

Bogotá D.C, 20 de febrero de 2024

DESPACHO: JUZGADO TERCERO CIVIL DEL CIRCUITO DE
PALMIRA, VALLE DEL CAUCA.
REFERENCIA: PROCESO VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL
RADICADO: 765203103003-2020-00095-00
DEMANDANTES: ROMULO REYES NAVARRO Y OTROS
DEMANDADOS: IPS CLÍNICA PALMIRA S.A. Y OTROS
LLAMADA EN GARANTIA: LIBERTY SEGUROS S.A.
AUDIENCIA: TRÁMITE Y JUZGAMIENTO ART. 373 C.G.P.

CUESTIÓN PRELIMINAR DE LA DILIGENCIA

RESPECTO DEL 20 DE FEBRERO DE 2024

I. CONCILIACIÓN

El Despacho otorgó en el trámite del proceso la oportunidad de conciliar las pretensiones de la demanda y conforme a ello, se pudo advertir que Liberty Seguros S.A. continuaba con animo conciliatorio, que la suspensión de la diligencia que se llevó a cabo en el mes de noviembre de 2022 no fue una maniobra dilatoria, por tanto Liberty aún continuaba con animo conciliatorio y frente a ello el Juez preguntó directamente cual era la propuesta conciliatoria que tenía la compañía para conciliar.

Conforme a lo anterior, se estimó conveniente indicar que Liberty Seguros S.A. (conforme a los lineamientos previamente indicados por la compañía) estaba dispuesta a conciliar el proceso y darlo así por terminado por una suma única de \$40.000.000 para lo cual la parte demandante no aceptó e indicó que el valor pretendido para dar por culminado el proceso en conciliación por la parte demandante era como mínimo la suma de \$180.000.000. Se concedió por parte del Despacho el término de 15 min para que se pudiera establecer comunicación interna con Liberty, para lo cual se habló telefónicamente con la Dra. Ana Barón quien indicó que hoy sólo se tenía un valor máximo autorizado de \$50.000.000 y que en efecto, podía informarlo así al Despacho, situación que sucedió después de vencidos los 15 minutos sin que la parte demandante le interesara la oferta y le solicitó al Juez de forma inmediata se desarrollaran las etapas subsiguientes, enfatizando con ello, las supuestas maniobras dilatorias respecto de Liberty Seguros S.A.

**El Dr. Jorge Fernández Mayorga intervino para solicitarle al Juez respecto frente a la posición de la compañía Liberty y sobre todo frente a los sujetos procesales que asistían a diligencia.

El Juez declaró fracasa la conciliación y decidió continuar con las etapas subsiguientes del proceso.

II. DESARROLLO DE LA DILIGENCIA

➤ REITERACIÓN DE LA FIJACIÓN DEL LITIGO Y DE HECHOS PROBADOS EN LA AUDIENCIA DEL 372 DEL C.G.P

El Juzgado en aras de recordar como quedó fijado el litigo y los hechos que se dieron por probados en audiencia de que trata el artículo 373 del C.G.P del 20 y 21 de septiembre de 2022 volvió a indicar que:

OBJETO DEL LITIGIO: Establecer si hubo un mal procedimiento médico y/o un diagnóstico errado, que lleven a establecer si se dan los requisitos legales y jurisprudenciales para determinar si efectivamente hay alguna Responsabilidad Civil Extrapatrimonial de parte de los demandados y las compañías aseguradoras llamadas en garantía. Igualmente decidir lo relacionado con las excepciones de fondo que se propusieron en su momento tanto por las demandadas y como por las llamadas en garantía.

HECHOS PROBADOS: Se encuentran como hechos probados por los apoderados de las partes el hecho 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9 del escrito genitor. Respecto de las pólizas presentadas por las aseguradoras llamadas en garantía quedaron probadas por los representantes legales de las compañías. Quedando por probar parcialmente el hecho 8, 10, 11 y 12 de la demanda. así mismo, quedan pendiente por probar los hechos relacionados con las excepciones de fondo que fueron propuestas por las demandas y llamadas en garantía.

➤ REITERACIÓN DE LAS PRUEBAS DECRETADAS EN LA AUDIENCIA DEL 372 DEL C.G.P Y ORDEN DE LA DILIGENCIA DEL 373 C.G.P

PRUEBAS DE LA PARTE DEMANDANTE: DOCUMENTALES: Téngase como pruebas los documentos allegados con el escrito de demanda.

TESTIMONIALES: Si bien el Juzgado decretó todos los solicitados decidió delimitarlos a máximo dos personas que serán **escuchadas desde la 1:00 P.M** Circunstancia que será advertida el día

de mañana 21 de febrero de 2024 en la continuación de la diligencia.

El Dr. Juan David Vergara en representación de Clínica Palmira

DICTAMEN PERICIAL APORTADO POR LA PARTE DEMANDANTE

El perito CARLOS FERNANDO MUNAR HOLGUIN DEBERÁ hacerse comparecer a la audiencia de que trata el artículo 373 del CGP el **21 de febrero de 2024 a las 10:00 A.M so pena de que el Dictamen Pericial no cuente con efecto alguno.**

PRUEBAS DE OFICIO, el despacho decreta las siguientes: TESTIMONIALES KAROL SAVINA MORENO VARGAS, a cargo de la parte demandante, para su comparecencia, sobre el concepto emitido respecto de la Historia clínica de la Señora NILDA NUBIA BEJARANO, será acotado el **21 de febrero de 2024.**

PRUEBAS DE LA PARTE DEMANDADA:

PRUEBAS DE LA PARTE DEMANDANDA IPS CLINICA PALMIRA

DOCUMENTALES: Téngase como pruebas los documentos allegados con el escrito de demanda.

DICTAMEN PERICIAL: Respecto del Dictamen pericial no será practicado por cuanto no fue allegado ningún dictamen por dicha parte.

TESTIMONIALES

- LUIS E. MONTENEGRO – Será practicado el 22 de febrero de 2024
- NATALIA GALVIS COLLAZOS - Será practicado el 22 de febrero de 2024
- SANTIAGO LAVERDE - Será practicado el 22 de febrero de 2024
- JUAN CARLOS VICTORIA JARAMILLO - Será practicado el 22 de febrero de 2024
- JAIR CORDOBA - Será practicado el 22 de febrero de 2024

PRUEBAS DE LA PARTE DEMANDANDA NUEVA EPS

DOCUMENTALES: Téngase como pruebas los documentos allegados con el escrito de demanda.

TESTIMONIALES: El testimonio del señor YASSER FAROUTH CAMACHO MEJIA fue desistido por la Nueva EPS.

PRUEBAS DE LA PARTE DEMANDANDA JOHN JAIRO VALENCIA RINCON

DOCUMENTALES: Téngase como pruebas los documentos allegados con el escrito de demanda.

DICTAMEN PERICIAL: Se decreta el dictamen pericial deprecado y realizado por el Dr. JUSTY ROMERO ORTIZ, conforme al artículo 227 del C.G.P., igualmente se indica que perito deberá comparecer a la audiencia de que trata el artículo 373 del CGP, “Instrucción y Juzgamiento”, en los términos de los artículos 228 y 231 CGP para el **día 21 de febrero de 2023 a la 1:30 P.M.**

PRUEBAS DEL LLAMADO EN GARANTÍA LIBERTY SEGUROS S.A.

DOCUMENTALES: Téngase como pruebas los documentos allegados con el escrito de contestación de demanda y llamamiento en garantía.

TESTIMONIALES: Se desiste del testimonio de la señora **KELLY PAZ CHAMORRO** conforme se establece en el artículo 175 del C.G.P.

- LUIS E. MONTENEGRO – Será practicado el 22 de febrero de 2024
- NATALIA GALVIS COLLAZOS - Será practicado el 22 de febrero de 2024
- SANTIAGO LAVERDE - Será practicado el 22 de febrero de 2024
- JUAN CARLOS VICTORIA JARAMILLO - Será practicado el 22 de febrero de 2024
- JAIR CORDOBA - Será practicado el 22 de febrero de 2024

Quedando así fijada las diligencias de los días 21 y 22 de febrero de 2024, estando las partes procesales de acuerdo con la fijación de lo dicho.

Se dejó un espacio para el día 21 de febrero de 2024 para indicar que otros hechos se pueden dar por probados de una vez para que el Despacho acoja las medidas pertinentes.

El Juez al finalizar la diligencia volvió a enfatizar sobre el acuerdo conciliatorio, invitando a

las partes si así lo quisieren, a terminar el proceso bajo dicha figura.

Se termina la diligencia del 20 de febrero de 2024 a las 4:56 P.M. para ser reanudada el 21 de febrero de 2024 a las 10:00 A.M

- **CONTINUACIÓN DE LA AUDIENCIA DE TRÁMITE Y JUZGAMIETO 21 DE FEBRERO DE 2024 10:00 AM**
- **CONTRADICCIÓN DEL DICTAMEN PERICIAL DE LA PARTE DEMANDANTE – Dr. CARLOS FERNANDO MUNAR HOLGUIN DEBERÁ.**

00:25:05 PREGUNTA:

Usted tuvo la oportunidad en los documentos que se le ha llegado, no importa que lo haya dicho en el en el informe, pero le estoy preguntando. ¿Usted tuvo la oportunidad de revisar la totalidad de la historia clínica De la señora que falleció?

00:25:26 RESPUESTA PERITO:

Sí, señor.

00:25:31 PREGUNTA:

A mí me llama la atención, doctor, yo le autorizo doctor para que usted despliegue en su computadora y tenga sus documentos a la mano para que dependa ya que no lo tengo aquí que no me acuerdo. Tenga la historia clínica, tenga la informática terrible, autorizó para que no mire porque el Vanesa no explique por favor bueno doctor, me llama la atención, sí, me llama la atención que usted dice que miró que todo el mano ese esa, esa historia clínica.

00:25:59 PREGUNTA:

Si llegamos a esa historia clínica. Hay un lapso del 2007 hasta el 2018, donde yo no encuentro.

¿Que hayan ocasionado alguna usted encontró alguna adaptación a hacer el 2007 hasta el 2018 en que ella acude a la consulta?

00:26:19 RESPUESTA PERITO:

Eh no recuerdo, pero no, o sea, hay un espacio. Como de 10 años. Buscaré, pero qué es lo que recuerdo, no, si no está anotado eso que no había ninguna pregunta, eso no había visto ya no queda ninguna.

00:27:19 PREGUNTA:

Del 2007 al 2018. Bueno al 2017 al 2007 en esa Historia clínica que estuvo en sus manos Que fue la base de su informe hay una anotación de un diagnóstico de fístula, Quintero cutánea posoperatoria de derivación Bilia digestiva más liberación de bridas. Igualmente reporta evidencia de trayecto fistuloso, hernia de pared abdominal, hernia abdominal anterior del flanco derecho, a través de la cual se cruzan asas intestinales el doctor, por favor explíqueme al juez, en palabras cristianas, no médicas ¿Qué quiere decir esas dos anotaciones?

00:28:47 RESPUESTA PERITO:

Bueno, pues primero en contexto, la paciente fue llevada a una cirugía de derivación de la viabilidad al intestino. Por una estrechez que se produjo después, muchos años después de la primera cirugía de la extracción de la vesícula y la exploración de la viabilidad que se le hizo por allá del 96 si mal no recuerdo. Ella, le extra vesiculares y disfruta de la vida. Ella hace una estrechez de la vía biliar que cursa con algunos síntomas muy inespecíficos. Durante varios años. Varias consultas, llegar a una patóloga. El patólogo dice, no, esto no parece una enfermedad del hígado, esto parece una enfermedad de la viabilidad y le mandó una cola alta resonancia que muestra que hay una estrechez, pero hoy día Y con cálculos si mal no recuerdo Envían una exploración endoscópica que acepta. Le le envían esa ese procedimiento. Ese procedimiento fue fallido porque no fue posible avanzar que la estrechez será muy severa y no se pudo acceder a la viabilidad por tal razón. Los colegas en ese momento deciden llevarla a una cirugía de derivación de la vía biliar en conectar la vida de la Bilia. Entonces, eso era así lo que se hace. Ella presenta como complicación una fiv, una foto, una filtración de eso y así unas colecciones y hace una fístula y de eso se resuelve favorablemente y luego como consecuencia, pues de las múltiples cirugías y como consecuencia de las intervenciones, desarrolla una hernia que se llama una hernia incisional o hernia posquirúrgica, también conocida técnicamente. Como eventración que es básicamente una hernia que se produzca a través de una Cirugía en el abdomen. Entonces esta es lo que llama en una hernia que se documenta en algún momento por alguna imagen que una eventración Que se la salida del material del contenido intestinal del contenido abdominal que puede ser asas intestinales o grasa del abdomen, del tejido graso abdominal o las asas que protruyen a través de ese orificio hacia la piel. Entonces se genera esa esa Más te aparece y desaparece Que tú has sus

manifestaciones clínicas eso es lo que se refiere con una hernia incisional o eventración A la cual se estrenase intestinales. Según el reporte de la imagen.

00:31:36 PREGUNTA:

Teniendo en cuenta excedente de hernia en la pared abdominal de eventorrafia Por estos problemas que usted manifiesta Necesariamente que ya Debió haber presentado algunos síntomas relacionados con esa con esa con esa hernia, con ese problema que tenía intestinal y debió haber acudido al médico posteriormente a 2017 o simplemente se deja así, no siente nada. Hasta el 2018 debió haber acudido al médico.

00:32:11 RESPUESTA PERITO:

Las hernias, pues existen como todos

00:32:16 PREGUNTA:

Perdón, no te interrumpo este cuadro que le estoy diciendo este cuadro ella debió haber tenido.

00:32:19 RESPUESTA PERITO:

Sí, sí, sí, Ah no. Por eso es que a lo que voy es que en la historia pasa un tiempo en que la señora está asintomática. No consulta o no acude o no hay registro en la historia, no hacen mención de eso hasta años después que empieza a presentar dolor abdominal y le hacen varios estudios y se llega a la conclusión de que nada explica y que el dolor es debido a esa hernia y por esa razón se le toma la decisión de llevar la cirugía, Pero ya el curso durante varios años asintomática Ya muy bien Y entonces cuando ya sintomática, la única forma de resolver ese asunto es llevando la cirugía, no hay otra forma de resolverlo.

00:33:02 PREGUNTA:

Correcto usted tuvo también sus manos, No sé si está inmerso en la historia clínica o en un documento aparte, un documento conocido como la epicrisis que el epicrisis los Un resumen de la hospitalización del paciente.

00:33:18 RESPUESTA PERITO:

La historia clínica de la hospitalización es solo un resumen

00:33:21 PREGUNTA:

Es un resumen de la hospitalización. Bueno, ahí se indica que el día 27 tuvo en sus manos esa epicrisis para el concepto pericial que emitió.

00:33:32 RESPUESTA PERITO:

Sí, señor semana sí, todos los documentos que fueron aportados se fueron enviados igual, eso es el dictamen.

00:33:39 PREGUNTA:

Dice que para el 26 de octubre, el doctor Jorge Luis González La diagnóstica Comilla con hernia ventral, sin obstrucción ni gangrena. Paciente con hernia ventral, a quien se le realizó evento en tu eventorrafía, bueno, no sé muy bien, incluyendo mi colocación de mallas y complicaciones. Paciente en buen estado general, buena evolución clínica en la página De 35. ¿Cree usted que ese diagnóstico emitido el 23 de octubre de 2018 por el doctor José Luis González Fue errado o de acuerdo con los síntomas eran posiblemente el diagnóstico que se podría dar a la señora pues con lo que?

00:34:25 RESPUESTA PERITO:

El diagnóstico no es errado, pues la paciente está en un súper estudio temprano. Y eso es lo que supera todo un evento y como la cirugía no describe ningún momento, signos de obstrucción ni gangrena. Así es que se clasifican son 3 clasificaciones que están en los códigos de internacional de enfermedades de las hernias con obstrucción y gangrena con obstrucción sin gangrena o sin obstrucción ni gangrena, que solamente está la hernia sin complicación, con complicación de obstrucción o con complicación de destrucción y gangrena del intestino.

En este caso, cuando ya cooperada no tenía ninguna complicación del intestino en ese momento, entonces digamos que el diagnóstico es acorde a los hallazgos de la cirugía y los que venden la A la presentación clínica.

00:35:16 PREGUNTA:

Bueno, el 28 en ese epicrisis dice que presenta se presenta consulta la paciente afirmando dolor y mucho vómito por evento... ¿Doctor, por favor, dígame, cómo se cómo se cómo se pronuncia para yo no hacer el oso?

00:35:31 RESPUESTA PERITO:

Evento rafia rafia es un sufijo que significa sutura.

00:35:38 PREGUNTA:

Qué evento rafia más Maya presenta dice que presenta entonces dolor y mucho vómito por eventorafia esa la anota el doctor Valencia El doctor Valencia que es demandado en este proceso ¿Esa anotación es errada? ¿Fueron esos síntomas son acordes con la patología que atraía a la señora por la consulta del 23?

00:36:12 RESPUESTA PERITO:

Pues ese el hecho de que después de una cirugía e integración o hernia aguda por vómito, pues es una un signo de alarma Y todavía hacer pensar a 1 en algunas otras situaciones Eso puede ser un hilo, por ejemplo, que el intestino se ponga lento y entonces el paciente no tolera la vía oral y Vomita o que Pueda haber una complicación ya más, a como una peritonitis o alguna otra situación, pero después de 3 4 días de operado no es usual presentar vómito, eso es un signo de alarma.

00:36:54 PREGUNTA:

Gracias, bueno, al día siguiente, de acuerdo con esa epicrisis el día 29 entonces ya hay una evolución hospitalaria, se habla de paciente con evento rafia con malla que se hayan hecho el 24, quien consulta el servicio cuadro clínico de devolución, consistente en múltiples episodios eméticos que son episodios eméticos doctor.

00:37:21 RESPUESTA PERITO:

Vómito, entonces múltiples vómitos muchas veces.

00:37:27 PREGUNTA:

Inicialmente de característica y liosa, ¿qué es característico liosa doctor?

00:37:32 RESPUESTA PERITO:

Verdosa biliosas que se parece a la bilis, entonces en el momento era verdoso.

00:37:37 PREGUNTA:

¿Y dice que ese día para el 29 se tornaron en fecaloides, qué es eso?

00:37:43 RESPUESTA PERITO:

Que es aspecto como materia fecal, que es ya un poco más oscura, café parecido al popó y huele a popó.

00:37:50 PREGUNTA:

Ya y dice que he presentado dolor de flanco derecho con disminución de la diuresis Por favor doctor. ¿Me explica eso?

