

» Conciliación extrajudicial de Cartagena
La Ciudad.

Ref: Solicitud de conciliación extrajudicial responsabilidad civil por mala praxis médica.

ANA EDITH GARCIA BAENA, mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con Cedula de Ciudadanía No. 33.207.347 de Magangué y portadora de la Tarjeta Profesional No. 258.310 del C.S. de la J, en calidad de apoderada judicial de las señoras **CLAUDIA ROSA PADAUI ORTIZ**, mayor de edad e identificada con Cedula de Ciudadanía No. 45.448.477 y domiciliada en la ciudad de Cartagena, **CLAUDIA PATRICIA TINOCO PADAUI**, mayor de edad e identificada con Cedula de Ciudadanía No. 1.047.401.661 y domiciliada en la ciudad de Cartagena y del señor **AUGUSTO ENRIQUE TINOCO PADAUI**, mayor de edad e identificado con Cedula de Ciudadanía No. 73.203.378 y domiciliado en la ciudad de Cartagena quienes actúan en nombre propio, en ejercicio de la acción de responsabilidad civil, respetuosamente solicito procedimiento de conciliación extrajudicial en contra de la **EPS SANITAS INTERNACIONAL S.A.S.**, identificada con el Nit. No. 800.251.440-6 o quien haga sus veces; la **CLINICA ESTRIOS S.A.S.**, identificada con el Nit. No. 806.011.261-7 o quien haga sus veces; la **PROMOTORA BOCAGRANDE S.A.**, **PROBOCA S.A.**, identificada con el Nit. No. 900.279.660-4 o quien haga sus veces; **LITOTRICIA S.A.** identificada con el Nit. No. 800.234.860-4 o quien haga sus veces y los Médicos **LITO LUIS PORTO PORTO** identificado con Cedula de Ciudadanía No. 73.145.067 y **CARLOS FERNANDO MARRUGO PAZ** portador del registro medico No. 13-19397-2010 y **JUAN CARLOS VELEZ ROMAN** portador del registro medico No. 231041, por los daños inmatrimoniales que se les han causado y habrá de seguir ocasionando a los convocantes **CLAUDIA ROSA PADAUI ORTIZ**, **CLAUDIA PATRICIA TINOCO PADAUI** y **AUGUSTO ENRIQUE TINOCO PADAUI**, quienes actúan en nombre propio, con motivo de la violación a la lex artis o deficiente y equivocada atención médica que le brindaron al señor **AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D)** con ocasión de las complicaciones en el procedimiento de *Prostatectomía Radical por Laparoscopia* por adenocarcinoma de próstata, que condujo a su fallecimiento el 22 de agosto de 2018, en instalaciones del **NUEVO HOSPITAL DE BOCAGRANDE**.

I. DESIGNACIÓN DE LAS PARTES Y SUS REPRESENTANTES

1. PARTE CONVOCANTE:

CONVOCANTE	VÍNCULO	IDENTIFICACIÓN
CLAUDIA ROSA PADAUI ORTIZ	Esposa	45.448.477
CLAUDIA PATRICIA TINOCO PADAUI	Hija	1.047.401.661
AUGUSTO ENRIQUE TINOCO PADAUI	Hijo	73.203.378

2. PARTES CONVOCADAS:

- » **EPS SANITAS INTERNACIONAL S.A.S.**, identificada con el Nit. No. 800.251.440-6 o quien haga sus veces.

EPS Sanitas
Atestado
31/10/2019
12:09

- **CLINICA ESTRIOS S.A.S.**, identificada con el Nit. No. 806.011.261-7 o quien haga sus veces.
- **PROMOTORA BOCAGRANDE S.A, PROBOCA S.A.**, identificada con el Nit. No. 900.279.660-4 o quien haga sus veces.
- **LITOTRICIA S.A.** identificada con el Nit. No. 800.234.860-4 o quien haga sus veces.
- **LITO LUIS PORTO PORTO** identificado con Cedula de Ciudadanía No. 73.145.067.
- **CARLOS FERNANDO MARRUGO PAZ** portador del registro medico No. 13-19397-2010
- **JUAN CARLOS VELEZ ROMAN** portador del registro medico No. 231041

II. PRETENSIONES

Se solicita al Honorable Juez que se reconozca a favor de la demandante, la señora **CLAUDIA ROSA PADAUI ORTIZ, CLAUDIA PATRICIA TINOCO PADAUI** y **AUGUSTO ENRIQUE TINOCO PADAUI**, las siguientes declaraciones y condenas:

PRIMERO: Que la **EPS SANITAS INTERNACIONAL, CLINICA ESTRIOS S.A.S, PROMOTORA BOCAGRANDE S.A, PROBOCA S.A., LITOTRICIA S.A., LITO LUIS PORTO PORTO, CARLOS FERNANDO MARRUGO PAZ y JUAN CARLOS VELEZ ROMAN**, son civil y solidariamente responsables de la totalidad de los daños patrimoniales y extrapatrimoniales que se les ha causado y habrá de seguir ocasionando a los convocantes **CLAUDIA ROSA PADAUI ORTIZ, CLAUDIA PATRICIA TINOCO PADAUI** y **AUGUSTO ENRIQUE TINOCO PADAUI**, quienes actúan en nombre propio, con motivo de la violación a la lex artis o deficiente y equivocada atención médica que le brindaron al señor **AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D)**, de las complicaciones en el procedimiento de *Prostatectomía Radical por Laparoscopia* por adenocarcinoma de próstata, que le afectó y que condujo a su fallecimiento el 22 de agosto de 2018, en instalaciones del **NUEVO HOSPITAL DE BOCAGRANDE**.

Como consecuencia de la declaración anterior, se conde a las convocadas a lo siguiente:

SEGUNDO: Se condene a la **EPS SANITAS INTERNACIONAL, CLINICA ESTRIOS S.A.S, PROMOTORA BOCAGRANDE S.A, PROBOCA S.A., LITOTRICIA S.A., LITO LUIS PORTO PORTO, CARLOS FERNANDO MARRUGO PAZ Y JUAN CARLOS VELEZ ROMAN**, al pago de la suma de **DOSCIENTOS CUARENTA Y OCHO MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS PESOS (\$248.434.800)**, por concepto de daño moral causados a los señores **CLAUDIA ROSA PADAUI ORTIZ, CLAUDIA PATRICIA TINOCO PADAUI** y **AUGUSTO ENRIQUE TINOCO PADAUI**, con motivo de la violación a la lex artis o deficiente y equivocada atención médica que le brindaron al señor **AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D)**, de las complicaciones en el procedimiento de *Prostatectomía Radical por Laparoscopia* por adenocarcinoma de próstata, que le afectó y que condujo a su fallecimiento el 22 de agosto de 2018, en instalaciones del **NUEVO HOSPITAL DE BOCAGRANDE**, discriminados de la siguiente manera:

REPARACION DEL DAÑO MORAL POR MUERTE			
NOMBRE	PARENTESCO	TOTAL INDEMNIZACIÓN EN SMMLV	SUB TOTAL
Claudia Rosa Padaui Ortiz	Cónyuge	100	82.811.600

Claudia Patricia Tinoco Padaui	Hija	100	82.811.600
Augusto Enrique Tinoco Padaui	Hijo	100	82.811.600
TOTAL			248.434.800

TERCERO: Se condene a la EPS SANITAS INTERNACIONAL, CLINICA ESTRIOS S.A.S, PROMOTORA BOCAGRANDE S.A, PROBOCA S.A., LITOTRICIA S.A., LITO LUIS PORTO PORTO y CARLOS FERNANDO MARRUGO PAZ, al pago de la suma de TRESCIENTOS TREINTA Y UN MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL CUATROCIENTOS PESOS (\$331.246.400), por concepto de daño a la vida y la salud como bienes constitucionalmente amparados de la víctima directa, el señor **AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D)**, con motivo de la violación a la lex artis o deficiente y equivocada atención médica que le brindaron por las complicaciones en el procedimiento de *Prostatectomía Radical por Laparoscopia* por adenocarcinoma de próstata, que le afectó y que condujo a su fallecimiento el 22 de agosto de 2018, en instalaciones del **NUEVO HOSPITAL DE BOCAGRANDE**, discriminados de la siguiente manera:

DAÑO A BIENES JURÍDICAMENTE TUTELADOS DE LA VÍCTIMA DIRECTA (DERECHO A LA SALUD Y LA VIDA)		
NOMBRE	TOTAL INDEMNIZACIÓN EN SMMLV	SUB TOTAL
Augusto Tinoco Garces	400	331.246.400
TOTAL		331.246.400

CUARTO: Se condene a la EPS SANITAS INTERNACIONAL, CLINICA ESTRIOS S.A.S, PROMOTORA BOCAGRANDE S.A, PROBOCA S.A., LITOTRICIA S.A., LITO LUIS PORTO PORTO, CARLOS FERNANDO MARRUGO PAZ y JUAN CARLOS VELEZ ROMAN, al pago de la suma de CIENTO OCHENTA Y OCHO MILLONES CIENTO SESENTA Y NUEVE MIL TRECIENTOS SESENTA PESOS (\$188.169.360), por concepto de daños patrimoniales, causados a los señores **CLAUDIA ROSA PADAUI ORTIZ, CLAUDIA PATRICIA TINOCO PADAUI y AUGUSTO ENRIQUE TINOCO PADAUI**, con motivo de la violación a la lex artis o deficiente y equivocada atención médica que le brindaron al señor **AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D)**, de las complicaciones en el procedimiento de *Prostatectomía Radical por Laparoscopia* por adenocarcinoma de próstata, que le afectó y que condujo a su fallecimiento el 22 de agosto de 2018, en instalaciones del **NUEVO HOSPITAL DE BOCAGRANDE**, discriminados de la siguiente manera:

DAÑOS PATRIMONIALES	
CONCEPTO	VALOR
atención de enfermeras	4.420.000
Concepto medico Historia clínica	2.200.000
Gastos Funerarios	7.645.000
Honorarios de abogados	173.904.360
TOTAL	188.169.360

QUINTO: Se condene a la EPS SANITAS INTERNACIONAL, CLINICA ESTRIOS S.A.S, PROMOTORA BOCAGRANDE S.A, PROBOCA S.A., LITOTRICIA S.A., LITO LUIS PORTO PORTO, CARLOS FERNANDO MARRUGO PAZ y JUAN CARLOS VELEZ ROMAN, deben pagar los impuestos a favor de la DIAN, derivados del monto de los perjuicios.

III. HECHOS

Los hechos que dan lugar a la presente solicitud se concretan de la siguiente manera:

1. El Señor AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D) nació el tres 3 de mayo de 1952 y para el 22 de agosto de 2018 fecha de su lamentable fallecimiento contaba con 66 años de edad.

2. El Señor AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D), era esposo de la señora CLAUDIA ROSA PADAUI ORTIZ y padre CLAUDIA PATRICIA TINOCO PADAUI y AUGUSTO ENRIQUE TINOCO PADAUI tal y como se puede evidenciar en el Registro Civil de Matrimonio y el Registro Civil de Nacimiento que así lo contempla.

