que ya indica que el paciente está está comprometida su perfusión, o sea, ha sangrado que no le llega la hemoglobina a los sitios donde, pues al tejido. ¿Periférico, entonces eso le di? K 1 que el paciente tuvo un sangrado importante que superó las pérdidas sanguíneas permisibles 1 puede hacer los cálculos en en la medida y por eso es muy bueno la tendencia. La tendencia es ver cómo si ahorita está voy a poner un ejemplo, ahorita la hemoglobina está en 12 al a la hora tomo y hemoglobina está en 11 a la hora tomo la hemoglobina está en día. Y usted se da cuenta de que a pesar de las dos unidades que se le pasaron, el paciente le subió a la hemoglobina a 11.8 y el el

haber de qué hice a 11.8, a pesar de haber repasado dos unidades de de de glóbulos rojos, significa que el paciente super. No es pérdida, seguía perdido, pero no lo digo yo como un cuento o como una anécdota. OO estoy aquí hablando, carreta, no lo digo, es por lo que se encuentra en el paciente que estaba ataque cardiaco. Sí que el paciente estaba hipo perfundido, esa tenía lactato alto que estaba con un PH de 7.2. Eso significa que el paciente estaba deficiente. De sangre esta chica porque no ha habido otra explicación. ¿O sea, si usted me dice, no es que el paciente tiene otra, tiene un una eh que le digo de una úlcera en el estómago que le está sangrando o tiene una sepsis, no? No hay otra explicación. Y paciente es su procedimiento quirúrgico, el que lo lleva a que se descompense.

PREGUNTA ¿Entonces? Bajo su criterio, existiendo superándose los niveles permitidos de pérdidas sanguíneas. No se logran compensar porque lo había. Sangre en el momento oportuno. Sí. Es lo que le entiendo.

RESPUESTA: Sí, señor, no no es sangre en. No bastaron las dos unidades que se le pasaron de manera correcta correctamente, fue transfundido con esas dos unidades, pero fue insuficiente de acuerdo a la evolución del paciente.

PREGUNTA: Doctor, se habla de reserva, se reservan dos unidades. ¿Es porque esas unidades, según en este caso, se iban a utilizar o era por si se iban a utilizar? No sé si me hago entender.

Sí, sí, sí, sí, cuando se hace una reserva es porque el procedimiento. Tiene un riesgo. Previsible. De sangrado entonces. Se hace la reserva, por ejemplo. Por ejemplo. Si es un un paciente al que se le va a hacer. Una colecistectomía o sea. Receta de la vesícula biliar como es un procedimiento laparoscópico con mínimo sangrado, entonces no se hace la reserva no se hace reserva. Pero pongamos que el paciente esté con una hemoglobina comprometida, o sea un paciente anémico, porque tuvo un sangrado intestinal reciente y tiene 9 hemoglobina y está en tratamiento con hierro oral y se va a someter a una a ese procedimiento de una colecistectomía. ¿Entonces? 1 considera con el cirujano si le hace una, no lo transfunde antes, no o sea 1 se llena de motivos para transfundir a un paciente. Porque la transfusión tiene riesgos también entonces 1 de reserva la sangre dadas

las condiciones del paciente y si se requiere, porque la evolución del paciente el paciente presenta signos de descompensación, entonces lo transfunda, sino. Así el paciente 1 le haya hecho la reserva. Si el paciente no sangró 1, no le transfunde y muy seguramente esa sangre que 1 reservó si no ha estado en el mar, sino si 1 no tiene Banco, sino que han estado ahí, digamos en en una, en un sitio cerca al quirófano. Probablemente que por el tiempo que estuvieron esa sangre se pierde. Pero vale 1 todo lo que hace valorar riesgo beneficio. Si la balanza el beneficio supera el riesgo, entonces predomina el que 1 reserve. Así esa sangre tenga que ir a desecharse, pero por prima la seguridad del paciente. Entonces en este caso, por ejemplo, se reservaron dos unidades YY muy probablemente, eh, yo consideraría que muy seguramente el cirujano el doctor gabilano HD estoy seguro. Pues dada la la hemoglobina del paciente y las condiciones que tenía, probablemente él. Pensó que no fuera a sangrar mucho el paciente. Y se hizo la reserva de 2 unidades de glóbulos rojos o negativo y probablemente probablemente se pensó no transfundirlo. O sea que el paciente no iba a presentar mayor sangrado y que no habría necesidad, pero pues como hay como si se los riesgos, sucede que el paciente sí Sam. No. ¿Hubo la? El procedimiento se prolongó. Sangró más de lo que se había previsto y por eso, pues hubo que tan fundido y por eso requirió más sangre.

PREGUNTA: Entonces, de acuerdo a lo que usted nos da en en explicación en su dictamen pericial a la pregunta 2213. La pregunta la primera averiguación. Usted digamos que se ratifica en que, pese a que la cirugía estaba enfocada en reseca el tejido adiposo redundante Se encuentra la masa crítica. Sí. O sea, pide apoya en otro cirujano que es el doctor karategui. Y por esa masa quística se prolonga el procedimiento. Masa crítica que no era de fácil advertencia, no es un riesgo común ordinario, sino es extraordinario. Y en su sentir por lo tanto imprevisible, más en todo caso, estiró, prolongó el procedimiento. Con la necesidad hemo componentes adicionales. Que se le aplicaron unos, pero en lo que es fundamental. ¿A la hemoglobina no? Es lo que le. Entiendo de su. Respuesta 2213 si es así.

Sí

PREGUNTA: Entonces le pregunto nuevamente. Estos son temas de derecho, pero yo me imagino que usted, ustedes, los médicos, se van volviendo ciertamente abogados y los jueces y abogados ciertamente médicos. Con aproximaciones, obviamente. Mhm. Y, pues a mí me llama mucho la atención. Insisto que por el tipo de sangre, el señor Manuel Octavio. El, el grupo interdisciplinario del anesthesiólogo especialmente que es el que determina la necesidad de más sangre. Confíe ciegamente que la sangre va a llegar. Confíe ciegamente que la entidad tiene la sangre o la obtener por convenios. Parece ser que aquí la clínica no parece ser, pues en 1 de las salidas profesionales se dice que la clínica no está obligada a. Tener ese Banco o. ¿Esas unidades, pero que tiene convenio, cierto?. me llama insisto mucho la atención esa confianza. Y restricta incondicional de un médico. En confiar que institucionalmente la sangre va a llegar. Por a donde voy doctor Navarro porque es que resulta que Mis prudencialmente se habla de riesgos inherentes y riesgos que no lo son previsibles, imprevisibles, asociados. A la fuerza mayor. Ha circunstancias, pues, que son inadvertidas o de poco presentación o frecuencia. Pero también se le exige al médico un comportamiento diligente. ¿Previo a los riesgos inherentes entonces? No el sangrado es una posible, No. Pienso que él no hay que hacerle la transfusión. Pero hay que hacerle la reserva. Ah, pero le hallé las masas quísticas. Ah, eso implica más tiempo en la cirugía, reseca más tejido posible pérdida de sangre adicional. Entonces confío ciegamente a que la sangre va a llegar. Se lo digo porque la jurisprudencia habla de los comportamientos que tienen los médicos previos a la ocurrencia de los riesgos. Y eso es comportamientos o son diligentes o son culposos y también generan responsabilidad. Se se se lo pregunto nuevamente, entonces es normal que el médico confíe ciegamente que la sangre va a llegar, es decir, yo hago lo mío. Y si la entidad, si la institución no trae lo que yo necesito, que responda la entidad.

