

Bogotá D.C, 11 de septiembre 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 INTRUCCIÓN Y JUZGAMIENTO ART. 373 C.G.P.

PRACTICA DE PRUEBAS

CONTINUACIÓN AUDIENCIA 373 C.G.P 05 DE SEPTIEMBRE DE 2024

TESTIMONIO PARTE DEMANDANTE

SR. GOLBERTO GONZALEZ

JUEZ: Bien. Como le precisaba, hace unos segundos usted ha sido citado porque este grupo de personas que usted las conoce demandan a varias personas, unas naturales, otras jurídicas, unos médicos, porque según se relata de la demanda, el señor Manuel Octavio Reyes Salcedo, del que usted dice conoce hace 35, 37 años, se sometió a un procedimiento médico quirúrgico en la clínica Medilacer de esta ciudad. Le practican el procedimiento y pues luego de ese procedimiento tiene un estado de salud digamos que se agrava, se empeora, no resulta como estaba inicialmente pensado y fallece.

Eso fue el 8 de junio del año 2017, aquí en la ciudad de Tunja, clínica Medilacer. Y pues estas personas estiman que al señor Manuel Octavio no le hicieron unas adecuadas valoraciones, no le hicieron un procedimiento quirúrgico correcto, apropiado y que pues en últimas su fallecimiento se debe a una culpa médica y a una culpa médica institucional. Respecto a esta narrativa digamos que muy sombrosa, y a lo general que yo le hago porque además le corresponde hacerlo según la norma, en la demanda pues se dice usted por qué es que está convocado, de qué le cuesta y qué sabe.

PREGUNTA: Quiero que por favor de la manera más específica, puntual, le cuente a esta audiencia que tiene usted conocimiento de estos hechos, que nos puede precisar bajo su conocimiento directo y a medida que intervenga puedo yo preguntarle y con posterioridad el abogado que está a su costado quien pido la prueba y luego conainterrogarlo los otros abogados que representan los intereses de la parte demandada plural. Entonces don Gilbert cuéntenos que tiene este conocimiento, qué sabe en detalle, lo escuchamos. Bueno señorita, muy amable.

R: Como le comenté anteriormente yo a Manuelito cariñosamente, lo conocí hace 36, 37 años, 35 años, porque él tenía su fábrica de deportes de uniformes en la vía Topacamunguí y yo como empleado del Hospital General de Sogamoso le mandé a hacer unos uniformes y de ahí entablamos una amistad hacia acá, incluso con mi hermano Germán que también lo acompañaba en ese tiempo en su labor. A través del tiempo, señorita, yo fui conociendo a Manuelito, fui conociendo a su señora esposa, fui conociendo su negocio, fui conociendo a su hijo y entre los días y venires de la vida él era un poquito obeso, persona muy correcta, muy honesta, una persona excepcional, un esposo ideal, un padre demasiado, diría yo, porque quería mucho a su hijo, a su esposa, a sus hermanos que lo ayudaban mucho y estaba inquieto con su obesidad. Él intentó varias veces mandarse valorar por el médico, por el cirujano, porque se sentía muy incómodo de su estomaguito, digámoslo así, y era la parte únicamente del frente a la que él me mostraba, o que veníamos con él y efectivamente acudió a varias entidades donde en esta última, en el láser, donde lo operaron, lo valoró, le programó su cirugía, muy contento estaba él, señorita, muy contento porque se sentía muy incómodo y eso pensaba que para él le cambiaba mucho su estado de salud y muchas cosas que uno a su edad, digamos, le mejoraría esa parte. Yo, su señorita, bajo la gravedad del juramento, yo mismo, su señorita, llevé a Manuelito Reyes en mi carro a Tunja el día de la cirugía, su señorita, en mi camioneta, con su señora y con un familiar que recogí en la ciudad de Duitama a las 8 de la mañana porque teníamos que estar allá temprano en Tunja. Yo lo llevé sano, una persona sana, no le dolía, perdónenme, nada, él iba contento, iba a través de su cirugía, que era la que, vuelvo y repito, le cambiaría su estado de salud en ese sentido y que se quería ver mejor. Yo lo llevé y lo dejé con su esposa y con su familiar en la clínica de Ilaset en Tunja.

PREGUNTA: Ok, ¿recuerda eso cuándo fue?

R: Creo que fue en junio del año 2017, creo que fue el 9 de junio, en la mañana. Ok, y usted lo dejó en la clínica y se fue o permaneció allí acompañando a la familia, ¿qué pasó? Yo me devolví, yo me devolví su señorita y le voy a ser sincero, me iba pagando un poquitito el carro y me devolví a buscar a un mecánico y lo dejé en la clínica y ya ellos entraron a la clínica, ya me comuniqué más tarde con ellos y ya estaban programándose para su intervención que le iban a hacer a Manuelito ahí en la clínica de Ilaset. Ese día, ¿no? Ese día 9 de junio del año 2017.

Ok, don Gilberto, yo le escuché hasta el momento en el que usted me dice que el carro le estaba fallando y que se estaba buscando una mecánica.

Hasta ahí le escuchamos porque quedó por fuera de la sesión.

Sí, señor. Bueno, ya me devolví al sesgo gamoso y luego me comuniqué con ellos y ya estaban en la clínica y ya me estaban listando para su cirugía a Manuelito. Pero antes de eso, su señoría, yo quisiera darles a conocer que él tan contento estaba, su señoría, de su cirugía, que él era muy ordenado, él tiene sus cosas muy ordenaditas y la idea era que todos salieran bien. Y mi esposa, que tenía el tipo de sangre o negativo, porque le exigieron allá que había que tener unas unidades de sangre en la unidad de ayahuasca y láser para su cirugía, ella fue con Manuelito Reyes, él la llevó directamente a Tunja, al Hospital Regional, al Hospital San Rafael de Tunja, como que buscan allá los archivos, el día que donó la Reina Patricia Aladino Mesa las unidades de sangre. **Luego él me pidió el favor porque es que era un tipo de sangre un poquito difícil de conseguir, su señoría, y yo en la familia de ella conseguí a otra persona, una sobrina, Camila Preciado, y fui y la llevé al mismo hospital San Rafael de Tunja, al mismo sitio donde yo llevé, donde llevaron a mi esposa, para que ella tuviera ya su reserva en caso de que Dios no quisiera en ese momento se presentara algún problema.**

Eso le digo yo a ustedes porque es que a través de todo esto, su señoría, él ya después, yo lo puedo tratar hasta donde lo vi yo a él, ¿cierto su señoría? Sí señor. Bueno, luego ya esa tarde no fui, fui al otro día, yo fui el día viernes en la mañana a visitar a Manuelito como había salido de su cirugía su señoría. Y entré, logré entrar al hospital, logré entrar a la unidad de cirugía donde estaba él, estaba en recuperación, me coloqué en una bata y entré.

Lo saludé con un beso en la frente, que lo estimaba bastante. Lo vi muy pálido su señoría, muy pálido. Lo que hizo él, su señoría, no podía hablar, pero con su mano, con su puño ante Dios, me pedía que le buscara un esfero y un papel.

Él me quería decir algo a mí y me dirigí al sitio donde, en el stand donde está la señorita, la enfermera, había una auxiliar y la gente de enfermería. Y les pedí el favor de que me prestaran un lápiz y un papel y ninguna me facilitó eso, que eso era prohibido, fue la contestación de la señora enfermera. Él me quería decir algo, yo lo vi muy mal, su señoría, a Marlito, muy mal lo vi, tan mal que salí a la puerta, estaba la esposa esperando a doña Claris para regresar a ella.

Hasta ahí, señor, su señoría, le puedo decir a usted lo que yo me pude dar cuenta el momento en que yo los llevé, el momento en que me comuniqué y en el momento en que yo lo logré ver a él. Ya regresé a Sogamoso ese día y ya nos empezaron a llamar, su señoría, que necesitaban sangre urgentemente o negativo porque había un inconveniente con Manolito. Y solamente yo le puedo asegurar, su señoría, que había dos unidades únicamente en el hospital en Tuma, en la clínica de Medilacia, la unidad que dejó mi señora y la unidad que dejó mi sobrina, la sobrina de él, perdón, de ella, de mi esposa, no había más unidades.

Nos llaman, fue tiempo que estaban consiguiendo unidades. ¿Cuánto no nos movimos, su señoría, para conseguir aquí en el batallón Tarkin, en todo lado, a personas que nos donaran para lograr donarle esa sangre a Manolito para que saliera adelante? Pero ¿sabes, su señoría, qué me queda a mí, grabado en mi mente? Que él me quería decir algo, con su mano, algo que no podía hablar. No sé qué fue, señor, su señoría, se lo dejo a mi Dios, pero yo estoy diciendo de la verdad y nada más de la verdad, que hubo un descuido en Manolito Reyes que no tenía la provisión de sangre porque aquí, en el Hospital General de Sogamoso, yo le doy el favor a la jefe de arteriología que si me ha facilitado sangre y no la había, señoría.

Manolito era una persona extraordinaria, un señor, un empresario, una persona que estaba levantando su familia. Aquí todos Sogamoso, todos los municipios lo conocían a él como era Manuel Reyes. Su señora, que la logré conocer a través de ese tiempo, porque él también tenía un negocio de deporte y cositas así y que él estaba apoyando, se llama King Sport.

Y a su hijo, que perteneció a la escuela de fútbol, a Juan Manuel Reyes. Un niño excepcional, muchacho, dotado para ser un buen futbolista. Y él lo acompañaba a todo lado, Manolito, a este muchacho, pendiente de sus negocios, pendiente de todas sus cosas, señoría.

Y los burlos que le ocurrió a su señoría, lamentablemente, deja a una familia moralmente vuelta a nada, sus negocios. ¿Quién, su señoría, puede levantarse después de conocerlo a él como era y volver a la vida real y decir no está aquí Manolito y nos tocó asumir todo esto y todo lo que dejó a sus hermanos? Los hermanos nos dejó, los ayudaba mucho, a todos, a sus sobrinos. Cómo los ayudaba, les pagaba todo.

Era un ser humano extraordinario, señoría, extraordinario. Hicimos lo imposible, pero un fallazo. Y ahí en estos que estamos, señoría.

PREGUNTA: ¿Quién lo llamó a usted a decirle que necesitaban sangre para hablar?

Doña Gladys me llamó a mí, su señoría, la esposa de Don Manolito. Doña Gladys Bonilla me llamó a mí para que, por favor, le ayudáramos con la sangre para Manolito.

PREGUNTA: ¿Y usted sabe si lograron conseguir donantes?

No lograron conseguir donantes.

Hasta un padre en Tunja, el padre Miguelito, no me acuerdo cómo se llamaba él, él nos ayudaba allá en donde trabajaba y no pudimos, señoría, le soy sincero, no pudimos levantarle ese tipo de sangre o negativa a él.

PREGUNTA: ¿Su esposa no volvió a donar? No señor, no. Ni mi sobrina tampoco, ni la sobrina de

ella tampoco.

PREGUNTA: ¿Y cuándo fueron a donar a su sobrina y su esposa? ¿Antes de la cirugía?

Días antes, tal vez unos, ¿qué le cuento? Unos cinco o seis días antes. Su señoría, usted lo puede verificar en el registro donde los donantes tenían la sangre allá en Tunja en su casa, en San Rafael. Pero fue antes de la cirugía.

PREGUNTA: ¿Fue en el hospital o fue en la clínica Medilasa?

Fue en el hospital San Rafael de Tunja, la donación. Ok. Ella se llama Lorraine Patricia, la reina honesa que fue la que donó.

Y Camila Preciado fue la otra donante.

PREGUNTA: Ok. Entonces usted ya nos contó por qué conoció a Octavio, conoció a su esposa, su hijo, sus hermanos, algunos sobrinos. Es decir, más allá de que usted entabló una relación comercial con los uniformes, ¿se volvieron amigos con él en lo que le entendí? Muy amigos, sí señor. Muy amigos, tan amigos que diríamos que íbamos a entrar con él en una ayuda económica para mi escuelita que él me la iba a dar.

PREGUNTA: Bien, ¿qué tan íntima fue esa relación? ¿Se volvieron amigos de compartir en familia en un fin de semana, en el almuerzo de una festividad, o no fue tan íntima?

No, la verdad no fue tan así que compartiéramos los fines de semana, no. Yo lo visitaba él en su negocio, en su almacén, hablábamos, salíamos, tomábamos un tinto y conversábamos de muchas cosas deportivas e inconvenientes también que tenía con algunas entidades donde necesitaban los uniformes y así me contaba sus cosas de su almacén, de su fábrica, digámoslo así, porque era una fábrica muy conocida, una fábrica de renombre, una fábrica que le garantizaba a usted lo que le hacía y eso lo llevó a él a ser una persona honorable, honesta, responsable.

PREGUNTA: ¿Cómo se llamaba la fábrica? La fábrica se llamaba Deportes Reyes en ese tiempo. Y finalizó como Deportes Reyes al morir él.

PREGUNTA: ¿Entonces la fábrica se acabó? La fábrica se acabó, su señoría, porque él era la persona que estaba frente a esa fábrica allá en Montón. Tiene su fábrica allá, sus elementos, todo tenía allá, sus máquinas, todo lo tenía allá. Uniformes deportivos.

PREGUNTA: ¿Y usted dice que tiene una escuela de fútbol? Sí, señor. O sea que por esa razón entraron en más empatía, entiendo.

Más empatía, correcto, señor, porque yo le mandaba a hacer los uniformes a ellos. Incluso, su señoría, murió Manuelito y la esposa de doña Claes Bonilla en su fábrica Pienso Ramoso, ya en su casa. Ella muy poco, muy poco ya confeccionaba. Entonces, pues yo necesitaba a veces más uniformes, sentir. Y por eso ella, ella totalmente se apartó de esto. Así su señoría se lo dijo. Ella ahí para ellos fue prácticamente el caos porque se les vino su parte moral.