00:37:57 RESPUESTA PERITO:

Eh significa que hay, pues que hay dolor abdominal hacia el cuadrante derecho hacia el flanco. Es el lado derecho del abdomen, como la zona de medio, los cuadrantes superiores e inferiores el blanco Y tienes el radio del sitio, ya que está empezando a disminuir en la vía urinaria es estar pesando a dejar de orinar de eso, bajar la producción de orina.

00:38:24 PREGUNTA:

Ese 29 ahí mismo le dice que presenta signos inflamatorios alrededor de la herida posquirúrgica. ¿Qué es edema?

00:38:41 RESPUESTA PERITO:

Son signos de respuesta inflamatoria local el edema, pues que está hinchado rubor, pues que está Colorado que está rojo y es ese rubor o eritema es eso y demás que está enchufado y dolor, pues que en la zona se torna dolorosa a al al examen o la manifiesta al paciente como dolor alrededor de la herida.

00:39:03 PREGUNTA:

Bueno, ella refiere ahí De que ella había consultado como yo lo miramos anteriormente Por consecuencia del único que traía Y que le dieron control ambulatorio pero que no mejoró. ¿Cree usted que ese control ambulatorio cuando ella llegó con ese vómito? ¿Fue el adecuado o debió ser hospitalizada inmediatamente?

00:39:37 RESPUESTA PERITO:

Ahí dice, en mi concepto yo creo que había sido dejado hospitalizada porque ya le está manifestando que está intolerante a la vía oral, o sea, está vomitando el vómito, Es un paciente que no se va a poder hidratar adecuadamente en su casa, no va a poder consumir sus líquidos o alimentarse adecuadamente, entonces puede que su estado de deshidratación empeore y vemos que empezó a disminuir el gasto urinario. Quiere decir que está deshidratada y tenía signos inflamatorios había que descartar una infección o una sepsis severa en ese punto. Porque hay compromiso de la función urinaria, la función renal.

00:40:21 PREGUNTA:

Entonces que ya regresa y dice que no había mejorado a pesar de que la mandaron con el mando ambulatorio. Es valorada o atendía no sé la palabra por el doctor Juan Carlos Valencia Salazar.

00:40:35 PREGUNTA:

Quien manifiesta que hay una complicación y tradicional que ahí hay un proceso séptico que se inicia sin choque hasta ese momento y decide pasar de inmediato a cirugía para la para autonomía explorativa y actuar de acuerdo con los que se Halle. Eso fue correcto doctor o eso o apresurado, ¿o eso era lo que había que hacer?

00:40:55 RESPUESTA PERITO:

No, eso era lo que había que hacer, la paciente está aséptica y el foco está en el abdomen. Lo que hay que hacer es operarla de manera inmediata. En este caso hay otras circunstancias de otros pacientes, pero en este caso el el manejo era ese llevar la cirugía.

00:41:40 PREGUNTA:

Dice que presenta el cuadro abdomen agudo secundario a perforación intestinal. ¿Aclara mi doctor, qué es eso de De la perforación intestinal y esa Que no que no que en lo ¿Qué quiere decir eso?

00:41:58 RESPUESTA PERITO:

Bueno abdomen agudo es que hay un dolor abdominal con unos signos que implican una condición clínica comprometida y que el paciente.

Muy seguramente necesita una solución quirúrgica y digo claro esto porque hay cabrones agudos que no son de operar, pero en este caso sí, porque estábamos pensando en que una sepsis una peritonitis, entonces esa es una actitud y perforación intestinal. Es eso que tiene roto, por así decirlo, un hueco, una perforación en las hazas intestinales, por eso estaba saliendo líquido intestinal a través de la herida también que se menciona en algún momento de las de las valoraciones de La historia. Clínica.

00:42:46 PREGUNTA:

Bueno, se dice que entonces era consecuencia de su segundo ataque escrito en la epicrisis fue llevada a laparotomía exploratoria, primero que es aparato exploratorio ¿Y si eso era lo que había que hacer ante estos síntomas?

00:43:00 RESPUESTA PERITO:

Si señor. Laparotomía es abrir el abdomen y exploratoria es que voy a ver qué me encuentro y actuar en consecuencia con lo que encuentre. Es un término que es la parte que exploratoria es el término genérico, por decirlo así de todos los pacientes a los que les abre el abdomen para sacarle o resolverle cualquier problema que me encuentre.

00:43:23 RESPUESTA PERITO:

¿Y eso era lo que había que hacer sí?

00:43:25 RESPUESTA PERITO:

sí

00:43:27 PREGUNTA:

Dice que requirió dosis altas de vasoactivo. ¿Qué es eso?

00:43:33 RESPUESTA PERITO:

Medicamentos que se utilizan en infecciones muy graves que tienen compromiso de la presión arterial. O sea, ya están en shock séptico, entonces necesitan medicamentos que mejoran la presión arterial como la norepinefrina y la vasopresina para mejorar la presión y ante la perfusión de los órganos para que el paciente no sumario.

00:43:56 PREGUNTA:

Dice que después de eso, entonces La llevan a la UCI. En el procedimiento o la decisión de llevar a la UCI para continuar manejo integral, el correcto ¿o había que llevarla a otro sitio más especializado o se podían enviar para la casa?

00:44:13 RESPUESTA PERITO:

No a la UCI, todos esos pacientes van a UCI, paciente que necesita soporte a supresor y estabilidad dinámica requiere ventilación mecánica en soporte vital avanzado. Tiene que estar en cuidados intensivos y así fue que se trasladaba la UCI.

00:44:26 PREGUNTA:

Ya dice que se le colocó en línea arterial radial izquierda 20 g, guiado por ecografía Y cym Truman, guiado por ecografía. ¿Qué es eso, doctor?

00:44:38 RESPUESTA PERITO:

Línea arterial es un catéter que se coloca dentro de la arteria para monitorizar la posesión arterial de manera continua estricta ¿Cada vez que los pacientes inestables, La monitorización con el tensiómetro usual de intención nuestro digital visual no es confiable y es muy triste. En cambio, la línea arterial permite al momento de ir a la ciudad, ha sido de la presión arterial de manera muy exacta dentro de la arteria es la línea arterial. Y el CD venoso central que se puso por vía interna, entonces es una de las vías de acceso para colocar un catéter.

PREGUNTA:

Vale ya la pregunta que iba a estar en ese procedimiento de continuar o ¿esa decisión de continuar con manejo integral, colocando esta línea, etcétera que usted me ha dicho era el recomendado, el adecuado?

00:45:48 RESPUESTA PERITO:

Sí, señor.

00:46:03 PREGUNTA:

Y se dice que no presentó complicaciones y ¿cuando dice que no presenta complicaciones sin complicaciones, está diciendo qué que la paciente complicaciones sobre qué doctor sobre la colocación de esos estados, qué sería bueno?

00:46:18 RESPUESTA PERITO:

sobre el procedimiento, porque cuando no inserta un catéter venoso puede tener lesión vascular, puede tener un neumotórax, puede tener sangrado, buena toma puede tener algunas complicaciones que están, pues dentro del riesgo el procedimiento, lo mismo en la línea arterial. Poder hematoma poder lesión arterial, entonces se hace referencia a que no Hubo complicación de esos procedimientos.

00:46:46 PREGUNTA:

Ese informe doctor ya pasamos de la historia clínica, pasamos la epicrisis, ahora vamos a su informe usted dice que se trata de una paciente en estado de salud previo. ¿Bueno, estamos hablando a qué momento? Al 18 al 2018. En ese momento, pues si ella llega a consultar porque tiene una sintomatología y ordena, y/o le sugieren la cirugía. Me llama la atención que usted colocó estado de salud previo.

00:47:23 RESPUESTA PERITO:

Bueno es una paciente que tiene manifestaciones muy ocasionales de enfermedad, como fue el dolor en la basílica ambulatoria, la consulta externa.

00:47:32 RESPUESTA PERITO:

Que no tiene ningún impacto en su estado de salud, o sea, en nosotros esta en una escala para medir eso y para ver qué tan funcional es el paciente y ella era completamente funcional. Es lo que es una paciente que viene por consulta externa en ambulatorio para la seguridad programada.

00:47:53 PREGUNTA:

Seguidamente usted, colocado todo y seguidamente que presenta secuelas de múltiples procedimientos abdominales. ¿La señora ya había intervenido en su abdomen anteriormente y cuando hice múltiples ¿Cuántas podría haber sido y por qué doctor?

00:48:09 RESPUESTA PERITO:

Primero fue la cirugía de la vesícula, pues ella le hizo un esterictomia también. pero eso digamos que no interviene tanto en este en este problema. una extracción de la vesícula en la exploración de la viabilidad tiene algunas secuelas y ya después le hicieron la cirugía de la derivación, después tuvo que hacerse drenajes y lavados hasta que se manejó y se orientó la fístula Dice que desde el 2007.

00:49:49 PREGUNTA:

Gracias. una evaluación Eh riesgo beneficio. Qué es.

00:49:56 RESPUESTA PERITO:

Sí, señor.

00:50:04 RESPUESTA PERITO:

Porque la paciente primero, o sea yo en el balance riesgo beneficio, hay cirugías que superan el riesgo en ese sentido, son no practicables. Hay cirugías donde el beneficio supera el riesgo, así el riesgo sea muy alto, pero se decide tomar esa. Esa decisión se decide hacer el procedimiento en este caso es una cirugía de Rafa, es una cirugía de nivel dos de mediana complejidad que no es de alto riesgo y la paciente funcionalmente se encuentra. En condiciones desactivada cirugía y lo la propuesta, la cirugía, por lo menos en mis casos, yo les hago la pregunta es si le voy a mejorar su

calidad de vida operándola. Entonces es una paciente que está con dolor, que está consultando que le impide llevar su vida normal, pues hay que operarla y esa pues parece ser la situación por la cual se llevó a la al la cirugía.

00:50:58 PREGUNTA:

Bueno y usted seguidamente coloca que igualmente, pues no está exenta de complicaciones, o sea de antemano, el antemano se tiene de que pudo, podía haber complicaciones.

00:51:04 RESPUESTA PERITO:

Sí, claro.

00:51:10 PREGUNTA:

Eso es correcto.

00:51:11 RESPUESTA PERITO:

Correcto.

00:51:14 PREGUNTA:

A una pregunta que se le formuló usted contestó que no existe tratamiento diferente al quirúrgico para resolver una hernia o eventración -Que en la última entonces que la única alternativa sería no operar tiene sobre todo o me puede dar alguna explicación sobre esa base.

00:51:32 RESPUESTA PERITO:

Lo que pasa es que usted, o sea uno como paciente, puede decidir no operarse y correr el riesgo de que sea hernias el estrangule o puede que nunca pase, nadie sabe si va a pasar o no, ni cuándo el problema, cuando se estrangula una hernia es que se convierte una emergencia para resolver en cuestión de horas. Mientras hay dolor. Mientras hay síntomas, ese riesgo existe, ese riesgo que se estrangule la hernia existe, mientras la hernia no tenga síntomas, no tenga dolor, ahí no hay afán de operarla, pero el riesgo de de dejar la hernia sin operar es que se estrangule y entonces estamos en una situación, pero emergente y la única solución es esa. La única solución para una eventración de Una hernia es ir a cerrar el orificio con unos puntos o con una malla, o la solución es quirúrgica, no existe ninguna terapia o tratamiento por sedimento alternativo a una cirugía para cerrar un hueco en la pared abdominal.

00:52:35 PREGUNTA:

Gracias doctor en su informe y dice que la muerte, que es una probabilidad presente de todos los procedimientos quirúrgicos. ¿Esa probabilidad está presente en esta cirugía practicada por el doctor John Jairo.?

00:52:51 RESPUESTA PERITO:

Sí, señor, como en cualquier cirugía. Las probabilidades cambian de acuerdo con el procedimiento al estado del paciente. La probabilidad de morir implica depende de la de la anestesia de los antecedentes médicos, del tipo de procedimiento, de la complejidad de eso y pues estarán posibles complicaciones que pueda tener. Todo procedimiento tiene riesgos.

00:53:20 PREGUNTA:

Bueno, usted dice doctor que la paciente fallece por una peritonitis y un choque séptico, explique que es la peritonitis. ¿Y qué es el choque séptico que le Produjo la muerte?

00:53:33 RESPUESTA PERITO:

La peritonitis está infección de la cavidad abdominal que se provoca por esa fuga de líquido intestinal, en este caso que generó una infección y una inflamación severa Eh que compromete el proceso es el siguiente, uno hace una respuesta inflamatoria sistémica, esa respuesta inflamatoria sistémica es alteraciones del pulso y la respiración de El examen de de sangre y a de la temperatura. Esos componentes en a en presencia de un foco infeccioso y constituyen una sepsis. Esa, una infección que estamos desarrollando puesta es una sepsis, una sepsis severa es una infección que además compromete la función de algún órgano. La función renal de la coagulación de la presión arterial, o sea el sistema cardiovascular respiratorio. Esto es una sepsis severa. Esa sepsis severa puede llevarlo a uno a un shock séptico. Un shock séptico es un paciente que la presión arterial se baja por debajo de lo de lo esperado, lo normal de lo necesario para sobrevivir. Se requiere intervenciones para mejorar Luisa presión arterial. Es un shock séptico cuando el paciente no mejora, no responde a las medidas, como los antibióticos, los vas a opresores, los líquidos y todo esto se llama shock séptico refractario y eso ya pues la lleva a morir en intentando es la probabilidad de morir en shock séptico En 40%.

00:56:03 PREGUNTA:

¿Bueno, dice usted que revisando la historia clínica fue lo que generó la muerte de la paciente? Fue una complicación infecciosa grave, que es lo que me ha explicado que es la peritonitis y dice por perforaciones múltiples del intestino Delgado. Como complicación de la liberación de adherencias

peritoneales, esas perforaciones Múltiples del intestino Delgado. ¿A qué se debieron? ¿Por qué se producen las perforaciones?

00:56:33 RESPUESTA PERITO:

Ese siempre se, Digamos, se sospecha cuando uno hace liberación de adherencias puede quedar el intestino como sufriendo, porque si algo así o puede quedar con algunos segmentos traumatizados o en riesgo como condiciones de aligación porque normalmente existe el riesgo de que uno liderando la herencia es pueda a abrir el intestino se enterotomía y cuando uno la la identifica, pues uno la sutura. Sin embargo, en la nota operatoria inicial dice que no hubo ninguna enterotomía, no hubo ninguna perforación y evidente, entonces es posible que esa perforación se produzca tardíamente como consecuencia de esa liberación de adherencias por el trauma que sufre el intestino en esas maniobras Pero pues es difícil Estar como una explicación más clara porque no o sea uno, sabe que es porque cuando uno lb de herencias, pues hay tejido intestinal que queda como un debilitado, por decirlo de alguna manera más castiza.

00:57:41 PREGUNTA:

Doctor debilitado Consecuencia de la cirugía. ese debilitamiento, yo voy a hablar en términos jurídicos y se lo explico, podría ser, ¿Una culpa o un dolo? El dolo es la intención de que eso quede cortado. Ahí la culpa es descuido dejadez y entonces hace las cosas mal hechas y por eso se debilita. ¿Eso pudo haber ocurrido el uno o el otro en este caso o es algo accidental normal que puede ocurrir en este tipo?

00:58:18 RESPUESTA PERITO:

Es algo que puede ocurrir dentro de estas cirugías. Ese riesgo existe y es previsible por el médico antes de suturar de que de que de que de que de que, eso pudo haber quedado. Mira que no quede ninguna fuga y en ese caso, pues ya puedes cerrar. Hay pacientes que tienen unas adherencias que son imposibles de de liberar. Hay algunos que nosotros en el lenguaje médico llamamos abdomen hostil. Que es un abdomen que tiene muchas agencias de muy difícil de separación y otro que es el abdomen bloqueado. Hablé en congelado que es imposible separar entonces a esas situaciones se pueden presentar y el riesgo que hay cuando uno intenta liberar encías y yo se lo digo a mis pacientes puede quedar igual o peor que al principio or lo que nosotros siempre se los hacemos saber.

00:59:18 PREGUNTA:

¿Listo señala usted dr que esa atención, o sea, hablando de la que hizo el dr Jairo fue adecuada y ajustada a la práctica clínica? Explícame doctor, Adecuadas para la práctica clínica, era lo que había que hacer mucho bien.

00:59:39 RESPUESTA PERITO:

Sí, señor, yo sé como dicen ustedes, la Lex artis, así es la cirugía se hizo como se hacen todas las cirugías.

00:59:48 RESPUESTA PERITO:

De eventorafia, liberación de herencias Liberando el saco, en este caso solo el saco y se libera unas adherencias, se cierra el saco y se pone una malla en el orificio herniario para reforzar la pared abdominal. No se hizo nada diferente a lo que se hace, usualmente es lo que se hace protocolariamente en este tipo de cirugías.

01:00:10 PREGUNTA:

¿Usted dice doctor? que se podía optar por operarla o no operarla, cierto, pero que de no operarla podría entonces presentar complicaciones y hay cierta por urgencia y que los resultados serían iguales, los resultados serían en esa de no operarla Abriendo la operado se había presentado el mismo, el mismo, ¿la misma complicación?

01:00:37 RESPUESTA PERITO:

Ay si no si no se hubiera operado como le digo, puede que no hubiera pasado nada y ella hubiera podido vivir con su hernia dolorosa. YY es posible que no. Pero el riesgo que tenía a una hernia, una eventración dolorosa y que no se opera, es que si fuera estrangulada como le digo eso nadie sabe si va a ocurrir o no y nadie sabe cuándo va a ocurrir, pero si ocurre se convirtió una emergencia para resolver en cuestión de horas porque en cuestión no se muere en 6 horas, entonces cuando se estrangula excelente, sino no le llega sangre porque ya no tiene apretado y eso hay que resolverlo en 6 horas y puede terminar igual o peor porque usted puede terminar entrando en el la urgencia si puede tener más riesgo de abrir, de hacer enterotomía, de perforar el intestino, igual le tocaría de la plaza de herencias para quitar el plazo intestino, volverlo a pegar. Eso puede filtrar la perrita. Es posible que haya terminado igual si no hubiera operado, pero no hay forma de saberlo.

01:01:39 PREGUNTA:

En su análisis técnico ya para terminar su informe Usted habla de que ella tuvo una consulta externa y que allí se le programó una cirugía. ¿Cuándo usted habla de programó s algo que se le hace inmediato o se hace días después, de acuerdo?

01:02:03 RESPUESTA PERITO:

A la cirugía programada puede tardar semanas o meses, depende de la condición del paciente. Ese paciente usualmente se debe tomar unos cuando viene a ambulatorio y le llamamos nosotros que viene de su casa a una consulta para evaluar y programar una cirugía, pues uno lo examina, le propone el procedimiento si el paciente lo acepta, entonces uno hace en turno para la cirugía, que es para mandarlo a programación. Le mando los paraclínicos prequirúrgicos básicos, dependiendo del de las enfermedades del paciente. Lo mando a una valoración prequirúrgica por el anestesiólogo que le va a explicar la técnica anestésica y los riesgos de anestesia y de eso la programación en programación, informar al paciente, fecha y hora en la cirugía o sea que es algo que puede tomar semanas o meses.