RESPUESTA: Mhm. Señor juez. Cuando pues ya sea ya se ha visto la valoración, planes técnica, lo que sea lo que el lo que se tenía en mente será el paciente y cuando el paciente presenta una complicación. Esto es hay que manejar la complicación. ¿Cómo se maneja la complicación? Haciéndole la hemostasia. Se pidió ayuda. Dijeron que la ayuda que me parece de manera muy oportuna. Se hizo la recepción. El se el se manejó durante el trans operatorio con líquidos e inclusive

con soporte soporte inotrópico para mantener la presión y la perfusión. Se trató de hacer eso, se transfundió las unidades que hubo y. Se pidió, se pidieron las otras unidades. No es que 1 diga yo confío plenamente en que va a venir la sangre y la. Pero lo que he diligentemente hace el médico. Como no se no había en la la en dentro de la que se había previsto que el tiempo se fuera a prolongar y que que el paciente fuera a sangrar, eso no se tenía previsto o sino. Si hubiera se hubiera reservado más sangre. Como no se tenía previsto, se pasaron las dos unidades y se pidieron más unidad. Tan tan es así que se pidieron más unidades que las unidades. Sí llegaron, sí llegaron, lo que pasa es que se demoraron en llegar. Pero si 1 dice el, pero fíjese que se pidió ayuda, nunca llegó la sangre, no la sangre. Sí llegó y llegó el plasma y llegaron las plaquetas y se le transfundió, inclusive se le hizo. Procedimiento para para la falla renal que tenía todo se le hizo en la unidad de cuidados intensivos porque desafortunadamente eh no llegó a tiempo, pero se solicitó. El el y si la usen si a mí me dicen bueno, pero por qué no tenía porque no se había pensa. Dado no no era un procedimiento que fue en la experiencia del doctor gagliano, ella en la fe y en la experiencia del doctor Ramírez, que ese procedimiento fuera ir más allá de 6 horas. ¿O que fuera a tener una complicación de sangrado? Porque si hubiera sido ese, pues lógicamente la diligencia es reserve más sangre y hágalo en dos tiempos. En fin, lo que haya que hacer, pero desafortunadamente hay cosas que se presentan de manera y eso es lo que se llama complicación. Se presentó esa complicación y se trató de manejar con la mejor forma la mejor forma. Si 1 ve que el paciente fue abandonado, en ningún momento el paciente se le hizo de lo que tenía a disposición. El equipo quirúrgico se lo puso al paciente, se paciente, requirió. Hoy también acá se requirió. Ha sido tan examen. ¿Qué le faltó? ¿Faltó la sietero, por qué no tenía la sangre porque no se había previsto de que el el ahora? ¿Si usted me pregunta es que esa el la clínica, no, yo no sé cuál es esa la experiencia de cómo se consigue sangre la clínica medilaser? No, no, no, no tengo la experiencia, no sé. Pero muchas veces es por la experiencia de los cirujanos y el equipo que dicen no, no hay problema si llegamos a necesitar la, solicitamos sino la no la conseguimos. No hay problema. Entonces yo pienso que para ver decidido eso es porque tenían una cierta seguridad, porque de lo contrario no hubieran procedido sin las sin la reserva si 1. Pues supiera que que fuera

sandman, pues hubiera hecho la reserva adecuada o apropiada o la que se necesitaba, pero como usted se pensó que el procedimiento no los iba a prolongar y no iba a tener complicaciones, por eso se hizo la reserva solamente eso, pero no es que le faltó diligencia al equipo, sino que. Lo digo yo digo que. Muy seguramente era que preguntarle a los doctores del equipo quirúrgico, al doctor Ramírez y el doctor de verano como a hacer la experiencia con la clínica cuando han requerido sangre, me imagino que ellos van a decir, Ah no, sí, aquí está la consigue. Fácil. Y entonces basado en eso, pues se pienso yo que se tomó panel esa conducta, pienso yo eso.

PREGUNTA: En en en. La historia clínica de lo que usted revisó. Específicamente en durante el procedimiento. Que le he entendido es cuando usted habla tras superar torio. Sí. Eh. A lo que yo puedo decir que entiendo también preoperatorio, trans operatorio y post operatorio, entonces estamos ubicados en el operativo, en el transepto y perdón en el procedimiento mismo. Usted puede verificar que alguno de los profesionales que participó dejó sentado. La necesidad de más. Unidades de glóbulos y el requerimiento que le hicieron a la. Entidad. Eso aparece en la historia clínica. Y no aparece el requerimiento que se le hizo a la A la institución, pero aparece que. Se solicita sangre, incluso se habla con la familia, quiero presentar acá. Porque dicen el trans operatorio. Es decir, pues hay que confiar en la historia porque, pues, la historia es nuestro único documento que que puede dejar que una seguridad de cómo fue el manejo de vengo a ver si la encuentro acá que dice que se hace en HD, se requiere más sangre o la cual se solicita incluso obstruirse.

RESPUESTA: Se valora en conjunto con la anestesiología y cirugía plástica, se continúa manejo de choque en trazo teatro. Dados los hallazgos intra quirúrgicos extiende profilaxis se informa a la familia para donación de sangre del mismo tipo, sí, es decir. Que que el si usted me dice si se pidió sangre, claro que se pidió sangre e incluso la preocupación, pues 1 tiene como 1 heredada te cuando yo estoy en medicina decía que un heredaba el 30% de los padres. Hoy un heredada. Hoy se ha encontrado que un heredada más y una de las cosas que hereda 1 puede heredar el RHLRH que es un. Bien. Una el grupo sanguíneo grupo que el la particularidad que tiene la membrana del glóbulo rojo de si eso coincide con esas moléculas mismas del mono macaco resus o no si coinciden

todos 1 es resus positivos, ARH positivo, y si en este caso de don Manuel Octavio tenía ausencia de ese de ese factoría es un grupo, es un RH.

(...)

RESPUESTA A INTROMISIÓN DEMADADO: Y su merced cuando apareció la cifra de 9 puntos 7 lactatos confesó la transfusión de hemoderivados de las dos unidades de glóbulos rojos después de trasfundir esa, yo vuelvo a valorar a mi paciente con gases arteriales con cuadro hemático, con todo lo que lo tengo que valorar y al igual que yo, el intencionista tampoco consideró transfundirlo inmediatamente. De toma nuevo cuadro temático a las 12:00 h de estar en UCI y encuentra la mhm 13 y por eso tampoco considera transfundirlo más adelante. No sé por perdida, por los trenes, por XOY. Motivo de la hemoglobina baja y es cuando consideran transfundirlo, pero. Y no seas una transfusión ni eh, no se hace evidente. Una hace necesidad de transfusión ni en el trazo operatorio ni en el posoperatorio inmediato se hace la necesidad de transfusión. Mucho más adelante, de las 12 a 15 horas posoperatorias me tocaría mirar la historia clínica, pero en intensivista y no solo un intensivista. El doctor amorcho que lo recibió y después el doctor Diego Heredia. O sea, aquí ya tenemos concepto mío, concepto de un intensivista concepto de un internista, consideran transfundirlo mucho más adelante. ¿No? Piensan ellos tampoco que requería transfusiones en ese momento. Entonces ya conseguí en los conceptos de 3 especialistas, pues yo pienso que eso evidencia que se estaban haciendo las cosas como se tenían que hacer.