Su hijo. Su señoría, le voy a contar algo. Eso lo viví yo porque yo a Juan Manuel Reyes, el hijo de Manuelito, me lo llevaba para mi apartamento por mi esposa a ayudarlo, a tratar de sacarlo adelante, a darle consejos, a trasladarlo de un lado para otro porque él quedó mal, muy mal psicológicamente, su señoría. Tanto que después de esa pandemia que nos dio, que hubo, él trató de quitarse la vida. Él se cortó la vena acá en el cuello, su vena corta. Virgen Santísima, gracias a Dios, no se me acuesta el muchacho.

Porque su mamá, con ese dolor, con todo lo que dejó Manuelito al fallecer, se le vino a esta señora el mundo encima. Todos, ¿siguiente? Todo el mundo. Y sola. Sus hermanas le ayudaban, pero quien estaba llevando realmente el dolor y todo era ella. Es que uno, su señoría, no sabe el dolor que siente hasta cuando uno lo siente. Y yo me pongo en esa posición porque yo perdí a mi esposa muy jovencita y yo me acordaba de él. Yo me volví a casar. Con Patricia. Y me acordaba de esa situación que viví, porque es muy doloroso ver cómo le toca a uno solo sacar, y más ellos una empresa, tantas obligaciones, tantos compromisos adelante, sola. Y que económicamente se bajaron, se bajaron muy mal. Empezando a acabarse los negocios y todo, señoría. Gracias a Dios, Manuelito salió adelante y seguimos acompañándonos. Yo con ella, no todos los días, pero sí estaba a su lado. Una pena de esas es más interna que otra cosa. Y ella saca adelante las cosas.

Y ahí estamos en esto, su señoría. Sí.

PREGUNTA: Sé que usted tuvo conversaciones con el hijo de Don Manuel, Don Manuel Junior.

Sí, señor. Sí, señor. Yo le aconsejé mucho.

PREGUNTA: ¿Qué hace Juan Manuel?

En este momento está dedicado al ciclismo. Porque el fútbol, el papá lo llevaba todos los días al campo de fútbol donde yo entrenaba. Lo llevaba, lo esperaba que entrenara, lo devolvía. Él era su mano derecha, ese muchacho, para Manuelito. Y Manuelito su papá. Lo adoraba. La misma estampa del papá. Yo le decía, Manuelito siga con su deporte. No lo abandone, no lo abandone. Pero usted sabe, señoría, que uno tratar de moverle su interior es muy difícil. Claro que él tenía pensado que no fuera la falta tan grande que le hizo ese señor a ese muchacho. Y a esos dos sobrinos, porque los amaba como hijos, eran dos personas que también ayudaban muchísimo, Manuelito.

PREGUNTA: Precísenos un poquito, ¿qué tuvo ese conocimiento del acto quirúrgico que se le practicó a Manuel Octavio Reyes en la clínica Medilacer, o sea, exactamente qué tipo de cirugía le iban a hacer, usted tiene ese conocimiento?

Sí, sí porque Manuelito tenía su orden para esa clínica, era de quitarle un poco de piel de su estómago y nada más, nada más doctor, nada más, nada más, a él no se le iba a intervenir en más cosas.

PREGUNTA: ¿Usted sabe cuál era el estado de salud del señor Manuel Octavio antes de ser intervenido quirúrgicamente?

Sí doctor, el estado de Manuelito era excelente, ese señor no se quejaba ni un dolor de cabeza ni de nada, así con su obesidad que tenía él en su estómago, él le movía para donde fuera, salía donde fuera, nunca se quejó de nada, nunca, yo creo que los exámenes que le practicaron allá, lo dicen, lo dicen todos,

PREGUNTA: ¿Cómo estaba él en su parte de salud? ¿Qué le consta usted sobre la relación de convivencia que tenía el señor Manuel Reyes con su esposa y con su hijo Juan Manuel?

Doctor, ya a través del tiempo uno va conociendo las personas y ya como se va interiorizando uno más con la familia, excelente. Su mamita para todo, él era una persona que trataba a su esposa, que se apoyaba en ella, en su hijo, excelente, era una persona muy muy humana, un esposo excepcional, un padre excepcional, un hermano excepcional, por todo lo que hace con sus hermanos.

PREGUNTA: Y con sus hermanos, digamos con el señor, con la señora María Eugenia, con el señor Hermán Enrique, con Florencio, con Marta Cecilia, con los hermanos, todo lo que hace con sus hermanos.

Muy bien, la relación era excelente, él les ayudaba mucho en sus retudos, económicamente cuando les faltaba algo para mantenimiento alimenticio, para todos los problemas que les ocurrían allá con ellos, él estaba siempre ahí, era la columna vertebral de esa familia. Con los sobrinos, con el joven Manuel Iván Ricarde, con Camilo Álvarez Sánchez. Con Iván y con Camilo, qué relación tan linda que tenían, porque los quería como unos hijos, los crió como unos hijos prácticamente. Hoy en día incluso es un poquito, digamos, de conocerlos a ellos y ellos, imagínense cómo nos van enseñando. Hoy en día, después de las pérdidas tan grandes.

Bueno, después del fallecimiento del señor Manuel Octavio, pues ya nos ha contado cómo fue, digamos, la situación, pero es la situación, digamos, moral y psicológica en las que quedó las cosas, ya nos comentó el hijo, de las fuertes de los sobrinos, ¿Cómo decís? Pues, a ver, eso no se podrá borrar nunca, creo que el recuerdo quedará, porque lo que uno siembra, o lo que uno cosecha, uno

recibe, y los chicos, pues, muy, muy, totalmente solucionados, y doña Clarice, pues, destrozada totalmente, totalmente. Le ha tocado batallar, y después de lo que pasó con Manuelito, con Juan Manuel, peor, peor, porque esta señora Clarice se volvió a ir a la clínica también, con ese problema intentó suicidarse. En la clínica de especialistas de la ciudad de Sogamoso.

Me aterrizó como lo destrozaron, para quitarle una pieza en frente, todo lo que hizo este señor jirubano. Ellos saben y ante mí yo tendrán que, la justicia, doctor, señoría, la justicia tendrá que venir. Eso no se puede quedar así, acabar con la vida de esa persona, de su esposa, de su hijo, de su familia, de su hogar.

Eso es doloroso, señoría, doloroso. Lo siento yo, que fui amigo, ¿qué se espera de su esposa, su hijo y todos los hermanos y familiares que han sufrido al lado de él, por esa muerte tan dolorosa y tan cruel como quedó ese señor?

PREGUNTA: Señor Gilberto, muy buenos días, mucho gusto. Mi nombre es John Jairo Granado, soy apoderado judicial de Clínica Medilácea. Tengo una pregunta, señor Gilberto, con relación a tu testimonio de hace un momento.

¿Manifiesta usted bajo gravedad juramento que asegura que en Clínica Medilácea únicamente habían dos unidades de sangre o negativo? Manífiestele a este despacho porque está seguro que solamente habían dos unidades de sangre, por favor.

Eso, doctor, muy buenos días. Lo digo, doctor, porque en el momento de la cirugía solamente habían dos unidades y ustedes saben que en la unidad, en la Clínica Medilácea no habían sido dos unidades, no había nada más de sangre.

Por qué entonces ustedes o la clínica no tomó correctivos a eso de las dos unidades de sangre? Si había más sangre, ¿por qué se desangró? Entiendo su punto de vista. Dentro de la presente diligencia, las preguntas las formula ese suscripto apoderado. Yo no estoy facultado para responder preguntas en este escenario, pero soy insistente en la pregunta y lo hago para efectos de tomar decisiones judiciales posteriores a este presente testimonio.

PREGUNTA: Le solicito que, por favor, me responda a lo siguiente. ¿Por qué asegura usted, porque lo hizo bajo gravedad juramento, que habían únicamente dos unidades de sangre el día del procedimiento quirúrgico que se efectuó a favor del señor Manuel Octavio? Por favor, nos puede indicar.

Porque doña Gladys ahí estuvo muy pendiente, allá en la Clínica Medilácea, de la cirugía de él, cuando llamaron a decirnos que no había sino dos unidades y nada más de sangre para colocar al paciente.

INTERVENCIÓN TACHA: Muchas gracias por la precisión que efectúa el señor Gilberto. No tengo más preguntas para el testigo, su señoría, pero en este estado de la diligencia quiero hacer dos observaciones al respecto, su señoría. Una, con base en el artículo 2.11 del Código General del Proceso, por parte de Clínica Medilácea, y actuando en representación de la misma, me permito formular la tacha del testigo de la referencia, su señoría, como quiera que verificando el testimonio que rinde hasta el momento el señor Gilberto González, se avizora por parte del suscrito a poder judicial que el testigo de la referencia está faltando de imparcialidad y o credibilidad frente a lo que acaba de mencionar, como quiera que está hablando bajo supuestos derechos y bajo terceras comunicaciones, razón por la cual considero que es un testigo que está preparado para la presente audiencia, y también quiero dejar la salvedad, su señoría, que desde Clínica Medilácea se analizará el testimonio de la referencia porque pues obviamente realmente para la institución ha sido un poco desgastante el tema de lo relacionado con la disponibilidad o no disponibilidad de sangre frente a este asunto, razón por la cual analizaremos la compulsa de confianza a la Fiscalía por el presunto punible de acuerdo al artículo 442 del Código Penal por falso testimonio, como quiera su señoría, que aquí se avizoran algunas situaciones que realmente comprometen los intereses de la institución y aquí lo que estamos es buscando hacer honor a la verdad, por esta razón no formulo más preguntas, pero sí se analizará lo dicho.

TESTIMONIO SR. JAIME ENRIQUE URBÍA GARCÍA

PREGUNTA: Entonces, precísele a esta audiencia, don Jaime, respecto a la atención, el procedimiento, lo que pasó, lo que ocurrió, lo que sabe, pasó en los hechos concomitantes o posteriores al procedimiento que le hicieron al señor Manuel Octavio, y que en este caso, pues, ocurrió en la accidente a Medellín de Hacer de Tunja. Lo que usted nos pueda contar de manera detallada y precisa, por favor.

Bueno, doctor, yo inicio haciendo un pequeño relato desde cuando llegué a tener conocimiento de Manuel Octavio Reyes Langerero. Por el año 1984, yo estuve en el Instituto Técnico Gustavo Jiménez, y ellos, Manuel Octavio y sus hermanos, tenían una empresa para fabricar prendas y elementos deportivos. Los profesores que me daban clase nos los colocaban a ellos como ejemplo de personas emprendedoras, de personas que pueden llegar a forjar empresa, generar empleo y transformar una sociedad. Al cabo del tiempo, mi hermana Gladys entró a laborar en un consultorio ontológico, y el señor Manuel Octavio Reyes iba allá para que le hicieran la asistencia ontológica. De ahí en adelante empezó una relación entre ella, mi hermana Gladys Esperanza y Manuel Octavio.

Al cabo del tiempo, ellos se hicieron muy amigos. Ya mi hermana me lo presentó, y con Manuel Octavio Reyes, ante todo, nosotros tuvimos una amistad muy, muy, muy entrañable. Tan entrañable como mi hermano, como mi papá, como mi consejero.

Y él tenía en mí muchísima confianza. Igual yo tenía muchas dificultades en alguna situación y acudí a él y éramos uno solo. Al cabo del tiempo, ya él empezó a tener, a tener un... Bueno, no sé cómo decirlo ahí.

Él me dijo, él me decía a mí, Jimi Hendrix, Jimi Hendrix, voy a practicar tal cosa a nivel de su parte estética, porque él en esa época era un poquito... Pues yo soy muy delgado, de 70 kilos a él que tenía alrededor de 110, 115, pues era notorio. Entonces yo le decía, fresco, Manuelito, hágale lo que yo le pueda colaborar, hágale. Así transcurrió el tiempo en iris y venires hasta que ya para el año 2016, 2017, él me comentó que estaba haciendo las dirigencias para que le retiraran un sobrante de piel en el abdomen, porque él, antes de eso, le habían hecho una cirugía, un bypass.

Salió excelente de su bypass y pues a mí me dio alegría y le dije, Manuelito, lo que yo le pueda colaborar, hágale, presto bien en mi apoyo. Ya llegamos a al insuceso junio, 2017, mis preparaciones para su nueva intervención. Ya tenía conocimiento de que era en TUNJa y bueno, él con mi hermana y las personas que lo acompañaban en esa instancia se fueron.

Me cae a mí tristeza, nostalgia que como para el viernes en la noche a mí me llamó un hermano y me dijo que que se requería sangre, sangre o negativo. Y entonces, pero qué pasó, que ocurrió, no, que hay una complicación con la de Manuel Octavio Reyes, al seo de mi cuñado. Yo lo único que hice en el aparato telefónico que tenía en esa época, porque ya se perdió, yo formé un grupo y solicité a las personas que la agarraban conmigo, a los conocidos que se comunicaran con la clínica, que se comunicaran con el hospital, con mi hermana, que se comunicaran con mi familia para como posibles donantes.

Ya me entero yo el día que mi cuñado había fallecido. Y de ahí para acá pues solo la mente, el corazón de cada persona sabe lo que ahí lo que llevamos. Bien.

PREGUNTA: Don Jaime, entendemos entonces por ese parentesco con su hermana, con su cuñado, ex antes al procedimiento usted es un conocedor de cómo eran, ya nos narró ellos, digamos que en una línea de tiempo inclusive anterior, por qué se conocieron, cómo se conocieron, qué sabe usted sobre la dinámica de la convivencia de su hermana o con su cuñado, qué hacía su cuñada, cómo vivían, en dónde vivían, cómo era ese aspecto familiar, si le consta, incluido su sobrino, digamos que en condiciones de normalidad, qué pudo haber pasado, qué ha pasado luego de la muerte de su cuñado justamente con su hermana y su sobrina.

Sí, señor. Doctor, déjenme comentar una cosita a nivel personal, los que somos lectores, los que llegamos a leer alguna vez las historias idílicas de Romero y Julieta, la relación de mi hermana con mi cuñado era de envidiar porque no era una relación acomodada, no era una relación hermosísima, era una relación envidiable donde si tenían alguna dificultad no se notaba esa solidaridad entre tantas personas, esa entrega de mi cuñado conmigo, con mis familiares, con la familia de ellos, con los amigos, con las personas que le pidían.