01:03:13 PREGUNTA:

¿Correcto usted señala de que no encontró en la historia el documento firmado o del consentimiento informado, es eso correcto?

01:03:22 RESPUESTA PERITO:

Sí, correcto, no estaba. Yo revisé toda la historia.

01:03:25 PREGUNTA:

Sin embargo, le pongo el presente de que la clínica aportó Un documento de consentimiento informado del anestesiólogo y de los procesos y otros a través del procedimiento médico que se le iba a hacer firmado por la señora la paciente y por su esposo que estuvo allí. ¿En ese ese documento que se presenta que usted no conoció por lo regular? Le pregunto antes de hacer una cirugía se le explica a la persona como usted lo dijo y estoy en la que Toma la decisión.

01:03:57 RESPUESTA PERITO:

Sí, señor, por eso lo firma yo no le explica en o no le explica en cristiano y lo escribe y lo escribe, lo diligencia en términos castizos explica, por ejemplo, a extraer la vesícula no le pone colecistectomía porque el paciente no entiende que es colectomía, que no le cuesta la vida y riesgos, Ah, que sangrado que infección, que fuga que te permite este tanque hermano se pone en términos castizos y una vez que el paciente da su consentimiento. Entonces tu buscas explicar

01:04:28 PREGUNTA:

Sí, el documento no aparece, quiere decirle que no hubo consentimiento informado o sí lo hubo y lo que hubo. Un extravío del documento. ¿Cree usted, doctor?

01:04:37 RESPUESTA PERITO:

Sí, señor, suele pasar también que además, cuando está en físico Hay muchos. Bueno, las clínicas lo manejan diferente, entonces algunas veces el paciente se llevaba el documento en su mano afuera de la consulta, algunas partes de funcionar así se puede perder. En algunas partes ese documento se iba de la consulta. Llegaba alguna parte del archivo, pero no aparece ya luego en la en la. En el momento de la cirugía y tocaba volver a hacer otro. Pero cualquier momento, cualquier, incluso en algunas partes, todavía funciona así. Hay que hacer dos consentimientos, uno es del cuarto consulta y uno en el momento de la cirugía que porque a veces el cirujano que Lopera no es el mismo, entonces te cambiar el consentimiento, pues hay varias cosas que pueden explicar el que no haya el documento firmado, pero pero claro, no ideal existes está incrementado hace mucho rato.

01:05:31 PREGUNTA:

En su concepto en su práctica en su práctica diaria. En su ejercicio. ¿Se presenta se pueden presentar casos, ha visto casos donde se haga esa cirugía? Con el de Anestesia, etcétera, etcétera, sin que le hayan explicado a la señora sin que se haya obtenido el conocimiento de ellas allí sea verbal.

01:05:52 RESPUESTA PERITO:

Solo en las emergencias, en las urgencias vitales o en las urgencias manifiestas, no se le pide permiso y se le pregunta a nadie, prima la vida y se opera sin preguntar. El resto siempre se le pregunta al paciente.

01:06:05 PREGUNTA:

Que no es este caso.

01:06:07 RESPUESTA PERITO:

Que no es este caso.

01:06:15 PREGUNTA:

Dice usted que doctor que me llama la atención de texto que me he venido explicando que el presidente fue correcto, que era lo que había que hacer, que había que operar, que si ella no operaba, cordial riesgos, depuramiento, etcétera, etcétera, etcétera, que eso es lo que ya para el descartes que usted me pidió que me dijo que eso es lo normal, pero yo te dice acá y me llama entonces Dos párrafos, dos párrafos de su informe final de su, De su, de su, de su análisis técnico y dice. La oportunidad en cuanto a la atención no fue adecuada, entonces ahí sí hablemos de la oportunidad y adelante mente entonces hice la paciente, se le solicitó valoración por cirugía La cual no fue respondida sino hasta 12 O más horas después explíqueme eso, doctor, porque me llama la atención la oportunidad. O esas 12 horas fueron normales Para para preparar.

01:07:08 RESPUESTA PERITO:

Ahí es ahí es donde yo creo que radica una parte del asunto, si a uno le, o sea lo que está en la historia porque una pues lo que está escrito es que le piden una interconsulta por cirugía. La paciente, una valoración y el cirujano la evalúe a 2 horas después. Si yo tengo una peritonitis, si tengo una infección grave 12 horas es bastante tiempo para para encarar resolverla Eso se debe hacer antes y eso es lo que me refiero con la oportunidad, porque cuando la ven entre dicen sí hay que operarla y ya pasaron más de 12 horas, entonces ahí sí me parece que puede haber impactos en su condición clínica que se pudieron haber mejorado, habiendo hecho una intervención más temprano. A eso me refiero con la oportunidad.

01:08:04 PREGUNTA:

Pero está es la segunda cirugía, no la primera, porque la primera tenencia que programada es correcto? Sí.

01:08:13 RESPUESTA PERITO:

Sí, sí, sí, correcto a lo que me refiero ahí es cuando se pide la interconsultas. La paciente llega a urgencias con sus síntomas y piden la valoración por cirugía cuando ya está cruzando con la peritonitis, que es cuando le estás haciendo el líquido intestinal por la por el tren, cuando ya tiene respuesta inflamatoria, cuando tiene el dolor, el vómito y todo. Esta situación es el momento. Creo que me hago, hago referencia. En la primera siguió el programa electivo, en la cual no es no hay una cosa, tal como la oportunidad, o sea, ese programa ya se superó. Entonces pues, Que que la paciente en la consulta urgencias le piden al cirujano que la vea en la inter consulta montada en el sistema o en las notas que yo veo ahí y está interconsultas contestados. Era el más tarde. Entonces ahí sí creo yo que que normalmente una urgencia de estas en muchas partes, la norma es que sea

lo más breve posible en una breve posible es lo puede vivir en menos de 2 horas. Para responderle ahí en caso necesario, llevar el paciente aquí la cirugía antes de 6 horas.

01:09:17 PREGUNTA:

¿Usuario de 2 a 6 horas máximo, cierto?

01:09:20 RESPUESTA PERITO:

Pues si el ciudadano está ocupado, sí, A eso me refiero con la oportunidad.

01:09:37 PREGUNTA:

Y tú también indica que se solicitó un insumo que no era mandatario para esa reintervención. ¿Para esa segunda cirugía no la firmó la segunda, qué?

01:09:47 RESPUESTA PERITO:

La segunda. El el colega, en su nota manifiesta, necesitar terapia vac es, sí, es verdad. La paciente necesitaba terapia vacío, pero el no tener la terapia vacío comercial en ese momento que el cual en ese momento de pronto no era tan común. Hoy en día disponemos más de ese insumo, Pero para ese momento Desde el año 93 Fue instituido y mundialmente conocida la bolsa de Bogotá. Entonces conocida en todo El Mundo por todos los cirujanos, conocen la bolsa Bogotá. Entonces una opción era haberlo operado, haber controlado el daño, la contaminación, control de daño se refiere A una estrategia De vamos a controlar la contaminación y el sangrado, vamos a mejorar sus condiciones y luego la vamos a recuperar para resolver algunos problemas en lo posible. A eso me refiero con control de daños, es una estrategia que utilizará inicialmente en cirugía de trauma, en pacientes están muy graves que no aguantan la cirugía larga, entonces uno entra Haz una cirugía abreviada en la cual con toda la contaminación control del sangrado le pone el abdomen con una el plástico de Del suero de Sudáfrica. Es la bolsa de Bogotá y lo manda a cuidados intensivos, lo mejora y vuelve y lo que era ya no usamos viajes porque tiene unos sistemas de vacío. Los sistemas de vacío pueden ser artesanales, un nuevo tipo barker. Que creo que lo mencionó ahí en el dictamen, el tipo barker es un sistema de vacío que uno usa con un plástico estéril. Abriguitos lo ponen en las tetitas y le ponen unas compresas con una sonda Y lo conecto luego lo sella con un apósito estéril transparente, tenga el esteroide, cualquier cosa es y lo conecta con una sonda a una succión continua para ir drenando líquido intestinal. La infección varía entrenando y va a ir deshinchando las típicas para luego operarla en una próxima ocasión, dos 3 días después. Depende de la condición del paciente para ir a intentar resolver esas complicaciones. Esa es la estrategia que lleva control de daños. Y el abdomen abierto que se esta situación que le comento es la que es, es una

parte de esa estrategia, entonces no era mandatorio operarla teniendo sistema de vacío comercial Se podía haber operado como se operó, como como se hubiera operado tradicionalmente sin tener ese insumo.

01:12:23 PREGUNTA:

¿Bueno y al final usted ya remata entonces diciendo doctor el nivel y la tensión fueron consecuentes con el estado clínico de la paciente Todos estos dos Anotaciones anteriores inmediatas ¿no sé contradice el doctor entonces esto con lo que me está diciendo que faltó oportunidad?

01:12:52 RESPUESTA PERITO:

Sí Ah sí, podía sonar contacto, pero la paciente, al ver su condición, fue remitido a nivel 3 A un nivel superior entonces en ese sentido, pues de acuerdo con su condición, porque así yo lo hubiera operado en el nivel dos Con el sistema así yo artesanal o comercial o con la bolsa de Bogotá. Esa presentó a tener que ir a cuidados intensivos y va a necesitar un manejo. Mucho más complejo que el nivel dos y a eso me refiero con que fue intervenida y fue hecho de acuerdo con el nivel de complejidad. Esa paciente se, o sea la cirugía de control de daños o no la hacen, en donde toque Hospital en dos o en 3, pero inmediatamente terminada la cirugía, esa paciente tiene que ir a cuidados intensivos y eso ya asumió en 3 cuatro de complejidad. Entonces a eso me refiero con la oportunidad de la atención en cuanto a nivel de complejidad.

PREGUNTAS PARTE DEMANDANTE:

01:14:54 PREGUNTA:

Leyendo la historia clínica a partir de la fecha en que ella regresa con el dolor que fue el 27. Quisiera preguntarle lo siguiente: A ella le terminan, perdón el 28. ¿Que qué significa cuando haya la valoran el 28 de octubre a las 6:42 h? Que van a descartar los usan intestinal y bien exámenes de ayuda diagnóstica. Pero yo no la veo alguna ayuda diagnóstica el 28 de octubre que...

INTERRUPCIÓN DESPACHO

Doctora Miriam, doctora Miriam, le voy a pedir un favor. la dinámica y que no rinda sí alguna explicación más corta y acá la pregunta directa, no me haga varias preguntas, porque entonces nos quedamos.

01:15:49 PREGUNTA:

Bueno, vemos que el 28 de octubre del año 2018 en la paciente empieza con materia fecal. ¿Nos podría señalar cuáles hubieran sido las ayudas pertinentes? En ese momento.

01:16:05 RESPUESTA PERITO:

Con salida fecaloide por la herida. Por la herida no hay, no hay muchas ayudas diagnosticas, hay que Llevarla cirugía.

01:16:29 PREGUNTA:

¿Porque me puedes explicar, por favor, por qué la mandan? A valoración médica familiar, estando dentro de un contexto de la situación que presentaba la paciente, no entiendo para que la valoración de.

01:16:49 RESPUESTA PERITO:

No lo sé. No sé para qué fue solicitada el médico familiar.

01:16:56 PREGUNTA:

Se ingresa el 28 a las 6:42 h et al oral el 29 por el medicina familiar, el 28 por medicina familiar y el 29, pero el 29 se encuentra ya a las 11:44 h en estado crítico y solamente vemos que hay una radiografía de abdomen, se fue pertinente examen.

01:17:21 RESPUESTA PERITO:

Cuando se sospechó que había una obstrucción, pues está de acuerdo con esa sospecha.

¿Qué otro examen hubiese ayudado a la paciente teniendo en cuenta su situación del día 28? Estamos hablando del día 28.

01:17:39 RESPUESTA PERITO:

Un acto, monografía de abdomen, un TAC abdominal con contraste, se hubiera podido realizar, pero depende de las de la situación.

01:17:52 PREGUNTA:

Bueno, tenemos que el 29 de octubre ya, pues tienen los resultados de la radiografía de abdomen que dice que el nivel es abundante contenido fecal ¿que significa autor de esa situación para la paciente?

01:18:07 RESPUESTA PERITO:

Que el intestino está quieto, que el intestino se ha quedado quieto, que que una obstrucción que puede ser mecánica o puede ser funcional en el cual se produce un nivel de siderosis que no progresa, no se mueve adecuadamente el contenido intestinal hacia el colon y el recto y hacia su ex eliminación de sus más que lo que significa.

01:18:34 PREGUNTA:

Bueno el 29 Cuando así como lo apuntó usted, que pasaron 12 horas para que la citada fuera valorara el cirujano que era lo que estaban pidiendo desde antes. Él la valora y ordena una laparoscopia exploratoria, pero esa esa laparotomías protectoria me puede indicar, usted sí se la realizaron allí o en la UCI ya cuando la la remix.

01:18:57 RESPUESTA PERITO:

No hay ni ni ahí ni en la UCI se hizo en la Uribe de urgencia. Apenas llegó la señora urgencias de la clínica Tomás olivo. Perdón todos viendo, Rafael Uribe Uribe.

PREGUNTAS PARTE DEMANDADA Y LLAMADAS EN GARANTÍA:

01:20:30 PREGUNTA:

Bueno, la primera pregunta, tengo algunas preguntitas para hacerlo y son las siguientes.

Doctor Monar existe en la literatura Médica alguna investigación que sustente el manejo no quirúrgico de las hernias ventrales posicionales.

01:21:03 RESPUESTA PERITO:

Ah no que yo recuerde no es que es Un es un tema muy amplio, pero hay reportes de manejo no quirúrgico, es sí, sí, los hay de las hernias asintomáticas porque, como lo explicaba, cuando el paciente tiene una hernia asintomática, significa que la propuesta ayude es cero y el paciente iba a tener un infarto, un cáncer, una, se ve alguna otra cosa mucho antes de que se complique la hernia entonces hasta hace 30 años, tal vez o 25 años tal vez que era mandatorio que dar todas las hermanas, hay una acción en cirugía que decía hernia diagnostica hernia operada. Eso fue lo que nos enseñaron hace 30 años, 25 años pero de años para casi aparecen reportes, pero no tengo presente en este momento que hablan de de esa situación en la cual en el paciente con una eventración asintomática, pues se puede manejar no quirúrgico porque no le vamos a resolver ningún problema ni apruebe ningún riesgo grande y en casos donde el riesgo supera el dometic, por supuesto pacientes que no van a aguantar la anestesia es como una función cardiovascular

muy pobre y con una muy pobre, pues toca dejarlo sin operar YY apretar los dedos, cruzar los dedos para.

01:22:45 PREGUNTA:

¿Correcto, pero usted quiere entonces explicarle al juez o a la audiencia de acuerdo la pregunta que le hice teniendo en cuenta que usted se refería era a infracciones sintomáticas?

01:22:58 RESPUESTA PERITO:

O sea, a las sí a la impotencia en general, hay igual pacientes que mientras no sean dolorosas no hay que esperarlas. Cuando un defecto son muy grandes es a veces imposible o quedarlas pero sí existen reportes de pacientes de manejo no operatorio de la de la hernia incisional.

01:23:21 PREGUNTA:

¿Siguiendo pregunta, doctor, considera usted doctor que la paciente Nubia Bejarano tenía indicadas la cirugía consistente en eventorrafia con malla de adherencias?

01:23:38 RESPUESTA PERITO:

Pues ya como lo llama manifestado antes en el dictamen y ya creo que cuando estás acredita sí llama consulta y ha sido re consultante por dolor abdominal. Entonces hicieron un estudio, se descartaron otras entidades que podrían explicarlo y al y al parecer estuvo incluso alguna consulta de urgencias por el dolor. Entonces en ese si la hernia era asintomática, estaba invitada a la seguridad, por supuesto.

01:24:09 PREGUNTA:

Doctor, de acuerdo a lo que usted conoció la historia clínica el doctor John Jairo Valencia de acuerdo a su especialidad, le correspondió practicar esta cirugía ¿Cree usted considera usted doctor que de acuerdo a su especialidad quirúrgico idóneo para practicar este tipo de procedimientos, estaba preparado el doctor John Jairo de acuerdo a su experiencia? ¿Acuerdo de los conocimientos usted tiene, según historia clínica para realizar este tipo de cirugías?

01:24:41 RESPUESTA PERITO:

Sí, señor.

01:25:09 PREGUNTA:

Siguiente pregunta, doctor, ¿cree usted que la cirugía sí era importante para quitar los síntomas de calidad de vida y reducir los riesgos de encarcelamiento insuficiente.

01:25:24 RESPUESTA PERITO:

Sí, señor.

01:34:06 PREGUNTA:

Ahorita usted me le mencionaba el despacho que que pues hay varios antecedentes de esta paciente antes del ingreso a la clínica palmira, en octubre del 2010 del 2018. Estos antecedentes pueden determinar que la señora melanuria tuviese un abdomen hostil como usted lo mencionó ahorita.

01:34:37 RESPUESTA PERITO:

Sí, claro, por supuesto. Es la la razón porque ya fue operada previamente y al momento. No existe ningún examen, ningún procedimiento diagnóstico, no existe nada que me haga prever que tan Pegado a estar, simplemente 1 lo resuelve cuando entra y lo y lo lo encuentra Y, pues obviamente esto es secundario a los procedimientos quirúrgicos previos.

01:35:12 PREGUNTA:

Gracias doctor Carlos doctor Carlos. Una pregunta y esta y esta condición de abdomen hostil fue incrementar los riesgos en una cirugía, como en como la que específicamente ocurre en este caso, es decir, la cirugía adentro Rafael.

01:35:29 RESPUESTA PERITO:

Sí, señor. La liberación de derechas depende de la firmeza de la residencias y de nada agilidad los tejidos se puede tener esa complicación con mayor probabilidad.

PREGUNTA:

Gracias, doctor Carlos, y dentro de estos riesgos están y lo hago de manera conjunta para no, pues ser dilatorio entre estos riesgos está el riesgo de la perforación intestinal y de la muerte.

01:36:00 RESPUESTA PERITO:

Sí, señor.