INTROMISIÓN DEMANDADO GAGLIANO: El primer tema es considerar que la primer nota de UCI, eso también corresponde también al trans operatorio y explico por qué? Porque el paciente no sale directamente de de la sala 3 de cirugía. A operación dentro del quirófano fue, sino que por las condiciones del paciente, inmediatamente se traslada a la UCI. Por lo tanto, yo como cirujano plástico acompaña a mi paciente y después de ese mes por ciento a ser la. Nota. Sí lo es mi nota se hace en la UCI. Sí, entonces eso es una aclaración importante. Segundo, el intensivista aclara perfectamente que se transfundió en dos unidades y dice no se dispone de más. Pero no dice,

necesito transfundir ya dos unidades. Una cosa es que no tengo más reserva por si la necesi. Y otra cosa. Es que necesito transfundir ya eso eso va en colación con lo que dice el doctor Ramírez, con lo que hicieron 3 intensivista directriz. Yo digo en la nota transfusión según la necesidad y según criterio, usan las transfusiones. Indudablemente el mejor reglas generales. Todos sabemos que generalmente debajo de 9 en paciente crítico, debajo de 7 impacientes a. Entonces no consideraron necesario en trasfundir en ese momento, sino después, cuando el paciente entra en coágulo patía bueno, pero eso ya es una Ah una cascada de eventos que el doctor eléctrico que el paciente puede ir complicándose, porque si sigue sangrando, después empiezan. A concu a. Consumir los factores Paula y todo eso lo sabe. Eso era importante aclararlo, pero yo creo que nos olvidamos algo muy importante. Es la condición del paciente y pues el doctor Ricardo Navarro no tiene por qué saberlo, porque esto lo hicimos en ausencia de él y es la. El. El shock distributivo doctor Ricard. ¿El paciente indudablemente, si no fuese sangrado, qué otra cosa puede producir? ¿Que haya hipo perfusión? Yo estoy de acuerdo con el doctor Ricardo doctor Ricardo Navarro, usted claro, si hay una, si es indudablemente hay una tipo, perfusión tisular, yo puedo tener muy buenas tensiones medias en mi tensiómetro en el monitor puedo tener muy buena oximetría porque el pulmón y el corazón está bombeando, pero hay un shunt y ya hay descrita literatura, el cual se adjunta. En otro dictamen pericial en donde los pacientes obesos pueden presentar una condición rara. Se llama. Indudablemente una disfunción endotelial que puede producir un shock distributivo paciente o los grandes vasos. Circula buena cantidad de flujo de sangre, pero por la micro circulación. ¿Dónde? Arteriovenoso y la célula entra en hipoxia, por lo tanto vamos a tener acidosis láctica severa que la única forma de verla es cuando el doctor ya en la segunda fase o al final de la cirugía, no sé en qué momento el anestesióloga toma gases. Entonces yo quiero doctor Ricardo que tenga. Muy en cuenta. El shock distributivo, el cual explica perfectamente todo lo que ha pasado y el cual explica por qué un paciente con el módulo mínima de 11.8 puede tener una acidosis metabólica y por qué los intensivistas que no fueron dos sino fueron por lo menos 3, porque también estaba la doctora Claudia cuando yo hablé con ella. En decidió no tan fundirlos en un primer momento. Y hay que aclarar ahí. Dice claramente no se dispone en el tímpano y se transfusión urgente y otra fundir o

positivo, como lo dijo también que el doctor Ricardo. El. Bueno, eso es lo que quería decir eso, aclara un poco el panorama. Una cosa es pedir más unidades, otra cosa es transfundirla y otra cosa también es la acidosis por su distribución. Muchas gracias.

JUEZ: Bueno muy bien. Muchas gracias doctor Gaviria, doctor Ricardo, entonces pues. Digamos que yo. ¿He permitido la intervención, pues más allá es quien tenga o no tenga la razón, puede haber disparidad de criterios y de diagnósticos, no? De ahí la dificultad del caso, ya después me corresponderá a averiguar a los otros peritos y a los médicos.

PREGUNTA: En. Porque lo que yo he entendido. Este doctor Ricardo es que. Usted no solamente seguía en la historia clínica, sino revisa los. En. Los resultados de los exámenes del paciente YY, pues eso lo lleva a usted AA concluir lo que nos está aquí diciendo y realmente si usted lo observa. Aquí no se trata de. De que por colegaje digamos lo mismo. No. Hay, hay impresiones distintas y símiles. En las que el doctor Ricardo para los médicos demandados. Más allá de la insuficiencia de los. De las unidades de sangre. Super. ciertamente, ni para ellos ni para otros profesionales como los intensivistas, se requirió la transfusión que finalmente. Se vino a. Dar el 9 de junio de 2017 a la 1:03 h. Según Diego Fernando Martínez Moreno, 1 de los médicos internos internistas. Ya eso, pues hará parte de la valoración probatoria. Eh. Y estábamos en el. En el tema de la confianza o no para pedir. Estas unidades. En el hecho de que en la historia clínica. Eh no se señala la necesidad de más unidades. No se señala que se le hubiese pedido al establecimiento médico la consecución de esas unidades. Y, pues aquí los médicos lo están señalando, no dice porque para ellos no se requería. Mhm e inclusive tampoco se requirió a su ingreso a UCI es lo que ellos nos han precisado. ¿Mientras que para usted? **Por las razones que nos ha venido explicando ampliamente. Sí se requería e inclusive usted parte de un supuesto que no está en la historia clínica, y es que ellos lo pidieron.**

Sí.

Doctor Navarro, ellos aquí lo están, yo no los estoy interrogando, ya se les interrogó, pero ellos lo que lo que yo les he entendido es que ellos realmente no pidieron esa sangre en el trazo operatorio.

Usted está pensando que sí, se pidió, pero que no llegó. Eh. ¿Cuál es la verdad del asunto? Pues qué problema tan grande que tiene la judicatura porque no soy el único juez que conocerá el proceso. Pero bien procurando entonces.

Recuerda doctor Navarro que esto nos ha dicho que en el caso presente. En desarrollo el posoperatorio se presentó. ¿Un shock hipovolémico, cierto?

RESPUESTA: Sí señor. No. Eh, pero lo digo en no porque yo me lo haya imaginado, sino por lo que hice en la historia cuando reciben al paciente en la UCI que dicen que el paciente llega con sangrado importante y con un que ha tenido un sangrado importante con un tiempo quirúrgico prolongado que llega con hiper láctea, tenía y que llega a hipo perfundido. Ese es el concepto de quien lo recibe allá.

PREGUNTA: O sea que. Como la Medicina de probabilidades. O sea que. Solamente cuando. El hallazgo patológico que el tejido patológico. O un examen de laboratorio pues 1 dice ese diagnóstico exacto, sí, pero lo que nosotros hacemos de acuerdo a la clínica, a los síndromes clínicos. A la A las condiciones del paciente en ese momento y que cada paciente es particular. ¿Entonces hacemos una impresión diagnóstica? Sí, así sí. Pero entonces la impresión diagnóstica no es porque me quiero imaginar que el paciente tiene un choque y bulímico, sino que yo lo reviso, le reviso sus condiciones. Visuales, fisiológicas, patológicas, sus exámenes de laboratorio, todo lo que comprende ver a un paciente que ustedes lo denominan pues mucho mejor, por supuesto. En. Es decir, el diagnóstico no es algo apresurado, no es el diagnóstico, es fruto de un análisis objetivo. ¿De lo que muestran el paciente y subjetivo del paciente mismo es lo que yo le entiendo, cierto?

RESPUESTA: Ah. Si señor.

PREGUNTA: Doctor entonces. Enfrente de este de revisado bien. El paciente en ese momento, OK, ¿el diagnóstico puede cambiar la inclusión de diagnóstico?

No.

Doctor, o sea o sea que. En. Cuando en la historia clínica en en UCI cuando se recibe el paciente de UCI. Se se señala que hay. Para usted estoy preguntando allá se señala en el diagnóstico. Choque hipovolémico. Ese día no diagnóstico lo está haciendo José Emilio amoroch barrera. E intensivista. El. No es, es decir, él llega AA nota eso en la historia clínica, porque luego de todas esas valoraciones colige que él llega a la UCI, EN CHOCK Hipolémico. El doctor intensivista que recibe el paciente le hace una evolución. De compu. Directamente todo desde que ingresa. Toda la evolución en el trans operatorio, el manejo que ha recibido. ¿Eh lo que sea ahorita el doctor Ramírez, la diuresis, las condiciones en que llega, eh y cómo llega con con soporte vascular tanto líquido? Le han pasado cuanto eliminado cuando supuestamente ha sangrado y después de eso él lo examina. Y lo examina de manera general no, no una sola parte, sino de la cabeza hasta los hasta los pies y. Determina hace una impresión diagnóstica de que encuentra el paciente en estas condiciones. Entonces doctor pm. En Ricardo desde su experiencia. El paciente ingresa a un músico en choque y polémico. Luego podemos entender que venía con ese choque del trazo operatorio.