3. El 19 de enero de 2018, el señor AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D), ingresó a la EPS SANITAS INTERNACIONAL a una cita de control aduciendo que había presentado elevación de la presión en horas de la noche, estrés e hipertrofia de corneal con manejo de beclometasona, siendo valorado por el Medico General HENRY ALBERTO RUIZ FERRER, quien le solicitó exámenes de control, le hizo algunas recomendaciones y ordenó hacerle los siguientes procedimientos (tal y como se puede evidenciar en la historia clínica):

1. *Colesterol de alta densidad (HDL) No. 1*
2. *Glucosa en suero, LCR u otro fluido diferente a orina No. 1*
3. *Colesterol total No. 1*
4. *Hemograma IV, método automático (233) No. 1*
5. *Antígeno específico de próstata (PSA) No. 1*
6. *Colesterol de baja densidad (LDL) enzimático No. 1*
7. *Triglicéridos No. 1*

4. El 26 de enero de 2018, el señor AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D), ingresó nuevamente a la EPS SANITAS INTERNACIONAL a llevar los resultados que le habían practicado el 22 de enero de 2018, siendo atendido por el Medico General HENRY ALBERTO RUIZ FERRER quien le hizo recomendaciones y le ordenó:

1. *Hemoglobina glicosilada por cromatografía de columna No. 1*
2. *Glucosa pre y post carga de glucosa No. 1*
3. *Solicitó remitirlo a urología para valoración.*

5. El 31 de enero de 2018, el señor AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D), ingresó a la EPS SANITAS INTERNACIONAL a entregar los resultados que le habían practicado el 29 de enero de 2018, siendo atendido por el Medico General HENRY ALBERTO RUIZ FERRER quien le hizo recomendaciones y le formuló:

1. *Blecomefasona dipropionato Sol inh nas 50mcg/dosis.*
2. *Atorvastatina Tab 20mg.*

6. El 13 de febrero de 2018, el señor AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D), ingresó a LITOTRICIA S.A. con motivo de consulta elevación de PSA 13.44 tr, próstata de aproximadamente 30 gr, induración y nódulo en ápex izquierdo siendo atendido por el Medico urólogo PEDRO ALONSO VELEZ DE POMBO, quien dio

como: *"Diagnostico principal N40X – HIPERPLASIA DE LA PROSTATA y ordenó una eco transrectal de la próstata y biopsias urocultivo y ab".* (Tal y como se puede evidenciar en la historia clínica)

7. La ecografía transrectal de la próstata más biopsia con aguja trucut del señor AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D), de fecha 26 de enero de 2018 realizada por el Urólogo CARLOS FERNANDO MARRUGO PAZ en las instalaciones de LITITRICA S.A. dio como resultado:

"Próstata heterogénea, asimétrica, zona periférica área hipoeecogenica en ápex izquierdo.

Volumen prostático aprox 36.1 ml

Capsula regular y continua.

Ángulos prostáticos claramente discriminables.

Vesículas seminales normales.

Se toman 6 muestras de cada lóbulo en la base, zona media, laterales y ápex, incluidas 2 muestras de área sospechosa. Se envían por separado para estudio anatomopatológico".

8. La muestra de la biopsia del señor AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D), tomada por el doctor CARLOS FERNANDO MARRUGO PAZ en fecha 27 de febrero de 2018 fue remitido al laboratorio de patología del doctor ALEX ALBERTO TEJADA NUÑEZ y la doctora ASTRID DEL VALLE PESTAÑA, que arrojó como diagnostico final lo siguiente:

"Biopsias transrectal de próstata, lóbulos derecho, izquierdo y área sospechosa del lóbulo izquierdo:

- *Adenocarcinoma de tipo acinar, moderadamente diferenciado, gleason 3+4 (7) que compromete el 80% de la muestra.*
- *Con compromiso de inasion perineural".*

9. El 5 de marzo de 2018, el señor AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D), acude a la EPS SANITAS INTERNACIONAL a llevar el reporte de ecografía transrectal de próstata practicada el 26 de enero de 2018 que reportaba HPB, prostatitis, siendo atendido por el Doctor HENRY ALBERTO RUIZ FERRER, quien dio como:

"Diagnostico principal: hallazgo anormales en diagnóstico por imagen de los órganos urinarios (R934), impresión diagnostica, causa externa: enfermedad general.

Diagnostico asociado 1: Trastorno de ansiedad, no especificado (F419), impresión diagnostica".

10. Este resultado fue entregado al doctor PEDRO ALONSO VELEZ DE POMBO el 09 de marzo de 2018, quien ordenó *"realizar una gammagrafía ósea, un tac abdominal simple y con contraste oral".* (Tal y como se puede evidenciar en la historia clínica).

11. El 12 de marzo de 2018 en NUCLEODIAGNOSTICO LTDA MEDICINA NUCLEAR, el señor AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D) se hizo la gammagrafía ósea que da como resultado *"Hipercaptacion del trazador, por los hombros de predominio a nivel acromio clavicular, articulaciones esternoclaviculares y uniones costo vertebrales bajas, que por su localización pueden corresponder a osteoporosis o remodelación ósea de origen traumático entre otras entidades. Siluetas renales presentes. Hallazgos sin otras lesiones*

hipercaptantes en el presente examen". Examen hecho por el medico AIKEN BETANCOURT PIÑERES.

12. El 16 de marzo de 2018, el señor AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D) ingresó a SANITAS INTERNACIONAL con dolor abdominal y llevó el reporte de la biopsia transrectal, siendo atendido por el Doctor HENRY ALBERTO RUIZ FERRER quien dio como *Diagnostico Principal: "Carcinoma in situ de la próstata (D075) y Diagnostico Asociado: dolor localizado en otras partes inferiores del abdomen (R103), izquierdo"*.

13. El 21 de marzo de 2018 en Imágenes Diagnosticas Santa Lucia el señor AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D), se hizo el TAC de abdomen simple ordenado por el doctor PEDRO ALONSO VELEZ DE POMBO que dio como resultado *"Lesión tumoral de etiología a determinar en riñón izquierdo"*. Examen realizado por la doctora YAMITH URUETA CHAVEZ.

14. El 23 de marzo de 2018, el señor AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D) ingresó a LITOTRIZIA S.A., siendo atendido por el doctor PEDRO ALONSO VELEZ DE POMBO quien decidió *"iniciar tratamiento médico con bloqueo hormonal completo de próstata mientras se realizaba cirugía de masa renal izquierda"*. De igual manera, ordenó los siguientes exámenes: *"hemograma completo, glicemia, TP, TPT, grupo sanguíneo, parcial de orina y cultivo SGOT - SGPT, LDH, EKG valoración por medicina interna y solicitó orden para nefrectomía radical por laparoscopia, bicalutamida 50mg al día por 3 meses acetato de leuprolide 45mg s/c cada 6 meses"* y finalmente dio como *"Diagnostico principal: D410 – Tumor de comportamiento incierto o desconocido del riñón y diagnostico relacionado 1: C61X – Tumor maligno de la próstata"*. (Tal y como se puede evidenciar en la historia clínica).

15. El 28 de marzo de 2018, el señor AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D) ingresó a la EPS SANITAS INTERNACIONAL, con motivo de consulta VALORACION PREOPERATORIA siendo atendido por el doctor CLEMENTE TARRIBA LEZAMA, quien en su análisis y plan de atención estableció que el señor Tinoco (Q.E.P.D), *"No tenía antecedentes de riesgo cardiovasculares en plan de realización de cirugía urológica y con bajo riesgo pre quirúrgico por índice de LEE, por lo cual no había contraindicaciones médicas para realizar el procedimiento quirúrgico"*. (Tal y como se puede evidenciar en la historia clínica).

16. Mi cliente manifiesta que el señor AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D), refirió a los médicos haber sido operado de intestino hacía 27 años, respuesta manifiesta a la revisión física y como consecuencia de la cicatriz que el presentaba en el abdomen, no obstante, el profesional encargado advirtió que la cirugía era por laparoscopia y que los riesgos eran mínimo.

17. El 31 de mayo de 2018 a las 07:22AM el señor AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D), ingresó al servicio de cirugía en la CLÍNICA ESTRIOS SAS, en compañía de su esposa CLAUDIA PADAUI ORTIZ siendo atendido por el doctor CARLOS FERNANDO MARRUGO PAZ Y el doctor JUAN CARLOS VELEZ para la práctica de la intervención por la parascopia programada sobre ADENOCARCINOMA DE PROSTATA, por las afectaciones que venía sufriendo su salud, sin embargo en la historia clínica se registró siguiente:

"Diagnóstico de ingreso: ULCERA GASTROYEYUNAL AGUDA CON PERFORACION".

18. A las 10:36AM del 31 de mayo de 2018 el doctor CARLOS FERNANDO MARRUGO PAZ (Urólogo) registró en la epicrisis – hoja de cirugía HC No. 9079429 del señor AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D), lo siguiente:

*"Diagnóstico Preoperatorio: Adenocarcinoma de Próstata
Procedimiento Realizado: Laparotomía Exploratoria 541102
Cirujano: Dr. MARRUGO – VÉLEZ*

Descripción Operatoria: No se procede con la prostatectomía por hallazgo de severo síndrome adherencial compatible con Granat grado 3-4, encontrándose LESION DE ASA INTestinal LONGITUDINAL".

DESCRIPCION OPERATORIA:

(...) se procede a realizar neumoperitoneo bajo técnica cerrada con aguja de veress en región subcostal izquierdo no satisfactoria a continuación se realiza incisión periumbical bajo técnica abierta, disección encontrando severo proceso adherencial compatible con granat grado 3-4 al explorar la herida se encuentra lesión de asa intestinal longitudinal por lo que se solicita apoyo por parte de cirugía general (Dr. LITO PORTO) que comprueba los hallazgos y procede con cierre del asa en sentido transversal (heineke mikilicz), primer plano puntos de lembert (invaginant) y cierre en segundo plano con sutura continuación, no se evidencia nuevas lesiones a continuación se procede a cierre por plajos fascia con vicryl, piel con monocryl, se da por terminado el procedimiento sin complicaciones no se procede con la prostactectomía por severo síndrome adherencial.

Finalmente decidió dejar hospitalizado al señor AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D), para seguimiento y control por LAPAROTOMIA EXPLORATORIA 541102.

19. A las 12:29PM del 31 de mayo de 2018 el doctor LITO LUIS PORTO PORTO (Cirujano General), registró en la epicrisis – hoja de cirugía del señor AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D), lo siguiente:

"Diagnóstico Preoperatorio: Lesión en ASA Intestinal (SE DEBE ACLARAR QUE NO ES COMO DICE LA DESCRIPCION DEL UROLOGO QUE ENCUENTRA UNA PERFORACION, ESTA FUE CAUSADA POR EL PROCEDIMIENTO AL ENTRAR Y POR ESO SE LLAMA AL CIRUJNO "

Procedimiento Realizado: Laparotomía Exploratoria 541102 + Lisis de adherencias peritoneales por laparotomía (545001) + Enterorrafia (467001)

Cirujano: Dr. LITO LUIS PORTO PORTO

Descripción Operatoria: Se acude ha llamado por parte de servicio de Urología, se encuentra lesión de ASA intestinal longitudinal, se realiza liberación de adherencias y se procede con cierre del ASA en sentido transversal. NO SE EVIDENCIAN NUEVAS LESIONES".

20. A las 03:16PM del 31 de mayo de 2018, el doctor LUIS ALFREDO LARA ARIAS (Médico general), después de que se le había practicado la cirugía al señor AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D), registró en la historia clínica de ingreso a UCI Adulto lo siguiente:

"Procedencia: 02 Cirugía programada

Motivo de ingreso a la UCI: Vigilancia posquirurgica

Prioridad de ingreso: Prioridad 3

Enfermedad actual: Paciente masculino quien ingresa procedente de sala de cirugía a quien se le iba a realizar Prostatectomía Radical por Laparoscopia, sin embargo se encontró múltiples adherencias de asas intestinales por lo que se produjo

perforación intestinal el cual se le realizó corrección por parte de cirugía general sin complicaciones, se hospitaliza paciente para vigilancia posquirúrgica”.

21. Pasados 5 días desde que el señor AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D), fue ingresado a UCI Adulto en la CLÍNICA ESTRIOS S.A.S., el 05 de junio de 2018 a las 08:3PM es ingresado nuevamente a cirugía por orden de su médico tratante el doctor LITO LUIS PORTO PORTO, quien registró en la hoja de cirugía lo siguiente:

“Diagnóstico Preoperatorio: Hematoma de pared abdominal

Procedimiento Realizado: Laparotomía Exploratoria + Drenaje de colección intraperitoneal vía abierta + Liberación de plastrón en abdomen vía abierta + Lavado peritoneal terapéutico vía abierta + Anastomosis de intestino delgado a intestino delgado + Yeyunostomía + Omentectomía total vía abierta + Lisis de adherencias peritoneales vía abierta

Cirujano: Dr. MARRUGO – COLPAS – PORTO

Descripción Operatoria: (...) Se evidencia sutura antigua de fascia vicryl la cual es retirada, se observa salida de materia intestinal y hematoma coagulado, se procedió a lavar ya aspirar, se inicia liberaciones de adherencias las cuales eran adherencias inflamatorias crónicas con fusión de asas intestinales totales, 50cm de intestino delgado fuertemente adherido a toda la pared anterior del abdomen la cual durante su liberación produjo múltiples perforaciones por tal razón se procede a realizar resección intestinal y de eplipon, se continúan liberando adherencias hasta obtener los dos cabos proximal y distal con buena irrigación y sin tensión para realizar anastomosis intestinal de yeyuno utilizando puntos simples técnica leberg, se procede a verificar permeabilidad intraluminal sin fugas extraluniales, se realiza lavado con 300CC de SSN se verifica hemostasia sellamiento intestinal, se coloca bolsa de viaflex, se cierra solo piel y se deja en laparotomía para revisión en 48horas”.