01:36:07 PREGUNTA:

Una pregunta, doctor. Con respecto a porque se mencionaba en respuestas anteriores a la utilización de este dispositivo Pues el doctor afirma, dentro el dictamen pericial que que podía utilizarse un sistema de vacío no comercial sin embargo, yo viendo la historia clínica y las anotaciones que hay allí no solamente la clínica requiere este dispositivo, sino que también requiere otras otros insumos y quería preguntarle acerca de esta circunstancia, porque en la historia clínica YY si es necesario, señor juez, pues lo presentamos ante el periódico y ante la audiencia, pero en la historia clínica se dice y cito entre comillas. Mmm. Qué pena señor juez es, dice que hay instituciones están en alto riesgo la salud y la vida de la paciente. Si nos lleva a la mayor brevedad posible cirugía en una institución de nivel de atención superior que cuente con las condiciones que requiere la temperatura y el manejo médico quirúrgico integral de la paciente. Y aquí resaltó doctor Carlos, y aquí digamos que hago énfasis en la pregunta y es lo siguiente, monitoria invasiva disponibilidad de Banco de sangre con glóbulos rojos y plasma para transfusión, disponibilidad de cama en UCI para ventilación. Mecánica invasiva posoperatoria, disponibilidad de sistemas de cierre asistido de heridas por vacío o sistema de manejo y abdomen abierto, etcétera. Entonces mi pregunta doctor Carlos es. Dado que la clínica necesitaba todos estos insumos, ahí sí era necesario, pues remitirla a una institución de mayor nivel.

01:38:30 RESPUESTA PERITO:

Sí, claro, si no cuenta con las condiciones, sí puede ser remitida y manejar el video superior.

01:38:38 PREGUNTA:

Gracias doctor Carlos. Doctor Carlos una pregunta, Cuando la paciente se le diagnostica peritonitis. ¿Cuál es el riesgo de muerte? Al momento de que se le diagnostica la peritonitis.

01:38:59 RESPUESTA PERITO:

Bueno, pues depende de muchas situaciones, pero puede oscilar entre el 20 y el 40% depende de la de la causa y depende de impacto. Y si estas generalizando no de la velocidad, el de la acumulación y del riesgos a los que peritonitis superamos todos los días y recientemente y las causas apendicitis, perforaciones del colono, el estómago y depende de la situación clínica a la que es el paciente.

Incluso mucho menos en algunos casos, una pérdida territoriales en la actualidad, en realidad originalmente era peritonitis en el tiempo y en la condición química, porque no era un paciente apéndice competir y puede que salga bien da problemas. Calidad no es tan alta, pero yo diría que está más o menos en este rango.

01:40:06 PREGUNTA:

Usted en En a lo último del dictamen se fue mencionar se puede visualizar, yo veo acá en la última conclusión Espérame 5 segundos, señor juez. Aunque esto no significa que el resultado un que le resultado hubiera sido diferente, es decir, aquí si quiero preguntar, ¿Qué significa eso? ¿O sea, por qué? ¿Por qué se afirma, es dentro del dentro del dictador?

01:41:02 RESPUESTA PERITO:

¿A qué pregunta?

01:41:06 PREGUNTA:

¿Sí, la pregunta es la 11, dice, cuál sería la conclusión sobre lo que generó la muerte de la paciente? Nubia Bejarano y si se le presentaron los servicios médicos adecuadamente o sino deberás especificar dónde estuvo la falla.

01:41:21 PREGUNTA:

¿A ver doctor Joaquín esa pregunta, yo la formulé ya quedó absuelta? Por favor, no me repitas porque nos.

01:41:44 RESPUESTA PERITO:

Ya a lo a lo a lo que voy es que así la operes, le pongas antibiótico la lleves, a cuidados intensivos, hagas todo lo que está mandado a hacer, y si hubiera hecho en el momento correcto, no significa que por eso también se salvara de mortalidad. Hay un riesgo, así se haga todo de morirse por esas complicaciones. Así se haga todo en el momento adecuado, oportuno y correcto. A eso me refiero con con esa conclusión.

01:45:40 PREGUNTA:

Que pasa es que en respuestas que usted le dio al juez relación a las perforaciones usted mencionó la frase posiblemente sea tardíamente las perforaciones. ¿Ante ello quisiera preguntarle, es posible que entonces las perforaciones no se hubieran dado en la cirugía, sino que se hubieran dado posterior a ella y por favor, explique qué causas podrían causar esas perforaciones?

01:46:07 RESPUESTA PERITO:

Pues es como lo dije antes, evidentemente no se produjeron durante la cirugía porque no fueron evidentes, no fueron manifiestas, no están reportadas. En la descripción quirúrgica no se habla

enterotomía ni de sutura intestino. Posiblemente son tardías, me refiero a que se pueden provocar de 1 o 23, 4 días después, porque el intestino haya quedado como te digo, debilitado por decirlo de alguna manera YY esa eh, Debilidad de la pared hubiera progresado hacia una perforación. Usualmente las perforaciones se deben AAA la falta de riego sanguíneo o algún proceso infeccioso en este caso, pues posiblemente sea porque pues aquí no había un absceso ni había una peritonitis. Inicialmente probablemente se deba a que a esos segmentos intestinales el flujo sanguíneo haya sido insuficiente y por esa razón se hayan perforado no les llegaba suficiente sangre AA esas segmentos intestinales de las perforaciones eran múltiples, pero entiendo también la descripción habla de que son pequeñas entonces por esa razón, entonces cree uno que se vio nada debilidades de la pared después de la liberación de adherencias.

01:47:21 PREGUNTA:

Gracias doctor y quiero hacer una pregunta respecto al sistema vacc y el sistema comercial que usted indica en preguntan respuestas a preguntas que le hicieron en el dictamen y ante ello quisiera que usted nos precisara cuál es el sistema más beneficioso, el sistema vacc o, el sistema comercial que usted indica se llama flex

01:47:46 RESPUESTA PERITO:

No el viaje flex es la bolsa de Bogotá queda lo que usamos antes, el día flex es la la bolsa plástica en la que vienen los líquidos que le ponen a los pacientes esa loca. Esa bolsa tiene estéril entonces 1 la usa para cerrar el abdomen temporalmente, eso lo usábamos antes porque no existían los sistemas de vacío. Obviamente entre esa bolsa y el sistema de vacío, pues es mejor el sistema de vacío, y el sistema si yo puede ser artesanal, que es el barker, que es el que se hace con compresas sonda YY 1 lo puede hacer, pues no, no viene de una empresa, no viene una casa farmacéutica y el comercial que en el momento disponemos de varias marcas de de varias empresas y varias que, estamos en todas partes ya o están bueno casi todas partes, porque algunos sitios que no cuentan con esos sistemas de vacío y toca usar el sistema artesanal todavía, pero evidentemente entre un sistema de vacío y una bolsa de viaje, pues obviamente es mejor el vacío. Pero para la primera cirugía 1 puede dejar un día flex y en todos 3 días revisaba el paciente y ver si necesita el sistema de vacío o si se lo puede colocar o conseguirlo. En ese transcurso esos 2 días.

➤ **CONTRADICCIÓN DICTAMEN PERICIAL PARTE DEMANDADA – DR. JHON JAIRO VALENCIA**

PERITO: YUSTY ROMERO.

PREGUNTA:

Dice en su informe doctor que el procedimiento practicado a la señora para la corrección de la hernia ventral. Trae unos riesgos inherente al procedimiento. Y te señala ello una serie de riesgos. Eh y dice también que el puede ser un procedimiento de alto mediano OO mayor. Mediana hasta alta complejidad. Esta cirugía que se le practicó a la señora a la paciente a la doña nilda nubia. ¿Usted la considera que era de alto de mediano riesgo? De alta complejidad o de mediana.

RESPUESTA:

La cirugía como tal para la señora, teniendo en cuenta los antecedentes, señor juez, es una paciente que en su momento contaba con 66 años al momento de la cirugía. Pero con enfermedades quirúrgicas que comenzaron desde cuando tenía aproximadamente 46 años, o sea, desde el año 1996, la primera cirugía de la vesícula. Después, en el año 2007, reintervenir a varias veces por problemas de las vías biliares. Eh pancreatitis, obstrucción intestinal. Es una paciente que tenía múltiples cirugías abdominales que hacían que el procedimiento quirúrgico que se iba a practicar era de alta complejidad. De alta complejidad en este caso.

PREGUNTA:

Usted habla que algunas complicaciones. Tenemos, pero tras el fallecimiento. Editorial it's José pico. El floración intestinal y hemorragias. Según la historia, dígame despachos, si está anotado de estas complicaciones se hayan presentado.

RESPUESTA:

Señor juez en las anotaciones en la nota operatoria que rinde el doctor John Jairo Valencia, la operación transcurrió de acuerdo con esa descripción técnica, sin ningún tipo de estos inconvenientes. Las complicaciones se presentaron días posteriores a la cirugía o se manifestaron días posteriores a la cirugía, como fueron la perforación, la peritonitis, la sexys y la hemorragia. Ya y el fallecimiento y el fallecimiento finalmente.

PREGUNTA:

A la señora se le hizo esa cirugía que señalan aquí. La pregunta es, te respondió que la cirugía de evento rafia la CIA con maya está en dos escenarios. 1 normalmente y otro de urgencia que esta

última fue la que se le hizo a la señora. ¿La pregunta eres? En este caso, no fue de urgencia, inicialmente fue programada. ¿Es eso correcto de todo?

RESPUESTA:

Correcto señor juez, la primera cirugía que se le practicara señora por parte del doctor Valencia fue cirugía programada.

PREGUNTA:

¿Ya esa cirugía, el paciente dice usted que tiene la potestad de aceptar la aplazarla o rechazar el procedimiento? Que es una decisión consentida con el médico tratante y su familia. ¿Usted encontró dentro de los documentos alguna prueba o algún elemento que indica que la señora y su familia se cumplió con ese consentimiento informado?

RESPUESTA:

Sí, señor juez en la copia que yo recibí de la historia clínica aparece una fotocopia consentimiento informado. Firmado por el doctor Valencia, el procedimiento quirúrgico que se ha practicar, las complicaciones potenciales que aparecen allí descritas y la firma de paciente y testigos.

PREGUNTA:

¿Y recuerda usted quién es el testigo?

RESPUESTA:

No no, el nombre del testigo no se conoce.

PREGUNTA:

¿O alguna relación de ese testigo con la paciente que alguna?

RESPUESTA:

Generalmente se trata de un familiar en la persona que sirve o funge como testigo, suele ser un primo. ¿Esposo, en fin, alguien que está allí, que le YY es generalmente la persona que le acompaña a la cirugía, no?

PREGUNTA:

Ya dice usted que el paciente una vez ha sido informado, tiene la potestad de aceptar el procedimiento o de rechazarle. ¿Hay alguna anotación en la historia clínica o al documento anexo, el mismo donde la señora haya manifestado? O su rechazo, o sea, su decisión de que no se le hiciera el procedimiento quirúrgico por parte del Tour Valencia.

RESPUESTA:

En ningún momento aparece escrito eso, señor juez.

PREGUNTA:

El doctor. Usted habla en su informe de. ¿Un caso o un hombre que se llama enterotomía? Índice, que es una circunstancia donde el cirujano hace una apertura en el intestino durante el transcurso de una operación. Que este puede o no evidenciarse. En el acto mismo. Y, que solo se hace evidente en la evolución por operatoria. Que son complicaciones potenciales de cualquier cirugía que entrañan un riesgo especialmente incrementado en la cirugía, donde debe practicarse la liberación de adherencias peritoneales. Usted dice que la cirugía practicada a doña nilda novia tiene este componente de riesgo, haber doctor amplia al despacho. Este riesgo de que se produzca en la ciudad Siria de doña Nydia. ¿Le voy a tildar nubia esa caso de enterotomía, por favor?

RESPUESTA:

Señor juez, lo que pasa es que cuando el cirujano tiene que despegar adherencias como esos son cortinas de tejido que se adquieren entre las mismas segmentos intestinales o contra la pared. Ese despegamiento implica el uso de bisturí, bien sea bisturí, frío o normal, o sea la cuchilla o el electro bisturí. Siempre tenemos mucho cuidado de no romper el intestino. A veces nos ocurre en plena cirugía la rotura del intestino porque está tan empelotado que es muy difícil evitarlo, pero si nos damos cuenta en el momento, practicamos la sutura inmediatamente. Pero en algunos casos despegamos el intestino, lo revisamos. Y simplemente pueden quedar zonas de descubrimiento. Esa es una descubrimiento. Pueden posteriormente, unos días después de la cirugía, perder circulación de morirse, o sea, necrosarse y finalmente hacer una filtración. Pero es muy difícil, por supuesto preverlo durante el acto operatorio, porque 1 simplemente mira que haya integridad de la pared del intestino al terminar la cirugía. Pero si se manifiesta 3 o 4 días después, pues definitivamente fue algo que por más cuidado que se tuvo de todas maneras, se presentó por el descubrimiento de la pared del intestino.

PREGUNTA:

¿Habla usted doctor, de que existen unos factores de riesgo para que produzca esa enterotomía? Las operatoria habla ahí de unos de unos 6 factores de eso. ¿Estos actores que se pudieron haber presentado ahí usted me puede decir cuáles de esos se pudo representado en el presente caso?

RESPUESTA:

Bueno, aquí hay una situación importante y es que obviamente, entre más cirugías previas haya tenido la paciente más posibilidades de adherencias ha tenido si ha tenido procesos infecciosos intraabdominal es previos. ¿Se ha tenido episode? E inflamatorios previos como ella también lo los presentó, también puede estar presentes. Si hay un problema de obesidad, también puede ocurrir. ¿Entonces, es posible que se hayan conjurado algunos factores de riesgo para que hubiera ocurrido una enterotomía en este caso? Pero de todas maneras fue, digamos, hago que se manifestó, no durante la cirugía, sino posterior a ella.

PREGUNTA:

Dentro de una pregunta en esta clase de telefonía producida. Por el uso del bisturí o por cualquier aspecto o cualquiera de los implementos usados por el médico cuando se produce durante la. El procedimiento que hay presencia de sangre, hay presencia como estamos hablando del estilo de. De de de. De sustancias que están dentro del intestino que pueda alertar de que se incurrió o que se hizo una perforación.

RESPUESTA:

¿Sí, señor juez, cómo no? El primero, visualmente, el cirujano observa que comprometió la luz del intestino. 1 no tiene por qué ver la luz del intestino si él está íntegro, piensa en un lugar, empieza a salir su contenido. El contenido es un material de aspecto, su género es muy típico que decorador de aspecto que nosotros llamamos phalloides o intestinal que sale a través del roto que 1 produjo entonces. No hay lugar a dudas ni lugar tampoco a que pase desapercibido en un cirujano de experiencia que ha ocurrido una enterotomía y que por lo tanto de suturarla de enmedio.

PREGUNTA:

Doctor cuando se presenta esta enterotomía es obligación del médico, dejará anotación en la historia o en sus notas médicas, sus notas del médico que está haciendo la al respecto.

RESPUESTA:

Totalmente obligatorio, señor juez, eso tiene que quedar registrado en la historia. ¿Con qué material de sutura se suturó el segmento roto? ¿En qué lugar anatómico está localizada la zona del

enterotomía? La magnitud de la misma enterotomía, es decir que el tamaño tuvo. Y, por supuesto, eso obedece no solamente un registro técnico, sino también a la ética de 1 como profesional.

PREGUNTA:

Ya que en el presente caso con la señora. Con la paciente hay alguna anotación en la historia clínica o en las notas médicas en esa mismo que indique de que se presentó durante el procedimiento la enterotomía?

RESPUESTA:

Señor juez yo realicé la nota operatoria que registró el doctor Valencia. Y en primer lugar, técnicamente es una nota operatoria que se ciñe con el procedimiento operatorio que 1 suele hacer en esos casos. Y, en segundo lugar, no se registra que hubiera ocurrido ese incidente durante la operación.

PREGUNTA:

Ya durante la cirugía doctor se toman algunas fotografías o algún registro fílmico del procedimiento que se está haciendo?

RESPUESTA:

No suele hacerse cuando el cirugía abierta, señor juez en como en este caso. En la cirugía laparoscópica, como si él mismo sistema está dotado de la videocámara y la posibilidad de hacer el el récord de la operación. Puede quedar grabada la cirugía, pero en las en las cirugías abiertas, como no se trabaja con Cámara, no suele quedar un registro video.

PREGUNTA:

Ya en el presente caso quedó o no quedó el registro bibliográfico?.

RESPUESTA:

No, no solamente quedó el registro descrito, no más.

PREGUNTA:

Bueno gracias doctor. Esa enterotomía doctor. Eh ya me dijo que. No hubo advertencia de la misma porque no hay registro, pero se pueden presentar en forma inadvertidas?

Eventualmente señor juez, que puede ocurrir en forma inadvertida. Pero nosotros los cirujanos, cuando hacemos liberación de adherencias. Lo antes de cerrar al paciente antes de volver a determinar la cirugía. Hacemos una revisión completa de todo el intestino desde donde comienza hasta donde termina. Para verificar si de pronto a en algún sitio hubiera podido haber ocurrido una entrada a la luz intensa. Entonces es muy difícil, digamos que pasa inadvertida, aunque no quiere decir. Que pudiese ocurrir en el caso de rotitos muy chiquiticos, microscópico y que después se amplíen. Pues de repente no podría pasar, pero no, no es lo corriente y menos el cirujano de de experiencia, pues es mucho menos frecuente. 1 ya ha hecho una curva de aprendizaje suficiente como para disminuir el riesgo de que eso pase.

PREGUNTA:

Estoy enterando mía y la advertida doctor por parte del cirujano que está practicando procedimiento. No pueden deberse a descuido. Del cirujano.?

RESPUESTA:

Señor juez, lo primero que nos enseñan en la escuela de cirujanos es el adecuado manejo de los tejidos. El adecuado manejo de los tejidos significa el manejo gentil de lo que estamos tocando, porque son tejidos vivos y hacen parte de la integridad del paciente. Y nos preocupamos más por no dañarlos. Que realmente por por continuar la cirugía sin que le demos un manejo, digamos de muy cuidadoso. A todas las zonas que estamos tocando, entonces. No, de ninguna manera ocurre por descuido.

PREGUNTA:

Bueno, usted ya me dijo entonces que podrían ser esas perforaciones, digámoslo así, accidentales e inadvertidas. Lógico que no cabía en la cabeza de 1 de que lo fuera a hacer la prueba. De tu estilo Juan profesional por ética y la ocasionar un daño, pero puede ocurrir en el vestido. Ya me ha dicho de que el presente caso no hay anotación al respecto y que se puede dar posteriormente a la cirugía. Esa enterotomía también me ha comentado un seductor que la señora tenía unos antecedentes patológicos con cirugía y todo eso. Ese abdomen esa del sitio donde se hizo la el procedimiento en el cuerpo de la persona de la de la señora podía estar tan debilitada que posteriormente a la cirugía se haya. A consecuencia de eso producido esta ruptura, estas perforaciones generando la peritonitis y la septicemia de que trata. La historia clínica.