RESPUESTA: , por eso es que yo digo que el manejo de mantener las cifras de presión ahorita, decía el doctor Ramírez todo eso fue gracias al soporte con líquidos al soporte inotrópico. Eso no es gratuito, quizá devoluciones gracias al manejo. Sí, pero yo insisto yo, insisto, pues porque yo no veo otra. Otra explicación para las condiciones en que llegó al paciente en que el paciente se requería de mejorarle la oxigenación a nivel de la versión, puede que se produzca una disocia, como dice el doctor gagliano, que es una. Distorsión que hay a nivel de ya celular en ciertos pacientes puede que exista eso, pero digamos que eso, que lo atribuyó a un shock distributivo, eso se puede presentar. Digamos en posteriormente, pero en estas condiciones en que estaba el paciente, considero yo considero a esperar acuérdate que yo estoy acá como usted mismo, señor juez dice usted está, pues de una manera muy parcial, mirando de manera objetiva todo, y que de esa misma manera yo estoy acá en una manera muy objetiva. A partir de lo que yo encuentro yo no estuve en la cirugía, estuve allá. Yo considero de que el paciente se le hizo todo para reanimarlo, pero. Que lo que yo considero después de ver todo el cuadro clínico en conjunto. Le faltó la mejor mejora de la oxigenación a través de la transfusión de glóbulos rojos, que las transfusiones malas y como.

Todo lo que nosotros hacemos en medicina tiene riesgos, todo intubar a un paciente, canalizarle una vena, ponerle un antibiótico todo, pero nosotros podemos establecer una balanza. Riesgo de enojo. ¿Sí y inclinar esa balanza hacia el beneficio y cuando un paciente requiere transfusión toca hacerlo, pero no demorarse en la celda a celda en el momento en que se requiere y quién lo va a quién? Quién le va a decir a 1. ¿Cuándo tiene que hacerlo fue las condiciones del paciente, le van a decir a 1, cuándo hacerlo? Muchas veces el paciente puede estar normal. Muchas veces el paciente puede tener una hemoglobina de 11. Puede tener una hemoglobina, pero las condiciones generales del paciente, especialmente la microcirculación que se dé con unos gases porque no hay otra forma, le dicen a 1 que el paciente requiere tratarle suplementarla. Esa parte que le hace falta que es mejorarle la oxigenación y una de las formas después de un procedimiento quirúrgico, como veíamos una de las complicaciones es el Grado. En. Inclusive que las las los anestésicos inhalatorios, todos los anestésicos vasodilatador. Es decir que digamos que muchas veces el paciente para defenderse pues trata de hacer vasoconstricción, pero hay veces 1 necesita que se base de la terapia. Pero hay voy a hacerlo, lo que 1 necesita es eso, YY pues ustedes están viendo que el paciente no porque lo diga yo, sino por cómo llegó a la condición de la UCI con un intensivista que lo recibe, llega hipo perfundido bien su concepto con un short polémico.

PREGUNTA: Tiene picos. Fue estabilizarse. En este caso, pese a que el paciente llega con un choque hipovolémico, ese choque choque hipovolémico venía compensado. En virtud de todo lo que le aplicaron. En el tras operatorio. ¿Existe esa esa figura? ¿El shock y polémico compensado?

Claro, existe la figura del choy polémico compensa. Sí 1 puede ver los parámetros del paciente clínicamente que bien técnicamente. Presión arterial bien que está orinando, pero en la microcirculación estar their entonces hay que seguir la la evaluación y por eso el señor Manuel Octavio tenía que ir a una UCI. Tenía que ir a usa. ¿Por qué? Porque la única forma es mantener la compensación de ese estado que traía es en la unidad de contención desde hace 111 manejo con todos los soportes y un manejo estrecho del paciente. Pues todos los exámenes de una manera secuencial donde se miran las tendencias y donde hay personal especializado en el manejo de cuidados de pacientes en cuidado. pero no sé si me perdí aquí podemos hablar que venía en un

choque, pero. Que venía con pensado. Sostenidos es el ser humano humano maniobrar. O sea, el el paciente venía 1 vivo vivo. ¿Dos manteniendo la presión, qué lo hacía? Mantener la presión, los líquidos que se le estaban analizando y el soporte inotrópico. Pero en mi concepto, en mi concepto que estoy mirando los toros desde acá de la barrera, después de que pasó todo mirando la evolución, mirando la historia. En mi concepto, el paciente necesitaba. Los glóbulos rojos para mejorar la oxigenación. Ese es el concepto mío, sin eh sin ninguna otra pretensión. Que. Desde el punto de vista. Como anesthesiólogo y como docente, veo el cuadro clínico de acá y estoy de acuerdo con el intensivista que lo recibió.

(...)

CONTINUACIÓN 24 DE ABRIL DE 2024

CONTRADICCIÓN DICTAMEN PERICIAL DE CLÍNICA MEDILASER – DIEGO LEVIA.

Explicación del dictamen.

Discusión que se va a un terreno técnico y complejo desde el punto de vista fisiopatológico. Y amerita. Que seamos más gráficos, ahí están viendo una pantalla. Bueno, este este caso. Es que la historia clínica de los datos que corresponden a esa historia clínica y a ese momento de la atención se trata para ese momento de un paciente de 63 años, Manuel Octavio Reyes, con cédula documentada en el archivo.

Como se puede ver. Qué fue atendido inicialmente en quirófano en el año 2017 a mitad. De año y luego. Termina la atención en la unidad de cuidado intensivo. Esta es una historia clínica que tiene 3 fases bien establecidas, es una fase. El prequirúrgica, que es el análisis antes de que llegue a cirugía. El análisis, una frase en la que se hace una atención en una cirugía en el quirófano y luego de eso el paciente después nadando. A la unidad. De cuidados intensivos, siendo esta la tercera fase vamos a iniciar. Rescatando lo que ocurre en ese en cada 1 de esos procesos, remarcando.

Unos puntos como. ¿Vamos a ver es esto de aquí? Busca, pues no es muy larga, pero sí es muy compleja en términos de las variables que intervienen. Para. Terminar produciendo un desenlace. Luego de eso vamos a hacer las mismas 3 fases, pero teniendo la correlación clínico patológica y resaltando los hallazgos en la historia clínica. ¿Esta es la primera fase, este es el paciente, cómo está antes de la cirugía? Y acá hay unas condiciones importantes que deben ser tenidas en cuenta para ti.

Ahora entender todo este desenlace fisiopatológico. Que se desarrolla. En las horas de quirófano y en la unidad de cuidado intensivo en donde se hacen claramente manifiestas todas las alteraciones y la disfunción orgánica múltiple. Partimos porque hay un antecedente de la obesidad mórbida, pacientes que económicas. Ah. Al de peso esa cirugía. Logre el objetivo de disminuir de peso, pero terminamos De todos modos, teniendo una obesidad. Después de la cirugía, la obesidad persiste, no al punto en el que estaba previamente, pero la alteración patológica de la obesidad. Asiste los entonces en esa valoración, 3 quirúrgica se incluyeron estudios por cardiología y se hizo una reserva de hemocomponentes medio 12. ¿Como puedo estar construida? En la diapositiva en el lado derecho de la diapositiva es el recorte del ecocardiograma, en donde hay un punto importante en mi vida. El fusión punto 1 dice que hay una remodelación concentrica ventricular izquierda de grado y en esto que es difícil en tu corazón. Señor, perdón, dígame.