Es una cosa, doctor, que yo sigo leyendo y ya ni siquiera nadie habla de eso. Tengo muchos conocidos, muchas familias con sus hogares y nada que ver, nada que ver. Una relación excelente con mi sobrino mi sobrino son los ojos aunque las personas mueran siempre vivirán en nuestros corazones, en nuestra mente.

Mi sobrino Juan Manuel, los ojos de mi cuñado. Para mi sobrino, el papá, el ídolo, el ídolo y no era de los ídolos de ahorita que se compran con regalos y no de respeto, de valores, de principios y con este insuceso yo como tío de Juan Manuel y como hermano de la Isita mirar como un hogar, mirar como unas familias acaban. Yo no sé si yo creo en Dios yo no sé si Dios no tendrá perdón de Dios no sé pero es mi que ve mi parcerero, mi amigo.

PREGUNTA: Bien, y después de la muerte de su cuñado ¿qué sabe de la vida de su hermana y su sobrino? ¿qué ha ocurrido con ellos? Con su economía, con su estabilidad emocional, con su día a día.

Doctor, yo llamaba a mi hermana a determinada hora del día o de la noche mi hermana desecha, desecha, desecha No hay palabras de consuelo, no hay abrazo de calor, no hay, no existe. Mirar cómo, cómo una tragedia, esa es como la falta de Manuel, acaba en una familia, acaba una sociedad, acaba los sueños de muchas personas. Mi sobrino, yo lo acompañaba después del fallecimiento de mi cuñado al colegio, iba a las reuniones, o sea, le daba apoyo, los acaba a inmigrar. El dolor de sentir como un niño entra en un vacío, un vacío emocional, un vacío psicológico, donde por más que vamos a montar en cicla, vamos a hacer deporte, vamos a pasear, no se le puede sacar a un niño una palabra.

Esa mirada tan opaca. Llegar al punto, mi sobrino, de entrar en una crisis, que casi lo conlleva a perder la vida. ¿Por qué casi pierde la vida? Ojalá nadie le llegue a pasar eso.

Ojalá, Dios mío. Señor, perdón, doctor.

PREGUNTA: ¿Por qué dice que su sobrino casi pierde la vida?

Porque él intentó suicidarse.

PREGUNTA: ¿Eso cuándo fue?

Doctor, si yo a partir del 2017 entré en un shock emotivo, para mí las fechas ya no son importantes. Pero en este momento, no recuerdo la fecha. No la recuerdo.

PREGUNTA: ¿Pero ¿qué pasó? ¿Cómo intentó atentar contra su vida y qué pasó con posterioridad? ¿Qué hace su sobrino ahora?

Doctor, mi sobrino ahorita, él es deportista. Él es ciclista y es un muchacho muy inteligente. Muchacho que a pesar de que ha sido tan grande, le gusta diseñar. Está estudiando diseño gráfico. Pero no es el niño... Ya son adolescentes. No es el adolescente... Uno nota que le hace falta a uno algo.

Padre, sabemos qué es la compañía del papá. Qué es el abrazo cálido de la mamá. Y este niño quedar sin su héroe, sin su parcerero, sin su ejemplo.

Eso es una cosa terrible, terrible. Entiendo entonces que en la época del procedimiento, usted no estuvo en la clínica. Estuvo en Sogamoso, pero estuvo al tanto.

PREGUNTA: Y es su hermana la que le comunica la necesidad de obtención de sangre para su puñado, ¿cierto?

Sí, señor, es correcto. No solo mi hermana Glais, sino mis hermanos. Tan así que las cadenas esas de WhatsApp. Pues ni le respondan a uno. A mí llegaron pidiéndome sangre para mi puñado. Y decía, no, es que yo soy el hermano de Glaisita y estoy solicitando eso.

O sea, es donde uno nota que realmente hay solidaridad. Donde realmente uno cuenta con la familia. Y cuando su hermana le comunica la necesidad de buscar donantes, eso era, si lo tiene presente,

PREGUNTA: ¿fue después del procedimiento o cuando estaban operando su puñado? Doctor, eso fue el día siguiente del procedimiento.

PREGUNTA: Y usted sabe si se consiguió donantes. Doctor, con todo eso que yo hice y no conseguí una sola gota de sangre, al cabo del tiempo me enteré que nadie, o sea, no se consiguió.

PREGUNTA: Nunca llegó ningún donante.

Esa parte la desconozco, como no estuve allá en la clínica, no sé si se presentaría gente. Yo no sé, bueno, igual allá en la clínica, en las instituciones allá, debe haber un registro de dones buenas. Vengo a presentarme a donar para tal persona, que me imagino que es el procedimiento, ¿no? De eso lo desconozco, doctor.

PREGUNTA DTE: Bueno, precisando un poco de lo que ha comentado don Jaime, precisando un poco de lo que ha comentado don Jaime, usted tiene conocimiento de cuál era el estado de salud anterior a la cirugía de su cuñado Manuel Octavio?

Sí, señor. Doctor, al comienzo yo le comenté la comunicación entrañable que tenía con mi cuñado,

que él en alguna ocasión me mostraba sus exámenes perfectos, triglicéridos, colesterol, englicemia. O sea, una cosa envidiable, o sea, para su constitución, que él tuviera esos resultados tan perfectos.

PREGUNTA: Bueno, ¿cómo era su cuñado Manuel Octavio con los hermanos de él, con la señora María Eugenia, con Germán Enrique, con Florencio, con Marta Cecilia?

Doctor, en lo que yo compartí, en lo que yo conviví, en lo que yo participé de ellos, Manuel Octavio Reyes era el papá de los hermanos. Vivía pendiente de sus necesidades, de sus carencias emotivas, de sus carencias económicas. Doctor, le cuento Germán.

Germán, hermano de Manuelito, él tenía una dificultad de salud. A él le hacían diálisis y mi cuñado era el que estaba pendiente, mi cuñado era el que le pagaba el seguro. Él tenía que tener una dieta especial, él era el que estaba enfrente de eso.

PREGUNTA: ¿Y con los sobrinos, con Camilo Alexander y con Iván Camilo?

Doctor, antes de que mi cuñado creyera en mi sobrino, esos dos muchachos, esos dos señores, eran los hijos de él. Yo también los miraba por los ojos de él, pendientes de él, pero tenía un sentimiento muy especial con Iván. Iván para Manuelito era su hijo.

PREGUNTA: Bueno, después del fallecimiento del señor Manuel Octavio, ¿qué le consta a usted de la situación, digamos, moral, psicológica de la esposa, de hijos, de los hermanos, de los sobrinos? ¿Cómo quedó toda esa familia del señor Manuel Octavio?

El insuceso conlleva a decir que esa familia se tomó. Una pérdida irreparable de la cabeza principal del guía conlleva a una desintegración familiar, no desintegración física, doctor, sino a que cada cual se encierra en su pena moral, porque eso conlleva una pena moral. Y yo podría estar riendo por fuera, pero nadie sabe lo que yo llevo aquí en el corazón.

Y esa familia, mi hermana, desecha, desecha terriblemente, terrible, terrible, terrible. Los negocios, los negocios, todas las empresas, todo legal, todo se acabó. Estos muchachos quedaron sin su guía, y ahí, ¿quién va a reparar eso? ¿Con qué se reemplaza eso, doctor?

PREGUNTA: Buenos días, doctor Granados. Distinguirlo, soy el apoderado comisario de clínica Medilacea. Si tengo algunas preguntas, digamos, como para complementar su testimonio, aprovechando que usted manifiesta que distinguió al señor Manuel Octavio, que más descansa, desde el año 1984. ¿Usted le podría, por favor, aclarar a este despacho si es de la fecha en la cual usted distinguió al señor Manuel Octavio? ¿El señor Manuel Octavio ya tenía sobrepeso, o si por el contrario evolucionó con el tiempo? Por favor, nos lo puede indicar.

Retomo lo que dice al comienzo. Desde el año 84 tuve conocimiento de la existencia del señor

Manuel Octavio como empresario, como líder deportivo, como actor social. Físicamente, a él lo distinguí. Y él sí, o sea, por su estatura, él medía más o menos como unos 77, unos 80. O sea, a mí no se me hacía bien sobrepeso, o sea, eso que llaman los expertos ahí me hizo de mórbido. ¿Cómo llaman eso? No sé, obesidad mórbida, no hubo. Él era deportista, con él salíamos a rumbear en un excelente lanzarín de salsa. Y los que somos adolescentes y bailamos salsa, se necesita algo de físico para hacer un buen lanzarín de salsa.

Esta música española, o sea, yo nunca noté de él sobrepeso. Se notaba grande, se notaba así robusto, pero no se notaba así... Bueno, claro está que como ahora muestran unas imágenes de obesidad mórbida, que las personas no se pueden mover, de que los tejidos se les mueven para todos los lados, de que la Diosera, etcétera, etcétera. Gracias por la aclaración.

PREGUNTA: Pues aprovechando que usted lo distingue hace tiempo, le pregunto, usted indica en su testimonio que era prácticamente uno solo, usted y el señor Manuel Octavio López-Cante. ¿Le puede indicar o aclarar este despacho por qué en el año 2012 el señor Manuel Octavio decide someterse a un bypass? No sé él qué le contó, si le contó o no le informó, o usted por qué, de acuerdo a su conocimiento y que era uno solo, lo presume.

Doctor, no es presunción, porque la comunicación que teníamos con él, así como estamos hablando los dos, hizo el comentario, él me hizo el comentario, me voy a hacer un bypass, después mi hermana me dijo, ay Manuel, tú te hizo el bypass, pero por más entrañable que uno sea con una persona, uno tiene que ser respetuoso de sus decisiones internas, ¿cierto? Y no fui tampoco ni osado, ni atrevido, ni pocos resultados le puse para que se haga eso.

PREGUNTA: Gracias por su respuesta. ¿Para el año 2012 usted lo veía con sobrepeso al señor Manuel Octavio?

No señor, tal cual, robusto, animoso, con buena energía. Íbamos a veces a Bogotá y él caminaba más rápido que yo, doctor, ¿cómo le parece?

PREGUNTA: Lo entiendo, lo que pasa es que avizorando la historia clínica aportada dentro del expediente, para el año 2012 el señor Manuel Octavio medía 1.74 y pesaba 190 kilos.

Por eso quería hacer la precisión de que una persona con 190 kilos, pues obviamente es una persona que a la vista y más por la estatura, pues obviamente se vería con sobrepeso, pero le entiendo su punto de vista y no quiero ser más reflectivo al respecto. No tengo más preguntas al respecto para el señor Jaime Enrique Bonilla, su señoría, pero en este estado de la diligencia, con base en el artículo 2.11 del Código General del Proceso, me permito formular la tacha del testigo de la referencia, Avila Cuenta, que es la clínica Medilácex y avizora que el testigo de la referencia carece de credibilidad o imparcialidad frente al testimonio que está indicando, Avila Cuenta, que es un testigo de audidas que no presenció, ni conoce, ni tiene conocimiento frente a la ciencia médica

respecto del plan de manejo médico que se efectuó a favor del paciente de la referencia, sumado a las dependencias, sentimientos y el interés legítimo frente a las resultas del presente proceso de la referencia. Es por eso que me permito formular la tachada del testigo de la referencia para que por favor la tenga en cuenta al momento de fallar sentencia.

PREGUNTA: Buenos días. Ingeniero Jaime Enrique, por favor, usted en respuesta anterior dio a conocer aquí al despacho que le habían llamado para solicitar la búsqueda de sangre o negativo, ¿cierto? Sí, señor. Precisé al despacho para qué fecha y hora y a través de qué medio le solicitaron a usted la consecución de esa sangre o negativo.

Doctor, la precisión bajo la premisa que di anteriormente, no la, exactamente no la tengo. Pero para más o menos junio 9, por ahí. Yo estaba laburando por allá en las minas y la comunicación por allá, por allá es un poco complicada.

Entonces, a mí me llamó un hermano, o yo llamé a averiguar, o sea, tantas cosas que se presentan en un instante. Y me dice que se requiere sangre o negativo para Manolito porque tiene una complicación. Ahí es donde yo cojo el teléfono y a las personas de las minas indago quién tiene sangre o negativa.

Creo una especie de cadena en el WhatsApp, empiezo a llamar a todo el mundo. Y esa es la narrativa de esa época de la situación de que se necesitaba sangre o negativo. Usted informa al despacho, ¿usted recuerda cuándo fue intervenido quirúrgicamente el señor Manuel Octavio Quimpal Descanse? 8 de junio.

PREGUNTA: ¿De qué año? 2017. ¿Usted sabe a qué hora se ingresó a la intervención?

Yo creería que por ahí 1 o 2 de la tarde. Sí.

PREGUNTA: ¿De cuál es su respuesta? Precise a qué horas más o menos lo llamaron a usted para solicitar la consecución de la sangre o negativo que usted ha hecho referencia en esta declaración.

El día 9, por ahí como al mediodía.

PREGUNTA: Es decir, al otro día de la cirugía, los llamaron a usted para que ayudara a conseguir sangre. ¿Es así su respuesta?

Sí, señor.

PREGUNTA: ¿Usted fue a la clínica, estuvo en la clínica para ese día del 8 y el 9 de junio?

No, señor, le reitero como al comienzo dije yo me encontraba labrando en las minas. ¿En qué lugar y dónde? Chivor, Boyacá.

PREGUNTA: ¿le parece importante agregar algo a lo que nos ha contado en este ratico o así está bien? Pues, doctor, con todo lo que yo acabo de escuchar, con todo lo que acabo de preguntar, me remonta cuando a mí me entregaron el título de ingeniero y me hicieron curar, cumplir cabalmente al código ética profesional.

Me gustaría, así como lo dijo el abuelo, pero es increíble a mí, como una persona no común y corriente, porque pasé por una escuela, un colegio, una universidad, investigo, leo, me queda la inquietud a mí que me llamen a conseguir sangre. Yo digo, ¿qué identidad o qué personas dirigen esas identidades que no tienen plan de contingencia? Esa, esa es la única inquietud que me queda a mí, doctor. Muy bien, gracias.