22. Después de que se le practicó la segunda cirugía al señor AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D), el doctor LITO LUIS PORTO PORTO (Cirujano General) a las 08:40PM del 5 de junio de 2018 registró en la epicrisis de cirugía lo siguiente:

“Cuadro clínico: Se envía paciente a la sala de UCI se decide intervenir en 48 horas para laparotomía exploratoria y lavado de cavidad, se ordena inicio de terapia con compresión neumática intermitente en miembros inferiores para prevención de tromboembolismo pulmonar en paciente con contraindicación para inicio de heparinas. Pronóstico reservado”.

23. El 7 de junio de 2018 señor AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D), es ingresado nuevamente a cirugía, siendo atendido por el doctor LITO LUIS PORTO PORTO (Cirujano General), registró en la hoja de cirugía que reposa en la historia clínica a las 12:13PM, lo siguiente:

“Diagnostico Preoperatorio: Perforación intestinal

Procedimientos Realizados: laparotomía, Lavado peritoneal terapéutico vía abierta, nuevo cierre de disrupción postoperatoria de pared abdominal (evisceración)

Cirujano: LITO LUIS PORTO PORTO

Descripción Operatoria: Se retorna paciente monitorizado a UCI”.

24. El 7 de junio de 2018 a las 09:21PM la doctora ELISABETH CRISTINA PALACION RAMIREZ (Nutrición Humana) registró en la historia clínica del señor AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D) lo siguiente:

"Recomendaciones: Paciente con aparente buen estado nutricional en cuanto a peso, pero con mal nutrición por déficit, por sugerencia y solicitud de cirujano tratante se hace necesario administrar fórmula oligomérica con el fin de disminuir la perfusión intestinal, disminuir el residuo intestinal y cubrir el requerimiento nutricional diario y de esta forma prevenir la aparición de fistula por desnutrición proteico calórica.

1-VITAL 1,5 Kcal por vía oral".

25. El 8 de junio de 2018 el señor AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D) es llevado a sala general donde ya se le suministraba la fórmula ordenada por la doctora ELISABETH CRISTINA PALACION RAMIREZ (Nutrición Humana).

26. Tres días después, es decir, el 11 de junio de 2018 a las 07:59AM el doctor LUIS ALFREDO LARA ARIAS (Médico general), registró en la historia clínica del señor AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D) lo siguiente:

"Análisis: Paciente quien durante la curación de herida quirúrgica se observa salida de materia fecal, se ordena nada vía oral, se trata de informar a cirujano tratante sin embargo no se logra esta vía telefónica".

27. A las 09:24AM del 11 de junio de 2018 el doctor LITO LUIS PORTO PORTO (Cirujano General), registró en la historia clínica del señor AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D) lo siguiente:

"Paciente que en su 7 día postquirúrgico de resección intestinal + anastomosis termino-terminal secundario a perforación instrumental intestinal el día jueves 31/05/18 quien se le realizó rafia primaria con posterior fuga a los 3 días, fue reintervenido el día martes 05/06/18 con laparotomía exploratoria + liberación de adherencias intestinal y peritoneales + resección de 50cm de yeyuno + drenaje de peritonitis + anastomosis de yeyuno termino-terminal se deja en laparotomía por 48H cerrando la pared abdominal el día jueves 07/06/18 y deja dren vigilante. El día de hoy lunes 11/06/18 paciente presenta fuga intestinal considerando paciente deber ser manejado en estancia superior, por tal razón de inicia proceso de remisión".

Mis poderdantes, esposa e hijos del señor AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D), accedieron a la remisión, debido a que encontraron que existían incongruencias entre la decisión de remisión del señor AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D) y la realidad de la habilitación de los servicios de salud que prestaba la IPS ESTRIOS S.A.S donde fue intervenido el señor AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D), debido a que en el REPS del Ministerio de Salud, reposa la información donde la Secretaria de Salud de Cartagena habilitó a la IPS en el los servicios de alta complejidad, siendo esta de complejidad (alta), la máxima existente en el país autorizada para tratar las más altas complejidades o enfermedades de la salud humana.

Lo anterior quiere decir que si los profesionales de salud que intervinieron al señor AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D) decidieron trasladarlo según su criterio a un sitio hospitalario de estancia superior, se sobreentiende que el nivel de

complejidad (alta) de la IPS no estaba dotado o capacitado para tratar las afecciones de la salud del señor AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D), las cuales les fueron generadas con posterioridad a la cirugía a la cual fue sometido.

En todo caso, teniendo de precedente los riesgos clínicos que el procedimiento inicial representaba para la salud, la vida e integridad del señor AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D), la IPS ESTRIOS S.A.S., si no era el centro adecuado para atender tal afectación jamás debió adelantar el procedimiento que generó el ingreso AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D) el día 31 de mayo de 2018.

28. El 11 de junio de 2018 a las 12:01PM el doctor LUIS ALFREDO LARA ARIAS (Medico General), registró en la historia clínica del señor AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D) lo siguiente:

"El día de hoy lunes 11/06/18 paciente presenta fuga intestinal considerando paciente deber ser manejado en estancia superior, por tal razón de inicia proceso de remisión, se toman paraclínicos e control donde se observa leucocitos con anemia leve y buen volumen plaquetario, tiempos de coagulación y azotados en metas, proteinograma normal, paciente quien se remite a Nuevo Hospital Bocagrande en el cual se genera epicrisis".

29. El 11 de junio de 2018 a las 12:05PM se inicia el proceso de remisión del señor AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D) NUEVO HOSPITAL BOCAGRANDE con:

"DSX EGRESO: K281 ULCERA GASTROYEURAL AGUDA CON PERFORACION

Diagnóstico de ingreso: paciente masculino con diagnósticos de:

1. POP de laparotomía exploratoria
2. Corrección de perforación intestinal
3. CA de próstata

Diagnóstico de remisión: paciente masculino de 66 años de edad con DX de:

1. POP de laparotomía exploratoria + drenaje de colección intraperitoneal + lisis de adherencia + yeyunostomía + anastomosis termino-terminal (05/06/18)
2. POP de laparotomía exploratoria + lisis de adherencia peritoneales + enterorrafia (31/06/2018)
3. CA de próstata
4. Síndrome anémico multifactorial".

30. El 11 de junio de 2018 a las 13:16PM el señor AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D) es ingresado a urgencias en el NUEVO HOSPITAL DE BOCAGRANDE. En la epicrisis se estableció lo siguiente:

*"Motivo de consulta: Viene remitido para que lo vea el cirujano
Enfermedad actual: paciente de sexo masculino quien ingresa en ambulancia remitido de la Clínica Estrios en contexto de fuga intestinal secundario a POP de Laparotomía Exploratoria + Liberación de adherencias. Familiar refiere que le ve salida de secreción de aspecto intestinal por dren vigilante. Niega otros síntomas".
Descripción: Paciente en regulares condiciones generales... se observa dren en fosa iliaca derecha con drenaje activo de material amarillento, fétido, no signos de irritación peritoneal, genitourinario no explorado..."*

31. El 11 de junio de 2018 a las 14:51PM se les informa y explica a los familiares del señor AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D) la amplia y claramente necesidad de llevar a cabo cirugía de laparotomía exploratoria de acuerdo a los hallazgos y también se les explica los posibles escenarios de nueva resección intestinal y anastomosis, enterorrafia intestinal, laparotomía, sistema VAC, reintervención u ostomía y se les informo que se había solicitado la remisión del paciente a UCI.

32. El 11 de junio de 2018 se registró en la historia clínica que el señor AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D) es ingresado a cirugía general (por cuarta vez) a cargo del doctor CARLOS CRUZ, para realizarle Laparotomía exploratoria, procedimiento que permitió encontrar *"material fecaloide abundante y liquido dehiscencia de dos rafas intestinales, en el yeyuno proximal encuentran abdomen congelado que no permite separación de asas, se resecan bordes y se realiza lavado exhaustivo y se deja con abdomen abierto con bolsa de Bogotá para posterior lavado"*.

32. El 13 de junio de 2018, el señor AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D) fue revisado físicamente por los doctores CARLOS CRUZ, GUSTAVO GARCIA y el residente JHON RICARDO, quienes registraron en la historia clínica a las 17:33PM lo siguiente:

"Análisis: paciente en su segundo día postquirúrgico de laparotomía exploratoria con dos dehiscencia de sutura a nivel yeyunal proximal más nueva rafia intestinal más liberación cridas y adherencias más lavado peritoneal más bolsa de Bogotá. Consideramos (CARLOS CRUZ - GUSTAVO GARCIA Y RESIDENTE JHON RICARDO) que de acuerdo a los hallazgos al examen físico que de trata de una nueva fuga intestinal. Tenido en cuenta todos los antecedentes decidimos llevar a cirugía par lavado y colocación de sistema VAC como nueva alternativa".

33. Por lo anterior, el señor AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D) fue ingresado a cirugía el mismo día a cargo de los doctores CARLOS CRUZ y GUSTAVO GARCIA, quienes una vez le practicaron el procedimiento a realizar ingresaron a la historia clínica como resultado a las 23:54PM lo siguiente:

"Análisis: paciente masculino de 66 años de edad con antecedentes quirúrgicos descritos quien ingresa a la unidad de cuidados intermedios es postquirúrgico inmediato de lavado peritoneal, enterorrafia, epiploplastia y colocación Sistema VAC (Genadyne) (13/06/2018) por evidencia de pequeño orificio a nivel de cara posterior rafia yeyunal proximal, por falla de la sutura a este nivel... pronóstico reservado a su evolución".

34. El 15 de junio de 2018 alas 18:13PM, los médicos tratantes requirieron para el señor AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D) aislamiento protector ya que se encontraba con abdomen abierto y con riesgo de adquirir infecciones por lo que requeriría privacidad y restricción de visitas. Por esto, es hospitalizado en sala general en el cuarto piso del Nuevo Hospital de Bocagrande.

35. El 23 de junio de 2018 a las 10:00AM, los médicos tratantes del señor AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D) deciden ingresarlo a cirugía a fin de hacer el respetivo cambio del Sistema VAC. Se registró en historia clínica lo siguiente:

"Análisis: Paciente masculino de 66 años de edad con diagnósticos anotados, quien se encuentra hospitalizado en sala general en contexto de postquirúrgico de lavado peritoneal, enterorrafia, epiplopastia y colocación Sistema VAC, el día de hoy es llevado a cirugía para cambio de Sistema VAC, no refiere dolor, en buen estado general, a febril; en seguimiento con cirugía general".

36. El 29 de junio de 2018, los médicos tratantes del señor AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D) deciden ingresarlo a cirugía a fin de hacer el cambio del Sistema VAC. Se registró en historia clínica de fecha 30 de junio de 2018 lo siguiente:

"Paciente de 66 años de edad, con diagnósticos y antecedentes anteriormente descritos, quien actualmente se encuentra en su día 1 de postoperatorio de lavado peritoneal, termodinámicamente estable, a febril, hidratado, con buen patrón cardiorrespiratorio, tolerando oxígeno ambiente, sin signos de SIRS, sin sangrado activo, con Sistema de VAC con canister llenado al 50%. Cifras tensionales en meta, demás signos vitales controlados, no presenta dolor torácico, no disnea, con reporte ecocardiograma transtorácico dentro de límite normales por lo que se dio aval para realizar cirugía el día de ayer".

37. El 06 de julio de 2018 a las 04:00PM, los médicos tratantes del señor AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D) deciden ingresarlo a cirugía nuevamente a fin de hacer el cambio del Sistema VAC. Se registró en historia clínica lo siguiente:

"Análisis: Paciente masculino de 66 años de edad, hospitalizado con diagnósticos anotados, en el día de hoy cambio de VAC actualmente a febril, con buen patrón cardiorrespiratorio con evolución positiva por estabilidad general, hemodinámicamente estable, con cifras tensionales frecuencia cardiaca y frecuencia respiratoria en metas paciente con evolución positiva por estabilidad general".

38. El 10 de julio de 2018, los médicos tratantes del señor AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D) deciden ingresarlo a cirugía nuevamente a fin de hacer el cambio del Sistema VAC. Se registró en historia clínica de fecha 11 de julio de 2018 lo siguiente:

"Nota: en el día de ayer se hizo recambio sistema VAC".