Fast en esta diapositiva vemos. Característica de cuáles eran las condiciones previas, entonces era una publicidad mórbida. Fue operado para una cirugía con el objetivo de bajar de peso. Ese objetivo se logra, aunque persiste en obesidad y se programa una cirugía a la que se hace en unas. El quirúrgicas esa cirugía lo que busca es quitar un obseso de piel y de tejidos grasos celular subcutáneo. Que era excelente luego de las considerable disminución del peso corporal. Eso en cuanto a la evaluación previa, le decía que el ecocardiograma muestra que hay una ya. Algo que es la remodelación concéntrica ventricular izquierda era el punto en el que iba. Esto es importante porque el corazón es un músculo y los músculos. Como es un tipo de músculo que responde ante los estímulos externos, el hecho de que el. Corazón tenga que remodelarse. ¿Es porque hay? Condiciones hemodinámicas, crónicas, características, además de la obesidad que implican que

deba adaptarse a ese corazón y esto es un cambio patológico. Esas buenas condiciones entonces iniciales. Luego tenemos lo que ocurre durante el evento quirúrgico. Y en ese evento quirúrgico hay dos descripciones quirúrgica de cirugía plástica que describe todo el procedimiento, la técnica, las características. La segunda parte es la intervención de cirugía general, lo que crítico de la cirugía en el proceso de recepción amplia, extensa, que terminó siendo de 15 kg, que eso es un volumen nada despreciable. Pues se encuentra dentro de esos hallazgos que hay una masa crítica y esa masa crítica, pues le corresponde al cirujano general contrahacer la recepción y quitar una masa quística. Es una bola que está llena de líquido, pero que puede tener otros componentes por dentro. Esto va a ser relevante más adelante. Cuando empezamos a ver la relación de patológica y fisiopatología. Nunca de la evolución entonces, en cuanto a la cirugía ocurre esto en no hay complicaciones en una descripción de cirugía plástica y de cirugía general. El hallazgo entiendo que se había considerado previamente la posibilidad de que esto fuera una complicación quirúrgica, sin embargo, no se consideró una complicación quirúrgica de un hallazgo intraoperatorio. Y, que fue manejado y no se no se, según ellos, refieren, no se presentaron complicaciones. Ahora vamos a ver cómo se comportó el paciente durante esa cirugía en esa cirugía. ¿Esta es la hoja de anestesia y ahí? Vemos muchos números y muchos símbolos. Entonces en la parte de abajo son todos los medicamentos que se utilizaron, que es lo habitual y luego tenemos una franja central. No sé si se alcanza a ver el puntero que les que les que les muestro, porque acá es importante que veamos. Que hay unos chulitos. Sí con vértice interior y con vértice superior. Todos estos se tienen que entender a la luz de la escala que está a la izquierda, que son los que nos marcan. ¿Cómo se comportó el paciente durante todo el tiempo quirúrgico? Hay un dato importante y es que este punto. Representa cuál es la presión arterial media, es decir, la presión arterial con la que la sangre llega a cada. 1 de los órganos. Entonces vemos cómo se mantuvo por el por encima de 60. Que es lo indicado inicialmente por el evento anestésicos, es esperado que haya un cambio inicial, pero pues eso es lo que hacen los anestesiólogos, compensar el manejo cuando recién inicia el procedimiento quirúrgico. Luego vemos como todo el procedimiento quirúrgico se mantuvo en metas. Hasta el final. Eso virtualmente ocurre en algunas variabilidades, pero el punto importante es ver cómo se

mantiene. También vemos cómo se mantiene este otro dato acá arriba. Que es la eliminación del CO₂ de Valencia que es importante. SO₂ es porque los pulmones tienen esa función, ingresar oxígeno y eliminar CO₂ es el resultado del metabolismo de las células. Las células son las que producen la respiración, la respiración ocurre a nivel celular allá dentro, dentro de la mitocondria. Entonces la sangre es transportada, es oxigenada de los pulmones, se transporta en. En la sangre llega a la célula de las células, hacen su metabolismo utilizando oxígeno y glucosa, ambos aportados por el torrente sanguíneo impulsados por el corazón y producen energía, esa energía, la producción y el funcionamiento celular. Hacen que la producción de energía produzca unos desechos y esos desechos está el CO₂ que elimina por la respiración, es el que se mantiene CO₂. Es un parámetro, además de monitorización y vemos que se mantiene dentro de de las 1000. Bueno, ese es el comportamiento y lo que se rescata dentro de lo que podemos ver. Hay otros análisis adicionales viables y es la cantidad de líquidos que se ponen. Debido a que la pérdida de piel tensa.

El.

Pues si no, que también hay pérdida de líquidos líquidos, hay que reponerlos y. Aquí se reposo. Y el paciente mantuvo además durante ese tiempo una diuresis. Estaba orinando apropiada apropiadamente, entonces esta monitorización continua y este seguimiento indica que hasta ahí se mantienen. Eh metas. Durante ese procedimiento, evidentemente hay una pérdida de sangre y esa pérdida de sangre, pues requiere ser de respuesta con unas consideraciones que vamos a ir haciendo a lo largo de este de este proceso que voy a intentar que no se haga un complejo de abogados. Entendible, entonces se pierde líquidos. Son repuestos y se pierde sangre que es repuesta, como vemos en esta hoja de transfusión de hemocomponentes en las que se pusieron dos unidades de glóbulos rojos. Prefiero. Luego de eso. Pasamos a la tercera fase y última fase en el proceso de atención y es que llega al paciente a la unidad de cuidados intensivos. Entonces cuando se recibe un paciente en la unidad de cuidado intensivo. Pues hay que ver cuál es el estado general, qué le pasó y a partir de ahí a establecer y hacer un trabajo diagnóstico, hacer un trabajo de intervención, ni dar una respuesta y volver a intervenir. Basado en esa respuesta obtenida.

Digamos que en el ejercicio médico, ese es el ciclo que se repite todo el tiempo, entonces ellos dicen, el diagnóstico es que hicieron una dermolipsectomía, que es el procedimiento de quitar todas las capas, la piel y los tejidos de la cutánea con la grasa. Espera cirugía extensa es una cirugía en cinturón que requiere que se quite toda la parte de adelante, pero además también la parte de atrás de la piel sobrante. Entonces empezamos con unos diagnósticos iniciales de trabajo, que es una aproximación inicial. ¿A cuál es el estado de ese paciente? Entonces estamos hablando que tiene unos antecedentes y que tiene una cosa que llama intertrigo. Y es que la piel cuando genera esas niegues esa dice, generó humedad, inflamación y creció. Tú y crecimiento de bacterias nuestro primer diagnóstico de trabajo es debido al antecedente de que lo que se describieron de la pérdida de sangre sin choque hipovolémico ya vamos a profundizar ahorita qué significa choque, qué es choque, cómo se identifica y cuáles son las características de los diferentes tipos de choque. Aquí hay unas cosas y dos. Puntos importantes de las son esos son cortes específicos de la historia clínica. Hola isai la hora en la que se hizo la anotación. ¿En este punto importante es que el paciente requirió antibióticos entonces en condiciones normales, eh? Los pacientes en esas circunstancias no requeriría este uso amplio de antibióticos, pero no solamente de antibióticos, sino también de antifúngicos.

Se utilizaron medidas de prevención, entonces, en la UCI no solamente se hace diagnóstico, no solamente se hace intervenciones, se revalora si lo que se intentan prevenir complicaciones, entonces se utilizaron. Medias las medias especiales no se pueden poner medicamentos porque el. Paciente había sangrado. Entonces, lo habitual es que se pongan medicamentos para evitar que la sangre coagule para que no se formen trombos coágulos en la evolución, como eso no está disponible, pues existen alternati. Como esas medidas que se utilizaron ahí, eso lo vamos a ver a cotejar ahora al final de la presentación, cuando veamos cuáles son las recomendaciones en las guías en cuanto al manejo no solamente de intervención terapéutica, sino que eh preventiva. Más adelante, esto es recién ingresa a la unidad de cuidado intensivo. En esas condiciones ingresa y así se establece el plan, el plan de manejo. ¿Ahora, cuál es el el estado con el que ingresa a la

unidad de cuidados intensivos? ¿Desde el punto de vista del impacto que tuvo el sangrado hemoglobina?