TESTIGOS – MÉDICOS- DECRETADOS DE OFICIO

DR. JOSÉ EMILIO AMOROCHO BARRERA –

MÉDICO CIRUJANO DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL Y MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA CRÍTICA E INTENSIVISTA, CREO. SÍ, Y CUERPO INTENSIVO DE LA UNIVERSIDAD DEL ROSARIO.

JUEZ: Ante el despacho, pues usted de pronto es conecedor, pero le preciso que se adelanta un proceso de responsabilidad civil derivado de atención médica y lo que ello enrostra desde el punto de vista institucional de una persona que fue atendida en la clínica Medilacer de la ciudad de Tumba. La demanda radica la esposa de la persona, un hijo, familia general de él, el señor Manuel Octavio Reyes Salcedo. Esta es una persona que fue atendida en esa entidad médica para que se le realizara un procedimiento médico programado.

El procedimiento fue programado por el médico Jorge Leonardo Bagliano Canessa, cirujano plástico. Y pues según se entiende de las diligencias, se le hizo una termo infectomía circunferencial posvariática, más allá de otras denominaciones o formas de llamar el procedimiento. Entre otras también se refiere a la historia clínica a colgajo local de piel compuesto de vecindad entre 5 y 10 centímetros cuadrados sin resección de tumor benigno o maligno de piel, protegido celular subcutáneo, área general de más de 10 centímetros.

Según la historia clínica, tanto de la historia clínica consolidada como de digamos que la crisis, el resumen de la misma, nosotros observamos que el paciente, luego del procedimiento quirúrgico,

fue remitido a unidad de cuidados intensivos adultos cardiovascular de Medilacia. Y el primer médico que se registró en la historia clínica lo realizó, lo valoró, fue justamente usted, doctor José Emilio, en su calidad de ser médico intensivista, además de especialista en medicina crítica. No sé si de pronto la clínica lo haya contextualizado, haya logrado organizar usted a partes de la historia clínica, porque pues con tantos pacientes que pueden ustedes ver, atender casos concretos, eso facilitaría las cosas.

Lo cierto es que he estimado la necesidad de llamarlo a hacerle algunas preguntas meridianamente concretas para tener mejores elementos para resolver. Esa declaración que usted hace, doctor, es bajo la gravedad de juramento, se hace como usted lo ve de manera virtual, pero debe asumirse con toda la seriedad, la responsabilidad que el caso merita. Y pues previo a ser escuchado, pues debo imponerle el juramento como tal.

¿Me entiende? Sí, sí entiendo, señor juez. Bueno, muy bien. Entonces, procediendo con la formalidad, le pregunto, doctor Amorocho, si usted jure decir la verdad frente a la aclaración, ¿qué va a rendir a continuación? Y ante el suscrito juez de la República me contesta, mano derecha en alto, seguro.

¡Seguro! Bien, ya la puede bajar, estando bajo la gravedad de juramento está según una responsabilidad decir la verdad. Si usted llegase a mentir, a callar a la verdad en forma total o parcial, pues puede verse investigado por un delito en el que se puede incurrir. Si ello ocurriese, denomina un falso testimonio que está previsto en el artículo 442 del Código Penal Colombiano vigente y que trae consigo una sanción punitiva de entre 6 a 12 años de cárcel, de prisión, en establecimiento carcelario para la persona que sea encontrada responsable de ese ilícito.

Es una precisión que yo le hago por formalidad de ley, pero para que comprenda los efectos del juramento, más no para que usted se tema o se intimide frente a lo que nos va a contestar, especialmente pues teniendo, digamos que como beneficio para el proceso, sus conocimientos técnicos, profesionales como médico. Bajo esas premisas entonces procederemos inmediatamente a escucharlo, recordando pues que el otro médico no está en la sesión y ya más adelante le daremos paso para escucharlo. Doctor, entonces usted nos decía que es médico cirujano de la Universidad Nacional y médico especialista en medicina crítica e intensivista de la Universidad de Rosario.

PREGUNTA: Ok Bien Pues eso nos ubica en que no hay duda de que usted es la persona que aparece relacionada en la historia clínica como uno de los médicos tratantes intervinientes en el proceso médico de atención, sobre todo posoperatorio del paciente Manuel Octavio Reyes Alcedo, quien fuera sometido a un procedimiento quirúrgico en el mes de junio del año 2017. A esta persona se le hace el procedimiento, los médicos por lo que les pregunto son un médico cirujano plástico, médico anestesiólogo que participaron en la intervención y son dos profesionales de la medicina demandados, así como Medilacer, así como la EPS a la que estaba afiliado el paciente y hay otros intervinientes que son interesados en el proceso como algunas aseguradoras, por ejemplo.

Lo cierto es que la familia de esta persona, le repito, demanda porque llegando a hacerse el procedimiento planificado, desafortunadamente tiene una evolución tórpida que da al traste con su vida y finalmente fallece el 11 de junio del año 2017. ¿Pudo usted tener acceso, doctor, de pronto a la historia clínica o a información relevante sobre el particular antes de esta audiencia como para saber si usted pudo recordar el caso y sobre todo las intervenciones suyas?

Sí, tengo la historia clínica, señor juez.

Ah, perfecto, doctor.

PREGUNTA: Bien, en este caso pues hay digamos que relativamente varias imputaciones de responsabilidades desde el punto de vista médico por eventualmente haberse equivocado el doctor Gagliano en la preparación del paciente, en las valoraciones, en el estado del riesgo. También se alude que en el procedimiento hubo unas fallas que se le endilgan y se le extienden al anestesiólogo. Es decir, de ahí nace la responsabilidad según los demandantes.

Allá se aluden otras cosas pero en lo fundamental y para un entendimiento de nosotros, los que estamos en esta audiencia y el proceso que somos es abogados, pues nos cuesta trabajo, se nos dificulta entender, revisar, tener una aprehensión, una comprensión del estado, del caso concreto y para nosotros pues resulta importante informaciones como la suya, pues que es un médico especialista y que participó del caso. Lo cierto es que para la familia, en el caso presente, se alude que su familiar, y pues utilizo términos demasiado básicos, su familiar tuvo un tiempo prolongado de cirugía, unas circunstancias que pasaron en la cirugía y unas complicaciones dentro de las que se destacan, que perdió o tuvo un sangrado importante, mucho más de pronto el esperado y el permitido y más allá de que trató de hacersele una compensación hemoinámica, hemoinámica, dice la familia pues que no hubo suficiente sangre de tipo negativo en el operatorio e inclusive con posterioridad que digamos que fue como la fuente de su resultado tórpido, minoso, insisto que dio al traste, con la muerte de él. Y según revisamos, inmediatamente termina el procedimiento que dura cerca de 12 horas, en la madrugada del 9 de junio del 2017 el paciente es ingresado a UCI y lo que nosotros vemos es que es usted doctor como el primer respondiente médico ya no en cirugía sino en el posoperatorio en atención de UCI.

Si es tan amable de lo que usted recuerda muy puntualmente y en términos que ojalá nosotros logramos entender y comprender, ¿qué recuerda de este caso y una vez revisó la historia clínica?

El paciente llega en la madrugada proveniente de salas de cirugía con el grupo quirúrgico y anestesiología intubado, bajo sedación, con el soporte digamos usual que uno espera e inmediatamente pues iniciamos la transición al tratamiento en la UCI que es una continuación de lo que viene de anestesia y hacemos un abordaje inicial, una impresión diagnóstica, consideramos que está en un estado de choque y continuamos el tratamiento que nosotros llamamos como

reanimación volumétrica, medicamento vasopresor, empezamos a tomar laboratorios que nos ayudan a tomar posteriormente decisiones en ese momento vemos unos gases iniciales donde nos da cierta tranquilidad una hemoglobina de 11 entonces pues en ese momento no indicamos más transfusión de la que ya había necesitado como vemos en el intraoperatorio y tratamos de continuar la compensación que es a eso a lo que nos dedicamos nosotros yo lo tuve en mi poder unas 2, 3 horas y tratamos de restaurar digamos la fisiología normal del cuerpo humano para tratarlo, hablar de en términos sencillos con los laboratorios iniciales veo que en ese momento no hay necesidad de mayor transfusión y continuamos, repito nuevamente, el tratamiento de estabilización del paciente en esas primeras digamos 2, 3 horas que estuvo conmigo

PREGUNTA: Ok, bien, pues obviamente la historia clínica es integral la componen infinidad de documentos y trazabilidad de atención notas de evolución, intervenciones, balances, gases siglos de atención en terapia, en enfermería aplicación de medicamentos, de hemocomponentes mucha información de esa historia clínica nos dedicamos, entiendo usted como intensivista a estabilizar y compensar al paciente, ¿cierto?

esa era su función en ese momento claro, nosotros no, me refiero al grupo de la UCI que no solo hago parte de la UCI entra fisioterapia, terapia respiratoria, enfermería todos somos el equipo de la UCI entonces la función suya es en especial recibir un paciente que llega en unas condiciones complejas y la idea suya es estabilizar así es, restaurar oxigenación y perfusión

PREGUNTA: bien, según lo que usted conoce de la historia clínica justamente frente a este último dato de lo que usted conoce y de casos propios de la lex artes ¿por qué el paciente venía con ese déficit en su oxigenación y con mala perfusión?

Ahorita ya, es que mirando retrospectivamente este caso me da más herramientas para poder reflexionar y precisar y ser un poco más concreto es un estado de choque que inicialmente en la impresión diagnóstica que uno lo ve en los primeros minutos uno atribuye a hipovolemico por lo que nos cuentan desablas de la pérdida sanguínea y todos los demás líquidos que se pierden intra quirúrgico pero, vemos que desde las primeras horas continúa y se desborda un proceso inflamatorio severo y puedo ver que mis colegas en las evoluciones subsiguientes de mis colegas ya no nos centramos tanto en lo del choque hipovolémico sino empezamos a hablar de inclusive el choque escéptico que pertenece al grupo del choque distributivo donde hay una digamos impera una vasodilatación sistémica por un proceso inflamatorio desbordado que es muy típico digamos de los procesos infecciosos aunque este proceso es más inflamatorio que infeccioso y tratamos digamos de continuar la estabilización pero a veces digamos es tan grande la cascada inflamatoria que no logramos controlar la microcirculación todo eso mediadores inflamatorios que están circulando por todo el torrente sanguíneo entonces empieza a haber disfunción de todos los órganos renal, hepático, pulmonar y eso se dio en cuestión de horas y pues eso termina llevándolo al fallecimiento.

PREGUNTA: unas 48 horas después nosotros pues sin ser médicos repito y procurando respetar al 100% la ciencia médica y la especialidad de ustedes pues tenemos la función de accionar, otros de defender y otros de resolver casos como este que resultan de complejidad aquí en el proceso por Amurocho llevamos días y horas tratando de tener información para mejor resolver para mejor defender y para mejor justificar la demanda aquí ha habido varios peritos un perito de la Universidad Nacional anesthesiólogo Medilacer nos trae un médico cirujano luego nos trae otro médico cirujano, nos trae un intensivista tal vez y nos trae una bacterióloga y hemos escuchado a los médicos y hemos escuchado a un médico cirujano general y pues informaciones hay muchas algunas son mediadamente coincidentes, otras no tanto lo cierto es que para el proceso de especialistas en medicina de médicos como vas y especialistas en medicina uno como, o yo como juez pues veo que hay dos versiones encontradas fundamentales y pues a mí es el que me tocará analizar cuál será más convincente, cuál tiene más valor probatorio para resolver y pues guiándonos las anotaciones en la historia clínica le quiero preguntar de acuerdo a lo que usted recuerda ¿por qué uno de los diagnósticos suyos fue el de choque hipotérmico?

Esa es la primera impresión diagnóstica por los datos digamos suministrados de ensalas lo primero que uno piensa es que el paciente por la pérdida sanguínea pues se inestabiliza y eso por eso lo dejé registrado en la historia pero a pesar de la reanimación con sangre que nosotros y reanimación volumétrica vemos que persiste y empeora y por eso entonces inicialmente ¿qué es que eso pasa en medicina? uno al principio tiene un en las primeras informaciones que uno tiene o que uno le da pero con el pasar de los primeros minutos horas o en los siguientes turnos uno va precisando los diagnósticos y vemos que esto ya más que un choque hipotérmico se convierte en un choque distributivo inclusive es tan severo el choque que nosotros también empezamos a pensar que la parte cardíaca está comprometida y hablamos de un choque cardiogénico y mis colegas lo mencionan en sus diagnósticos entonces lo que inicialmente se maneja como un estado de choque se va precisando con posteriormente hipotérmico

PREGUNTA: ¿según eso entonces este paciente no tuvo choque hipotérmico?

No, intraoperatoriamente o sea es que es difícil todo es multifactorial y empieza a haber una serie de eventos que se van sumando entonces hay pérdida sanguínea hay pérdida de otros elementos hay restricción de digamos de anatómicas entonces lo que inicialmente empieza una cosa puede precipitar otras y empieza a transformarse digamos un síndrome que es lo que nosotros llamamos no hay cosas puras entonces pero ya cuando yo empiezo a tomar más gases empiezo a tener más información con los laboratorios y ya veo que mis colegas empiezan a precisar esos diagnósticos ese es digamos el diagnóstico de trabajo de los primeros minutos

PREGUNTA: ok tuvo que ver esa impresión diagnóstica el hecho de que este paciente llegara que los demás integrantes de esa de esa unidad de cuidados que él haya tenido un sangrado cerca de 1500 centímetros cúbicos que llegara con lactoacidosis severa que llegara con transfusión de dos unidades de glóbulos rojos que tuviera hiperlactatemia en 9.6 hemoglobina en 11.8 es decir en

niveles esas esas condiciones clínicas del paciente son las que a usted lo llevan a tener impresión diagnóstica preliminar de ese choque hipotérmico digamos eso hace parte de un estado de choque darle al apellido al estado de choque es más difícil

Yo me voy por una línea pero lo que repito uno va depurando el diagnóstico el lactato elevado, la acidosis lo que me cuentan de salas el requerimiento de vasopresor de medicamentos hace un estado de choque pero ya con el tiempo nosotros vamos precisando el apellido de ese estado de choque que al final el estado de choque si uno va a ver digamos fisiopatológicamente más que el estado digamos hemodinámico es el estado celular del paciente y esa disfunción celular es la disfunción de los órganos del paciente

PREGUNTA: Según la historia clínica también en su intervención usted dice que haciendo una valoración en conjunto con anestesiología y cirugía plástica no sé si es con el mismo anestesiólogo y el mismo cirujano que le hicieron la cirugía ya me lo precisará continúa el manejo de choque tras operatorio dado los hallazgos intracirúrgicos y pues se extiende profilaxis antibiótica se ordenan cultivos lo que usted nos ha dicho sin embargo usted anota que se le informa a la familia para donación de sangre del mismo tipo que le recuerdo era o negativo puede decirle a la audiencia y a los que estamos aquí cuál es la razón?