39. El 17 de julio de 2018 a las 04:00PM, los médicos tratantes del señor AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D) deciden ingresarlo a cirugía nuevamente a fin de hacer el cambio del Sistema VAC. Se registró en historia clínica de fecha 18 de julio de 2018 lo siguiente:

*"Análisis: Evolución medica nota retrospectiva 17-7-2018
Paciente masculino de 66 años de edad hospitalizado con diagnósticos anotados, actualmente a febril, hidratado con buen patrón cardiorrespiratorio hemodinámicamente estable, con signos vitales en metas el día de hoy programado para nuevo lavado y recambio de Sistema VAC. Paciente continua en seguimiento por cirugía general".*

40. El 24 de julio de 2018, los médicos tratantes del señor Tinoco (Q.E.P.D) deciden ingresarlo a cirugía nuevamente a fin de hacer el cambio del Sistema VAC. Se registró en historia clínica de fecha 25 de julio de 2018 lo siguiente:

"Paciente en postoperatorio día 1 de lavado + recambio de Sistema VAC, se encuentra en buenas condiciones generales, sin signos de dificultad respiratoria, con sistema de presión negativa normofuncionante, se le realiza cambio de canister por encontrarse al 90% límite de su capacidad (800CC), continua bajo seguimiento por cirugía general".

41. El 26 de julio de 2018 a las 18:52PM se registró en la Historia Clínica del señor AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D) lo siguiente:

"Se detecta fuga de contenido intestinal a través de trayecto fistuloso en tercio inferior de la herida con inadecuado funcionamiento del VAC, por lo que se retira capa de sellamiento adherente, limpieza con suero fisiológico, aplicación de benjuí... se cambia deposito receptor de canister ya que se encontraba lleno, se conecta sonda de folley a cystoflo se inicia nuevo funcionamiento del VAC el cual se da exitosamente".

42. El 28 de julio de 2018, los médicos tratantes del señor AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D) deciden ingresarlo a cirugía nuevamente a fin de hacer el cambio del Sistema VAC. Se registró en historia clínica lo siguiente:

"Análisis: Paciente hospitalizado por el servicio de cirugía general recibiendo manejo médico, afebril sin datos de sepsis con drenaje escaso por sonda abdominal, el día de hoy es llevado a cirugía general para cambio de Sistema de VAC paciente recibiendo nutrición parenteral, continua hospitalizado por cirugía general atentos a evolución".

43. El 02 de agosto de 2018, al señor AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D) le es retirado parcialmente el adhesivo sellante, ya que estaba presentado fuga e irritando la piel y se le realizó nuevo sellamiento, obteniéndose buen funcionamiento del Sistema VAC.

44. El 03 de agosto de 2018, los médicos tratantes del señor AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D) deciden ingresarlo a cirugía nuevamente a fin de hacer el cambio del Sistema VAC. Se registró en historia clínica de fecha 04 de agosto lo siguiente:

"Nota: El día de ayer se realizó cambio de Sistema VAC observado aumento tejido de granulación importante, se dejó de usar apósito veraflo y se pasó a apósito granufoam silver tratando de aislar la fistula de sistema de succión con donas. Hasta el momento no ha producido a bolsa de colostomía contenido intestinal y ha producto a través de Sistema VAC en últimas 24 horas 300ML observando disminución de producción. Debe manejar soporte nutricional parenteral".

45. El 08 de agosto de 2018, los médicos tratantes del señor AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D) deciden ingresarlo a cirugía nuevamente a fin de hacer el cambio del Sistema VAC. Se registró en historia clínica de fecha 09 de agosto lo siguiente:

"Nota: el día de ayer se realizó cambio de Sistema VAC e individualización de drenaje de ostomía".

46. El día 14 de agosto de 2018 a las 14:22PM, el señor AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D) empezó a presentar altos niveles de temperatura en 37.9°C y presión baja. En la historia clínica se registró lo siguiente:

"Análisis: Paciente masculino de 66 años de edad hospitalizado con diagnósticos anotaos, actualmente a febril con buen patrón cardiorrespiratorio, el día de hoy con escalofríos con temperatura en 37.9°C, refiere oliguria, paciente a quien se ordena actualización de paraclínicos y se solicita parcial de orina, curva termina cada 4 horas, se ordena urocultivo en caso de ser patológico parcial de orina, además de por parte de cirugía se solicita tránsito intestinal para visualizar mecánica del mismo y evaluar evolución anatomofisiologica de la patología".

47. El día 14 de agosto de 2018 a las 16:18PM, se registró en la historia clínica del señor AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D) lo siguiente:

"Paciente que presenta pico febril (3.8) en la hora de la tardes posterior al mismo presenta hipotensión con poca respuesta a líquidos, se recibe reporte de paraclínicos donde se evidencia leucocitos con neutrofilia, resto paraclínicos dentro parámetros normales, me comunico vía telefónica con CX General tratante Dr Gracia que decide iniciar antibiótico terapia de amplio espectro previo a tomar cultivo, se solicita gases arteriales, radiografía de tórax para definir conducta, paciente con posible cuadro séptico por lo que debe ser trasladado a cuidados critico para monitorización continua y manejo médico".

48. A las 18:40PM del 14 de agosto de 2018 el señor AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D) es traslado a unidad de cuidados intensivos teniendo en cuenta el cuadro febril y de hipotensión que presentaba.

49. El 15 de agosto de 2018, se registró en la historia clínica del señor AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D) lo siguiente:

"Análisis: Paciente masculino de 66 años de edad quien se encuentra en unidad de cuidados intensivos cursando con choque de presunta etiología séptica dependiente de soporte vasopresor con noradrenalina, actualmente sin soporte ventilatorio, con diuresis en metas, buen control metabólico, con lactato normal, paraclínicos con marcada leucocito y neutrofilia por lo que se ordena extendido de sangre periférica y se suspende corticosteroide, además con anemia moderada, tiempos de coagulación sin prolongación, azoados normales así como ionograma, ligera elevación de transaminasas se encuentra recibiendo alimentación parenteral por vía central, paciente quien se considera continuar con terapia antimicrobiana de amplio espectro sumado a antifungico, está en seguimiento por cirugía general. Continua en la unidad de cuidados intensivos bajo estricto monitoreo hemodinámico, pronóstico sujeto a evolución".

50. El 16 de agosto de 2018 a las 07:10AM se registró en la historia clínica del señor AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D) lo siguiente:

"Análisis: Paciente masculino de 66 años de edad quien se encuentra hospitalizado en unidad de cuidados intensivos en contexto de choque séptico resuelto con suspensión y adecuada tolerancia del soporte vasoactivo, actualmente con cifras tensionales en metas persiste con respuesta leucocitaria por lo que aún debe continuar con hasta 12 días con meropenem además debe continuar con anidalsfungina hasta estabilidad hemodinámica se continua en día de hoy por

labilidad de la misma, a espera de reporte definitivo con procalcitonina positiva hemocultivos con gram + pendiente reporte definitivo por parte de infectología en contexto de paciente con abdomen abierto debe permanecer en unidad de cuidados intermedios a monitorización continua".

51. El 17 de agosto de 2018, el señor AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D), presentó mejorías de cifras tensionales, parámetros hemodinámicos y de respuesta inflamatoria sistémica por lo que decidieron subirlo nuevamente a sala general. Esta vez a una habitación que no era adecuada para su recuperación, toda vez que como lo manifestó su esposa la señora CLAUDIA ROSA PADAUI ORTIZ, la cama en la que se encontraba el señor Tinoco era manual, no salía de la habitación y no contaba con los equipos de oxígeno lo que en términos generales le imposibilitaba la recuperación satisfactoria de su difunto esposo.

52. El 17 de agosto de 2018 a las 13:13PM se registró en la historia clínica del señor AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D) lo siguiente:

"Análisis: Paciente de 66 años de edad con antecedentes, quien actualmente ingresa a cuarto piso, estable, consciente, alerta orientado, sin signos de dificultad respiratoria, niega cefalea, niega nauseas, tolerando vía oral signos vitales dentro de metas, se observa sistema VAC en buen estado, sin signos de infección, cumpliendo tratamiento antibiótico, continua pendiente realización de estudio de extensión TAC de oral, TAC de abdomen y ecocardiograma transtoracico".

53. El 18 de agosto de 2018 a las 09:20AM, se registró en la historia clínica del señor AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D) lo siguiente:

"... Presentando fiebre asociado a hipotensión sin respuesta a fluidoterapia por lo que se sospecha de shock séptico con necesidad de inicio de vasoactivo y traslado a unidad de cuidados intensivos, se inició antibióticoterapia de amplio espectro y antifúngico en sospecha de infección asociada a catéter venoso centra, dada nutrición parenteral desde inicio de la hospitalización, paciente actualmente en aceptables condiciones generales, afebril, hidratado con buen patrón cardiorrespiratorio, hemograma con descenso de leucocitos con neutrofilia leve, ionograma sin trastornos hidroelectrolíticos, tiempos de coagulación, función renal normal. Paciente hemodinámicamente estable pendiente realización de TAC de abdomen, tórax simple y ecocardiograma, continua en seguimiento por cirugía general".

54. El 20 de agosto de 2018 a las 10:03AM se registró en la historia clínica del señor AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D) lo siguiente:

"Análisis: Paciente con filtración a nivel de bordes de la caraya, se retira parcialmente apósito se realiza limpieza de la piel y se coloca nuevamente fixomur transparente, verificando integridad y funcionalidad del sistema VAC, se verifica permeabilidad del orificio de drenaje a través de ostomias en barrera de caraya liberando un poco de stomahesive en pasta obteniendo drenaje de contenido intestinal se coloca nuevamente bolsa conectada a cistoflo continua igual tratamiento, con sistema de presión negativa, asilamiento de fistula nutrición parental, pendiente realización de tránsito intestinal y/o vías digestivas altas con fistulografía, reporte de hemocultivo N°2 con staphylococcus epidermidis, paciente afebril, con descenso de leucocitos, hoy día 5 de antibióticoterapia, se considera solicitar valoración por infectología con el fin de determinar el tiempo de tratamiento

antibiótico control de función renal dado uno de vancomicina medicamento nefrotoxico".

55. El 21 de agosto de 2018, el señor AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D), presentó nuevamente temperatura alta cuantificada en 38.0°C, por lo que se comunicaron con su médico tratante el Doctor GUSTAVO GARCIA, quien solicitó paraclínicos (hemograma, PCR, TPT, INR, TP, ionograma, hemocultivo por 2, urocultivo) y valoración por infectología para definir la conducta. Tal y como se puede evidenciar en la historia clínica.

56. El 22 de agosto de 2018 a las 18:58PM el médico tratante del señor AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D) solicitó cupo quirúrgico para el viernes 24 de agosto de 2018 a las 04:00PM par lavado peritoneal y cambio del Sistema VAC y como análisis registró en la historia clínica lo siguiente:

"Paciente masculino de 66 años de edad con diagnósticos previamente descritos, presentó pico febril (3.8) en las hora de la tarde, con mejoría del mismo, se acude al llamado del familiar paciente presenta episodio de hipotensión, sudoración y somnolencia, con poca respuesta a liquido con reporte de paraclínicos donde se manejó con antibioterapia de amplio espectro, se indica infusión de noradrenalina a titular, se solicita paraclínicos de extensión, paciente con alto riesgo de inestabilidad hemodinámica, se indica traslado a unidad de cuidados intensivos para monitoreo estricto con sospecha de shock séptico abdominal vs catéter central en vena yugular interna derecha, a la espera de traslado a cuidados crítico para monitorización continua y manejo médico".

57. A las 21:41PM del 22 de agosto de 2018 registraron en la Historia Clínica del señor AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D) lo siguiente:

"Paciente bajo monitoreo continuo que se encuentra en sala general en momento de valoración presenta alteración neurológica acompañado de bricardia e hipotensión con presencia de onda electrocardiográfica sin guía AHA, con compresiones torácica efectiva, una ampolla de adrenalina cada 3 minutos, continuando ventilación con dispositivo ambu, se realiza intubación orotraquial con tubo 7.5 se insufla neunomotapanador, se verifica adecuado posicionamiento.

Según protocolo AHA se revisa pulso y ritmo cada 2 minutos por 45 minutos, sin obtener retorno de la circulación espontánea, por lo cual a 20:45 se declara fallecimiento, paciente sin reflejo de tallo".