Recordemos que aquí ya previamente había sido transfundido y ese es el estado en el que ingresa a la unidad de cuidados intensivos. Entonces después de esta intervención, es decir, se hizo diagnóstico de pérdida de sangre, se interviene por una transfusión, además del resto de manejo de soporte, se revalora esa revaloración que implica que tenía 118 de hemoglobina y. Con adecuados índices de oxigenación y en lactato alto. Eso también es un dato importante de qué es lo que está pasando a nivel celular general en todo en todo el cuerpo. Ahora la la fase inicial de diagnóstico de pérdida de sangre, pues aparece consignada. La intervención terapéutica aparece consignada y aparece también la revaloración con este dato concreto en el que dicen que ya hay una hemoglobina de 118 en lactato. Está alto ahí, como vemos, pues no se hizo una indicación adicional de transfusión y eso tiene una explicación. ¿De que lo vamos a ver más adelante en las guías, pero no solamente en las guías y lo vamos a ver de dónde sale esa recomendación? ¿Por qué existe esa recomendación? Usando la unidad que hoy intensivo más adelante dicen, bueno, el paciente ha. Requerido son más ayuda, más ayuda y esto es importante. Entonces tiene dos cosas adicionales que están pasando en el cuerpo del paciente. En ese momento está requiriendo medicamento, va a sorprender. ¿Qué significa vas? Por eso más adelante les vamos a dar un un dibujo que va a quedar eso muy claro, pero para adelantarlo implica que las arterias tienen que estar apretadas para que el flujo ocurra y en la sangre pueda circular, porque si se relajan y se abre en el flujo no ocurre de manera apropiada. Entonces estaba presentando ese hallazgo, vamos a ver. Como la historia clínica en la evaluación del del del consolidado de signos vitales durante toda la hospitalización, sí se correlacionan con este hallazgo y tiene una taquicardia sinusal, decir el corazón está acelerado y hay sangrado. ¿Cuál es la conducta ante este hallazgo? Pues ayudarlo al cuerpo a que no tenga ese sangrado, a que o adule de forma apropiada, entonces que dijeron, vamos a poner dictársela. La sangre está compuesta por líquido y por dudas.

Que facilitan o promueven la coagulación, pero también que evitan la coagulación. Entonces todo es un equilibrio. Ahí se quieren aportar este tipo de sustancias y reservaron plaquetas y glóbulos,

glóbulos rojos. Entonces reserva es cuando yo digo, pues está sangrando por acá, por esos trenes es posible que vaya a necesitar más adelante. En este momento no tiene un hemoglobina de 119, según lo que yo recorto 35 con plaquetas de 135000. Luego vamos a corroborar con los de recomendaciones. ¿Cuáles son las metas?. Esas preguntas de necesito más transfusión, necesito menos transfusión. ¿Cómo le voy a dar el soporte? Han sido. Objeto de estudios. ¿Médicos en poblaciones amplias y de ahí es donde salen las las recomendaciones entonces? En este momento exacto no reservar, es decir, no la necesito. En este momento estamos dentro de la meta, pero puede que más adelante la necesiten porque evidentemente hay una sangrada. Las plaquetas bien, no las voy a confundir, entonces digamos que esto es lo que yo solicito y estaba acorde a los hallazgos de laboratorio en ese momento. Luego viene una siguiente intervención, ese mismo día, un poco más adelante. ¿En donde? Pues si bien. Es cierto, el paciente perdió sangre. Hay otros hallazgos que lo quedan completamente explicados. ¿Y que? Sugieren que se deban buscar otras causas para el estado de choque.

Además del sangrado de la convocatoria, hay otros hallazgos que nos sugieren y entonces le cambiaron el manejo antibiótico, boludo más agresivo. Teniendo en cuenta que si una infección no se controla, termina produciendo todos estos mismos allá. Y otro dato. Importante que empezamos a ver cómo ese corazón que ya estaba remodelado. Fue sujeto de esta intervención cardioversión farmacológica. Esto no es otra cosa que el corazón. Tiene arritmias entonces cuando va así de rápido, no es capaz de impulsar la sangre de manera apropiada, independientemente de la cantidad de sangre que tenga.

Y eso ocurre, es necesario administrar medicamentos para modificar esa. Respuesta del corazón. Entonces se nos suma. Dos nuevos eventos a lo que ya conocíamos inicialmente a ese diagnóstico inicial. Temprano unas horas antes, acá de de esta nota dijimos, tiene un choque hipovolémico, pero luego la evolución clínica dice no cuadra del todo y ellos ponen acá una cosa que dice manejo antibiótico y agregar un diagnóstico es mixto. Sí, la hubo pérdida de sangre, se repuso, pero el paciente no se está comportando de la manera apropiada y entonces vamos a considerar otras posibilidades. Entonces amplían las posibilidades. Teniendo en cuenta que no hay una explicación

suficiente con la sola pérdida de sangre para los hallazgos del paciente, entonces decidió hacer una cobertura antibiótica y aparte de eso, modular y. Evidencia que hay una alteración en el funcionamiento del corazón que requiere esta intervención, sistema de compresión demótica intermitente, lo mismo medias apretadas para que la sangre no se quede en las venas de las piernas, no se formen coágulos y disminuir el riesgo de complicaciones porque entre otras cosas, la complicación. Más frecuente y complicada en estos pacientes en este tipo de intervenciones. Ampliación extensas es precisamente la formación de coágulos en las piernas con evento que puede llegar a determinar la generación de un trombo embolismo pulmonar, es decir, que esos coágulos que están en la tierra en las venas de la pierna se vayan para los pulmones que vamos a ver más adelante, como también lo. Consideraron dentro de las posibilidades de la evolución. Hay más adelante, dice el paciente tiene acidosis metabólica severa y tiene el lactato hashtag lactato auto significa que las células del cuerpo están funcionando, están funcionando mal. ¿Ya vamos a ver por qué llegan a funcionar mal esas células, pero vemos cómo se vienen sumando componentes? El componente que la anemia se suma el componente. Me la posible infección se suma componente de la disfunción en el funcionamiento del corazón. Ahí dicen que el conoces indica dos unidades de las que va a saber solicitado previamente. Y. Estos puntos son importantes, como continúan haciendo el manejo y empiezan a notar que hay una discusión en los demás órganos. Esto lo que nos muestra es que en el análisis que se hacen normalmente en la unidad de cuidados intensivos es abordar órgano por órgano. ¿Cómo está funcionando cada órgano? ¿Y, cómo puedo yo? ¿Mejorar, tomar medidas generales para que puedas funcione mejor o medidas específicas y entonces? Ahí hay una disfunción orgánica múltiple que significa dos o más órganos, están fallando a la vez. Cardiovascular, corazón y vasos, el sistema respiratorio, el sistema de los riñones, la coagulación de la sangre misma está fallando, el hígado está fallando. Esto es muy importante porque vamos a ver cómo es el acato alto.

Está directamente relacionado con estas dos cosas. El agenciamiento de los riñones y de alivio, es decir, el lactato se eleva porque las células están funcionando mal. Pero en el cuerpo para que algo se. Eleve para que alguna de las sustancias del fuerte se eleve. Requiere básicamente dos cosas

que se produzca mucho o que se elimine o frito, o una mezcla de ambas situaciones, entonces tenemos.