De manera precaución uno como médico intensivista nos toca digamos anticiparnos a las necesidades y una de las posibilidades es que el paciente más adelante requiriera sangre entonces como es una sangre de más difícil consecución a uno le pregunta a los mismos familiares doctor necesitamos yo soy o negativo entonces uno cuando le pregunta dice sí yo no me acuerdo exactamente pero si lo anoté en la historia seguramente me refería a veo un tipo de sangre diferente vamos llamando a nuestra unidad de sangre inclusive yo reservé porque de pronto me anticipaba a que íbamos a necesitar más adelante y seguramente a la familia le dijimos tuvimos que haber tocado el tema porque yo lo escribí exactamente por la difícil consecución de esa sangre

PREGUNTA: usted después coloca bueno es que aquí tengo una inquietud permítame a ver si fue usted que de pronto me equivoco yo porque no sé si esa anotación es suya o del doctor Diego Fernando un segundo aquí está a ver doctor no sé si vea la pantalla le estoy compartiendo la historia clínica un extracto de la epicrisis sí esta es la hoja número qué yo tengo acá entonces esta es la epicrisis porque la historia clínica consolidada pues tiene el desglose de cada de cada intervención es la página 5 de 26 de la epicrisis sí y esa según la epicrisis que resumen pues justamente la epicrisis de UCI eso es a las 5 y 19 AM de 9 de junio del 2017 el paciente venía de una intervención que había iniciado el día anterior en hora de la tarde noche y estos son los diagnósticos suyos no sé si las quiera leer para recordar sí, acá la tengo ok y entonces por aquí es donde dice que yo le preguntaba dónde está el cursor del mouse sí,

De manera de precaución o anticipación

exacto y aquí está su la continuación de ustedes que lo atendió pero después ya al mismo día sobre las 8 y 40 es cuando se hacen las reservas tengo entendido que esa la hace el doctor Ricardo Martínez es que sí, nos lo mandamos la de las 7 y 08 todavía es mía al entregar el turno todavía no hay indicación de transfusión de glóbulos rojos pero preventivamente reservo, ya ahí quedo registrado 3 unidades de glóbulos rojos por si se llegaran a necesitar más adelante bien doctor, de acuerdo a su experiencia y que actividad profesional más densa y más completa. El concepto médico es que él realmente necesitó más sangre, más glóbulos rojos de la que le aplicaron en el procedimiento médico, no después.

No, no me parece. No, porque inclusive yo se lo hubiera puesto inicialmente.

PREGUNTA: Y entre otras razones yo le preguntaba al médico de la Universidad Nacional, pues ya entenderá usted, no, es un médico que no trae la parte demandante, es un médico que ordena el juzgado. Todos somos humanos, no podemos equivocarnos o tener visiones distintas y más en procesos como estos. El tema de la hemoglobina.

Todos, incluido usted, nos está señalando que la referencia de los niveles de hemoglobina del paciente, para ese momento en UCI 11.8, no era como un predictor de necesidad de transfusión, lo que yo más o menos entiendo. Sin embargo, el médico de la Universidad Nacional, entre tanta información que nos da, recuerdo en este momento que señalaba que el hemograma, o los resultados de laboratorio y de gases arteriales y de signos vitales, realmente no reflejaban la verdadera magnitud de la pérdida de hemoglobina del paciente. Luego, ¿por qué? Yo le preguntaba, y también a este pleno de población, espero no equivocarme de abogados, porque él decía que los niveles de hemoglobina tardan en equilibrarse en el organismo, y entonces que esos datos no pueden ser el único predictor para ver si el paciente necesitaba o no otros trasplantes, sino que tocaba guiarse sistémicamente, en conjunto con los signos vitales y el estado que tiene el paciente.

Para el médico de la Universidad Nacional, son los otros datos distintos al nivel de hemoglobina, que en su experticia le abren paso a pensar, según él, pues que el paciente sí requirió más unidades de sangre en la cirugía. ¿Usted qué percepción tiene de esa impresión diagnóstica de este médico? Nosotros necesitamos tener datos objetivos para tomar decisiones. Los datos los tomamos inicialmente en cuestión de minutos de los gases, y si hay unos gases con hemoglobina de 11,7, es muy difícil justificar una nueva transfusión.

Inclusive en el hemograma salió una similar en 10,8. Entonces, si hubiera sido necesidad de sangre, se la hubiéramos puesto en la UCI cuando llegó. Entonces, inclusive nos anticipamos, la reservamos, pero no vimos la necesidad de ponérsela inicialmente, porque el tema va mucho más allá de eso.

Y tengo entendido que aquí en los datos de la historia, que las pérdidas esperables para la cirugía inclusive eran un poco mayores. Entonces, inicialmente, con las dos unidades de glóbulos rojos,

tanto el grupo anestésico y el grupo de UCI, y con los datos iniciales, nos dio cierta tranquilidad y nos centramos en el resto de cosas que hacen parte del choque, no sólo es el valor de la hemoglobina, no sólo la sangre. Pero las decisiones que nosotros tomamos en ese momento, nos toca tomarlas, no porque me parezca, sino porque vemos un número en unos determinados laboratorios, en gases, en hemogramas, son muchas variables, que van a criterio tanto del anestesiólogo como del intensivista, dependiendo del escenario donde esté el paciente.

Ok, según la epicrisis, cuando el procedimiento termina sobre las 4 o 4 y medio, vamos a decir sobre las 4 de la mañana, según lo que he revisado yo en la historia clínica, pero pues la notación se coloca a las 4 y medio, el doctor Gaviano Canessa, dentro del plan que aquí se lo estoy mostrando, señala o consigna transfusión, pues usted no es él, usted no es el que hizo la cirugía, usted no estaba ahí, pero pues quisiera saber qué pudo haber pensado este médico tratante directamente desde la cirugía, para eventualmente proyectar como una opción de manejo la transfusión. Uno se anticipa que estos pacientes van a tener una convulpadilla, es decir, es que el paciente después de un proceso inflamatorio severo, como el que estábamos ya visualizando, no va a coagular bien, y entonces todas las heridas quirúrgicas, las inserciones de los catéteres, empiezan a drenar contenido hemático, entonces seguramente, y esa es la cuestión de que la UCI es un continuo, no son momentos, es una película, no son fotos, entonces nosotros en la película vamos viendo minuto a minuto, hora a hora, con gases arteriales a repetición, laboratorios, y vamos viendo que si va anemizándose, si está coagulopático, le vamos transfundiendo a necesidad, a lo que necesita el paciente, y posteriormente esas unidades de glóbulos rojos que nosotros reservamos, se transfundieron, porque vimos que por esa coagulopatía que él tenía, los drenes, la herida quirúrgica como tal, pues drenaba hemático y ahí algo se va a perder, entonces era para ir reponiendo poco a poco lo que se va perdiendo, pero eso es un continuo, y eso lo vamos haciendo en la UCI minuto a minuto, entonces también se anticipa y dice que hay necesidad de transfundir, pues lo haremos. Recuerda, si lo tiene presente, aquí una bacterióloga y con otras informaciones, nos dan medianas explicaciones de cómo es la consecución de la sangre, el tema de la donación, de la reserva, etc.

PREGUNTA: ¿Usted recuerda si cuando usted, doctor Valga la redundancia, estima transfundir 6 unidades de plasma fresca y reservar 6 unidades de plaqueta y 3 unidades de glóbulos rojos? ¿Recuerda si esas unidades de glóbulos rojos estaban disponibles en la clínica? ¿Usted lo sabe o usted simplemente junta una función? No, no me acuerdo. Nosotros nunca lo sabemos, nosotros solo hacemos la orden y esa orden viaja al banco o a la unidad de sangre y ellos la consiguen o nos la mandan. Distintamente de ustedes saber o no si hay disponibilidad para mejor proveer a futuro, por eso es que le dicen a la familia consigan sangre.

Claro, un poco de sentido común, digamos, porque uno sabe que es un tipo de sangre rara, puede que no haya tantas como llegáramos a necesitar, pero es una percepción que uno hace ahí rápido, que uno no sabe, porque es muy difícil empezar a reservar sangre, cuántas tienen, el gran ingreso, pero por eso al rato yo empiezo a reservar previendo alguna necesidad posterior. Es un caso de agilidad en cuanto al proceso de inestabilidad y del desafortunado resultado de la muerte del

paciente. Todo fue muy rápido.

PREGUNTA: Es el 9 de junio, ustedes hacen la anotación el 9 de junio a las 7, 7, 0, 8 o 40 segundos de la mañana, después lo revisa el doctor Diego Fernando Martínez, que ya es un médico internista, luego lo revisa María Claudia Torres Chávez, intensivista, ella lo revisa más o menos como dos, tres horas también, inclusive en el intermedio el doctor Gagliano vuelve y lo valora o visita a su paciente, llamémoslo así, él vuelve y coloca en el plan transfusión glóbulo rojo según criterio 1, 5. Por aquí está el doctor por acá. Sobre las 11 y 39 el doctor Gagliano nuevamente indica en el plan transfusión glóbulo rojo según criterio 11. Digamos que la posibilidad de la transfusión como plan, usted no la consigna, tampoco recuerdo que la consigne el doctor Diego, tampoco la doctora María Claudia, pero cuando vuelve el doctor Gagliano nuevamente bajo su criterio señala transfusión glóbulo rojo según criterio 11.

Ya es a la 1, 0, 3, acá, acá, donde la doctora María Claudia Torres Chávez, intensivista ordena transfusir las dos unidades de glóbulo rojo compatibles o negativos. Pues usted no es el que da la orden de la transfusión, doctor. Por aquí está en el plan de esa médica.

Aquí, transfusión de hemohidratos plasma y glóbulo rojo. Ella, digamos que ella el término lo permite la ratifica sobre las 4 y 16. Lo que yo he entendido doctor es que una cosa es que se ordene la transfusión y otra cosa es que se haga efectivamente, ¿cierto?

R: Uno, sí, se reserva primero y la transfusión es mientras la preparan, la arreglan en la unidad de sangre y nos la envían.

Eso toma un tiempito.

PREGUNTA: Ok. Según la historia clínica la doctora María aparece aquí nuevamente. Y nuevamente lo valora ya sobre las 5 y 56. Veo que el plan nuevamente está reseñado como hematológico transfusión de hemohidratos plasma y glóbulo rojo. Entiendo entonces que en su concepto usted también ratifica si el término lo permite la necesidad de la transfusión ya para este momento. De los otros componentes, digamos no de glóbulo rojo sino de plasma. Por las hormonalidades que se está generando. Dice plasma y glóbulo rojo.

¿La de qué hora? La de las 5 y 56 del 9 de junio. Las plasmas y glóbulos rojos. Yo estoy entendiendo que no solamente fue plasma y otros líquidos sino también los glóbulos rojos.

Lo que entiendo yo es que usted dentro del plan está de acuerdo con la necesidad de la transfusión para ese momento. Sí, aunque aquí en el extracto que tengo de la historia clínica sólo tenemos plasma, pero no sé, de pronto allá hay una más extensa. No sé si está viendo la pantalla. Les estoy mostrando. Ah, perdón. Yo estaba viendo la impresión. Es que esa es del doctor Marinho. Pero en las 5 pm. Lo que pasa es que aquí está la suya. O sea que esta intervención, aquí está su nombre,

la suya es de aquí para abajo. Yo lo que entiendo es que esta es suya. Esta, esta.

PREGUNTA: Según la historia clínica, repito, el doctor Luis Antonio Mariño Tibocho señala que cuando él lo revisa sobre las 10 y media de la noche del 9 de junio es decir, según lo que veo yo es cuando efectivamente se le transponde la sangre que fue ordenada. Mi pregunta es si él estaba tan estable hemodinámicamente sobre todo con los niveles de hemoglobina especialmente sobre ese punto ¿por qué los resultados a él le muestran ese descenso tan vertiginoso? E inclusive lo que muestra la historia clínica es que en ese nivel de hemoglobina no se estabiliza pese a que a él lo transfunden tres veces en una ocasión luego lo transfunden dos y no sé si otras dos aquí se me escapan. Pues esto está marcando lo que les estoy compartiendo.

Lo que veo es que esas fueron las veces que lo transfundieron. Una, dos, tres, cuatro. No, no, mentiras. Esos son los niveles de hemoglobina y los niveles de oportunidades de transfusión de los lóbulos rojos. Ahora no la encuentro. Un momento, doctor.

Qué pena, pero es que entre tantos datos yo no entiendo. Bueno, esos son los niveles que quería yo que revisara de hemoglobina. Y ahora quiero que mire esta otra imagen.

Aquí está el registro de transfusión de hemocomponentes. No sé si alcanza a ver. Un poquito.

Observo que estando en cama porque no sé si se me transfundieron dos de esos, no hay duda. Estando en cama le transfunden respecto de los glóbulos rojos en tres ocasiones inicialmente, que esta es la primera orden que se da y se los transfunden el 9 de junio. 9 de junio, 21.05. 9 de junio, 21.15. 10 de junio a las 12.

Esos son los tres tiempos que yo observo que le transfundieron efectivamente las tres unidades de glóbulos rojos que fueron ordenadas por la doctora María Claudia Torres el 9 de junio a las 1 y 3 de la tarde. Se los vienen a transfundir a las 9 de la noche, 9 y 15 y sobre la medianoche del día siguiente. Y eso contrastado con los niveles de hemoglobina, el paciente, entiendo yo, doctor, puede que esté equivocado.