58. De esta manera, a las 22:26PM del 22 de agosto de 2018, se ordena el egreso del señor AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D) señalándose lo siguiente:

"Causa de egreso: muerto más de 48 horas

Diagnóstico de egreso: fistula del intestino K632

Fecha y hora de muerte: 2/08/2018 20:45

Causa básica de la muerte: abdomen agudo

Horas entre ingreso y muerte: 72/8:39 dd/hh:mm".

59. Manifiesta mi poderdante, CLAUDIA ROSA PADAUI ORTIZ esposa del señor Tinoco (Q.E.P.D), que el día del fatal suceso a eso de las 05:30PM fue a visitar a su esposo y este le manifestó que se sentía con la presión baja, lo que pudieron confirmar una vez fue evaluado por la médica en turno por lo que procedieron a

suminístrale medicamento y que debía ser ingresado a UCI para poderlo monitorear adecuadamente.

El tiempo pasaba y al señor AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D) no lo remitían a UCI, seguía en sala general y a eso de las 07:00PM su esposo empezó a ponerse mal. Recordemos señor juez, que la habitación en la que se encontraba el esposo de mi poderdante no era la más adecuada y apta para tratar pacientes que se encuentren en el estado de salud en el que se encontraba el señor Tinoco, toda vez que estas habitaciones no cuentan con el equipo necesario que se requiere para monitorear este tipo casos.

Es inaudito e inaceptable que una clínica de alta complejidad como lo es el Nuevo Hospital de Bocagrande no cuente con habitaciones que estén adecuadas para este tipo de situaciones y que tampoco cuenten con el personal idóneo que sea requerido para situaciones de urgencias como lo fue este caso, es importante mencionar que nunca llegó el camillero que debía trasladar al señor Tinoco (Q.E.P.D) a la Unidad de Cuidados Intensivos, situación que condujo al deterioro progresivo del esposo de mi poderdante. Si otras hubieran sido las circunstancias quizás hoy día el señor Tinoco estuviera gozado de excelente estado de salud.

60. La muerte del señor AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D), ha propiciado una profunda tristeza y dolor a los demandantes, teniendo en cuenta que como padre y esposo era parte fundamental de su familia, en los momentos de compañía, apoyo y solidaridad. Además, fue un motivo de intenso dolor, debido a que el señor Tinoco (Q.E.P.D), era una persona en su edad adulta con plenas perspectivas de vida, por lo que su muerte fue tanto lamentable como inesperada por su familia, sobre todo para sus hijos y esposa, los cuales NUNCA esperaron sobrevivir a su padre – esposo.

IV. FUNDAMENTOS DE DERECHO

La presente demanda se fundamenta en los artículos 63, 2341, 2342, 2343, 2356 del Código Civil

V. ELEMENTOS DE LA RESPONSABILIDAD

A. DEL VÍNCULO EXTRA CONTRACTUAL

El señor AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D) tiene un contrato de seguridad social integral en salud con la EPS SANITAS INTERNACIONAL, en virtud del contrato de salud EPS SANITAS INTERNACIONAL, le prestó al señor AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D) en el año 2018, los servicios médicos asistenciales a través de la CLINICA ESTRIOS S.A.S, PROMOTORA BOCAGRANDE S.A, PROBOCA S.A., LITOTRIZIA S.A., LITO LUIS PORTO PORTO y CARLOS FERNANDO MARRUGO PAZ. Por lo cual, el vínculo de los señores CLAUDIA ROSA PADAUI ORTIZ, CLAUDIA PATRICIA TINOCO PADAUI y AUGUSTO ENRIQUE TINOCO PADAUI, con los convocados es de naturaleza extracontractual, como quiera que no fueron estos quienes suscribieron el contrato de seguridad social integral en salud. Al respecto, la Corte Suprema de Justicia puntualizó lo siguiente:

“La responsabilidad de las Entidades Prestadoras de Salud (EPS), es contractual o extracontractual. Con relación al afiliado o usuario, la afiliación, para estos efectos,

materializa un contrato, y por tanto, en línea de principio, la responsabilidad es contractual, naturaleza expresamente prevista en los artículos 183 de la Ley 100 de 1983 que prohíbe a las EPS "en forma unilateral, terminar la relación contractual con sus afiliados", y los artículos 16 y 17 del Decreto 1485 de 1994, relativos a los "contratos de afiliación para la prestación del Plan Obligatorio de Salud que suscriban las Entidades Promotoras de Salud con sus afiliados" y los planes complementarios. Contrario sensu, la responsabilidad en que pueden incurrir las Entidades Promotoras de Salud (EPS) respecto de terceros perjudicados por los daños al afiliado o usuario con ocasión de la prestación de los servicios médicos del plan obligatorio de salud, es extrac contractual." - Corte Suprema de Justicia -CS de J- Sala de Casación Civil SCC, 17 nov. 2011, MP W Namén Vargas, e11001310301819990053301 (00533).

B. EL HECHO DAÑINO

En el presente caso encontramos que el hecho dañino se materializa en el indebido tratamiento operatorio y cuidado postoperatorio que recibió por parte de los médicos que intervinieron en la práctica quirúrgica y que condujo a la pérdida de oportunidad de sobrevivir del señor **AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D)** propiciando que el mismo padeciera de una falla orgánica múltiple por sepsis de origen abdominal, debida a perforación intestinal durante la intervención quirúrgica (LAPAROSCOPIA PARA EXTIRPACION RADICAL DE PROSTATA) que se le practicó en la **CLINICA ESTRIOS S.A.S** inicialmente y a la mala praxis o a la mala atención médica durante su permanencia en el **NUEVO HOSPITAL BOCAGRANDE**.

C. EL DAÑO

Entendido el daño como aquella lesión a un interés lícito, encontramos que derivado del hecho dañino el señor **AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D)**, falleció el 22 de agosto de 2018, tal como se acredita con el certificado de defunción que se aporta, como consecuencia de la mala praxis o la mala atención médica durante su permanencia en la **CLINICA ESTRIOS S.A.S** y el **NUEVO HOSPITAL BOCAGRANDE**, al cual ingresó por sus propios medios el 31 de mayo de 2018 para cumplir con una intervención quirúrgica programada previamente y de la cual no se logró recuperar.

En el caso particular, el daño se edifica a partir de la pérdida de oportunidad de sobrevivir como consecuencia de una atención operatoria especializada inoportuna, debido a la perforación intestinal que sufrió durante la intervención quirúrgica que le fue practicada el 31 de mayo de 2018 en la **CLINICA ESTRIOS S.A.S**.

Por lo anterior, es claro que los convocantes sufrieron una aflicción moral derivado de la culpa de los convocados, en la medida de que según las reglas de la experiencia es claro que si un familiar está hospitalizado y su salud se está deteriorando de manera progresiva sin una atención médica que sea optima y adecuada y más si es padre y esposo, todos sientan aflicción, preocupación hasta llegar a una alteración emocional, tal y como le ocurrió a los señores **CLAUDIA ROSA PADAUI ORTIZ, CLAUDIA PATRICIA TINOCO PADAUI** y **AUGUSTO ENRIQUE TINOCO PADAUI**, quienes no se han podido recuperar de la pérdida de su padre - esposo, viéndose afectadas sus vidas y sus ganas de disfrutar de asuntos tan íntimos y familiares como una cena o una reunión en fechas especiales. De ahí que, el daño moral se presenta como cierto para todos los convocantes y el daño a

la vida de relación se presenta como cierto para los convocantes, los cuales tasaremos en el acápite a la liquidación del daño.

C1. POR LA MUERTE DE AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D)

El daño es CIERTO, toda vez que, se encuentra acreditado que **AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D)**, falleció el 22 de agosto de 2018 a las 20: 45 horas, como consecuencia de la mala praxis médica que condujo a la evolución del shock séptico que generó una falla multiorgánica que ocasionó la muerte del paciente, luego de presentar de manera progresiva un deterioro como consecuencia de múltiples complicaciones y *dehiscencia de sutura* producidas por un indebido procedimiento médico posterior a la primera intervención quirúrgica del 31 de mayo de 2018 y un mal tiramiento y asistencia médica.

Adicionalmente, se encuentra acreditado que el daño es PERSONAL, debido a que frente a este hecho dañino, los convocantes **CLAUDIA ROSA PADAUI ORTIZ** (esposa), **CLAUDIA PATRICIA TINOCO PADAUI** (hija) y **AUGUSTO ENRIQUE TINOCO PADAUI** (hijo), padecieron los daños morales y daño a la vida de relación como es esperable ante este tipo de hechos dañinos, en los cuales producto del acto médico equívoco fallece un miembro muy querido de la familia, quien encontrándose en controles médicos, no se esperaba que falleciera.

De la historia clínica se observa que el señor **AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D)**, falleció como consecuencia de una falla multiorgánica por shock séptico, múltiples complicaciones y *dehiscencia de sutura* que sufrió como consecuencia de la perforación intestinal que sufrió en la intervención quirúrgica realizada el 31 de mayo de 2018, como se extrae:

22/05/2018 10:36

(...) se procede a realizar pneumoperitoneo bajo técnica cerrada con aguja de veress en región subcostal izquierda no satisfactoria a continuación se realiza incisión periumbilical bajo técnica abierta, disección por planos hasta la fascia, se continua disección encontrando severo proceso adherencial compatible con gran grado 3-4 al explorar la herida se encuentra lesión de asa intestinal longitudinal por lo que se solicita apoyo por parte de cirugía general (Dr. Lito Porto) que comprueba los hallazgos y procede con cierre del asa en sentido transversal (heineke mikulicz), primer plano puntos de lembert (invaginanta) y cierre en segundo plano con sutura continua, no se evidencia nuevas lesiones a continuación se procede cierre con por plano fascia con vicryl, piel con monocryl. Se da por terminado el procedimiento sin complicaciones. No se procede con la prostatectomía por severo síndrome adherencial.

22/05/2018 12:29

Se acude ha llamado por parte del servicio de urología, se encuentra lesión en asa intestinal longitudinal, se realiza liberación de adherencia y se procede con cierre del asa en sentido transversal (heineke mikulicz) primer plano puntos de lembert (invaginanta) y cierre en segundo plano con sutura continua, no se evidencia nuevas lesiones.

22/05/2018 3:16

Paciente masculino quien ingresa procedente de sala de cirugía a quien se le iba a realizar prostatectomía radical por laparoscopia sin embargo se encuentro múltiples

adherencia de asa intestinales por lo que se produjo perforación intestinal el cual se realizó corrección por parte de cirugía general sin complicaciones, se hospitaliza paciente para vigilancia posquirúrgica.

En tanto que en historia clínica del 22 de agosto de 2018, fecha del fallecimiento, se señaló:

“Paciente bajo monitoreo continuo que se encuentra en sala general en momento de valoración presenta alteración neurológica acompañado de bradicardia e hipotensión con presencia de onda electrocardiográfica sin guía AHA, con compresiones torácica efectiva, una ampolla de adrenalina cada 3 minutos, continuando ventilación con dispositivo ambu, se realiza intubación orotraqueal con tubo 7.5 se insufla neunomotapanador, se verifica adecuado posicionamiento.

Según protocolo AHA se revisa pulso y ritmo cada 2 minutos por 45 minutos, sin obtener retorno de la circulación espontánea, por lo cual a 20:45 se declara fallecimiento, paciente sin reflejo de tallo”.

Así pues, se tiene plenamente acreditado que el daño, consistente en el fallecimiento de **AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D)**, ocurrió como consecuencia de la aplicación indebida de los procedimientos quirúrgicos realizados desde el 31 de mayo de 2018, lo cual generó que su salud decayera sustancialmente hasta que se produjo de manera definitiva su fallecimiento como consecuencia una Fístula del Intestino K632 y una descompensación general, tal como se describe por el Doctor Mauricio Batista Lambis, Medicina General:

*“CAUSA DE EGRESO: MUERTO MÁS DE 48 HORAS
DIAGNÓSTICO DE EGRESO: FISTULA DEL INTESTINO K632
FECHA Y HORA DE MUERTE: 2/08/2018 20:45
CAUSA BÁSICA DE LA MUERTE: ABDOMEN AGUDO
HORAS ENTRE INGRESO Y MUERTE: 72/8:39 DD/HH:MM
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN: SI
NUMERO DE CERTIFICADO: 71873348-5
ORDEN DE NECROPSIA: NO
LEVANTAMIENTO DEL CADÁVER: NO
CONDICIONES GENERALES SALIDA: MUERTE, REFLEJO TALLO AUSENTES
PLAN DE MANEJO: TRASLADO A MORGUE”.*

C.2 POR LA PÉRDIDA DE OPORTUNIDAD

La pérdida de oportunidad, entendida como un daño autónomo, se configura en el caso sub lite debido a que la conducta inoportuna y retardada de los convocados producto de (i) la mora en el manejo intrahospitalario que debieron darle a un paciente cuyos antecedentes eran conocidos por las **INSTITUCIONES PRESTADORAS DEL SERVICIO DE SALUD**, por los médicos tratantes y por la **EPS SANITAS INTERNACIONAL**, debido a la desatención durante el tiempo postoperatorio en una institución no adecuada para su condición de salud y como consecuencia de la ausencia absoluta de un diagnóstico y tratamiento acorde a la patología y complicaciones que sufrió el paciente.