Mecanismos por los cuales se puede elevar el atraco sí y ya los descritos en la en las notas previas, pero también tenemos dos mecanismos muy muy importantes, por los cuales es el acto que está alto, no sea clara, es decir. No sé el niño. ¿Y es que tenemos una falla renal y una falla, eh? En el hígado aquí están los registros de las hojas de transfusiones en los que se dio el soporte. Que se habían indicado cuando lo cuando yo lo consideraron muy débil. Ese mismo día más adelante aparece lo mismo, se hace referencia a que el cuerpo todo está fallando. No es una sola cosa a la que. Está mal, entonces tenemos. Falla la sangre, falla el hígado falla. En la coagulación.

Hay una respuesta inflamatoria en el cuerpo, la inflamación. Es una palabra clave. En todo esto que estamos viendo. Las cirugías. Son una forma de trauma controlada. Vamos AA verlo ahora en las guías estas guías lo que nosotros hacemos ahora es una extrapolación de lo que ocurre en los pacientes que están traumatizados en accidentes, por ejemplo. Las cirugías seguras, forma controlada de generar un trauma. Por otro lado, porque a diferencia de lo que ocurriría, por ejemplo, en un trauma abdominal en que la sangre se riega toda dentro del abdomen y hay que entrar a corregirlo de forma duda. En esto lo que ocurre es que los cortes de piel, en el caso concreto de este paciente, lo que ocurre es que se van haciendo cortes en la piel y se van haciendo. Procedimientos democráticos veces se va controlando el sangrado de ese sangrado, el de forma controlada y a lo largo del procedimiento quirúrgico, es decir, no hay una pérdida masiva aguda de sangre, porque es una pérdida controlada. Esa sería la diferencia con los pacientes que ingresan por un trauma. Entonces, eh, esta disfunción hepática, como les dije, es realmente importante porque empezamos a ver que el cuerpo no solamente produce más sustancias para lógicas pero que no las elimina y en los y en eso juega un papel muy importante en los riñones porque el cuerpo necesita tener un nivel interno. Estaba lo que va produciendo, lo va eliminando lo que produce el elimina.

Si los riñones fallan en el cuerpo, se acumulan todas las sustancias tóxicas que deben ser eliminadas y que el cuerpo no es capaz de eliminar. Cuando eso pasa, pues eso hace que todo el cuerpo funcione mal. Ya vemos cuando se empezó esa terapia con diálisis se logró una estabilización parcial. Ahí más adelante de perdón en esta nota más adelante durante ese mismo. Día, entonces ya hay una lesión establecida en el riñón que escribió rápidamente, se agregan a otros diagnósticos, entonces ya veníamos viendo ese comportamiento. De que hay un choque cardiogénico y un choque distributivo. En las siguientes diapositivas que esto va a ir quedando cada vez más en. Más clara, pensar en la posibilidad de una infección. Por eso manejaré los antibióticos.

Que requirió altas dosis de soporte para que las arterias se estuviera al apretar y mantener bien la presión arterial y el soporte inotrópico, es decir, el corazón. Le pongo un medicamento para que haga una contracción que enlaza con más fuerza, que vaya con más fuerza que cada latido sea más fuerte que el corazón se contrae con más fuerza que impulsa mejor la sangre. Entonces tocó ayudarle al corazón. Podemos claramente una análisis y una intervención sobre el funcionamiento. Desde el corazón hay hiperglicemia. Ese es otro de los marcadores de la disfunción en el cuerpo. Y también evidencia como la el azúcar, la glucosa que tiene que entrar junto con el oxígeno a la célula a célula para producir energía no está ocurriendo.

Eso limita la posibilidad de que. El cuerpo pueda producir energía de forma apropiada. Más adelante, entonces se siguen estableciendo que ellos encuentran los que ellos consideran hallazgos de un problema en el corazón que hace que el paciente tenga un estado de choque. El choque nutritivo o mixtos. Artículo completo, es decir, muchas alteraciones juntas que conllevan a que el paciente esté en una situación crítica. Considera la posibilidad eso, pues de forma retrospectiva es más fácil verlo, pero ante la duda. Situación inminente de un paciente convencional orgánica múltiple que considerar todas las opciones y ahí se ve como ellos consideraron esa posibilidad adicional.

Más adelante ya al día siguiente, pues de ellos muestran como la respuesta a esa terapia con diálisis, es un tipo de diálisis que se hace de forma continua, se conecta la máquina durante más

de 12 horas para que de forma lenta vaya limpiando la sangre y muestras como tuvo una eh una estabilización en el equilibrio en el cuerpo. Estos datos, nuestro el cuerpo alcanza a tener un proceso de estabilización con todo el apoyo. No, no es un apoyo único, es decir, aquí queda claro que para que el paciente llegará en este punto a tener una estabilidad. La palabra estabilidad es más compleja de lo que. Parece en esas circunstancias. Pero que haya tenido algún equilibrio desde la descompensación grave previa, requirió intervención para el corazón. Intervención para la sangre, requirió transfusión. Entonces requirió intervención para la coagulación de la sangre, requirió intervención para los pulmones, requirió intervención para los riñones. Entonces todos esos órganos que fallan todos requirieron intervención. Ahora, si un solo órgano falla, pues una sola intervención sería necesaria. Cuando esto ocurre, son muchas cosas las que hay que intervenir. Ellos ponen ahí claramente continúa soporte multi orgánico avanzado. Todas las hallazgos e implicado en general necesario continuar con todo. ¿Ahora qué hicieron cuando llegaron a este punto revalorar nuevamente? Le anticipó la posibilidad de que pueda haber un nuevo sangrado, dura nueva descompensación, entonces reserva, no necesito ahorita según el concepto, pero más adelante es posible y nuevamente laboratorios. ¿Por qué? ¿Porque ya hice una intervención, ahora hay que revalorar, entonces que es lo que se repite en todos estos estos, eh? ¿Entonces estas actuaciones médicas? Más adelante entonces el paciente dice que tiene una acidosis metabólica que está resuelta. Que persiste y perla katteni, aunque con mejoría del lactato en descenso. Eso eso se basa en que ese impacto que tenías en lactato alto porque se estaba produciendo, pero no se estaba eliminando. Pues si yo favorezco que se elimine con todas las intervenciones de apoyo y pues voy. A obtener que esto. Mejor.

Se indica nuevamente transfusión de 9 de moderados. Y más adelante entonces por la noche en dice que el paciente, pues voy a través de los trenes, va disminuyendo la producción por esos drenes. Ese sangresangre no se pueda quedar acumulada dentro de cuerpos y sangre tiene que ser evacuada. Para eso se. Dejan. Los drenes, los drenes. Se sacan y. Dicen acá un dato muy importante, muy importante eh. Hay cada aclarar que el tipo de sangre del paciente es usar una sangre que es difícil de conseguir. Difícil de conseguir y. No significa que no hayan alternativa, no

significa que si no hay no se puede poner y acá hay un dato muy importante en la historia clínica. Y es que dicen que hiciera.