RESPUESTA:

Señor Juez realizando la historia, la paciente ella ya había tenido episodios previos relacionados con los problemas de adherencia. Las obstrucciones intestinales, De hecho, hacen parte de esta complicación de las adherencias peritoneales. Y es muy posible que ella tuviera lo que nosotros llamamos un abdomen hostil, un abdomen hostil, es un abdomen de difícil manejo, un abdomen donde está tan en pedo estado, todo con todo. Que al ir despegando, se va descubriendo mucho la acerosa y eso se convierte en un factor de riesgo importante.

PREGUNTA:

Bueno, usted me dice que posiblemente, pero en el presente caso se presenta el caso o una de una alta posibilidad de que ese abdomen fuera hostil?

Hay una alta probabilidad de que sea abdomen fuera suficiente.

PREGUNTA:

En cuanto a la cirugía entonces practicada por. El doctor Justin. Eh, como es programada, se emitirá un diagnóstico, se habló de una hernia, etcétera, etcétera. ¿Usted me puede explicar ese diagnóstico previo? Para tomar la decisión de las cirugías, por favor, doctor.

RESPUESTA:

Correcto. La paciente tiene un diagnóstico previo hecho de la consulta externa. Que es una hernia ventral y adherencias peritoneales. El procedimiento que se programa es electrografía con maya más lisis de adherencias. Más un colgajo de vecindad que el colgajo consiste en tratar de rearmar otra vez la pared abdominal y dejarla no solamente funcional sino lo más estética posible. Eh concuerda totalmente los diagnósticos con el procedimiento programado.

PREGUNTA:

¿Usted me dice Que para el 2007. El año 2007. En la clínica, entidad Nariño de Cali, la paciente presentó necesidades en todo entero. Rusia interrogación durante una operación y que así aparece en la respectiva epicrisis explíqueme doctor 7 es un episodio similar al que ocurrió. En el presente caso.

RESPUESTA:

Señor juez muy similar. Por eso le mencionaba al inicio de la audiencia que el caso de la señora al finalizar es simplemente una fotografía de final de las cosas, pero que esto comenzó desde el año

96, cuando fue operada por primera vez. Donde ya comienza a hacer adherencias después de la cirugía de la vesícula. Y en el año 2007, cuando tiene que ser operada en la clínica Antonio Nariño, donde ya De hecho presentó una enterotomía donde tuvieron que hacerle anteriorrange. Como usted puede ver, el cirujano lo registró en su nota operatoria y quedó en la epicrisis tan. Como consecuencia de eso, la señora terminó haciendo lo que sea una fístula entero cutánea, es decir. Que es erótico, no cerró del todo en forma inmediata, sino que posteriormente siguió manifestándose y fue drenando hasta la piel porque fue buscando salida hasta la piel de ese material intestinal hasta que cerró tiempo después, primero con un manejo que le hicieron de nutrición especial y ya después por cicatrización propia. Pero esto no las claras de que la señora, pues desde aquellos años ya venía presentando, pues dificultades en cuanto a la consistencia. Y, por supuesto, a la gravedad de las adherencias peritoneales que la venían a quejar.

PREGUNTA:

¿Al doctor una pregunta, usted tuvo acceso a la totalidad de la historia clínica de la señora?

Yo tuve acceso a dos historias, una que corresponde a clínica palmira hasta el momento en que sale remitida como urgencia vital para Cali. Y, otra de la clínica Rafael Uribe de Cali, en donde recibirá por el grupo de cirugía. Ah ya, el doctor Juan Carlos Valencia la hace la reintervencion, sí, cómo no.

PREGUNTA:

Y usted tiene registro OO vio registros en esa historia anteriores al año 2018, cuando ocurre el deceso de la señora y que se da la cirugía que estamos comentando ante el 2018, usted vio registro cronológico de ahí hacia atrás.

RESPUESTA:

¿Señor juez, cómo le parece que hay? ¿Allá hay un bache, cierto? Allá hay unabrecha. Desde el año 2007 de esa epicrisis del Antonio Nariño hasta el año 2017, cuando vuelve a consultar a la clínica palmira AA quejando. La los síntomas por la ventilación. Esto ocurre en nuestro sistema de salud, porque las IPS. Tiene cada una su propio sistema de información virtual que solo lo tiene la clínica en especial, pero no está interconectado. Entonces si usted acude, por ejemplo, hoy a una clínica, usted tiene una historia en esa clínica. Y mañana va a otra clínica y tiene historia en esa otra. Clínica, pero la PS no tiene un hilo conductor de todas esas historias, entonces por eso es que se presentan esos baches porque es posible que ella hubiera estado consultando en ese intermedio

a otros sitios donde desconocemos la historia, por supuesto, porque no está individualizada por IPSY no por PS.

PREGUNTA:

Ya cuando la señora consulta en 2018 ella estaba en la obligación de informar al doctor que procedimiento y en donde se le habían practicado desde el año 2007 al año 2018. O eso era. ¿O tentativo de hacerlo o no?

RESPUESTA:

Sí, a algunos pacientes les llevan a 1 el folder, algunos pacientes le cuentan a 1 porque no tienen el folder. Acerca de sus antecedentes y sobre todo, en estos casos de sus antecedentes operatorios. O es de pensar que el el cirujano que hizo la valoración de la paciente en consulta externa en clínica palmira, pues tuvo que haberlo interrogado respecto a estos antecedentes.

PREGUNTA:

Ya esa falta de información de 10 años, 2007 a 2018, casi 11 años. Pudo influir. En los resultados posteriores.

RESPUESTA:

Eh, pues señores señora. Es difícil, digamos, responderle allí porque desconocemos qué pasó, por lo menos como registro real que hubiera quedado cierto en en una historia. Si ella estuvo consultando algún servicio por algún motivo se hizo algunos otros episodios de destrucción intestinal. Lo único que se sabe es que en la nueva consulta que hace a la clínica palmira, ella sí llega quejando dolor abdominal y ya con un diagnóstico establecido de que sufre de una hernia ventral y de adherencia. Joder.

PREGUNTA:

¿Se hace la cirugía y entonces, de acuerdo a la historia, no tengo entendido que se hace la cirugía, la recuperación y a la señora se le da salida con un tratamiento ambulatorios es eso correcto? ¿Doctor? Hablamos de la primera cirugía.

RESPUESTA:

Señor juez no. Ella quedó hospitalizado un día en la clínica palmira y se le dio salida al día siguiente. Previa revista por parte del médico hospitalario, creo que fue el doctor Jorge Luis González quien anota que la evolución fue satisfactoria, que la encuentre en buenas condiciones. Le da salida con una fórmula médica el doctor Valencia ya había hecho una orden de control postquirúrgico, una le entregó una hoja de recomendaciones, una fórmula. Era una orden de retiro de puntos, pero la cirugía no fue ambulatoria, ya estuvo hospitalizado un día.

PREGUNTA:

No no yo digo que ya sale luego del del del de la cirugía, ella sale cuando ya sale del hospital. Lo que digo es que usted me dice un tratamiento ambulatoria en la casa, tiene que aplicarse esa recomendación y esos medicamentos.

RESPUESTA:

A señor, pues sí, qué pena es que nosotros llamamos ambulatorio al paciente que se opera y se va el Mismo día para la casa.

PREGUNTA:

Ah bueno listo, doctor, eso es lo que decía, que que si ya había salido y luego entonces hay una consulta de ella. ¿Creo que al día los 2 días, cuántos días son doctor que ella regresa nuevamente? ¿YY solicita entonces que presenta algunos síntomas, me puede decir en qué momento de que ella salió de la cirugía? ¿De la clínica regresa nuevamente y con qué síntomas regresó?

RESPUESTA:

Señor juez ya había consultado veces al servicio de urgencias de la clínica palmira. ¿La primera consulta fue el 27 de octubre a que es andolong dominar? Y pues manifestando que no, que no se sentía bien esa paciente la manejan en ese momento le maneja su dolor, el le hacen un periodo separación. Y después de una revaloración de según la nota que aparece allí, en la evolución hecha por el médico de urgencia que la paciente manifiesta sentirse bien que toleró la vía oral y se la da de alta con un diagnóstico presuntivo de gastritis. Y después, la paciente tiene un nuevo reingreso que ya es el 28. Que ahí sí reingresan no solamente con dolor abdominal, sino con vómitos sintiéndose pues. Eh peor de lo que había sido en la consulta previa y ahí sí cuando la dejan ingresar en el ingreso que ocurre el 28 de octubre, el año 2010.

PREGUNTA:

Ese ese reingreso me está hablando ese 28 de octubre. Ese ocurrió en horas de la tarde. Aquí hay un registro 6:42.

RESPUESTA:

Sí, sí. Sí, sí señor juez, con bueno a las 6:42 h a las 6:55 h fue valorada por lo el primer médico urgente.

PREGUNTA:

Y ella queda en la clínica. Ese regresamos, queda la clínica palmira.

RESPUESTA:

Sí, señor juez, ya que una observación en la clínica, porque el primer médico que la valora en ese segundo reingreso. La encuentra distendida, encuentra la herida colorada, la encuentra deshidratada y encuentra. Que ahí salida de material de aspectos de calor a través del de la sonda de drenaje, entonces decide dejarla le ordeno unos exámenes y pide una valoración por un médico especialista que en la clínica palmira se llama el médico familiar. El médico familiar en la clínica palmira, es un médico que está formado en el área de Medicina interna. Es un profesional e supremamente capacitado. Tienen muy alto nivel científico. Que están en capacidad de manejar pacientes de alta complejidad son, son médicos muy, muy bien formados desde el punto de vista científico en. El médico familiar que. Fue, según la espera, que el doctor Germán valora el caso y efectivamente establece que una paciente que se encuentra en estado crítico o séptica o observan los exámenes de función renal que están afectados. O sea que ya hay un insuficiencia renal, los riñones no están funcionando bien. La encuentra con acidosis, o sea, significa que que pues está caminando la lentamente hacia una sepsis. Y considera que muy seguramente hay una complicación intraabdominal, una peritoneo. Es y por lo cual se solicita la valoración a al cirujano general especialista en cirugía. Yo tengo yo le leyendo la historia clínica, observo que la médica de urgencia, la doctora Sarah villa. Ella valora la paciente y a las 21:51 h de la noche solicita la interconsulta cirugía general. Y el 29 de octubre a las cero cero 13:00 h de la noche, o sea 2 horas después 2:01 h tantos minuticos. Es valorada por el primer cirujano general, el doctor Carlos Andrés Quintero, el cirujano que se encontraba de turno durante la noche en la clínica palmira. Esa valoración ocurrió. 2 horas 10 minutos aproximadamente, después de solicitar el servicio.

PREGUNTA:

Bueno si ella entra a las 6:42 h. Hasta la 1:00 h de la mañana que le hacen esa otra. ¿Usted considera que es un tiempo prudencial o en la forma en la que ella vino conseguido, que traía? ¿Era perentorio que fuera inmediatamente valorada?

RESPUESTA:

Señor Juez, por supuesto, estos casitos entre más temprano se han valorado por el cirujano, pues es lo mejor cierto en el menor tiempo posible. No obstante, yo pienso que 2 horas no es un tiempo tampoco excesivo para la primera valoración, por la por la especialidad. Pero sí entre entre más rápido se valore, pues, por supuesto es mucho mejor. ¿Pero el disco? Asco y debemos tener en cuenta que el cirujano general de turno en la mayoría de las instituciones. Está operando otras urgencias, un herido, una una apendicitis. Otros pacientes que están solicitados para pasarle catéteres especiales que solo pase al cirujano, en fin. ¿Entonces, es posible que el cirujano en esas 2 horas, desde el momento en que la doctora villa pidió una interconsulta y la pudo contestar? ¿Haya estado ocupado en otro procedimiento, no?

PREGUNTA:

Tenemos el dispositivo. Del sistema VAC. ¿En la clínica palmira inicial es de nivel qué nivel de doctor nivel 123 qué nivel es?

RESPUESTA:

La clínica también es nivel dos nivel dos. Se llama complejidad media.

PREGUNTA:

¿Complejidad media y usted me dice que la señora presentaba una complejidad ALTA?

RESPUESTA:

Cuando ya retornó cuando ya retiró, sí, cuando retornó me volví en la. Cuando retiró en la segunda cirugía en la primera cirugía estaba Edad Media, sí. Correcto, sí, señor. En la segunda cirugía se volvió de alta complejidad. Sí, señor.

PREGUNTA:

Bueno, en esa segunda, cuando vuelva complejidad esa, esa clínica de segundo nivel cuenta con este dispositivo de sistema vac?

RESPUESTA:

Señor juez, el día de hoy sí, pero en el año 2018 el sistema, el sistema va, es un sistema relativamente moderno y nuevo para el manejo de los pacientes con heridas delicadas, con peritonitis, con abdomen abierto, con heridas en superficies. También se maneja en otras especialidades en ortopedia, cirugía plástica. En fin, es un dispositivo que está en auge más o menos en los últimos 10. Y se ha comercializado, digamos, y se ha autorizado por parte de las PS casi que en los últimos 5 años. Entonces he estado venido ganando terreno poco a poco. Entonces es muy posible que para el año 2018 todavía no estuviera disponible en todas las clínicas. El día de hoy, sí, pero en aquel momento. No no, no estaba disponible y su uso estaba sujeto a muchas especificaciones que tienen las casas comerciales, es decir, tenía que haber un soporte. No solamente se trata de poner el dispositivo, sino de tener a alguien a 1 que lo apoye para que quede colocado en forma adecuada.

PREGUNTA:

¿Este dispositivo VAC era indispensable o se podía hacer la cirugía sin ese dispositivo o con otro implemento para hacer esas ese tratamiento debido a la urgencia, esa segunda cirugía en la misma clínica palmira?

RESPUESTA:

Señor juez. Este esta paciente se pudo haber operado y llevaba cirugías, de repente haciéndole un procedimiento un poquito más artesanal que se llama bolsa de Bogotá, la bolsa de viaje flex. Que simplemente coger la bolsa de suero después de la barra del paciente. YY manejarlo más emergente, ponerla como una película de protección y pasar a la paciente a la unidad de intensivo con el abdomen totalmente abierto. Lo que pasa es que el el esta señora no solamente necesitaba una bolsa de Bogotá, esta señora necesitaba también. 1 ya que intensivo necesitaba hemoderivados, necesitaba de. Apoyo en en su problema renal estaba en suficiencia renal. Entonces yo pienso que aquí, pues si yo me hubiera concentrado en que solamente voy a solucionar y poner una bolsa de. Bogotá me hubiera quedado con el resto de problemas que tiene la paciente sin poderle dar manejò, puesto que eso requiere un manejo integral, cierto? ¿Entonces es cierto que de Report de repente en otro tipo de caso menos grave, menos crítico, pudiera haber utilizado la bolsa De Bogotá como Damos una medida inicial de control de daños, pero aquí estamos presidente ante un caso que adicionalmente a eso necesitaba otros elementos. Qué es lo que pasa cuando yo Llevo a cirugía una paciente tan crítica en una en instituciones donde tengo un solo equipo de cirugía consistente en un anesthesiólogo, un instrumentador o una enfermera especial para la sala. Donde la institución también se maneja Obstetricia, se manejan heridos, se maneja ortopedia, se maneja otra cantidad de situaciones emergentes y críticas que si yo llevo esta paciente

sin tener lo mínimo necesario como una cama en la UCI, sin tener sangre como derivados. Yo me quedo con la paciente en el quirófano y ese quirófano queda completamente bloqueado y puede quedar bloqueado por 12:24 h. Si yo tengo 3 cuatro cesáreas pendientes por bebés que están en sufrimiento fetal, esos cuatro niños los vamos a. Aprender si me llega un paciente con una herida precordial. Ese ese paciente lo voy a perder porque tengo a quirófano ocupado, bloqueado por una paciente por el motivo de que no tenga una disposición de una cama en la unidad cohesiva. La posibilidad de yo tener la disposición de la Cámara unidad intensiva. Es varía en todas las instituciones y generalmente la gran mayoría de las veces esta Copa la la, la, la la, el cuidado intensivo y no es fácil conseguir la la cama en forma inmediata. Entonces yo pienso que aquí, pues sí. La bolsa de Bogotá hubiera podido servir solamente para manejar 1 de los tantos problemas que tenía.

PREGUNTA:

Doctor el el concepto. De la piel, el diagnóstico de la peritonitis y la septicemia HP. El otro, Juan Carlos victoria, lo emite a la S 29 a las 11:44 h. Dice de la mañana ya en el día. Por eso fue a las 23:44 h de la noche a medianoche, cuénteme.

RESPUESTA:

No, no no, señor, juez está muy claro, es 11:44 h de la mañana y después hay una segunda anotación a las 13 a las 18:00 h de la tarde que Es cuando En vista de que no se consigue nada de lo que se requirió, se decide remitir la convergencia digital.

PREGUNTA:

Ese ese diagnóstico. Del 29 a las 0:01 h de la mañana, luego del. Es que está aquí al revés, me dicen 29. Al hacer una del mañana diagnóstico de peritonitis y luego hay 1. A las 11:44 h. Del mismo 29 es eso es lo que llama la atención porque el 1 doctor Quintero da el concepto a la 0:01 h de la mañana del 10 de 29. Y, luego, a las 11, estaríamos hablando de prácticamente casi 12 horas para ese segundo, ese segundo, ese segundo concepto y luego hasta el momento que la operan, que ocurre cuando es que la operación doctor la cirugía.

RESPUESTA:

La cirugía la practican al día siguiente, señor juez, pero ya en la otra institución.

PREGUNTA:

¿Sí, por eso a qué hora?

RESPUESTA:

Déjeme le busco aquí en la. En la historia porque esa cirugía la hizo fue el doctor Juan Carlos Valencia allá en la otra. Juan Carlos Valencia.

Sí en la clínica Rafael Uribe, en Cádiz. un momentito. Gracias buscando señor juez, como entenderá yo me concentré más en la historia clínica palmira, puesto que esta situación está.

INTERVENCIÓN JUEZ

No tranquilo todo esto yo lo espero. Es que busques la reunión problema.

RESPUESTA:

Esta solicitud fue respecto a los hechos de con el doctor John Jairo Valencia en la cirugía efectuada la clínica palmira. Bueno Dice. 30 de diciembre 2018. 30 de diciembre. Sí señor 30 de octubre, perdón. 30 octubre.

PREGUNTA:

¿30 de octubre a qué hora?

RESPUESTA:

7:10 h de la mañana aparecerá nota aquí.

PREGUNTA:

7 y 10 AM bueno todo. Ella entra entonces a reingreso el 28. 18:42 h de la tarde.

RESPUESTA:

Sí, señor, esa fuente de ingreso a la clínica palmira.