El paciente empezó en un descenso vertiginoso de esos niveles. Lo que también entiendo en la familia es que eso es significativo de que él estaba muy descompensado en esos niveles de necesidad de sangre y que más allá de que se la ordenaron y finalmente se la transfundieron, no se lo hicieron en oportunidad, es decir, a tiempo. ¿Usted qué de su experiencia más allá? Insisto, usted no es hematólogo, no es el cirujano que hizo el procedimiento, pero es un médico calificado.

R: No es el que finalmente ordena la transfusión. No, por eso hacemos exámenes para irnos anticipando eso y vemos que disminuye a 8.4, 8.3, no alcanza a ver ahí. Y ahí empezamos a, digamos, a iniciar el proceso transfusional.

Seguramente esto es por la coagulopatía que tiene, sangra por los trenes, digamos, era esperable,

por eso es que estábamos reservando sangre desde temprano. Pero si hubiera sido solo sangre con las tres que le hubiéramos puesto o las cuatro que fueron en total, hubiera mejorado, o sea, que centrarnos en solo el punto de la sangre es difícil. Nosotros inicialmente transfundimos con niveles menores a 8 o inclusive 7. Antiguamente los médicos antiguos éramos, digamos, liberales con las transfusiones, pero es que ya sabemos todos los efectos secundarios que puede tener una transfusión de sangre. Entonces nosotros más o menos nos restringimos a niveles de 7 u 8 para transfundir en la medicina actual. Entonces por eso centrar todo este proceso a un nivel digamos arbitrario, es muy complejo. Es muy complejo.

Inclusive se la transfundimos y el desenlace fue el mismo. Entonces vamos mucho más allá de 6 siempre estuvo, excepto al final que bajó un poco a 7, 6 siempre estuvo por encima de 8.

PREGUNTA: De acuerdo a su respuesta, aquí lo voy a mostrar por la página 10 de la epicrisis, porque la otra existimos está completa. Aquí es cuando entiendo que el doctor Luis Antonio Mariño, pues perdóname que le pregunte por una notación de él, él es el que cuando lo revisa 9, 10 y 30 por aquí escribe se encuentra en transfusión de glóbulos rojos.

No sé si lo está viendo. Sí. Por eso es que esto contado con el registro de suministro de mejor componente, pues me llevan a mí a pensar que este es el momento o este es el postinería de esta hora es cuando a él finalmente le hacen la transfusión.

Pero no sé, no porque el registro a veces es posterior al proceso. Eso pasa mucho en las unidades de cursos intensivos. Yo me siento escribir en el computador lo que pasó hace dos o tres horas.

Bueno, yo lo comparo con la con el suministro de los componentes. Yo tengo aquí anotado y más o menos así, le mostré que él duró entre nueve, diez y media noche de ese día. El médico sobre las diez y media tiene como sentido que cuando él lo ve estaban seguramente como entre las terminando la primera o la segunda unidad de globos.

Es lo que yo entiendo. Obviamente que está el paciente en este momento y luego sigue el turno y luego va y se sienta y escribe eso. Eso uno lo entiende.

...inflamación severa, yo quisiera pues que nos explique un poco más a fondo por qué en el caso de este paciente pudo haberse causado esa inflamación severa Yo creo que por la manipulación de todo ese tejido adiposo, ese quiste así tengo acá la historia, una masajística coleccionada, yo creo que al manipular esa masajista que tenía guardada en el tejido celular subcutáneo, en todo eso el tejido que le sobraba al paciente seguramente liberó una serie de mediadores inflamatorios Esa manipulación, la recepción, eso sale al torrente sanguíneo muchas moléculas Demasiadas, porque era un corvo, seguramente esas moléculas terminan afectando la microcirculación sistémica, eso lo llamamos inflamación, una cascada de inflamatorios Ya, perfecto, y la otra pregunta es pues tener un poco más de idea del por qué de esa baja, digamos, en la hemoglobina,

de cuando pues entró a la UCI acababa de terminar la cirugía, o hace unas horas se ha pasado la cirugía estaba en 11.8, como lo mostró al doctor hace un momento, fue bajando, fue bajando a pesar de las transfusiones que le habían hecho, entonces pues yo me pregunto o tendría entonces aparte de eso, no sé, o sea, como estaba ya digamos cerrado después de la cirugía y todo, algún tipo de hemorragia, alguna cosa pues que haya hecho aparte de la inflamación, aparte de todos esos micropasos que hacen que de pronto pues no llegue la sangre a todos los tejidos, entonces no sé, que nos expliquen un poco más a fondo eso, doctor. Claro, generalmente estos pacientes con el pasar del tiempo que se acercó a bulopatías empieza a haber microhemorragias, a veces los drenes también, o las heridas empiezan a sangrar, la inserción de los catéteres, y se van hemodiluyendo por los líquidos que nosotros vamos poniendo, entonces la sangre va bajando por la hemodilución, por las pérdidas por la bulopatía, y se van redistribuyendo en todos los compartimentos de la sangre, entonces es desesperante que empiece a bajar y por eso empezamos a reponer con sangre y con otros componentes sanguíneos y no solo con glóbulos rojos, por la bulopatía que tenía, con plasma, con plaqueta. Sí, el primero que le colocaron fue seis unidades de plasma.

PREGUNTA: Y el reflejo es que nosotros tratamos de restaurar esa perfusión. Pero digamos que distinguiendo el tipo de acidosis de la lactoacidosis severa, ¿hay un protocolo o un paso a seguir distinto?

No, es un manejo de, digamos, mirar cuál es la causa, pero en estos estados donde son choques mixtos, tratamos es como de estabilizar al paciente. Y eso tratará en cierta medida de mejorar la perfusión del tejido.

PREGUNTA: En este caso, al paciente usted le marca una hiperlactatemia 9.6. Creo que los límites van a estar a 2.2. Es una cosa súper exagerada. Eso, digamos que con indicadores como esos, ¿tenía un poco pronóstico favorable? Es un marcador de mal pronóstico, así es. ¿Y esa hiperlactatemia es derivada de? Del estado de choque.

Doctor, el paciente es programado más o menos para 6 horas, en el paciente se le advierten esas masas quísticas, interviene un cirujano, participa bien en la remueve, reseca, el cirujano continúa. La cirugía dura 12 horas. ¿Qué incidencia pudo tener para esta persona el tiempo de cirugía prolongada? Inclusive usted también lo marca.

PREGUNTA: ¿Qué incidencia usó para el estado de gravedad en el que llegó a UCI?

No, uno está preparado, es impredecible porque hay pacientes que pueden durar, hay cirugías grandes de 12, 18 horas que siquiera llevan lactato. Entonces, pero uno con ese lactato y esa duración quirúrgica uno sabe que fue difícil. Que fue difícil.

O sea, es un reflejo de eso. Y entonces uno se está preparando para lo que viene. Y justamente, pues más allá de que eso sea cierto o no, los demandantes se duelen de, es decir, ellos hacen como una, no es una conjetura, para ellos eso es una realidad y afirman dentro de sus pagos, de su premisa de responsabilidad, que el tiempo prolongado, que es prácticamente el doble, es directamente proporcional a una pérdida de sangre mayor a la que pudo presentarse en una historia clínica y a la necesidad de transfundirle más sangre de la que se le transfundió.

PREGUNTA: ¿Eso tiene sentido para usted?

Pero es difícil medirlo. O sea, son conjeturas difíciles de probar. Normalmente los choques hipolémicos resuelven más rápido.

PREGUNTA: Una pregunta de mi parte, creo que es la última. ¿Qué puede pensar un profesional de la medicina para concluir que, más allá de los niveles de hemoglobina, el resto de condiciones clínicas del paciente indicaban que él sí requería una transfusión sanguínea con mayor celeridad que como aquí ocurrió? O sea, ¿cómo entiende uno como abogado, como juez, que le digan a uno? No, señor juez, es que la hemoglobina no es el único predictor, hay más. Mire cómo estaban los hematocritos, mire la hiperlactatemia, mire la acidosis láctica, mire la tensión arterial, mire todo lo que el paciente tenía.

Eso era un indicativo de que él estaba mal perfundido porque no se le transfundió a tiempo la sangre. ¿Por qué tan equivocado puede estar ese método? No, porque eso es simplificar el cuerpo humano a una variable. La medicina es lo más complejo y el cuerpo humano es lo más complejo que hay.

Es que toda esta reflexión lo hace uno retrospectivamente. Y dejar la evolución a una sola variable es simplificar un proceso complejo a que si fuera tan sencillo pues se hubiera mejorado. Entonces es múltiples variables, unas contribuyeron más que otras y eso es difícil de probar.

PREGUNTA: Porque razonablemente esto fue un proceso inflamatorio que se desbordó. Esa manifestación suya del proceso inflamatorio me hace preguntarle pues usted no es cirujano plástico, usted no es anestesiólogo, usted no está en el procedimiento, pero la medicina es un todo también. ¿Será que el hallazgo de la masajística a los tiempos de la cirugía es un indicativo, según usted le ha entendido, de que la cirugía no fue fácil? ¿Será que pronto en este caso había podido ser previsorio el equipo médico en decir suspendamos la cirugía porque se puede avizorar un proceso inflamatorio tan agudo como usted nos está contando?

Yo creo que eso es impredecible.

PREGUNTA: Resulta que dentro de todo el proceso judicial se está hablando que no había disponibilidad de sangre en la institución debido a que usted hace una nota en donde dice que se relaciona la solicitud de sangre con familiares debido a que no hay disponibilidad. Mi pregunta es la

siguiente porque también quiero complementar antes de que intervenga lo relacionado con una respuesta que da el honorable juez en donde usted dice yo desconozco si en la clínica hay o no hay disponibilidad que por eso se hace la reserva pero por favor le puede complementar a esta audiencia cuando usted hace referencia a que no hay disponibilidad de sangre, hace referencia dentro de la institución o dentro del plan de manejo médico del paciente, por favor nos aclare ese aspecto.

No, la verdad no me acuerdo, seguramente eso fue lo que se entregó en la entrega del paciente pero me es difícil decir, yo me centré en este tipo de sangre de difícil consecución de pronto uno trata de anticiparse y quiere tener todo a la mano en caso de que sea necesario. Lo entiendo doctor porque es que digamos esta parte de la historia clínica conlleva a la institución y pues es algo que usted no necesariamente se entere pero se aportó un dictamen pericial por parte de una especialidad a fin para dar claridad al proceso y pues se aclara que dentro de la institución digamos se tiene lo relacionado con la unidad transfusional y que se tiene contacto con un banco de sangre y todo lo demás, pero realmente esa nota genera un poco de confusión y yo quisiera aprovechar para reiterarle la pregunta doctor siendo que usted es la persona que da la nota indicando que no se cuenta con la sangre y luego usted manifiesta que es algo que se desconoce siempre, entonces pues yo si quisiera que usted dé claridad de pronto si lo recuerda, si es únicamente por las dos reservas que se hicieron a favor del paciente en su momento o lo demás, que pena ser tan insistente con usted doctor. No, no, la verdad no me acuerdo, seguramente se mencionó en ese momento, se mencionó pero no me acuerdo.

PREGUNTA: Entendido, veo que usted es la persona que recibe al paciente en la unidad de cuidado intensivo y luego en la historia clínica se avisó que se había reservado la unidad de cuidado intensivo a favor del usuario, yo le pregunto lo siguiente, para el día 9 de junio de 2017 clínica Medilacer contaba con la disponibilidad de una unidad de cuidado intensivo a favor del paciente Manuel Octavio Reyes Alcedo? Sí, claro, la que se le asignó. Dentro de ese actual médico como profesional que usted efectúa, clínica Medilacer le dispensó a usted bajo su profesión, bajo la unidad de cuidado intensivo que se le asignó, ¿le dispensó todo lo necesario para brindar atenciones médicas a favor del paciente? Sí, contábamos con lo necesario. ¿Por qué se contaron con lo necesario, doctor? ¿Nos puede dar claridad, por favor?

No, no, usamos la unidad de cuidados intensivos para estar, digamos, avalada, tiene que contar con ciertos medicamentos, ventilación mecánica, soportes, monitorías, ese es el día a día de la UCI y para ese día, pues, era un día, digamos, habitual, contábamos con todo.

PREGUNTA: Entendido, doctor. Muchas gracias por las apreciaciones. ¿Le puede indicar a usted a este despacho si clínica Medilacer, de acuerdo a la historia clínica, que usted tiene un físico, incurrió eventualmente en alguna omisión o en alguna inoportunidad frente al plato de manejo médico o el procedimiento que se le efectuó al paciente Manuel Octavio Reyes que fue al descance?

No, no.

PREGUNTA: ¿Por qué da la respuesta en ese sentido, doctor? ¿Nos puede dar claridad? O sea, que hubo omisión, no. Es que no entendí la pregunta. Sí, en efecto, le reformulo la pregunta.

Avisó ahora a usted, digamos, como muy bien lo dice, de manera retrospectiva, analizando la historia clínica. ¿Desde la institución existió alguna omisión para con el plan de manejo médico, para con el tratamiento, el procedimiento y demás de lo que se le dispensó al paciente?

No, no hubo ninguna omisión. ¿Por qué considera que no existió alguna omisión, doctor? Ah, no, porque revisé la historia clínica, incluyendo mis apartes y las de mis colegas. Entonces, no lo considero así. O sea, sí otorgó el manejo que se le haría a un paciente en ese estado clínico crítico. Gracias, doctor.

PREGUNTA: Dentro de su testimonio y las respuestas que le da el honorable juez, usted manifiesta que el paciente tuvo un choque, permídenme que se me perdió, usted ha hablado de un choque distributivo, ya hablando en retrospectiva, ¿por qué considera usted que el paciente desarrolló un choque distributivo? Por la evolución que tuvo el paciente, por las manifestaciones que se dieron y la disminución de diferentes órganos. Entonces, digamos por el examen clínico, los laboratorios que vimos y especialmente la evolución que tuvo el paciente. Cuando hablamos de ese choque distributivo, ¿ese puede corresponder al plan de manejo médico o al tratamiento que se le dispensó desde la institución y a través de los galenos a favor del paciente o a qué obedece ese choque distributivo?