De acuerdo con lo relatado, se observa que en el presente asunto se estructura la pérdida de oportunidad como daño autónomo, tal como lo ha reconocido la

jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia, a partir de dos falencias en el acto médico y en la atención médica suministrada al señor **AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D)**, como lo son (i) los cuidados postoperatorios suministrados posteriores a la intervención practicada el 31 de mayo de 2018 y (ii) la mora en la remisión del señor Tinoco (Q.E.P.D) a una clínica de alta complejidad, porque la IPS donde fue intervenido pese a figurar como de alta complejidad no era adecuada para la correcta atención del paciente quien fue remitido 12 días posterior a la intervención y a sus complicaciones.

En la historia clínica del 31 de mayo de 2018, posterior a la primera intervención quirúrgica, se consignó:

"Diagnóstico Preoperatorio: Adenocarcinoma de Próstata

Procedimiento Realizado: Laparotomía Exploratoria 541102

Cirujano: Dr. MARRUGO – VÉLEZ

Descripción Operatoria: No se procede con la prostatectomía por hallazgo de severo síndrome adherencial compatible con Granat grado 3-4, encontrándose LESION DE ASA INTESTINAL LONGITUDINAL.

(...)

Diagnóstico Preoperatorio: Lesión en ASA Intestinal

Procedimiento Realizado: Laparotomía Exploratoria 541102 + Lisis de adherencias peritoneales por laparotomía (545001) + Enterorrafia (467001)

Cirujano: Dr. LITO LUIS PORTO PORTO

Descripción Operatoria: Se acude ha llamado por parte de servicio de Urología, se encuentra lesión de ASA intestinal longitudinal, se realiza liberación de adherencias y se procede con cierre del ASA en sentido transversal. NO SE EVIDENCIAN NUEVAS LESIONES.

(...)

Procedencia: 02 Cirugía programada

Motivo de ingreso a la UCI: Vigilancia posquirúrgica

Prioridad de ingreso: Prioridad 3

Enfermedad actual: Paciente masculino quien ingresa procedente de sala de cirugía a quien se le iba a realizar Prostatectomía Radical por Laparoscopia, sin embargo se encontró múltiples adherencias de asas intestinales por lo que se produjo perforación intestinal el cual se le realizo corrección por parte de cirugía general sin complicaciones, se hospitaliza paciente para vigilancia posquirúrgica".

En iguales términos, de anotación del 05 de junio de 2018, posterior a la segunda intervención, se consignó en la historia clínica:

"Diagnóstico Preoperatorio: Hematoma de pared abdominal

Procedimiento Realizado: Laparotomía Exploratoria + Drenaje de colección intraperitoneal vía abierta + Liberación de plastrón en abdomen vía abierta + Lavado peritoneal terapéutico vía abierta + Anastomosis de intestino delgado a intestino delgado + Yeyunostomia + Omentectomía total vía abierta + Lisis de adherencias peritoneales vía abierta

Cirujano: Dr. MARRUGO – COLPAS – PORTO

Descripción Operatoria: Se evidencia sutura antigua de fascia vicryl la cual es retirada, se observa salida de materia intestinal y hematoma coagulado, se procedió a lavar ya aspirar, se inicia liberaciones de adherencias las cuales eran adherencias

inflamatorias crónicas con fusión de asas intestinales totales, 50cm de intestino delgado fuertemente adherido a toda la pared anterior del abdomen la cual durante su liberación produjo múltiples perforaciones por tal razón se procede a realizar resección intestinal y de eplipon, se continúan liberando adherencias hasta obtener los dos cabos proximal y distal con buena irrigación y sin tensión para realizar anastomosis intestinal de yeyuno utilizando puntos simples técnica lemborg, se procede a verificar permeabilidad intraluminal sin fugas extraluniales, se realiza lavado con 300CC de SSN se verifica hemostasia sellamiento intestinal, se coloca bolsa de viaflex, se cierra solo piel y se deja en laparotomía para revisión en 48 horas.

(...)

Cuadro clínico: Se envía paciente a la sala de UCI se decide intervenir en 48 horas para laparotomía exploratoria y lavado de cavidad, se ordena inicio de terapia con compresión neumática intermitente en miembros inferiores para prevención de tromboembolismo pulmonar en paciente con contraindicación para inicio de heparinas. Pronóstico reservado".

De lo dicho se advierte que para el 05 de junio de 2018, el señor **AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D)**, ingresó por segunda oportunidad a quirófano para ser reintervenido con resección intestinal y de epiplón de 50 cm como consecuencia de múltiples perforaciones al liberar el intestino delgado que estaba adherido a la pared abdominal.

En anotación del 07 de junio de 2018 a las 12:13PM, posterior a la tercera intervención quirúrgica, se consignó en la historia clínica:

"Diagnostico Preoperatorio: Perforación intestinal

Procedimientos Realizados: laparotomía, Lavado peritoneal terapéutico vía abierta, nuevo cierre de disrupción postoperatoria de pared abdominal (evisceración)

Cirujano: LITO LUIS PORTO PORTO

Descripción Operatoria: Se retorna paciente monitorizado a UCI.

(...)

Recomendaciones: Paciente con aparente buen estado nutricional en cuanto a peso, pero con mal nutrición por déficit, por sugerencia y solicitud de cirujano tratante se hace necesario administrar fórmula oligomérica con el fin de disminuir la perfusión intestinal, disminuir el residuo intestinal y cubrir el requerimiento nutricional diario y de esta forma prevenir la aparición de fistula por desnutrición proteico calórica.

1-VITAL 1,5 Kcal por vía oral".

Adicional a esto, en anotación del 11 de junio de 2018 a las 07:59AM, se señala posterior a la tercera intervención quirúrgica, en la historia clínica lo siguiente:

"Análisis: Paciente quien durante la curación de herida quirúrgica se observa salida de materia fecal, se ordena nada vía oral, se trata de informar a cirujano tratante sin embargo no se logra esta vía telefónica.

(...)

"Paciente que en su 7 día postquirúrgico de resección intestinal + anastomosis termino-terminal secundario a perforación instrumental intestinal el día jueves 31/05/18 quien se le realizó rafia primaria con posterior fuga a los 3 días, fue reintervenido el día martes 05/06/18 con laparotomía exploratoria + liberación de adherencias intestinal y peritoneales + resección de 50cm de yeyuno + drenaje de peritonitis + anastomosis de yeyuno termino-terminal se deja en laparotomía por 48H cerrando la pared abdominal el día jueves 07/06/18 y deja dren vigilante. El día de hoy lunes 11/06/18 paciente presenta fuga intestinal considerando paciente deber ser manejado en estancia superior, por tal razón de inicia proceso de remisión.

(...)

El día de hoy lunes 11/06/18 paciente presenta fuga intestinal considerando paciente deber ser manejado en estancia superior, por tal razón de inicia proceso de remisión, se toman paraclínicos e control donde se observa leucocitos con anemia leve y buen volumen plaquetario, tiempos de coagulación y azotados en metas, proteinograma normal, paciente quien se remite a Nuevo Hospital Bocagrande en el cual se genera epicrisis.

(...)

DSX EGRESO: K281 ULCERA GASTROYEYUNAL AGUDA CON PERFORACION

Diagnóstico de ingreso: paciente masculino con diagnósticos de:

1. POP de laparotomía exploratoria
2. Corrección de perforación intestinal
3. CA de próstata

Diagnóstico de remisión: paciente masculino de 66 años de edad con DX de:

1. POP de laparotomía exploratoria + drenaje de colección intraperitoneal + lisis de adherencia + yeyunostomía + anastomosis termino-terminal (05/06/18)
2. POP de laparotomía exploratoria + lisis de adherencia peritoneales + enterorrafia (31/06/2018)
3. CA de próstata
4. Síndrome anémico multifactorial"

Las anotaciones en la historia clínica son demostrativas que desde el 31 de mayo de 2018, fecha en que se llevó a cabo la primera intervención quirúrgica practicada al señor **AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D)**, su salud deterioró dramáticamente a consecuencia de una desatención médica operatoria y postoperatoria, producto de una perforación intestinal que se le hizo en el desarrollo de la cirugía Prostatectomía Radical por Laparoscopia que se le había practicado.

Pasados 11 días desde la intervención quirúrgica, más exactamente el 11 de junio de 2018, el estado de salud del señor **AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D)** empeoró a tal punto que tuvo que ser remitido a una estancia de alta complejidad, en este caso el **NUEVO HOSPITAL DE BOCAGRANDE**, lugar en donde lo recibieron según reposa en las anotaciones de la historia clínica de esa fecha de la siguiente manera:

"Motivo de consulta: Viene remitido para que lo vea el cirujano

Enfermedad actual: paciente de sexo masculino quien ingresa en ambulancia remitido de la Clínica Estrios en contexto de fuga intestinal secundario a POP de Laparotomía Exploratoria + Liberación de adherencias. Familiar refiere que le ve salida de secreción de aspecto intestinal por dren vigilante. Niega otros síntomas".
Descripción: Paciente en regulares condiciones generales... se observa dren en fosa iliaca derecha con drenaje activo de material amarillento, fétido, no signos de irritación peritoneal, genitourinario no explorado..."

El estado en el que había ingresado el señor **AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D)** requería según está contemplado en la historia clínica, cirugía de laparotomía exploratoria de acuerdo a los hallazgos que se le habían encontrado. Es por ello que el mismo día en que fue remitido al **NUEVO HOSPITAL DE BOCAGRANDE** es ingresado a cirugía general (por primera vez en el hospital, pero por cuarta vez para el señor Tinoco) para realizarle Laparotomía exploratoria, procedimiento que permitió encontrar según las anotaciones de la historia clínica:

"Material fecaloide abundante y liquido dehiscencia de dos rafas intestinales, en el yeyuno proximal encuentran abdomen congelado que no permite separación de asas, se resacan bordes y se realiza lavado exhaustivo y se deja con abdomen abierto con bolsa de Bogotá para posterior lavado".

En su tercer día de estancia en el **NUEVO HOSPITAL DE BOCAGRANDE**, el señor **AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D)**, es nuevamente ingresado a cirugía con la finalidad de colocarle el Sistema VAC, como nueva alternativa para su satisfactoria recuperación, y así quedó evidenciado en la anotación de la historia clínica del 13 de junio de 2018:

"Análisis: paciente en su segundo día postquirúrgico de laparotomía exploratoria con dos dehiscencia de sutura a nivel yeyunal proximal más nueva rafia intestinal más liberación cridas y adherencias más lavado peritoneal más bolsa de Bogotá. Consideramos (CARLOS CRUZ - GUSTAVO GARCIA Y RESIDENTE JHON RICARDO) que de acuerdo a los hallazgos al examen físico que de trata de una nueva fuga intestinal. Tenido en cuenta todos los antecedentes decidimos llevar a cirugía par lavado y colocación de sistema VAC como nueva alternativa".

Posterior a la práctica de la cuarta cirugía se registró en la historia clínica lo siguiente:

"Análisis: paciente masculino de 66 años de edad con antecedentes quirúrgicos descritos quien ingresa a la unidad de cuidados intermedios es postquirúrgico inmediato de lavado peritoneal, enterorrafia, epiploplastía y colocación Sistema VAC (Genadyne) (13/06/2018) por evidencia de pequeño orificio a nivel de cara posterior rafia yeyunal proximal, por falla de la sutura a este nivel... pronóstico reservado a su evolución".