PREGUNTA:

Tiene un diagnóstico a la 1:00 h de la mañana del 29. O sea, 6 horas después 5 horas. 11 horas después está el diagnóstico. El segundo diagnóstico. Y tan solo hasta el 30 de octubre a las 7:00 h de la mañana. Le practican la cirugía, esa segunda cirugía. Para tratar de. La peritonitis y el cuadro. Que tenía de infecciones. Estaba mirando que transcurre entonces 2829 hasta el 30. Debido a lo que haya traía el vómito, la oclusión que usted me habla. Los Dolores. Creo que que ese término ese tiempo doctor. Desde el 28 a las 18:00 h de la tarde hasta el 30 de octubre a las 7 de la. ¿Mañana fue un tiempo prudencial o esa cirugía debió haberse hecho? Con más rapidez.

RESPUESTA:

Bueno es ahora que aparece ahí la hora de salida de la operación, no, la señor juez ve el, lo que pasa es que en la por lo que yo Leo allí de la de la historia clínica, la. En la clínica Rafael Uribe a esta paciente la tratan de compensar primero que es lo que se hace cuando. Cuando un paciente llega en inestabilidad. Tratar de convencerla primero que desde el punto de vista hidroelectrolítico, tratar de compensar la primero con soporte. A ver, sino la puedes llevar en mejores condiciones a cirugía, entonces tú no siempre se lleva de inmediato el paciente a cirugía. Por más crítico que esté, porque a veces el solo hecho de la inducción anestésica hace que el paciente se descuelgue y fallece. Es 1 trata y el intensivista trata hacer eso, compensar el paciente, tratar de levantar un poquito con medicamentos con líquidos con base opresores con antibióticos de última generación. El paciente levanta 1 un tanto YY está en mejores condiciones para una operación.

PREGUNTA:

Bueno, hablemos del doctor John Jairo, el médico cirujano que la intervino inicialmente. El procedimiento desarrollado por el estudio Jairo. ¿Con la paciente presenta algún cuestionamiento o fue de acuerdo a la vez? ¿Artes que llevamos nosotros, o sea, a lo que está recomendado por las ciencias que se debe hacer en estos casos?

RESPUESTA:

El señor juez, por lo que leemos allí, en la nota operatoria la. La nota quirúrgica es, digamos, muy precisa. Muy de. Allá es cronológicamente bien descrita y ese tipo de nota se muestre todos los cirujanos técnicamente para una operación de este tipo.

PREGUNTA:

Ya para esta segunda. Cirugía que tengas que sirve de urgencia prácticamente entrecomillamos que se si esta última cirugía.

RESPUESTA:

La tangente sí.

PREGUNTA:

¿Usted que posiblemente se podía hacer en el nivel dos donde estaba ahí y faltaba algunos elementos? Mi pregunta es. Fui al médico de segundo nivel, como es la clínica, donde la señora reingresó debía contar con estos elementos para practicar este tipo de cirugía.

RESPUESTA:

Señor juez, mire que el nivel, el nivel de complejidad es un nivel intermedio. Donde está muchas cosas, pero no está todo, entonces, De hecho, digamos que no es como lo común que en un nivel dos hayamos unidad. De intensivo pues. La clínica tiene una unidad de cui intensivo allí y lo ha hecho, pues como por esfuerzo propio, en un nivel dos, no es obligatorio que exista una un Banco de sangre sí, en un nivel dos, no para su momento. No existía el sistema vacc. Para la fecha de los hechos, entonces. Eso tiene que ver más que todo con la digamos con con la disponibilidad de los recursos que permite cada nivel de complejidad. El sistema del servicio de salud colombiano se divide en cuatro niveles de complejidad, el 1 es un nivel básico donde se maneja consulta externa y medicina preventiva. En el nivel dos es un nivel intermedio donde se maneja los pacientes cuando no están tan graves, cuando no están tan crípticos. Y, donde tiene unos recursos, digamos, entre medios suficientes y limitados. Pero se puede hacer la mayoría de las cosas en el nivel 3 de complejidad, ahí sí encuentra 1 la mayoría de los elementos y los recursos tecnológicos de última generación, unidades especiales como defensivo, coronario, neurológico, quemados, etcétera y el nivel 4 sí es un súper nivel donde tu encuentras atención para paciente oncológico, unidad de trasplantes, hacientes especiales. Muy complejos de cada especialidad, entonces. Pues la la clínica HD. Quedamos trabaja con un nivel de 2 dos de complejidad y dispone lo que ese nivel le permite y le obliga a tener.

PREGUNTA:

¿Doctor considera usted ese traslado? De la clínica a nivel dos a la clínica a nivel 3, donde fue reintervenir a que se hizo la segunda cirugía. Era el recomendado. Fue el adecuado, por eso influyó en que esa demora del traslado se haya agravado la paciente.?

RESPUESTA:

Señor juez mire yo, yo pienso que la la idea, la historia clínica y en las condiciones que está la paciente y necesitándonos requerimientos que se están solicitando por parte del cirujano que dejó la nota allí el doctor victoria. Yo yo considero que ese caso debía referirse. Porque, como le digo, no era suficiente decir voy AA operarla y le voy a poner un sistema viable, es una bolsa porque no hay sistema vacc. Y después miro, qué hago con la paciente sabiendo todo lo que se venía después como necesidades y requerimientos que ella iba AA necesitar, pues. Y. Adicionalmente, el señor juez ha aquí, quizás no está registrado. Pero estos casos, generalmente el cirujano, los comenta con el anesthesiólogo y el anesthesiólogo le da 1 también un concepto y el anesthesiólogo también le dice a 1, mira el yo pienso que este caso es mejor que lo lo difieras, lo remitas porque nosotros vamos a pasar aquí dificultades, cierto que después nos vamos a poder cumplir, por ejemplo con

toda seguridad, pero con toda seguridad. El anesthesiólogo iba a pedir unidad con intensidad. Por ejemplo, con toda seguridad, con toda seguridad, el anesthesiólogo iba a pedir reserva de hemoderivados, sangre, plasma y plaquetas con toda certeza. Sí y ya sabemos que eso no está disponible en la institución, entonces de lo único que nosotros podíamos disponer era de una eh, un sistema artesanal, cierto para cubrir el abdomen Mientras tanto que era la bolsa de Bogotá OO, una bolsa de viajes. No más y simplemente como una alternativa, pero no siendo la mejor. Entonces yo en mi concepto. Y pienso que si yo hubiera tenido el mismo caso, señor juez, para responderle con toda sinceridad, yo también hubiera solicitado la remisión de la paciente con urgencia vital.

PREGUNTA:

Del momento que ella entra con los primeros síntomas de vómito, dolor, etcétera. 28 hasta el 30 de octubre, 7 días que terminan la cirugía como dice usted. ¿Usted considera doctor que esa atención? Cuando hablo atención, hablo desde el momento en que es en que ingresa, que lean y luego los diagnósticos y es intervenida la segunda oportunidad, esa oportunidad en que se le hizo esa cirugía. El tiempo transcurrido es el adecuado o. Un tiempo prolongado que pudo agravar a la sanación.?

RESPUESTA:

Señor juez, bueno, lo que pasa es que cuando 1 decide la remisión del paciente de allí a que llegue al sitio final de atención de mayor complejidad, a veces se pasan. ¿Ciertos tiempos que nosotros no podemos prever, cierto? Y fuera de eso, la conducta que asumen en el sitio donde a arriba la paciente, pues ya corresponde al profesional. Ahora profesionales de dicha institución. Y lo que yo asumo y como se lo comenté ahorita es que muy seguramente trataron de soportar mejor la paciente o trataron de ponerle a mejores condiciones para llevarla finalmente a cirugía. Eso es lo que yo supongo, Ahora bien. Que si nosotros hubiéramos intervenido esta paciente más tempranamente, si hubiera sido operada en la clínica YY después saberla derivado a otra institución. Eso hubiera cambiado finalmente el resultado y el pronóstico es muy difícil de establecer. Porque cuando ya el paciente le entra a 1, inició séptico. La mortalidad se aproxima al 50%, hágase lo que se. Haga, es decir, la mitad de los pacientes que llegan a José chicos se mueren. ¿Sí, bueno, entonces es muy difícil prever si la señora nilda estaba dentro de ese 50% iba a estar sí o no? O si hubiéramos podido sacarla de.

PREGUNTA:

¿Bueno, me llamaba terminar aquí para reunir a la inclusión una pregunta, doctor, considera usted doctor, que los diagnósticos en la cual ella representa los que se le hacen en el intermedio de las

primeras cirugías, luego los que? Le hacen posoperatorio. Los que le hacen cuando ella reingresa. Esos diagnósticos fueron correctos. ¿O hubo algún diagnóstico errado.?

RESPUESTA:

Señor juez, la primera cirugía diagnóstico, eventración, adherencias y el procedimiento correcto. Segundo reingreso el del 28 de octubre a la clínica palmira desde que ingresó se sospechó que algo estaba cursando mal, que había que que esta que estaba mediando alguna complicación secundaria al procedimiento previo quirúrgico que se le había hecho. Se solicitó una interconsulta prácticamente a los minutos después de ingreso por parte del servicio de cirugía general. Y a las 2:00 h fue valorada por el primer cirujano. Después aparece la nota extensa que usted menciona del doctor victoria es muy explicativa sobre toda la situación de la paciente y el motivo por el cual está justificando la remisión. Que casi que ocupó una página de la historia clínica donde usted logra ver todos los diagnósticos que se le hacen al caso con sus respectivas explicaciones y también la el anota la justificación muy clara de por qué piensa que el caso debe remitirse. Yo pienso que hasta allí, señor. Independiente, que se desafortunadamente se hubiera presentado una complicación postoperatoria. Pienso que hasta allí se dio el manejo que se aconseja para los casos.

PREGUNTAS PARTE DEMANDADA DR. JHON JAIRO VALENCIA

PREGUNTA:

Ah bueno bueno gracias. Gracias doctor Joseph. Buenas tardes Dra. ¿Doctor José, por favor, explíqueme al despacho al señor juez y a todos los asistentes, ¿cómo se hace? ¿Y, qué trámites tiene que usted que realizar? ¿Cuál es digamos su tarea? ¿Una de sus que pasa a revisar paciente por paciente? ¿Cuánto tiempo se toma revisando todos los pacientes que usted operó y después, cuánto tiempo se tardaría usted en revisarlos y llegar a las? Hola a donde usted debe y al cubículo donde usted debe sentarse a llenar la historia clínica, porque eso toma un tiempo. ¿Usted no anda con un computador en el brazo ni debajo del sobaco y excúseme, entonces, cuánto tiempo se tarda doctor en usted realizar esa revisión de pacientes para después llegar al currículo de enfermería a donde usted se sienta hacer la inscripción en la historia clínica de cada 1?

RESPUESTA:

Bueno, eso depende del día a día. Hay casos Ah en los cuales el día está bastante congestionado con muchos pacientes, tanto para revisar como para operar. La revisión normal de un caso tarda más o menos 20 minutos para mientras 1 lo interroga, lo examina y toma una decisión. Lo que sí es muy difícil predecir es el tiempo de cirugía, porque cada paciente es biológicamente diferente, entonces hay una cirugía donde me puedo mudar media hora. Y el mismo procedimiento quirúrgico

en otro paciente me puedo tardar dos o 3 horas. Entonces, eventualmente 1 puede entrar a operar dos o 3 pacientes. YY estar en el quirófano varias horas mientras puede volver a salir a revalorar más pacientes, entonces eso es muy variable, no tiene un tiempo. Cómo estandarizado.

PREGUNTA:

Gracias doctor, doctor, por favor, manifiesta el despacho. ¿Por qué fue tan grave la patología y que se presentó? Frente a la paciente que finalmente desenchaja. Pero en su fallecimiento.

RESPUESTA:

Bueno, esta fue una una cadena de hechos, es una cadena de hechos que comienza desde la primera cirugía de Del año 96, cuando se opera de la vesícula. Después la red intervenciones a las que tiene que ser sometida en el año 2007. Y en entre más procedimientos se van acumulando, pues obviamente más dificultades se tienen en las cirugías subsiguientes se van acumulando. Digamos también temeridad crónica de de cada proceso y mayores dificultades para obtener una cirugía exitosa cada vez más. Entonces esto no es un hecho que aparece súbitamente y que de un momento a otro se convierte en una liberación de adherencia, una perforación intestinal y un choque séptico, y el fallecimiento de una paciente, sino que es una secuencia de hechos que habían comenzado hace más de 20 años y que desafortunadamente termina con un desenlace.

PREGUNTA:

OK por muchas gracias doctor y. No nos hemos enterado en la audiencia el conocimiento por parte suya de la historia clínica. Y ya usted leía la historia clínica y como la conoce frente a fechas horarios, todo este tipo de cosas que considera usted que la atención prestada en la clínica Palma. Ya en su regreso el 28 de octubre de 2018, exactamente fue. Oportuna la decisión de remisión a un nivel superior fue el adecuado, fue el pertinente fue el que realmente se exigía, tenía que realizarse.

RESPUESTA:

Al leer la historia clínica en el reingreso de la paciente para el día 28 de octubre, desde el momento en que llega fue puesta en manos de los médicos especialistas. Prácticamente en forma, pues inmediata. Primero por los médicos familiares que como lo menciono, ellos manejan el área de clínica de los pacientes como médico internista y lo hacen muy bien. Y la primera valoración por cirujanos 2 horas después de que el ingreso del paciente. Entonces yo yo pienso que y después te inicia, pues una serie de soportes hidroelectrolíticos a manejo antibiótico de amplio espectro. Inicialmente YY bueno esto aclararlo no que en la primera nota que hace el doctor victoria, él no tiene él no, no registra que tiene intención de remitir la paciente, sino operarla en la clínica, pero

solicita unos requerimientos. En la segunda nota que ya registra después, en vista de que esos requerimientos no están presentes, es cuando se decide la rendición con urgencia vital, pero en la primera nota el anota que la que el que la paciente amerita división quirúrgica solicita el sistema vacc solicitalo los hemoderivados, se solicita la Cámara en la unidad de intensivo. YY, bueno, en vista de que esto no se logra obtener, pues es cuando inicia el proceso de remisión.

PREGUNTA:

Gracias, doctor, doctor. Según la historia clínica de fecha 29 de octubre. Se se ha se ventila dentro del proceso YY de la historia clínica misma, no, no, no versión de nosotros, sino de la historia clínica propia que se requería un sistema de vacío con una autorización, pues que que se tuviera que dar por la atención primaria. ¿Cree usted que si este tipo de atención que se le prestó a la paciente hubiese sido otro? ¿El resultado hubiese cambiado?

RESPUESTA:

Aquí el pronóstico más que el uso de este dispositivo. Lo estaba dando el caso de por sí mismo, es decir, la gravedad del caso. ¿El hecho de que la paciente estuviera séptica ya daba un pronóstico ominoso, entonces te hubiera utilizado una bolsa de Bogotá o un sistema vacc? Muy posiblemente el pronóstico iba a variar muy poco, pero como lo dije previamente, la bolsa de Bogotá solamente iba a ser una de las soluciones paliativas. A todo lo demás que requería caso.

PREGUNTA:

En Octubre se habla del drenaje peritonitis en el sistema de presión negativa y dice que se encuentran perforaciones de intestino Delgado en toda su extensión. Esa esas perforaciones. ¿Usted ha manifestado que son unas adherencias, es posible doctor, que el médico tratante o el médico en la cirugía? En el caso del doctor Valencia, hubiese podido prever que se iban a presentar unas perforaciones en los días o en el futuro, cuando al cerrar no encontró nada.

Bueno como cirujano uno está muy pendiente durante la cirugía de que esta situación no ocurra. Si se presentan descubrimientos de la serosa, o sea, de la superficie del intestino. Estas situaciones se pueden presentar días después. Así que el es muy difícil prever que esto vaya a ocurrir porque no en todos los pacientes ocurre. Si bien es cierto, podemos tener descubrimiento de intestino, no todos terminan en perforación que se manifiesta día después.

PREGUNTA:

OK doctor, según la historia clínica, excúseme como lo lo he escuchado, tan juicioso usted revisando historia clínica con. Fechas y horas. Y el juez ha sido también juicioso en establecer tiempos entre las horas se dice que el 27 de octubre del 2018 de la señora nilda nubia reingresó a la clínica. Estamos hablando del 27 de octubre, pero también se dice que la señora no es valorada por cirugía general. ¿Qué puede decirnos usted sobre este tema?

Sí lo que yo pude leer en esa nota el 27 de octubre es que después de que valoran la paciente y consideran un diagnóstico diferente, una complicación posoperatoria, una gastritis. Pero también están anotando allí que que la paciente se encuentra previo al alta en buenas condiciones que tolera la vía oral y que por ese motivo deciden darle salida. No solicitaron la valoración a cirugía general, pienso yo, porque no, no se pensó que estuviera cursando con una complicación posquirúrgica.

PREGUNTA:

OK doctor te dijo en la audiencia en la cual se fue interrogado al doctor Valencia que él tenía por costumbre y ofrecerle el teléfono a los pacientes. ¿Sabe usted algo sobre esto? ¿Qué atención le presta el doctor John Jairo Valencia a los pacientes en su atención? ¿Conoce usted algo de eso?

Bueno, yo pienso que ese esa es una buena medida. 1 entregar el número telefónico a un paciente operado y mucho más. De pronto, si piensa que ha sido un paciente pues delicado o complejo. ¿Puesto que existió una comunicación permanente y en caso tal de existir alguna situación que así lo demanden, pues el paciente o el familiar debería llamarlo a 1, no? Entonces me parece que es una muy buena conducta, desconocía que él lo hacía y si lo hace, pues por supuesto está bien hecho.

PREGUNTA:

¿Doctor, cree usted que el doctor a ver cometiera, señor juez, que el doctor yusti le ha manifestado que ha actuado en otras audie? Seas como perito y que tiene la experiencia. Permítame esta pregunta, si no la entiende doctor Giuseppe, creo que sí. La puede entender el señor juez le explicará el significado de cada cosa. ¿Usted cree que el doctor John Jairo Valencia actuó en esta cirugía que se presentó con dolo o con culpa?

No, no, la respuesta es no.

INTERVENCIÓN JUEZ:

Es lo es lo perdón, perdón, yo intervengo. Doctor Jorge Fernández. El doctor yusti es un médico, no es abogado, hay que explicarle que es el término dolo o culpa para que él nos pueda. Responder le plantee la pregunta doctor Jorge Fernández.

PREGUNTA:

Doctor muchas gracias doctor y efectivamente, cuando hice la pregunta le manifesté al doctor Justin que si tenía alguna inquietud del significado de dolo o culpa, pero por su experiencia como perito lo lo podía entender, que si no lo entendía se le preguntará usted, señor juez, que la autoridad, el despacho, entonces la pregunta, creo que tu respuesta, si usted, señor juez, considera que debo repetirle la pregunta se la hago en la misma. ¿Por favor, doctor, gracias doctor Justin como quiera que usted ha sido perito en algunas otras procesos y tiene ya el bagaje de conocimiento del peritaje y considera usted que el doctor John Jairo Valencia ha actuado con dolo o con culpa?