Claro, o sea, desde el principio nosotros tratamos de manejar, como les digo, no hay un choque puro, es un choque eléctrico y nosotros tratamos de manejar cualquier eventualidad de todos los tipos de choque que nosotros veamos minuto a minuto y cómo se comporta el paciente.

TESTIMONIO DR. DIEGO.

INTERVENCIÓN Realizando los registros transfusionales, hay en total un registro de seis transfusiones aplicadas que están selladas, una de ellas por mi firma y mi sello y están avaladas también por la auxiliar que las administró. Si me permite recapitular un poco, se le transfundieron el 9 de junio a las 2 de la mañana y a las 2 y 41, dos unidades de glóbulos rojos en sala. Esa fue la intervención que realizó pues el anesthesiólogo o el grupo quirúrgico, con lo cual a mi criterio pues fue necesario y suficiente para restablecer ahí la bulimia del paciente y lo cual se refleja en que cuando el paciente llegó a UCI tenía una hemoglobina 11.6, eso sería lo que yo concluiría en ese momento.

Después de eso, pues sí, fijándome un poco pues en los, ahí llamativamente pues hay un descenso de hemoglobina de 11.6 a 8, a valores alrededor de 8 en horas de la tarde, ya cuando se le hizo nuevamente la rutina de laboratorios al paciente y bajo criterio médico, pues la doctora María

Claudia indicó nuevamente transfusión, creo que llegó oportunamente. Se transfundieron dos unidades de glóbulos rojos el 9 de junio a las 21 más 05 a las 22 más 15, que estaban infundidas en el tiempo apropiado. Una unidad de glóbulos rojos se infunde entre 30 minutos hasta incluso 4 horas, según la tolerancia del paciente, y me parece ahí pues también la transfusión fue para optimizar el estado hemodinámico del paciente, no porque hubiera un sangrado evidente.

Normalmente pues ahí recibimos muchos pacientes posquirúrgicos, siempre estamos muy pendientes de los drenajes, el débito, o sea lo que pierde por ahí pues siempre estuvo bajo vigilancia por el cirujano, donde nunca se consideró pues que hubiera un sangrado activo, quedaban las pérdidas y los drenajes esperables durante su cirugía, y nuevamente el 10 al siguiente día, el turno de la noche, el doctor Mariño ordena otras dos unidades a las 00 horas y a las 13 y 50, que estuvieron también para optimizar pues todo el conjunto del paciente. Lo que usted me cuenta, entiendo entonces, es que los momentos de las transfusiones donde se ordenan, más allá de que son para optimizar el estado del paciente, se hace teniendo en cuenta los niveles de hemoglobina también, o sea como un predictor objetivo y relevante. Está bien.

Bien, usted me dice que entre la orden de transfusión que hace la doctora Claudia, y así es en efecto, ella es la que dispone de la transfusión, se hace en tiempo, ¿cuánto tiempo fue acá? La orden, la audición de la doctora María Claudia, la hora efectiva de la transfusión fue a las 9 de la noche, y la nota de la doctora María Claudia... La orden de la noche, ¿pero de cuándo? De 9 de junio, esa fue la primera transfusión de la UCI. Sí, entonces resulta que... Voy aquí a tratar de compartir esta pestaña... Según lo que yo reviso de la epicrítisis, justamente la doctora María Claudia Torres Chávez, quien el 9 de junio del 2017 a la 1 y 3.33 pm, se ordena de recibir dos unidades de glóbulos rojos compatibles. 9 de junio, 9 de junio.

Ahora comparto esta página que es la registro de transfusión de hemocomponentes. Vemos que el 9 de junio a las 21.05, es decir a las 9 de la noche, le empiezan la transfusión de las tres unidades, que se hace en tres momentos, entiendo por cada unidad, ¿cierto, doctor? Correcto. Entonces, entre la hora del registro de la transfusión y la hora de la orden de ella, eh... 9. Pasan... 9 de junio... Es que tengo acá la nota otra vez, pero bien.

Pasan cerca de ocho horas, ¿sí es así? Sí, señor. Entonces, orden de ella... Bien, eh... Pasan más o menos ocho horas. ¿Me puede explicar? Porque usted me dice que los tiempos efectivos de transfusión, o digamos que... ¿Cómo decirlo? Razonables para la transfusión van entre 30 minutos y 4 horas, eso le entendí, ¿cierto? Eso es el tiempo de la infusión del componente, o sea, desde que se lo conectan al paciente a que se desocupa la bolsa.

Pero el tiempo se mide según el estado del paciente. Hay varios consensos, lo digo más de mi experiencia como hematólogo. Un paciente que tiene un sangrado activo, sangrado rotillante, que estaba con una herida abierta sangrando, tiene que transfundirse menos de una hora.

Un paciente en estado crítico que tiene una hemoglobina menor de 7 debe transfundirse óptimamente antes de 6 horas. Y un paciente con una hemoglobina mayor de 7 puede tolerar hasta 6, perdón, hasta 12 a 24 horas. Pues mire que importante... Porque eso es para optimizar y hay que mirar la variable y el estado general del paciente.

Si lo hubieran visto sangrando el cirujano, el doctor Gagliano, él hubiera ordenado, junto con la intensivista, una transfusión urgente. Eso se llama código rojo. Que pues no hubo la pertinencia y en ningún lado está documentada esa situación.

PREGUNTA: Entonces, para recapitular, si un paciente tiene, por ejemplo, una herida abierta, yo esta mañana le pregunté, esta mañana tal vez, o en alguna de las audiencias, digo, pues no es lo mismo un procedimiento para una histerectomía o una herida abierta, o lo que les hicieron aquí al paciente, o a alguien que llegue con una herida, con un elemento corto, un sante, y botando sangre a chorro, pues uno entiende que la persona, en términos de nosotros, se desangra ya, pues toca rápido estabilizarlo, ¿cierto, doctor?

Exactamente. Bajo ese entendimiento usted nos dice, si tiene una herida abierta, es decir, está sangrando así en abundancia... A chorro. A chorro, esa es la palabra, gracias.

Necesita una transfusión ya código rojo, urgente, en máximo una hora. Exactamente. El siguiente nivel de infusión es 4, porque no alcanza a no alcanzar.

O sea, que no esté sangrando activamente, pero que tenga una hemoglobina menor de 7. Ahí sí, 6 horas. Y el tercer evento. Que tenga mayor de 8, pero mayor o igual de 7. Puede ser entre 12 a 24 horas, según el estado del paciente.

PREGUNTA: Esto está, obviamente, en su experiencia, pero eso indica la literatura en la lex artes en hematología.

Sí, pues no tanto en hematología, pero sí en manejo de hemoderivados en trauma, en hemoderivados en pacientes críticos, experiencias en medicina militar. Obviamente no hay un estudio, una evidencia científica que permita esclarecer.

Yo no puedo decirle a un paciente, le voy a transfundir en 6 horas, le hago 3 dosis y miro a ver qué le pasa a cada uno. Pero son datos extrapolados de estudios, y que sirven para guiar la práctica clínica, para guiarla.

PREGUNTA: Me está hablando, por ejemplo, digamos que esas guías, porque existen guías clínicas de lo que uno más o menos comprende de otros procesos, yo he revisado algunos documentos, o sea, procuro hacerlo. Obviamente el internet tiene información plideigna, o sea, no tanto, entonces uno tiene que ser muy cuidadoso. Pero yo he encontrado, por ejemplo, algunas

guías para tomar decisiones en medicina transfuncional. ¿A eso es a lo que usted se refiere?

Sí, tal vez, sí.

PREGUNTA: Entonces, al paciente, según lo que estamos observando, con la prescripción médica de la doctora María Claudia, que ella es la primera que en la historia clínica dice, necesita la transfusión. Yo reviso y es porque el paciente tenía más o menos un nivel de hemoglobina como en 8 y tanto. ¿Entiendo así?

Sí, sí, de acuerdo.

PREGUNTA: Más allá de las otras características del paciente, ella dispone de esa necesidad, y según el registro de transfusión, yo puedo sonar repetitivo, se da dentro de 8 horas. Es decir, para usted, la transfusión efectiva o la infusión efectiva se da dentro de los plazos razonables para este paciente.

Sí, señor.

PREGUNTA: Bueno, y creo que usted muy ambiciosamente, doctor, revisa los documentos y ahí se le hacen varias transfusiones ¿por qué la hemoglobina no se le compensa como en mejor medida?

Bueno, claro. Ahí pues hay que mirar que la hemoglobina es una concentración, o sea, es gramos por decilitro. Es decir, que refleja el estado también del volumen de la sangre, que es eritrocitos y plasma.

Entonces, puede que el paciente, hay un descenso claramente de 11 a 8, a él se le vigilaron los drenajes, no había un sangrado evidente, para pensar en un sangrado post quirúrgico, pero en esa instancia de un paciente crítico ocurren varios fenómenos, uno llama hemodilución, o sea, a ese paciente en 8 o 12 horas seguro le pusieron más de 3.000 o 4.000 centímetros de líquido, es suero, eso diluye la concentración de la hemoglobina. Además hay pérdidas por las extracciones de sangre inherentes al proceso de atención médica, que le sucede a cualquier paciente, y que el paciente que ingresa a una UCI tenga un consentimiento de que hay que hacerle esos procedimientos porque el beneficio es mayor que el riesgo. Entonces eso también va bajando la hemoglobina, se le toman cultivos de sangre que también bajan la hemoglobina, y además la fábrica de la sangre o de los glóbulos rojos es la médula ósea, y un paciente cuando entra en ese estado inflamatorio la médula frena la producción de glóbulos rojos, por eso también la hemoglobina va disminuyendo porque su producción endógena disminuye.

PREGUNTA: Aquí se discute las posibilidades o las razones por las cuales un paciente evoluciona rápidamente y finalmente fallece. Hemos aprendido en medicina que eso no es tan exacto, no es

como sumar uno más uno, variables hay muchas, hay unas que pueden ser más determinantes que otras. Ya trato de retomar el momento en el que usted acepta su concepto un poco más completo doctor. Usted pues es internista, ahora tiene una especialidad adicional, y pues más allá de que no estuvo en el procedimiento, no es cirujano plástico, no es el que atendió al paciente, lo vio allá, sino prácticamente dos días después. Hay algo que incomoda a los demandantes y el término no permite, o que es motivo de reclamo, y es que el paciente tiene un peso de 197 kilogramos, pesa unos 74, tal vez 65 años, se manejan unas pérdidas permisibles de sangre, creo que es así, y entonces se hacen unos cálculos, aquí los médicos hacían los cálculos, sumaban, restaban, hay aplicaciones para eso inclusive, ya lo comprobé, y se dice que el tiempo de la cirugía, que fue prácticamente el doble de lo inicialmente pensado por el médico, fue determinante para que él perdiera más sangre de la inicialmente pensada, y él realmente necesitara más sangre de la que se le dio en el procedimiento, que fue de dos unidades. Insisto, eso es como lo que dicen los demandantes, y aquí en el proceso doctor, de pronto usted lo sabe, pues hemos escuchado a los médicos, hemos escuchado a peritos, médicos intensivistas, cirujano plástico, anestesiólogo, bacteriólogo, a médicos como usted, me refiero a médicos que participaron de la atención, y ahí digamos que hay cierta sintonía en aquellos de ustedes que lo que tienen en común es que son médicos que atendieron al paciente y que trabajaron para Medilacer, hay un profesional de la medicina de la Universidad Nacional de la cual es usted egresado, yo creo que hasta usted conoce al doctor, el doctor Navarro, anestesiólogo.

Sí. No sé si lo conozca, de pronto fue profesor suyo. Sí, fue profesor mío, es profesor titular, creo que fue presidente de la SCARE, entonces es una persona reconocida.

PREGUNTA: El doctor José Ricardo Navarro Vargas, pues que no es cualquier médico, como veo que usted tampoco lo es, es una persona joven, sumamente preparada, él tiene unas conclusiones disímiles, realmente diametralmente distintas a lo que aquí todos los profesionales en la medicina me han contado, incluido usted, pues es que son percepciones, yo entiendo, pasa como en el derecho, alguien demanda, tiene una percepción de que tiene la razón, por eso demanda, otro contesta, tiene su propia percepción y el juez falla, y puede tener hasta una percepción intermedia, ¿cierto? A mí, creo que a todos nos llama mucho la atención que el doctor José Ricardo Navarro Vargas, para rendir este dictamen, inclusive se apoyó en un médico cirujano, plástico, y él dice, vea, en la cirugía, más allá de que no se señala una complicación, sí hubo una complicación, y fue que la cirugía se demoró más de lo pensado, hubo un hallazgo de una masajística, y el paciente vino a perder más sangre de la que se consigna en la historia clínica, que no es que los médicos quieran consignar algo falso, sino que son pérdidas de sangre que no son visibles, él utiliza unos términos más técnicos, son unas pérdidas de sangre no visibles por el grado de la cirugía, por los tiempos, por todo lo que le hicieron al paciente, y entonces, él llega a UCI con un nivel de hemoglobina de 11, más o menos, pero esa predicción objetiva de los niveles de hemoglobina, no fueron bien vistas, más o menos él dice, al punto que hay una falla en el sentido que él sí necesitaba suministros de unidades de glóbulos rojos, desde la cirugía, ¿cierto?, desde la cirugía, y pues por mayor razón cuando llega a UCI, ¿cuál es su argumento?, no es solo la hemoglobina, los niveles de hemoglobina

tardan en equilibrarse con el contenido de los líquidos, y por eso uno como médico no se puede guiar solo en ese nivel de hemoglobina, sino otras variables, como los signos vitales, el estado clínico, el nivel de hematocritos, y particularidades como la acidosis láctico-severa, o la hiperlactatemia 9.6, que tiene un límite de 2.2, creo. Entonces él dice, todas esas circunstancias del paciente adicional, esto es el estado clínico, hacen prever que él estaba mal transmitido, mal presundido, que no había debido a oxigenación, que le faltaba sangre, y que requirió sangre antes. Y realmente esta percepción del doctor, nadie coincide con él.