El 23 de junio, 29 de junio, 06 de julio, 10 de julio, 17 de julio y 24 de julio de 2018, el señor **AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D)** es ingresado por quinta, sexta, séptima, octava novena y décima vez a cirugía a fin de hacerle el cambio del dispositivo o sistema VAC. Y así quedó en evidencia en las anotaciones ingresadas a la historia clínica según su orden de la siguiente manera:

"Análisis: Paciente masculino de 66 años de edad con diagnósticos anotados, quien se encuentra hospitalizado en sala general en contexto de postquirúrgico de lavado peritoneal, enterorrafia, epiplopastia y colocación Sistema VAC, el día de hoy es

llevado a cirugía para cambio de Sistema VAC, no refiere dolor, en buen estado general, a febril; en seguimiento con cirugía general.

(...)

Paciente de 66 años de edad, con diagnósticos y antecedentes anteriormente descritos, quien actualmente se encuentra en su día 1 de postoperatorio de lavado peritoneal, termodinámicamente estable, a febril, hidratado, con buen patrón cardiorrespiratorio, tolerando oxígeno ambiente, sin signos de SIRS, sin sangrado activo, con Sistema de VAC con canister llenado al 50%. Cifras tensionales en meta, demás signos vitales controlados, no presenta dolor torácico, no disnea, con reporte ecocardiograma transtoracico dentro de limite normales por lo que se dio aval para realizar cirugía el día de ayer.

(...)

Análisis: Paciente masculino de 66 años de edad, hospitalizado con diagnósticos anotados, en el día de hoy cambio de VAC actualmente a febril, con buen patrón cardiorrespiratorio con evolución positiva por estabilidad general, hemodinámicamente estable, con cifras tensionales frecuencia cardiaca y frecuencia respiratoria en metas paciente con evolución positiva por estabilidad general.

(...)

Nota: en el día de ayer se hizo recambio sistema VAC.

(...)

Análisis: Evolución medica nota retrospectiva 17-7-2018

Paciente masculino de 66 años de edad hospitalizado con diagnósticos anotados, actualmente a febril, hidratado con buen patrón cardiorrespiratorio hemodinámicamente estable, con signos vitales en metas el día de hoy programado para nuevo lavado y recambio de Sistema VAC. Paciente continúa en seguimiento por cirugía general.

(...)

Paciente en postoperatorio día 1 de lavado + recambio de Sistema VAC, se encuentra en buenas condiciones generales, sin signos de dificultad respiratoria, con sistema de presión negativa normofuncionante, se le realiza cambio de canister por encontrarse al 90% límite de su capacidad (800CC), continua bajo seguimiento por cirugía general".

Las anotaciones en la historia clínica demuestran que el señor **AUGUSTO TINOCO GARCÉS (Q.E.P.D)**, fue sometido 6 veces en un mes a cirugía para hacerle el cambio del Sistema VAC, situación que debió haber mejorado su estado de salud. Resulta contraproducente que después de tantas cirugías que se le practicaron en donde se le hacía el cambio del sistema que se le había implantado el 26 de julio de 2018, el señor Tinoco Garcés presentara aun anomalías que no le permitían recuperarse del todo. Es así como en anotación de la historia clínica del 26 de junio de 2018 se registró lo siguiente:

"Se detecta fuga de contenido intestinal a través de trayecto fistuloso en tercio inferior de la herida con inadecuado funcionamiento del VAC, por lo que se retira capa de sellamiento adherente, limpieza con suero fisiológico, aplicación de benjuí... se cambia depósito receptor de canister ya que se encontraba lleno, se conecta sonda de folley a cystoflo se inicia nuevo funcionamiento del VAC el cual se da exitosamente".

Posterior al nuevo cuadro clínico que presentaba el señor **AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D)**, sus médicos tratantes deciden ingresarlo una vez más a cirugía el 28 de julio de 2018, siendo esta el undécimo procedimiento que se le practica desde el 31 de mayo de 2018. Así quedó registrado en la historia clínica:

"Análisis: Paciente hospitalizado por el servicio de cirugía general recibiendo manejo médico, a febril sin datos de sepsis con drenaje escaso por sonda abdominal, el día de hoy es llevado a cirugía general para cambio de Sistema de VAC paciente recibiendo nutrición parenteral, continua hospitalizado por cirugía general atentos a evolución".

Ulteriormente, los días el 03 de agosto y 08 de agosto de 2018 el señor **AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D)** es ingresado una vez más a cirugía para hacerle nuevo cambio del Sistema VAC, así quedo registrado en la historia clínica:

"Nota: El día de ayer se realizó cambio de Sistema VAC observado aumento tejido de granulación importante, se dejó de usar apósito veraflo y se pasó a apósito granufoam silver tratando de aislar la fistula de sistema de succión con donas. Hasta el momento no ha producido a bolsa de colostomía contenido intestinal y ha producido a través de Sistema VAC en últimas 24 horas 300ML observando disminución de disminución en su producción. Debe manejar soporte nutricional parenteral.

(...)

"Nota: el día de ayer se realizó cambio de Sistema VAC e individualización de drenaje de ostomía".

Quince días antes de la muerte del señor **AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D)**, este empezó a mostrar desmejoras considerables en su estado de salud, lo que lógicamente alertó a su esposa **CLAUDIA ROSA PADAUI ORTIZ** quien dio aviso a los médicos que lo estaban tratando. Es aquí señor juez donde se empieza también a poner en tela de juicio la praxis médica que recibió el señor Tinoco Garcés, toda vez que según lo manifiesta su la señora Padaui Ortiz y las mismas historias Clínicas, el señor Tinoco Garcés debió haber recibido otro tipo de atención médica y más cuando ya venía siendo tratado e ingresado a cirugía muchas veces.

En la historia clínica del 14 de agosto de 2018, el señor **AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D)**, se registró lo siguiente:

"Análisis: Paciente masculino de 66 años de edad hospitalizado con diagnósticos anotaos, actualmente a febril con buen patrón cardiorrespiratorio, el día de hoy con escalofríos con temperatura en 37.9°C, refiere oliguria, paciente a quien se ordena actualización de paraclínicos y se solicita parcial de orina, curva termina cada 4 horas, se ordena urocultivo en caso de ser patológico parcial de orina, además de por parte de cirugía se solicita tránsito intestinal para visualizar mecánica del mismo y evaluar evolución anatomofisiologica de la patología.

(...)

Paciente que presenta pico febril (3.8) en la hora de la tarde posterior al mismo presenta hipotensión con poca respuesta a líquidos, se recibe reporte de paraclínicos donde se evidencia leucocitos con neutrofilia, resto paraclínicos dentro parámetros normales, me comunico vía telefónica con CX General tratante Dr Gracia que decide iniciar antibiótico terapia de amplio espectro previo a tomar cultivo, se solicita gases arteriales, radiografía de tórax para definir conducta, paciente con posible cuadro séptico por lo que debe ser trasladado a cuidados crítico para monitorización continua y manejo médico”.

Posteriormente el 15 de agosto de 2018, se registró en la historia clínica lo siguiente:

“Análisis: Paciente masculino de 66 años de edad quien se encuentra en unidad de cuidados intensivos cursando con choque de presunta etiología séptica dependiente de soporte vasopresor con noradrenalina, actualmente sin soporte ventilatorio, con diuresis en metas, buen control metabólico, con lactato normal, paraclínicos con marcada leucocito y neutrofilia por lo que se ordena extendido de sangre periférica y se suspende corticosteroide, además con anemia moderada, tiempos de coagulación sin prolongación, azoados normales así como ionograma, ligera elevación de transaminasas se encuentra recibiendo alimentación parenteral por vía central, paciente quien se considera continuar con terapia antimicrobiana de amplio espectro sumado a antifungico, está en seguimiento por cirugía general. Continúa en la unidad de cuidados intensivos bajo estricto monitoreo hemodinámico, pronóstico sujeto a evolución”.

Según las historias clínicas que son objeto de prueba en la siguiente demanda, el señor **AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D)**, presentó mejoras que permitieron que este fuera remitido a Sala General en una habitación que en nada estaba habilitada para el cuadro clínico que presentaba el señor Tinoco Garcés, entendiéndose esto de la siguiente manera: la cama en la que se encontraba era manual, no salía de la habitación y no contaba con los equipos de oxígeno, entre otras cosas que imposibilitaban de manera general la mejoría en su estado de salud.

En la historia clínica del 21 de agosto de 2018, se puede evidenciar que una vez más el estado de salud del señor **AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D)** decayó por lo que le fueron ordenados exámenes paraclínicos que nunca le fueron realizados.

También se evidencia en la historia clínica que el día 22/08/2018 15:58 que nuevamente se solicitan paraclínicos de extensión por alto riesgo de inestabilidad hemodinámica y se solicita traslado a unidad de cuidados intensivos, de donde el señor **AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D)**, jamás debió de salir pues desde el día 14 de agosto de 2018, el paciente venía presentando cuadro febril y se sospechaba de un shock séptico abdominal.

Producto de todas las complicaciones que presentaba el señor **AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D)** fallece el 22 de agosto de 2018 a las 20:45PM, tal y como se pude evidenciar en la historia clínica de esa fecha.

“Paciente masculino de 66 años de edad con diagnósticos previamente descritos, presentó pico febril (3.8) en las hora de la tarde, con mejoría del mismo, se acude al llamado del familiar paciente presenta episodio de hipotensión, sudoración y

somnolencia, con poca respuesta a líquido con reporte de paraclínicos donde se manejó con antibioterapia de amplio espectro, se indica infusión de noradrenalina a titular, se solicita paraclínicos de extensión, paciente con alto riesgo de inestabilidad hemodinámica, se indica traslado a unidad de cuidados intensivos para monitoreo estricto con sospecha de shock séptico abdominal vs catéter central en vena yugular interna derecha, a la espera de traslado a cuidados crítico para monitorización continua y manejo médico.

(...)

"Paciente bajo monitoreo continuo que se encuentra en sala general en momento de valoración presenta alteración neurológica acompañado de bricardia e hipotensión con presencia de onda electrocardiográfica sin guía AHA, con compresiones torácica efectiva, una ampolla de adrenalina cada 3 minutos, continuando ventilación con dispositivo ambu, se realiza intubación orotraqueal con tubo 7.5 se insufla neunomotapanador, se verifica adecuado posicionamiento.

Según protocolo AHA se revisa pulso y ritmo cada 2 minutos por 45 minutos, sin obtener retorno de la circulación espontánea, por lo cual a 20:45 se declara fallecimiento, paciente sin reflejo de tallo".

De esta manera, no se explica cómo conociéndose los antecedentes médicos y clínicos del paciente y quien había presentado condiciones regulares de salud los médicos tratante no fueron más diligentes al momento de brindarle una atención más apropiada y oportuna al señor **AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D)**, que le permitiera recuperarse satisfactoriamente y por ende que siguiera con vida.

Es evidente, que en el caso particular hubo una omisión perceptible, palpable y latente de los deberes a los cuales se obligan los profesionales de la salud, que se deriva de la desatención en la salud del paciente **AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D)**, entre las 18:50 horas del 21 de agosto de 2018 y las 18:58 horas del 22 de agosto de 2018, tiempo más que suficiente para que se estructurara el daño definitivo en su salud, por lo cual los médicos tratantes debieron imprimir y adquirir un mayor compromiso con la atención médica del paciente y no como sucedió, que se desobligaron de manera irresponsable y casi que provocada.

En esos términos, no queda duda alguna que conforme los protocolos médicos, los galenos que atendieron la patología del paciente Tinoco Garcés (Q.E.P.D), y las demás entidades y personas convocadas, se sustrajeron del deber que les asistía de cuidar, atender y aplicar todos los protocolos médicos destinados al restablecimiento de salud del paciente, lo que se evidencia con la falta de atención prioritaria y especializada que debió recibir el señor **AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D)** en una unidad adecuada que garantizará su vida.

Todo esto fue trágicamente decisivo en el fallecimiento del paciente, puesto que, como lo reconoce la literatura científica, este tipo de intervenciones, inclusive con complicaciones, bien tratadas y atendidas no comprometen de manera general la vida de los pacientes, pero como se demuestra hubo varias y reiteradas acciones de negligencia y omisión por parte de los médicos tratantes.

Lo anterior es así, por cuanto aún en gracia de discusión si consideramos que la patología que causó las complicaciones que ocasionaron el fallecimiento del señor **AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D)**, son propia del tipo de intervención

realizada, no podemos obviar que esa complicación no siempre desencadena en la muerte del paciente si y solo si, se hubiese prevenido de las circunstancias que podían generar las complicaciones quirúrgicas y se hubiese adelantado todo el proceso de atención, diagnóstico y tratamiento adecuado de las complicaciones posoperatoria.