Bueno, primero la respuesta es no se si si doy digamos el motivo de mi respuesta es que por supuesto, no hay intencionalidad de hacer daño de ninguna manera, ni tampoco es sacarle ventaja a ese daño que se procura hacer, entonces él él hace una cirugía tratando de mejorar las condiciones de salud de una persona, disponiendo de todos sus conocimientos profesionales, de su de toda su capacidad técnica y su entrenamiento. De toda su buena voluntad. Para procurar ayudar a la paciente a salir de un problema de salud que la estaba quejando, mejorar su calidad de vida y evitar que sea el futuro. Presentará complicaciones secundarios a esa hernia, como son el encarcelamiento, la estrangulación, una nueva instrucción de intestinal. Entonces, la intención de él siempre fue ayudar a la paciente y de ninguna manera acelerada.

PREGUNTA:

Gracias doctor Justin doctor Justin. ¿Usted en su como experiencia, como su profesional de las de la como profesional de la salud y en esta área de la cirugía en la literatura médica y conoce usted de alguna investigación que sustenta el manejo no quirúrgico de hernias ventrales posicionales posicionales?

Bueno, mira ahí tenemos de repente alguna información en la literatura médica de manejo no operatorio, se le llama manejo expectante. A hernias inguinales en pacientes ancianos o mayores que estén asintomáticos. Tenemos reportado en la literatura el manejo no operatorio o manejo expectante en pacientes adultos con herni un biblical. A sintomáticos que no tengan trabajo pesado

o que su hernia no supere un diámetro mayor a los 2 cm. Tenemos en la literatura reportado que los pacientes, ancianos o mayores. Con patologías muy graves, como por ejemplo falla cardíaca, falla pulmonar, falla renal, en cuyo caso sea peor. El riesgo que el beneficio en cuanto a una eventración asintomática no deben intervenir. Pero no existen publicaciones que hablen de que las eventraciones sintomáticas se puedan o se dejan manejar en forma no quirúrgica. Una eventración sintomática obligatoriamente tiene que manejarse en forma operatoria porque tarde o temprano va a tornarse en un encarcelamiento o una estrangulación. Va a aumentar su volumen, va a aumentar su severidad. El paciente cada vez va a estar más, va a ser mayor con patologías acompañantes que dificultan el procedimiento. Bueno, entonces, En resumen, para responder esa pregunta, eventración sintomática diagnosticada, eventración sintomática operada.

PREGUNTA:

OK doctor significa perdón, no, no corrijo doctor. ¿Según el conocimiento científico, eh? Si la señora supera, conocimos el resultado. ¿Si la señora no supera, cuál hubiese podido ser el resultado?

Bueno, primero. Persistencia de los síntomas, segundo empeoramiento de la ventilación. Tercero te empeoramiento de su calidad de vida, porque, pues, por supuesto, una persona que mantiene con dolor abdominal recurrente o haciendo episodios de seducción intestinal en forma recurrente, pues tiene una calidad de vida ciertamente deteriorada. ¿Y en algunas personas, inclusive hasta su vida íntima, se ve afectada por la presencia de una gran eventración y que afecta inclusive su relación de pareja, su relación con ayudas, entonces? La cirugía en este caso iba a tener repercusiones tanto en los síntomas como en la mejoría de la calidad de vida y en la disminución de las posibilidades de complicaciones a largo plazo, como son el encarcelamiento, la estrangulación y la exclusión intestinal.

PREGUNTA:

Gracias, doctor, doctor. De acuerdo a la historia clínica que usted conoce, revisó, estudió y le agradezco el juicio que nos ha demostrado a todos los abogados haberlo hecho. ¿Usted considera que la paciente niilda nubia Bejarano, presentada la condición clínica conocida como hernia ventral y adherencias peritoneales?

Sí, en forma muy clara hasta el diagnóstico establecido y al mismo tiempo fue corroborado en el acto operatorio.

PREGUNTA:

Doctor la paciente. ¿Tenía alguna contraindicación para practicarse de la cirugía?

No tenía ninguna contraindicación que figura. En la historia clínica.

PREGUNTA:

¿Doctor, según su experiencia y el conocimiento del doctor John Jairo Valencia, el médico especialista y cree usted que el doctor tenía todas las condiciones y su especialidad tórquicas idóneas para practicar este tipo de procedimientos?

Esta cirugía, solo la práctica. El médico especialista en cirugía general. El doctor Leo Jairo Valencia es médico especialista en cirugía general egresado de una de las mejores escuelas y facultades de nuestro país, Universidad del Valle, y por lo tanto debe considerarse que es una persona capacitada, idónea, tanto desde el punto de vista técnico como intelectual para manejar operatoriamente actual.

PREGUNTAS PARTE DEMANDANTE:

PREGUNTA:

Gracias doctor. ¿Doctor tenga la amabilidad me explica si en el acto quirúrgico se evidencia un abdomen hostil, es decir, de difícil abordaje, como usted lo explico, cómo pudo pasar con la? Cómo pudo pasar con esa paciente debido a la múltiple desahucias, se habría podido dejarla tal cual y cerrar y considerar cirugía no viable para el procedimiento.

RESPUESTA:

Lo espera, lo que pasa es que aquí había que hacer dos cosas, no. Primero, liberar las adherencias para poder que el intestino. Los espacios de la hernia cierto y volverá a la cavidad. Y segundo, cerrar el el digamos, el el hueco. La hernia es un hueco no que existen en dentro de de la pared. O sea. Pues lo cerrar y poner la malla encima. Entonces, prácticamente eso hubiera implicado no hacer nada por la paciente. Entonces la diga. Es que la. ¿Si se se hubiera detectado la posibilidad de romper el intestino? Durante el procedimiento, cierto durante la operación. Es posible que subirá repensado si realmente se continúa con él, pero en vista de que él logró hacer el despegamiento. Logró manejar la hernia, logró poner la malla. Y hacer el colgado de vecindad. Pues pienso que el podía haber terminado la cirugía sin. Sin digamos sin mayor problema.

PREGUNTA:

Otra práctica bueno. Según los estudios que se han realizado, que tengo una literatura al respecto, hice el manejo de pacientes con ventilación sin cirugía, se les hace seguimiento, se les pone faja y se maneja con nutrición, fisioterapia y terapia respiratoria. ¿Es esto es cierto?

INTERVENCIÓN DE PARTE:

Perdón, doctor, señor juez.

Tiene la palabra doctor Jorge.

Doctora Miriam y señor juez yodi, la doctora va a poner de presente una literatura, debe citar cuál es la literatura, identificar de donde la tomó, qué texto quiere decir literatura debe decir el año el autor que. Qué editorial la pública o qué páginas para poder que tenga veracidad es el juez primero de autorizarlo para después ponerlo de presa. Sí me excusa, señor, fue la intervención, muchas gracias, por eso le hago la la observación. Gracias.

INTERVENCIÓN JUEZ

Doctora Miriam dice el artículo 228 del código del proceso. El juegos a las partes podrán interrogarlos bajo juramente acerca de ciudad y parcialidad y sobre el contenido del dictamen. Estamos hablando ahora sobre el contenido dictamen, porque estamos es haciendo una. ¿Una contradicción del dictamen, doctora, entonces no hay lugar a esa pregunta, cambia la fórmula diferente?

PREGUNTA:

¿Considera teniendo en cuenta la historia clínica, doctor, considera usted que fueron suficientes las ayudas diagnósticas realizadas a la paciente que pudiesen ahorrar un tiempo antes de que se hubiese de servirse detectado la la peritonitis aguda? Lo hago referencia a eso porque ella ingresa el 28 y la peritonitis solo se le detecta hasta el 29 a las 11:44 h y dentro de ese término del 28 de octubre a las 6:42 h que ya ingresa. Al 29 de octubre a las 11:44 h. ¿Le han hecho solamente una unos rayos X al abdomen, entonces fueron suficientes ayudas bioéticas?

RESPUESTA:

Sí, mira que, pero escuché bien la pregunta, sí, mire el. Mire que el diagnóstico peritonitis es fundamentalmente clínico, no se necesita mayor ayuda diagnóstica para 1 saber que un paciente está cursando con una película. Y mucho más distante, cedido por una historia clínica previa o en procedimiento operatorio en el abdomen, donde se manejó intestino o en fin. Eh si nosotros revisamos la historia con relación al reingreso de la paciente. El en la valoración que hace la autora

Sara y villa no hay 50 y 13:00 h de la noche ya plantea esa probabilidad. Y después la valoración que hace el doctor Mondragón médico. Familiar también plantea que la paciente está cursando con una peritonitis. Ya le han tomado una radiografía de abdomen, pero ni siquiera hubiera sido necesario porque el diagnóstico de peritonitis no se hace con radiografía. Tomen se hace en forma clínica y si 1 tiene alguna duda. Puede solicitar un tanque abdomen con medio de contraste, pero el cantándome con medio de contraste de todas maneras, es un examen que demora, no se hace en forma inmediata, requiere una preparación y adicionalmente, en este caso no se hubiera podido hacer por la función renal de la señora. Tenía los riñones con creatinina por valor de encima de 3. Y con ese valor no se puede usar medio de contraste, entonces no se lo hubiera podido haber hecho un TAC de abdomen contrastado a la señora. Pero el diagnóstico se hizo en forma clínica, que es como casi siempre se hace, porque el comportamiento de la paciente, los hallazgos al examen físico, un examen de sangre que muestra el cosito dosis, todo lo que el el daño renal que venía presentando ya todo hace presumir que estaba cursando con eso.

PREGUNTA:

Teniendo en cuenta que ya ingresa el 28 de octubre. Y tenía salida de. Material seco iden y extendiendo conocimiento todo, pues los médicos con fundamento a lo que usted narrow de que nos no contaba la crítica con su. De que pronto el anesthesiólogo iba a pedir ciertas cosas que se la iba a manejar. Cirugía iba a necesitar estas otras cosas y que ustedes están en un nivel que se está en un nivel dos, porque entonces de desde el inicio, cuando ya se sabe que tenía material fecal y como usted lo dice, pues ya ahí hay una. Hay una alerta porque no se le remitió a desde allá ni al nivel 3.

RESPUESTA:

A ver doctora un momento está confundiendo porque el presidente será operatoria. No en la primera cirugía antes de la revisión, creo que es eso correcto que plantea.

PREGUNTA:

La pregunta perdió el 28 de octubre, doctor, cuando ella ingresa aquí, dice el 28 de octubre ingresan cuando la valoran, dice o el análisis. 51 salida de material fue koide. ¿Yo lo que explico es por qué? Si hay una salida.

RESPUESTA:

Sí el regreso el 28 de octubre se reporta inicialmente en la el estado a la paciente mala salida de material fecal. Oite no el coloide, que significa que se parece a materia fecal. La zona presencia de materia fecal orina en una de las ondas no habla necesariamente que la paciente ya está cursando con una peritonitis, tiene que acompañarse de otro cuadro adicional de síntomas y signos. La presencia de materia fecal, orina, nivel de las ondas, simplemente habla de que existe una fístula, es decir que hay una comunicación del intestino. Y, que está buscando salida o haciendo su salida a través de la sonda de drenaje que le dejó el cirujano. Entonces, bueno, pues en primer lugar con eso, pues no hubiera sido suficiente para justificar una remisión. El el paciente cuando ingresa hay que soportarlo primero, o sea, hay que hidratarlo, hay que ponerle liquido, no hay que hacerle los exámenes básicos, por lo menos. Y solicitar las valoraciones de los especialistas, como se hizo en este caso con el médico familiar y después con el cirujano. Y la conducta de remisión la debe tomar, es el médico especialista. Entonces pienso que de entrada, desde que llegó, pues a la clínica a haber solicitado remisión, no hubiera sido lo apropiado de debía esperarse, pues primero reanimarla segundo, tomar exámenes y tercero esperar el concepto de los especialistas.

PREGUNTA:

Bueno, por último, autor y me excusa. Yo tengo el formato del consentimiento realizado, dice para intervenciones quirúrgicas que obra a folio 17 del cuaderno principal. Y allí en sí está efectivamente firmado por doña. Y el esposo, pero yo no encuentro que se esté dando cumplimiento del artículo 12 del decreto 3380 y el 81. Que hace referencia a que el médico deja constancia en la historia clínica de los riesgos, pero no es decir toda operación tiene un riesgo, sino que tiene que especificarlo. Se puede surgir hemorragia, perforaciones, entonces yo no sé si es que yo no veo, pero yo no la veo aquí. En el consentimiento firmado ni mucho menos en la historia, se usted que la revisó minuciosamente y que nos ha ayudado con eso, nos me podría informar si es que yo no la veo.

RESPUESTA:

El documento se dice que firma ese documento previa explicación de los riesgos potenciales de la cirugía que ha hecho el médico tratante. Lo que es decir, si bien es cierto, no está especificado que él haya dicho peritonitis, perforación intestinal, adherencias, etcétera. Yo presumo pues que le hizo una explicación hablada tal como dice ahí en el documento. De los riesgos potenciales de la cirugía y que por eso ella afirma ese documento y el esposo también. Tiene usted razón en decir que no se no está escrito allí en el consentimiento, específicamente una a una. Las complicaciones

potenciales específicas de esa cirugía. Pero si dice allí que el el se ha tomado su tiempo de explicarle informada cuáles son.

PREGUNTAS PARTE DEMANDADA Y LLAMADOS EN GARANTÍA:

PREGUNTA:

Doctor, le voy a realizar 3 preguntas, nada más si no llegó a ser claro si se llega a cortar la comunicación, por favor me lo haces saber para poder repetirla. Doctor Joseph Young. ¿Con respecto a estos elementos o estos insumos? Que fueron registrados en la nota del doctor Bill del doctor victoria, que se necesitaban, pues para la atención de la paciente. En doctor una preguntica. Estos insumos fueron utilizados en la atención que le brindó la clínica Rafael Uribe. ¿Usted tuvo la oportunidad de revisar esto?

RESPUESTA:

Sí, señor, sí, revise la historia y efectivamente necesito todo lo que se pidió. Necesito no solamente la cirugía, sino que también necesitó el sistema vacc, necesitó transfusión de hemoderivados y necesitó hospitalización en la unidad de intensivo. Inmediatamente después de la operación. Y adicionalmente, en necesito una oración de nefrología por el daño renal. La insuficiencia renal aguda que tenía, o sea que todo lo que se estipuló iba a requerir efectivamente lo requirió y por supuesto, eso sí fue suministrado en el nivel superior.

PREGUNTA:

Perfecto doctor doctor. Una última pregunta, porque todos modos es el despacho. Ha sido muy juiciosa en su interrogatorio y el apoderado de la parte demandada, también el doctor Jorge. ¿Solamente una última pregunta, usted ahorita hacía referencia a que el cirujano? John Jairo Valencia, pues no actuó con culpa ni dolo, que prestó efectivamente una atención idónea a la paciente. Ahora yo le pregunto, no solamente con relación al doctor John Jairo, sino a la A la A la atención que le brindó la clínica palmira, es decir, incluyendo la atención el doctor John Jairo y en los demás médicos que estuvieron al frente de esa tensión de la paciente. ¿Usted considera que hubo alguna negligencia por parte de la clínica en la atención?

Bueno, la verdad señor juez, yo no sé si sea yo el que tenga que emitir ese concepto, pero yo pues lo que sí puedo ver en la historia clínica es que por lo menos se le dio el manejo. Que en el nivel dos de atención de se le podía ofrecer a una paciente con esas condicio.

PREGUNTA:

Gracias doctor un par de preguntas. Doctor yusti puede manifestar el despachos y encontró anotación en la historia clínica que determinará una falla administrativa de parte de su aseguradora. claro una un retardo, una omisión o una negación alguna en autorización que requiriera la paciente para la atención.

RESPUESTA:

No no se observa ninguna nota al respecto que haya unos sáculos o que se haya emitido un obstáculo por la aseguradora para tomar las medidas que requería la paciente.

PREGUNTA:

Esa pregunta al doctor José doctor, de acuerdo a. Doctor es posible establecer con certeza cuál es la causa de la perforación intestinal, teniendo en cuenta que la historia clínica posquirúrgica denota que no había salida de líquido intestinal.

RESPUESTA:

Eh bueno, durante el momento de la cirugía no, no ocurrió. Pero por supuesto, si hubo una perforación intestinal que se manifestó después de la cirugía y que terminó pues ocasionando la peritonitis y el desenlace, pues ya. Qué ocurrió como el hecho séptico y todo. Lo que lo que podemos digamos presumir. ¿Es que algún descubrimiento de cerosa? ¿Algún digamos? Es como quitarle cierto tejido a la superficie, el intestino al despegarlo pudo haber evolucionado hacia la perforación. Pero igual eso es descubrimiento de serosa, no digamos, no tenemos la necesidad y la obligación de suturarlos, puesto que sería muchos y con cualquier punto. De hecho, podríamos hacer más daño que bien. Entonces, si uh, si en algún momento hubo un descubrimiento de cero azaí, a través de aquí hubo la perforación que se manifestó después. Bueno, esto era una situación que podría ocurrir y que era inherente del procedimiento.

➤ **PRACTICA TESTIMONIO DECRETADO DE OFICIO – INFORME – DRA. KAROL SAVINA MORENO VARGAS**

PREGUNTA:

¿Eh le pregunto, ese resumen cronológico es fidedigno obtenido de la historia?

Sí, señor, sí, señor, solamente se revisó toda la historia clínica y obviamente ha. Así como está descrito de forma cronológica, se describieron cada 1 de los acontecimientos médicos que padeció en vida la paciente.

PREGUNTA:

Bueno listo, entonces vámonos. Que inicia ese resumen en el año 1995. ¿Recinto lógico, eso correcto?

PREGUNTA:

¿Ahí usted hace un registro? Revise su historia clínica YY compare si lo que usted notó en el 2007 es lo mismo que aparece en la historia clínica para el año 2007.

Sí señor ya le. Señora, aquí están los exámenes en el 2007 está aquí hay una endoscopia digestiva donde le diagnosticaron una antritis. Bueno, eso viene desde el 2004 de una gastritis.

PREGUNTA:

Dígame si en la historia que usted tiene en la mano aparecer en la opciones. Del año 2008 y su siguiente hasta. El, 2017.

PREGUNTA:

Sí, señor. Sta chila acabo de verlos

PREGUNTA:

¿2017 que tiene?

Soy una historia con una caída.

PREGUNTA:

¿Qué fecha?

Mmm que 2017.

No, pero me interesa me. ¿Interesa, me interesa esa anotación, qué es lo que dice?

Que se cayó hace 8 días, resulta en dolor a nivel de coxis y dolor de cabeza. Eh con caída con un golpe en el coxis y dolor de cabeza.