Los demandantes, pero no de la misma manera, porque ellos tienen a conocerlo con una demanda sin médico, y reclaman una experticia ordenada por el juzgado, y en la que rinde el doctor Navarro. ¿Qué tiene de particular él? Le repito, pues no es cualquier médico, no es de cualquier universidad, no lo trae la parte demandante, sino por precisión de ellos, pero por orden judicial rinde su dictamen. Y él se para en su verdad. Usted que ahora tiene una especialidad, que en mi sentir, tiene mucho que ver con este caso, ¿qué opinión le merece, digamos, que este concepto tan disímil, en este caso, que yo se lo digo a usted y se lo he dicho a los abogados, pues no todos los juzgados uno puede encargar tanto tiempo en este proceso, a él no es de mayor complejidad, yo hasta he realizado en lo personal, bueno, ¿qué otro profesional puede a uno darle un concepto acá? Y he dicho, bueno, puede ser un hematólogo, porque uno se centra en este aspecto. Y entonces aquí viene otro médico, cirujano, plástico, que es el presidente general de ética de Cali, tiene un médico intensivista, tal vez, bueno, varios profesionales y cada uno da una explicación, en un norte parecido al que usted me dice. ¿Qué puede uno pensar como un abogado, como un juez, la familia, los abogados, qué podemos pensar para que haya un concepto tan distante y de un médico que no es cualquier médico, doctor Diego?

Claro, pero yo creo que ahí hay que acudir es a la medicina basada en la evidencia, porque él dice visible y no visible, o sea, yo como de parte científica no entendería cómo no se ve la sangre, o sea, no lo entiendo.

Y creo que él da un cohesión pues basado pues en la experiencia de él y en su práctica clínica, pero realmente la medicina basada en la evidencia, hay muchos estudios en trauma, en UCI, que las transfusiones están indicadas cuando la hemoglobina es menor o igual de 7 y si se contaba en ese momento después de la cirugía, después de transfundirle dos unidades, que su hemoglobina es de 11.6, desde mi punto de vista como hematólogo no hay justificación de poner al paciente en un estado de hiperbolero, la sangre se pone más viscosa. De pronto, pues en tiempos anteriores, 20, 30 años de la medicina, no estoy digamos diciendo nada personal contra el doctor Navarro, pero de pronto la percepción que yo tengo de la escuela de la Universidad Nacional y de todos ellos que eran muy liberales en las transfusiones, pero realmente las transfusiones también tienen sus efectos, más riesgo de infecciones, sobrecarga, la sangre se pone más viscosa y creo que se actuó en un parámetro objetivo que se ve, no me puedo yo sustentar, no es visible porque pues ya no hablaríamos de algo científico ni técnico.

PREGUNTA: Bien, entonces yo trato de entender el concepto del doctor Navarro y repito, él dice, sí, la hemoglobina estaba en 11.8, pero eso es porque a él lo habían transfundido en una cirugía, pero el tiempo prolongado, él es contundente en decir el tiempo prolongado hizo que hubiera más pérdida de sangre que la que se podía visualizar y la experiencia mía me dice que si él llega con lactoacidosis severa, con hiperlactatemia, además de otras manifestaciones, y con la cantidad de pérdida mínima que se había perdido según lo que dice el anestesiólogo y el médico cirujano, él dice, mi experiencia me dice que él está mal perfundido y que él necesita una transfusión inmediata.

Claro, pero reitero que una cosa es la experiencia y otra cosa creo que es la evidencia médica, la estadística, la epidemiología, que es lo que uno puede tener cosas objetivas, o sea, yo respeto el concepto, pero en mi especialidad cuando se toman decisiones difíciles, tiene uno que acudir a la evidencia, no a, me parece, no tampoco pues porque sea tal persona, pero uno busca en la evidencia. Yo, yo reviso una información de cirugía digestiva, cirugía general y es un manual se me escribe pero acá es un, es un documento inyectado pues tratando de entender esto lo mejor posible y usted prácticamente nota como unas, unos escenarios de tiempos de infusión. Entiendo también que los tiempos de infusión están íntimamente ligados al nivel de hemoglobina, entonces, que presenta al paciente objetivamente hablando.

Sí, pero también depende de la tolerancia, porque si es un paciente renal o con problemas cardíacos, pues no se le puede infundir tan rápido, entonces también eso va a titular. Ok. De pronto lo de la asignación lástica.

no se entiende mal porque es decir, la velocidad de la infusión, pero me refiero a los tiempos en que debe empezar la infusión. Claro, pero lo que le digo, eso va guiado también según el nivel de hemoglobina y un paciente que tenga mayor o igual de 7 no es emergente transfundirlo. Se da como un atraso para optimizarlo.

PREGUNTA: Lo que usted me acaba de decir es coincidente con algo que le pongo presente en estos términos, eso no es mío, esto es de si no me perdió acá la fuente, es un manual AMIR, Digestivo y Cirugía General que me dice en cuanto a las transfusiones, hablando de la reposición de bulenias, en cuanto a la transfusión de concentrados de HEMA-10, se realiza en general si hemoglobina es menor a 7 gramos por decilitro, en hemorragias muy activas pacientes ancianos o con patología cardiovascular se transfunde si hemoglobina es menor o igual a 10 y por otra parte el hemograma no refleja la verdadera magnitud de la pérdida hemática sino hasta 48 o 72 horas después, debido a que este es el tiempo que tarda en equilibrarse el contenido de líquidos entre los distintos compartimentos del organismo, inicialmente entonces debemos dice el texto guiarnos por las constantes vitales frecuencia cardíaca tensión arterial y el estado clínico del paciente y pues me llama mucho la atención este texto porque creo que es el argumento que le sirve al médico navarro para decir pilas no veas solamente los niveles de hemoglobina sino mira otros escenarios porque la hemoglobina tarda entre 48 y 72 horas en el hemograma en reflejar la verdadera magnitud de la pérdida de sangre ¿qué opinión le merece a lo que yo le estoy aquí leyendo? ¿qué opinión le merece

el médico navarro? ¿qué opinión le merece el médico navarro?

el umbral transfusional es 7 o sea eso es la única conclusión que se ha sacado de ciertos estudios transfusionales en cuidado crítico en trauma que el umbral que impacta la mortalidad es por debajo de 7 y el paciente estaba entre 7 y 8 en una condición vigilado en una UCI con todos los demás soportes con líquidos o sea decir que se descompensó o que la causa final de la disfunción orgánica multifuncional, esa hemoglobina noche me parece que no se basa en la evidencia clínica y está más soportada en opiniones de expertos. Resulta que hablando de la ciencia médica, pero hablando de lo que es la jurisprudencia que a mí como juez me rige, que es la de la cual me utilicen, pues es la jurisprudencia del Consejo de Estado en materia de responsabilidad. ¿Por qué el Consejo de Estado? Porque pronto la entidad era pública, la atención fue derivada del Estado y entonces por eso conocen jueces administrativos.

En mi caso es porque es una entidad de naturaleza privada, particular y por eso me correspondía a mí conocerla. Y la jurisprudencia ha dicho, vea, esto es tan complejo que usted tiene que revisar, o todos tenemos que revisar, las condiciones del médico, o sea, ¿cómo actúa el médico en el momento? Porque es que cuando uno lee el periódico de ayer ya es diferente, cuando uno siénta, lee la historia clínica, que pronto dice, bueno aquí faltó esto, vamos a hacer esto más, o antes esto no era necesario, ¿a dónde voy? Y pues obviamente uno respeta las impresiones médicas que ustedes tienen, profesionales. Llega este paciente con ese estado de presanidad, con una cirugía de doce horas, habiéndole hecho termointestomía circunferencial, drenaje de gran colección en región de mesocastro y fosa ileaca izquierda, tiempo de cirugía prolongado, y se dice que es prolongado pues porque, si es prolongado es porque fue más demorado de pronto de lo inicialmente pensado, con un sangrado importante entre 1500 y 1600 centímetros cúbicos, con lactoacidosis severa, estoy diciendo un poco repetitivo, con hiperlactatemia 9.6, pero con hemoglobina en 11.8, teniendo en cuenta que la inicial fue de 15.

Si usted no es médico intensivista, es médico internista, ahora tiene también especialidad en hematología, pero bajo ese estado clínico del paciente, ahora con esos conocimientos adicionales que usted tiene, le entiendo yo que los datos clínicos del paciente no daban para ordenarle una transfusión, ni inmediata, ni en ese momento, ni tampoco en la cirugía.

PREGUNTA: Solo es una pregunta. Ya en el caso concreto que nos ocupa de la historia clínica que usted tuvo la posibilidad de revisar, y además que participó en el desarrollo de la intervención para su conceptualización, ¿el paciente en algún momento estuvo en una emergencia transfusional?

A mi concepto no, porque nunca tuvo una hemoglobina menor de 7 o 11 grados que no pudiera ser controlada por el tirojado. Lo hemos repetido por parte de varios de los profesionales y siempre ha sido mi duda, teniendo en cuenta que la base de la demanda es la necesidad de la transfusión.

PREGUNTA: Doctor, bajo su amplia experiencia y su capacidad, ¿qué pasa si yo transfumo a una persona con una hemoglobina de 11?

Claro, eso puede llevar a hiperviscosidad, la bola de sangre se pone más densa, la función cardíaca se deteriora, puede haber lo que se llama trali, que es una reacción inflamatoria en el pulmón, edema pulmonar, por la inflamación, otro que se llama sobrecarga de volumen, que es exceso de líquido en el cuerpo derivado del líquido que viene con los glóbulos rojos. Es una situación grave que se hubiera puesto más en riesgo al paciente guiándose por ese valor de hemoglobina. O sea, básicamente, esas consecuencias que me explican no serían compatibles con la vida.

No, no que serían compatibles, pero sería un riesgo muy alto y que ya sería una situación, diría yo desde mi humilde punto de vista imprudente, transfundir a un paciente que tenga 11.

PREGUNTA: Yo me haría otra pregunta, doctor Diego. O sea, ¿eso sí violaría la Lex-Arc? O sea, los protocolos, ¿transfundir a alguien que tenga 11 de hemoglobina?

Sí, sería algo imprudente.

PREGUNTA: Una pregunta final, digamos que a modo de recapitulación para nosotros. La evidencia plasmada en la historia clínica, lo objetivo de la hemoglobina del paciente, por lo menos en UCI, comparada también con la hemoglobina que ingresa, 14, más allá de la hiperlactatemia, de la acidosis. Doctor Diego, y ahora pues con esos estudios adicionales que usted tiene como hematólogo y oncólogo, ¿qué, si es que es así, qué hubiese sido aquí determinante, o qué debió haberse consignado, no acomodado en la historia clínica, sino qué condición clínica debía tener el paciente para que eventualmente se considerara la necesidad de una transfusión de glóbulos rojos? Con esos niveles de hemoglobina, ¿o realmente era absolutamente descartada esa necesidad?

Yo creo que estaba descartada.

La única condición que creo yo hubiera justificado era evidenciar un sagrado rutilante, o sea, una hemorragia activa que no fuera controlada por ninguna medida quirúrgica o farmacológica adicional a la transfusión. Esa es la única justificación, creo yo, objetiva, clara, sería eso.

PREGUNTA: Esa hemorragia activa no necesariamente es visible a los ojos, ¿cierto? Es posible que una persona tenga una hemorragia interna que nos... A ver, perdóneme la... Sí, la entiendo, sí.

Sí, me entiende. A ver, yo le voy a poner un ejemplo. Yo sufrí una hemorragia de 10 días, por estar en audiencias y no desayunar, y yo no sabía que tenía eso. No sabía que tenía eso, pero a mí nadie me hizo exámenes. Es decir, no es que yo estuviera sin comer en audiencias, tomando antiinflamatorios, y tuviera exámenes al lado que dijeran que yo tenía la hemoglobina baja.

Entonces, puede mi pregunta ser muy tonta, pero a lo que voy es, en este caso, este paciente visiblemente podía no tener un sangrado mutilante, como usted dice, visible, por los lugares donde fue intervenido, por las heridas, pero pudiese tener uno no visible, sin embargo, objetivamente los paraclínicos, los clínicos y el estado de los hospitales no lo mostraban.

Exactamente, no lo mostraban, y además que hay una situación que se maneja en cirugía, es que había unos drenes, que finalmente esos drenes son como testigos de cómo está el drenaje interno, y pues nunca hubo, estoy consciente de que el doctor Gaviria lo fue muy vicioso en constantemente revisar eso, nunca hubo pues un drenaje alto que lo hiciera sospechar a él que había ese sangrado interno.

PREGUNTA: Bien, doctor Diego, yo le agradezco el espacio, el tiempo, sé que ya está tarde allá aquí también, su intervención pues ha sido de buen recibo, ¿quiere agregar algo que le parezca importante a su intervención?

Yo creo que me acuerdo mucho del caso por el desespero que manifestaron los familiares, y siempre trata uno de tener comunicación con ellos, y pues todo fue muy abrupto, entonces creo que eso genera obviamente suspicacias, hubo pues sí, ansiedad por el tipo de sangre, que eso le generó pues, creo yo, pues ansiedad a los familiares, pero finalmente la actuación médica se hizo acorde a la práctica apropiada, creo yo, y pues que espero que esto sirva pues para darles también tranquilidad a ellos de que se les brindó pues la atención óptima en toda su instancia en la clínica. Bueno, muy bien, doctor, gracias por su tiempo, nuevamente le repito, su intervención ha terminado, le agradezco mucho y una feliz noche allá en España, gracias.

AUTO FIJA FECHA NUEVA AUDIENCIA

- Se da por terminado el debate probatorio.
- Se fija nueva fecha para llevar a cabo la continuación de la audiencia de **3 de diciembre a las 8:30 AM – VIRTUAL (Para escuchar alegatos de conclusión).**
- En dicha continuación se fijará nueva fecha o se proferirá por escrito con el fin de dictar sentencia de primera instancia.

PD: Se concederán de 30 a 40 minutos para alegar de conclusión por la complejidad del asunto.