Proceso que es el lo natural me acuerdo. Que en ese tipo de sangre siempre se demora un poco. Más. Están emocionados que se pone transfundido, pero acá el dato, el dato más importante de esta nota médica es que la transfusión inmediatas y hemoglobina menor de 7. Ya vamos a ver por qué ellos ponen ese número de 7. ¿Vamos a referirnos a la guía y a los estudios de dónde sale esa recomendación? ¿Y por qué? Se pone transfusión inmediata cuando 1 solicita una transfusión, la puede poner diferidas en unas condiciones en las que lo vaya a hacer o si yo preveo que de pronto la voy a necesitar más adelante, pero solamente hago hago reserva. La transfusión inmediata tiene implicaciones y es que si yo por emergencia necesito sangre y no tengo del tipo. Específico que se necesita para ese paciente, puedo usar otro tipo con riesgos. Evidentemente, pero si no tengo puede utilizar la sangre que esté disponible y se la pongo ahí, dice el paciente está en 87, aunque el sangrado ha disminuido. ¿Cuál es la conducta? Me anticipo y son. Quita. Eso es la y lo que se va, pues no hablado sobre las guías más que les voy. A mostrar más adelante. Entonces veamos cómo fue el comportamiento hasta acá, de ahí en adelante, ya lo que ocurre es la descompensación del paciente durante esa noche y termina falleciendo. Hasta ahí en ese momento, pues no se documenta que haya requerido esa transfusión inmediata porque hemoglobina no es tuyo, si había bajado, pero el sangrado había disminuido, según esta nota de acá. Este es el consolidado de todos los signos vitales. ¿Del ingreso y cómo se va comportando entonces esta flecha roja? Nos indica que acá hay un cambio y este cambio se debe a que aquí el paciente ya termina la cirugía, tenemos como tiene un peso y luego tiene otro peso y aparece una nota de evaluación inicial.

En esta fase inicial hay una respuesta inflamatoria sistémica. Es. Por ejemplo, si alguien. Tiene que quitarle una uña, pues se inflama el dedo se pone rojo, se pone caliente y duele. Pero si el paciente es sometido a una cirugía grande, pues esa inflamación no ocurre solamente en el abdomen, sino de todo el cuerpo por unas implicaciones que vamos a explicar de las diapositivas más adelante. De aquí hay varias cosas, varias cosas importantes, ellos dicen el paciente. Inicialmente hay una frecuencia cardíaca, pero luego empieza a hacer arritmia en el corazón y aquí se documenta. El.

Por qué dicen que tiene una arritmia en el corazón que está inestable y en este punto nos dicen, a partir de acá a unas inamovibles y el paciente sigue inestable como se ve acá, hay que requirió que le subieran los medicamentos para. Mantener la presión. Arterial pues entonces el corazón claramente tiene que ver.

Hay que ponerle medicamentos para ayudarle a que las arterias mantengan bien la presión arterial. También podemos evaluar acá el impacto de la temperatura. La temperatura también es una de las cosas a las que hay que prestarle atención. Es tenida además, en. La unidad de flora intensivo. Porque la temperatura bajita hace que el cuerpo funcione mal, el cuerpo debe funcionar en unos márgenes de temperatura. Así como en unos márgenes de frecuencia cardíaca, así como en unos márgenes de funcionar. María. Vamos a ver qué dice la literatura sobre si esa temperatura era correcta o no, es decir, cumple criterios de lo que se llama hipotermia tipo bajito de temperatura, bajita, hipotermia, temperatura bajita. Lo juro copia a ver acá. Evidentemente en todo el seguimiento de las dispositivos vamos a ver cómo nos llega a tener hipotermia y no llega a tener hipotermia porque no cumple la definición de hipotermia. Estas temperaturas estas temperaturas son temperaturas externas. Eso no es una medida interna y cuerpo, tiene una temperatura interna que es a la que hace referencia a la guía y la temperatura externa que yo no tomo con el termómetro Serena en la China. Que es lo lo. Habitual con los pacientes en la unidad de cuidado intensivo. Estos son los ancianos y los parámetros de oxigenación. Sí, la oxigenación del paciente había oxígeno correcta. Andrea, directivos. ¿Correcto? El paciente tiene que en el caso de las zonas de comportamiento, que es el que vamos a remarcar acá.

Que explica el por qué 1 claramente viendo esto de forma retrospectiva, puede ver si ustedes notan como vienen las presiones arteriales. Acá sí lo venta 60. Hay una diferencia bajita entre este número y este 8060 hay 20 solamente de diferencia puesto. Pero aquí vemos que hay un cambio en la evolución del paciente y empieza a tener una diferencia más grande. Esta diferencia más grande. Se debe a que las arterias se están relajando. Y las arterias se relajan la presión se altere, hay que ponerle más medicamentos. Aquí aparece el por qué, ellos piensan en otro tipo de choque porque el paciente.

No solamente es. Influenciado por lo que se pensaba inicialmente, que era la leña que la melodía inicial estaba en letras. Desde el ingreso a la unidad de intensivo, sino que acá empieza a comportarse de otra forma. Eso se llama presión de pulso. Estos ya son datos más técnicos, pero de forma gráfica me parece que se puede entender cómo si hay un cambio en la evolución del paciente y aquí aparece otro jugador en esta escena del Estado de Chile. Mantiene la falla en el corazón porque está haciendo mal, es que era una reina y necesitaba controlar esa arritmia. Pero aquí cambia y esto explica el por qué se consideró en la historia clínica la posibilidad de otro choque. ¿Y por qué se hizo choque distinto? Esto lo explica gente, ahora miremos temperatura 138379.

El día acá. A casi claramente, pues hay una alteración de la temperatura que además explica por qué el paciente se consideraba que pudiera estar cerquita en todo el choque por infección se comporta de esta manera con la presión de pulso. Ah, entonces acá tenemos el la oxigenación que se mantiene.

Bien en metas entonces ese es el comportamiento. Luego tenemos en esta última fase qué ocurrió ahí con los signos vitales. Vuelve a tener deterioro, sigue con su arritmia, mantiene la temperatura, mantiene la oxigenación, pero pues ya ya ahí en adelante no marca presión arterial, que es lo que se marca acá. No es que no tenga presión arterial, es que la medición de la presión arterial, nosotros la hacemos con un brazalete que aprieta el brazo suelta, eso se llama una medida int. Directa la historia clínica también destacó, intentaron entrar a poner un catéter para hacer una medición directa de la presión arterial. Eso 1 lo hace cuando ya el brazalete el aparatito, lo cual no le da la respuesta, eso es tener estabilidad. El del paciente vamos a pasar ahora. A las respuestas de. ¿Del dictamen a las preguntas solicitadas me voy a adelantar OA saltar para poner en este momento para propósitos solamente descriptivo pudiera saltar a la pregunta 8 porque es que esta pregunta?

Evidencia que hay una. Confusión que es evidente que debe haberla porque estamos hablando. De una. De un tema de fisiopatología que puede ser compleja de entender inclusive para los mismos médicos y que voy a intentar que esto se haga de manera más didáctica. ¿Por eso, entonces, en esta pregunta pregunta, pero tenía choque, cuál era el choque que ocurrió? ¿Entonces? ¿Vamos a

la historia positiva, como que voy a empezar explicando cómo? De la cita. Esto es un esquema esquema. Se muestra cómo funciona el cuerpo. Empieza por acá que recibe la sangre que ya le dio la vuelta al circo, es decir, la sangre que ya fue hasta el hígado hasta las tierras, hasta el cerebro vuelve y llega al corazón. El corazón le impulsa, llega a los pulmones y los pulmones que hacen. Todo lo que el cuerpo recogió acá como el CEO dos lo elimina. Y, aparte de eso deja entrar el oxígeno, esa sangre llena de oxígeno es eso rojo que por acá. Y los pulmones vuelven y se la mandan al corazón para que esa sangre, que ya eliminó las sustancias y que se llenó de oxígeno, sea impulsada por el corazón a todo el cuerpo, a todo el cuerpo. Entonces esa sangre que se impulsó con el cuerpo, aquí vemos cómo se va una herramienta que va para el sistema digestivo, tratamiento para los brazos, para los riñones, para que todo eso. Y acá en esta que son los capilares, son la forma más chiquita, se va dividiendo la que llega a los que son dos machitos que ocurre que están en todo expertos en cualquier orden.

(...).

FIJA FECHA PARA CONTINUACIÓN AUDIENCIA

- 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 25 de junio de 2024 desde las 8:30 A.M y el 26 de junio de 2024 desde las 9:00 A.M (El 23 de abril se escucharán los tres dictámenes pendientes) (El 24 de abril resto de testigos – médicos)**