PREGUNTA:

Doctora usted esas historias me dice que se la entregó la abogada, la doctora Miriam.

Sí, señor.

PREGUNTA:

entonces en contexto es la apoderada de la parte demandante. ¿Usted sabe cómo tú hoy esa historia clínica?

Como obtuvo la historia clínica, ella tengo entendido que tiene un poder suministrado por las personas. Eh, pues que están interesadas en el en el caso que son los los defendidos y ella eh, pues sencillamente tiene la potestad de él. Organizar la documentación y buscar las personas, los peritos o las personas para HP. ¿Poder organizar su caso, no?

PREGUNTA:

¿Doctora usted qué otro documento le entregó ella en epicrisis, otra historia clínica de otras clínicas, cuénteme, de dónde? O solamente esta.

No no no, aquí estoy, estoy, lo que pasa es que en la historia clic pues es la historia, la historia clínica eh tiene. Varios documentos, obviamente, son de varias de varias instituciones, por lo menos los laboratorios son de laboratorios, las radiografías son de de rais, radiología especializada hay. Sí hay historia clínica de la clínica palmira.

PREGUNTA PARTE DEMANDANDA Y LLAMADOS EN GARANTÍA:

PREGUNTA:

Doctora si va a se manifiesta al despacho. ¿Es cuando hace cuántos meses, días años, usted se retiró de la práctica de la medicina?

Sí, señor.

Pues nosotros no nos retiramos, la verdad no nos retiramos de la práctica de la medicina porque como le digo, todos los días no faltan los pacientes que obviamente no estoy cobrando por mis servicios en este momentico, pero tengo los pacientes que siempre he venido viendo de forma de forma particular, solamente que ya no estoy recibiendo un lucro por ellos, pero tengo mis pacientes.

PREGUNTA:

Doctora gracias doctora sírvase manifestar al despacho. Su práctica como médica tiene énfasis en que.

Mi práctica como médica médico general, eh, alrededor de 20 años de experiencia y en la en el área administrativa, alrededor de 17 años, como auditor médico y gerente de algunas clínicas.

PREGUNTA:

Gracias doctora, según su hoja de vida que usted le manifestó al despacho. ¿Sirva este manifestar cuáles son sus conocimientos? En lo que corresponde a cirugía general.

INTERVENCIÓN JUEZ:

A ver doctor.

Con respecto.

Perdón, perdón, perdón, doctor, estamos hablando sobre el informe que ella rindió, no sobre conceptos generales, porque no hay en su testigo técnico bien, pues doctor fija.

EXPLICACIÓN DE LA PREGUNTA:

Discúlpeme señor, Juez lo que pasa es que. Yo no quiero entrar en contradicción con usted, pero sí debo, pues espero por lo menos la respuesta, si usted así bien lo considera o si definitivamente no me lo permite, es que la señora al ser traída al despacho Debe por lo menos si no tiene el conocimiento anunciarlo, porque pues en medicina me excusa que la conozco bastante bien, no solamente por la formación sino por el ejercicio, pues las áreas son como en el derecho, en el derecho. Usted se dedica a derecho civil y no a familia, aunque es muchas partes del mismo código. Por eso es importante la señorita que me permita que la doctora nos conteste, porque ser médico general, hacer cirujano es muy diferente, ella lo sabe, si usted me lo permite, señor juez, que nos dé la respuesta.

RESPUESTA:

Sí señor, yo soy médico general y mis especializaciones son a nivel administrativo, lo que pasa es que en el campo de la auditoría, pues sencillamente como es la autorización de órdenes, nosotros tenemos que obviamente hacer revisiones de historias clínicas y apalancarlo. A nivel de conceptos

con los médicos especialistas y usted tiene toda la razón, no soy a pesar de que el título de la Universidad hice médico cirujano no quiere decir que 1 sea cirujano como tal, sino que usted puede hacer cirugías pequeñas o puede atender un parto, que es lo básico del de la cirugía, pero no ingresar pues AAA. A suplantar o hacer una cirugía de la cual 1 necesita varios años de experiencia para para acreditarlo y tener un título, obviamente.

PREGUNTA:

¿OK doctora Lopera hace con el la historia clínica que le permite la doctora Miriam es entonces una auditoría, la historia clínica o un concepto médico como profesional de la salud?

RESPUESTA:

Una revisión de la historia clínica y un resumen para 1 mirar factores de riesgo o que posibilidades tendría la paciente frente a otros tratamientos Y generar algún alguna. En el caso mío, fue generar un un resumen de historia clínica y unas preguntas para para hacérselas en su momento al médico perito, que fue el doctor mumar que se presentó esta mañana.

PREGUNTA:

¿Doctora, está usted, digamos, tiene usted el aval médico o profesional? ¿Que le permita a usted en el área de estas características médicas que presentó la paciente, fundar preguntas profesionales para resolver por especialistas está, usted facultad para eso, doctora?

Claro, nosotros como médicos auditores, cuando nos llega una orden, por lo menos que somos los que nos dicen que somos los que negamos todos los procedimientos, siempre validamos la historia clínica. Para hacer una una autorización, no a todo El Mundo se le autoriza tal o cual procedimiento o cuál examen. Todo depende de las condiciones que sea que tenga el paciente. Los antecedentes patológicos. Nosotros nos pegamos de absolutamente todo lo que diga la historia para sí mismo, proceder y autorizar una orden entonces, pues obviamente tengo la facultad para para para poder generar un resumen de historia clínica y poder emitir las preguntas que se hicieron en su momento.

PREGUNTA:

¿Doctora sobre el tema de lisis de adherencias, tiene usted conocimiento?

Sí, señor, pues justo nosotros nos pegamos siempre de la literatura, de los estudios que se vayan manejando y con respecto a la lisis es porque en la historia clínica, en dos en dos de 2 apartes aparece que hay que para el procedimiento hay que hacer un análisis, es la el corte de de la fibrosis

o de las adherencias que que tenía en su momento, que fueron descritas en la historia clínica. Por los cirujanos.

PREGUNTA:

¿Doctora, qué distancia profesional existe entre la literatura y la práctica? ¿Como profesional de la salud que puede usted responder?

Y yo le puedo responder que la medicina y medicina basada en la evidencia, primero lo primero que hay es medicina basada en la evidencia y lo último que hay en la la experiencia médica, eso es lo que nos dicen a nosotros en la Escuela de Medicina siempre, entonces nosotros nos pegamos de absolutamente todo lo que digan los últimos journals, las últimas revistas médicas nos basamos en las revistas médicas de Estados Unidos y de Europa. Por toda la trayectoria que tienen, aunque obviamente en algunas ramas de la medicina ya Colombia, eh está muy bien ranqueada para eso, entonces también revisamos todas las todas las revistas médicas y los artículos que se dan a nivel universitario y que se publican en la revista analíticas, de ahí nosotros nos pegamos para dar los conceptos.

PREGUNTA:

¿Doctora en las preguntas que usted le entregó a la doctora Miriam para que le corriera traslado al perito, usted se hizo? Usted citó de dónde había tomado la literatura. ¿Usted tuvo la oportunidad de decir esta bibliografía? La tomé talpa.

Sí, señor.

PREGUNTA:

¿Sí o como lo hizo?

No por no porque era no, porque era solamente lo que me solicitaron fue solamente resumen de la historia clínica y preguntas, pero como no las preguntas obviamente no han basadas OO las preguntas no las hace como un té, como si estuviera escribiendo un texto a un ensayo donde yo tengo que sacar la la bibliografía por eso no es, no es necesario a menos de que yo vaya a presentar un ensayo médico, ¿si debo tener obviamente toda la bibliografía y de dónde lo saco? Claro que sí.

PREGUNTA:

¿Usted alguna vez? Pudo atender directamente a la señora nilda o tuvo un contacto directo con ella.

No nunca. No solamente vi la historia clínica, no más.

PREGUNTA:

¿Sí una pregunta doctora Carol, en la revisión que usted hizo en la historia clínica, encontró alguna anotación que indicara una falla administrativa? Esto es una negación, una omisión, un retardo en la gestión de la aseguradora para la atención de la paciente.

Pues como tal, eh, lo que se evidenció fue más que todo retraso en la atención, pues considerado en auditoría más de atención que de que de autorización, porque a pesar de que aparecen que se había negado la. La autorización de un sistema vacc obviamente, el doctor t munar es muy claro en en indicar que y pues obviamente la literatura lo da, que se pueden utilizar varias formas para reemplazar el. Sí el el sistema vacc, entre ellos está la bolsa que 1 utiliza de los líquidos y que obviamente en la práctica médica estudiante de Medicina siempre la yo como estudiante de Medicina, por lo menos si siempre la vi, que es lo que le llamamos la bolsa, la bolsa. De Bogotá.

PREGUNTA:

Pero no es más claro y no confundir al despacho en el tema administrativo como tal, en lo que concierne a la aseguradora. Esto es la PS aparece anotación en la historia clínica, independientemente de la decisión que tomen los médicos. Parece una notación en la historia clínica donde se mencione que se negó, se retardó o se omitió autorización alguna.

Es lo que tiene temperatura. Tengo entendido que solamente aparece es la negación de la de la del sistema vacc. Y por eso es que te trasladan AA la paciente para la clínica Rafael Uribe Uribe, porque no cuentan con esa ilusión buena señal.

PREGUNTA:

¿Doctora usted para realizar ese informe en tu en cuenta o le solicitó a la A la abogada que le solicitó el informe o usted misma? ¿Pues ni en el conocimiento ahora que nos estaba diciendo sobre que es también abogada o tienen estudio en derecho la historia clínica entre el interregno del 2008 al 2017 alguna PS alguna IPS para que usted aclarar por qué hacía falta en su informe? Tal aspecto o sea el.

No, no, no, no, no solamente trabajé con lo que tenía, con lo que me suministraron. Solamente es lo que está lo que estaba en en el en el documento que es suministrado, obviamente por por los familiares del paciente, se lo entregan a la doctora y pues de ahí pasan a manos mías, pero de ahí para allá no.

III. APERUTA DE ESPACIO CONCILIATORIO Y CULMINACIÓN DE LA DILIGENCIA.

De conformidad con los múltiples interceptaciones por parte del Despacho de que las partes lleguen a un acuerdo conciliatorio y ante la practica probatoria suscitada en el presente asunto entre el 20 y el 21 de febrero de 2024, la parte demandante inicialmente aceptó la suspensión del proceso para que Liberty Seguros S.A., quien ha formulado una propuesta conciliatorio no mayor a 50.000.000, esto es, la suma máxima autorizada, llevara ante el comité de conciliación la propuesta de que el proceso se conciliara por una suma mayor a \$100.000.000 m/cte.

No obstante, ante la insistencia, se pudo conciliar el presente asunto con la suma autorizada por parte de Liberty Seguros S.A., esto es, \$50.000.000. El acuerdo conciliatorio quedó de la siguiente manera:

CONCILIACIÓN JUDICIAL:

Auto 241. Procede entonces el despacho a tomar la decisión que en derecho corresponda al respecto el acuerdo conciliatorio a que han llegado las partes en el presente proceso respecto de las pretensiones sujeto del mismo.

Auto número 241 hoy, 21 de febrero del año del año 2024, siendo las 5 de la. Tarde 17 minutos. Teniendo en cuenta que el objeto de litigio. Es de libre disposición de las partes, es decir, es un aspecto conciliable que no viola prohibiciones legales. Que no son hechos ciertos e indiscutibles. El despacho aprobará entonces la conciliación. A quién llegara Partes en esta audiencia. Por lo tanto resuelve:

APROBAR el acuerdo conciliatorio que llegado las partes. En la presente audiencia. El cual se suscribe a las siguientes cláusulas. Liberty seguros. Liberty seguros SA nit 86003980- 0. A través de su apoderada judicial con facultad para conciliar la abogada Ángela María Valencia Arango, quien está acreditada en este proceso como tal. Se compromete a cancelar. Como pago total. Incluyendo costa gastos. Intereses y capital, un pago único de **\$50.000.000 de pesos** neto a la parte demandante, esto es. Los señores. Rómulo Reyes Navarro. Ronald Adrián Reyes Bejarano, Mauricio Reyes Bejarano.

El pago se efectuará a partir de los 20 días siguientes a que la aseguradora reciba físicamente y e igualmente en forma digital. Los documentos que más adelante se relacionan.

Las partes demandantes de común acuerdo. Manifiesta que el valor conciliado de los 50 millones de pesos se pague por Liberty a través del señor Ronald Adrián Reyes Bejarano, cédula 6390203. Los documentos. Que se indicaron, deben ser enviados. Físicamente a la siguiente dirección, avenida 6 a bis número 35- 100 oficina 212. Centro empresarial chipichape de la ciudad de Cali e igualmente debe ser enviado escaneados. A las dos siguientes direcciones electrónicas. notificaciones@gha.com.co y a la dirección electrónica avalencia@gha.com.co.

Se itera entonces que el pago se efectuará 20 días posteriores a la al envío físico. Y electrónico de los documentos. Los documentos que se deben enviar. Por la apoderada de la parte demandante. A Liberty son los siguientes:

Cédula de ciudadanía ampliada al 150 del señor Ronal Adrián Reyes de Jarama. - Certificación bancaria a donde deben ser consignados los valores consignados debidamente elaborados con una vigencia no mayor a 30 días - el formato de transferencia electrónica y el formulario Sarlaft. - Acta de conciliación de esta audiencia. - La cual igualmente concilian las partes en el Levantamiento de las medidas cautelares decretadas en el presente proceso. Las partes igualmente se comprometen, las partes demandantes se comprometen a efectuar desistimiento de las acciones penales y/o disciplinarias ante el Tribunal de ética médica en que estén involucrados. Los médicos que participaron en el acto médico objeto de este proceso, en el entendido de que si no se han presentado, se abstendrán de presentar acciones penales que hoy disciplinaria contra las citadas personas. Igualmente, las partes manifiestan que ante el eventual reclamo de terceros que se consideren con mejor derecho. Los indemnizados, es decir, los 3 demandantes en este proceso. Se obligan a responder de su propio patrimonio ante estas personas en caso de ser procedente. Y queda entonces la manifestación, como decía anteriormente, que los demandantes señalados de común acuerdo señalan. Y en los valores conciliados se les pague a través del mencionado señor Ronald Adrián Reyes Bejarano. Adicional a esto, entonces nos encontramos las siguientes cláusulas:

Hacen parte también de la de la de acuerdo conciliatorio las siguientes cláusulas:

1. Que la parte convocante de manera libre y espontánea, con capacidad legal de disponer y conciliar, mediante este acto renuncia también a cualquier otro derecho o reclamo que pudiese hacer o que estuviere pendiente de llevar a cabo o de consolidarse, por lo ocurrido y debido a sus perjuicios de cualquier naturaleza o denominación, incluso los futuros; precaviendo de ese modo eventuales y futuros litigios, motivados o relacionados directa o indirectamente con los citados hechos y sus secuelas, en cuanto este acuerdo comprende todos los daños y perjuicios patrimoniales y/o extrapatrimoniales, o de cualquier tipo que hubieren sido provocados, y los

que eventualmente se revelen en el futuro, de manera que no se deja nada pendiente, y por eso se extiende a cualquier efecto o consecuencia que se relacione o asocie directa o indirectamente, aunque sea imprevista, con los hechos referidos en este escrito, por lo cual incluyen en la suma por la que se transige, el pago o solución de todos los conceptos de divergencia, incluidas las costas y agencias en derecho, y los honorarios de abogados, etc.

2. Que las diferencias materia de la conciliación, motivadas en el citado evento accidental, corresponden a la eventualidad de que hubiere algún compromiso de la responsabilidad civil de las personas naturales y jurídicas que conforman la parte convocada, los perjuicios del reclamante, los cuales son, sin limitarse a estos, de carácter material e inmaterial, presentes y futuros, causados o latentes o cualquier concepto adicional, cualquiera sea su denominación, derivados directa, indirectamente o hereditarios, para el reclamante.
3. Que la parte convocada manifiesta que este acto no constituye reconocimiento ni aceptación de responsabilidad civil u obligación alguna, en relación con la Póliza No. 329704; expedida por la Aseguradora ni por ninguno de los hechos acaecidos y relacionados en la demanda, o por los efectos de esos sucesos o por los perjuicios que eventualmente se hubieran podido generar, ya sea para la parte de el reclamante o para otros o terceros.
4. Que las partes mediante este acuerdo, voluntariamente solucionan las diferencias entre sí y precaven cualquier reclamo judicial o extrajudicial entre ellas, por ese hecho y no dejan pendiente concepto o motivo alguno que pueda fundar posteriores solicitudes o demandas relativas a los hechos ocurridos y relacionados en la presente demanda, descritos en el acápite de antecedentes de esta acta, o a sus efectos; y por ende, sin reconocer responsabilidad civil alguna, las partes se pueden obligar incondicionalmente a conciliar y a abstenerse a promover reclamos o litigios por el mismo acontecimiento, de cualquier naturaleza y ante cualquier jurisdicción.
5. Que el reclamante declara que, salvo por ellos mismos, no existen otras personas que tengan o puedan alegar derecho alguno a reclamar una indemnización de perjuicios por la ocurrencia de dicho accidente.
6. Que las partes reconocen, que la declaración hecha por el reclamante en el numeral anterior, constituye la causa en virtud de la cual “Liberty” acepta y celebra este acuerdo con aquel.

7. Que, mediante este acto, las partes van a solucionar definitivamente las diferencias indicadas y no se deja pendiente ningún concepto de solución.

8. En este estado, los convocantes y su apoderada manifiestan que aceptan de forma pura y simple la cantidad conciliada como pago único y definitivo a cargo de **LA ASEGURADORA**, por los daños indemnizables, de forma que así solucionan todas las diferencias en torno a este caso y renuncian o desisten de cualquier reclamo judicial o extrajudicial adicional, o de pago adicional, a la luz del contrato de seguro, o de cualquier responsabilidad civil, ya sea extracontractual o contractual, eventualmente imputable a CLINICA PALMIRA S.A., el Dr. JHON JAIRO VALENCIA y NUEVA EPS S.A. o a cualquier otro tercero, ya que los convocantes hacen extensivo a éstos los efectos liberadores de la conciliación y el paz y salvo por el pago de la indemnización integral.

La presente conciliación hace tránsito para cosa juzgada presta mérito Ejecutivo, decisión que se notifica en estrago. No quiera que ninguna de las partes del curso del curso declaro entonces firme la decisión, ordeno su ejecutoria son las 17:00 h de la tarde, 31 minutos de hoy, 21 de febrero del año 2024, agotado el objeto de la presente diligencia y del proceso.

Entonces se ordena el archivo del proceso previa a las anotaciones, ordenar la elaboración del acta correspondiente. Presidió la audiencia el juez Carlos Ignacio Javier Herrero.