Así pues, si la ciencia médica y la literatura científica asumen que el procedimiento de Prostatectomía Radical por Laparoscopia no conlleva al fallecimiento de las personas aun cuando se presenten complicaciones, y que este es uno de los procedimientos más seguros para tratamiento del cáncer de próstata, cabe preguntarse ¿si no es acaso la atención pre quirúrgica o la desatención posoperatoria que le fue dada al señor **AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D)**, lo que causó su deceso?

En el Dictamen Pericial presentado por la parte demandante (Anexo al expediente) se puede observar que el Dr. Edgardo Miranda Carmona, señala en la página 19 cómo en el presente caso se evidencia la pérdida de oportunidad que tuvo el señor **AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D)** de recuperar su salud y salvar su vida, debido a la "negligencia e irresponsabilidad médica", la cual la resumen en los siguientes sucesos:

*"1. Se determina mediante la historia clínica el diagnóstico de ca de próstata en el paciente agosto tinoco clasificación de gleason siete, posterior a los estudios la conducta de prostatectomía radical está dentro de la lex artis. ***2*

*2. Paciente con antecedente de cirugía de abdomen previo a la indicación de laparoscopia quirúrgica, en la historia clínica actual no se encuentra como examen prequirúrgico la tomografía de doble contraste, la cual es Gold estándar para determinar la característica del abdomen para la laparoscopia, no es una conducta acorde a la lex artis ya que el ingreso del trocar de laparoscopia es sin visión ecográfica. ***13 página 16*

3. Se determina mediante la historia clínica que existió una perforación de víscera durante esta intervención quirúrgica de laparoscopia y que fue reparada cerrando el abdomen. (Ver descripción quirúrgica cirugía inicial)

4. Se determina que se generó la producción de una fistula entero cutánea y una peritonitis secundaria a la perforación intestinal producto de la intervención quirúrgica laparoscopia quirúrgica. (Ver historia clínica)

*5. El paciente es sometido durante sus tres meses de estancia a múltiples tratamientos diagnósticos sin mejoría, sin embargo, no se pide el concurso del especialista en infectología sino hasta tres días antes de su fallecimiento lo cual no es una conducta acorde a la lex artis. ***14*

*6. No se encuentra en la historia clínica enviada nota que avale la participación de especialista en infectología en el tratamiento de este paciente. ***14*

*7. Paciente que es llevado a sala de uci el día 14 de agosto por falla sistémica, sin embargo, según lo encontrado en la historia clínica y la narración de su esposa es llevado a sala general desde uci sin vigilancia en esta sala de monitoreo lo cual no es una conducta acorde a la lex artis. ***15*

*8. Se encuentra en la historia clínica que el paciente recibe orden de traslado a uci y colocación de soporte con noradrenalina el día 22 de agosto a las 18:58 horas, sin embargo es reanimado y fallece en sala general a las 20:45 horas, una hora y 43 minutos posteriores a la orden en un paciente crítico y conocido en el servicio, conducta no acorde a la lex artis. ***15*

9. La narración de la señora CLAUDIA PADAUI refiere que no había quien trasladara el paciente de sala general a uci, lo cual administrativamente según la

habilitación no es una conducta acorde a esta; no existe nota de historia clínica que sustente la no existencia del recurso humano.

10. Se encuentra según lo narrado por la familiar, lo encontrado en la historia clínica, el manejo del paciente una relación directa entre la perforación intestinal durante laparoscopia quirúrgica y el mecanismo de muerte del paciente".

D. EL FACTOR DE IMPUTACIÓN SUBJETIVO: CULPA

En el presente caso es atribuible la responsabilidad a los convocados toda vez que se emplearon protocolos médicos equívocos para el tratamiento de la patología presente en el paciente y que desencadenaron en las complicaciones y posteriormente en su fallecimiento. Esto, de acuerdo con la descripción de los hechos y los hallazgos encontrados, se encuentra las siguientes evidencias y/o criterios científicos:

D.1 DE LA INTERVENCIÓN POR VÍA LAPAROSCÓPICA

La prostatectomía (extracción de la próstata) es la cirugía para extirpar toda la glándula prostática y algunos tejidos alrededor de ésta. Se realiza con el fin de tratar el cáncer de próstata.

En una prostatectomía radical laparoscópica (laparoscópic radical prostatectomy, LRP), el cirujano hace varias incisiones pequeñas, a través de las cuales se insertan instrumentos especiales y largos para extirpar la próstata. Uno de los instrumentos tiene una pequeña cámara de video en el extremo que permite al cirujano observar dentro del abdomen. La prostatectomía laparoscópica tiene sus ventajas sobre la prostatectomía radical abierta, incluyendo menos pérdida de sangre y dolor, estadías más breves en el hospital (usualmente no más de un día) y períodos de recuperación más cortos (aunque será necesario mantener el catéter en la vejiga por aproximadamente la misma cantidad de tiempo). Cuando se realiza por médicos con experiencia en el procedimiento, la prostatectomía radical laparoscópica parece ser tan eficaz como la prostatectomía radical abierta.

En el caso particular, los médicos que atendieron la intervención practicada en el paciente se sustrajeron del deber de garantizar los cuidados preoperatorios y postoperatorios requeridos por el paciente, lo que condujo a que el señor **AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D)**, presentara complicaciones durante los meses siguientes a su intervención quirúrgica y posterior a ellos le generara su fallecimiento.

Con todo lo anterior se puede evidenciar que, sin lugar a dudas el daño por el cual se reclama por vía extrajudicial es producto de una actuación médica desprovista de la atención que recibió y requirió el paciente, puesto que, como es conocido por la ciencia médica, cuando se practican este tipo de intervenciones suelen presentarse complicaciones y ello demanda que el personal médico que intervenga en la atención ofrecida al paciente, imprima mayor cuidado y atención en los procedimientos y protocolos que se emplean, maxime si se tiene en cuenta que el paciente presentaba un antecedente de una cirugía abdominal anterior a la práctica del procedimiento al que fue sometido y en el tiempo que estuvo hospitalizado no recibió el tratamiento adecuado para la patología que presentaba, razón suficiente por la cual se afirma que en el caso particular, los médicos que intervinieron en la atención del señor **AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D)**, son responsables de su fallecimiento.

D.2 DEL TRATAMIENTO DE LOS CARCINOMAS DE PROSTATA

De acuerdo al contenido de la guía Tratamiento del cáncer de próstata de la Radiological Society of North America (RSNA)¹ Hay varias opciones para tratar un cáncer que está confinado a la próstata. Cada opción se debe considerar cuidadosamente, tomando en cuenta las ventajas y desventajas de acuerdo a la edad, salud general y preferencias personales de cada hombre.

Las opciones históricas estándares incluyen:

- Cirugía (prostatectomía radical): Se hace una incisión en la parte inferior del abdomen o a través del periné (entre el ano y el escroto), y se extirpa la próstata. La cirugía incompleta, en la que el tumor entero no se puede quitar, puede ser seguida por la radioterapia. Luego del procedimiento se requiere que el paciente mantenga colocado un catéter urinario por varias semanas. Los posibles efectos secundarios de la cirugía pueden incluir incontinencia (incapacidad de controlar la micción) e impotencia (incapacidad de lograr la erección). Más recientemente, varios establecimientos están usando tres incisiones pequeñas para realizar la prostatectomía asistida por robot, que resulta en una hospitalización más corta y una recuperación más rápida. Esto puede ser preferible para pacientes seleccionados, pero no para todos.
- La radioterapia de haz externo (EBT): un método para entregar un haz de rayos X o haces de protones de alta energía al sitio del tumor. El haz de radiación se genera fuera del paciente (por lo general mediante un acelerador lineal de rayos X y un ciclotrón o un sincrotrón para el haz de protón) y se dirige al sitio del tumor. Los haces de radiación pueden destruir las células cancerosas, y los tratamientos con planes conformacionales permiten evitar los tejidos normales circundantes.
- Monitoreo activo: No se hace ningún tratamiento. Los pacientes serán sometidos a observaciones cuidadosas y a vigilancia médica con exámenes de rutina de PSA y revisiones hechas por un médico.

Nuevas opciones de avanzada. Estas opciones incluyen:

- Prostatectomía radical con protección de los nervios: Procedimiento quirúrgico en el que se quita la próstata sin cortar los nervios críticos a su alrededor que transmiten señales entre el cerebro y el pene para permitir un funcionamiento sexual normal. Un cirujano hábil y experimentado podría preservar la función sexual en algunos pacientes si este procedimiento se realiza en forma exitosa.
- Radioterapia conformacional de haz externo con fotones o rayos X: Usa tecnologías de avanzada para adaptar la radioterapia con rayos X o fotones a las estructuras anatómicas de cada paciente. Con la ayuda de imágenes tridimensionales computarizadas de la próstata, la vejiga y el recto, es posible moldear el haz de radiación para que se ajuste a la forma de la próstata. De esta forma llega menos radiación a los tejidos normales circundantes. Actualmente existen tres niveles de radioterapia conformacional: la radioterapia conformacional tridimensional, la radioterapia de intensidad modulada (IMRT), y la radioterapia estereotáctica del cuerpo (SBRT). Las tres modalidades permiten administrar

¹ Fuente site de RadiologyInfo en <http://www.radiologyinfo.org/sp>

mayores dosis de radiación al tumor mientras se protegen los órganos normales circundantes. Se considera que la IMRT y la SBRT son las más conformacionales. El tratamiento con radiación 3-D conformacional y la IMRT se administran a lo largo de un periodo de seis a nueve semanas, mientras que la SBRT se da durante un periodo de una semana.

- Radioterapia guiada por imágenes: ya sea para la radioterapia con fotón o con protón (3-D conformacional, SBRT o IMRT), se están utilizando cada vez más la guía por imágenes para mejorar los resultados debido al movimiento de los órganos. Debido a que la posición de la próstata varía día a día dependiendo de los contenidos en la vejiga y el recto, la posición de la próstata tiene que ser verificada antes de cada tratamiento. En un método, varios marcadores de referencia, o pequeñas piezas de metal biológicamente inerte tales como el oro o el carbón, son colocados en la glándula prostática antes de la simulación. Se toman imágenes digitales de rayos X que localizan los marcadores metálicos para verificar la posición de la próstata en forma diaria, inmediatamente antes del tratamiento, y el alineamiento y ajuste adecuado de la próstata con el campo de alta dosis de radioterapia planeado. Otro método involucra el uso de ultrasonido para localizar la próstata antes de cada tratamiento. Se le pide al paciente que mantenga su vejiga llena lo más posible para que se pueda producir una imagen de ultrasonido buena, y también para que se desplace la mucosa de la vejiga fuera del campo de tratamiento con radiación. Un tercer método involucra el uso de una tomografía computarizada (CT) de baja dosis del área de la próstata, inmediatamente antes de cada tratamiento en el sillón de tratamiento, para verificar la posición de la próstata. Su médico le informará sobre el tipo de IGRT que recibirá, que dependerá de su caso específico y del tipo de tecnología disponible en su centro de tratamiento.

- Radioterapia de haz de protones: un tipo de radioterapia conformacional que bombardea el tejido afectado con partículas de protones en vez de rayos X (fotones). Con un arreglo de haces múltiples, el área de alta dosis alrededor del tumor es similar entre protones y rayos X con IMRT. Existe, no obstante, menos dosis de radiación baja y moderada suministrada a los tejidos circundantes normales (intestino, vejiga, huesos, tejidos blandos) con protones. La radioterapia de haz de protones es más cara en comparación con otros tratamientos con radiación, y los posibles beneficios clínicos son actualmente tema de investigaciones en curso. En USA los centros de tratamiento con terapia de protones están mucho menos disponibles.

- La braquiterapia: tratamiento con radiación que es suministrado en la próstata mediante la colocación de material radiactivo dentro de la próstata. Existen dos tipos de braquiterapia que incluyen la braquiterapia de dosis bajas (LDR) y la de dosis alta (HDR):

- Braquiterapia de dosis baja (LDR) o tratamiento de implantación de semillas permanente: alrededor de cien semillas radioactivas pequeñas son insertadas en la glándula prostática a través de agujas huecas utilizando la guía por ultrasonido o por RMN. Estas semillas radioactivas proporcionan radiación continuamente, por un periodo de entre varias semanas a meses, y luego se vuelven inactivas. Estas semillas permanecen en la próstata para siempre. Si bien la técnica de implantación ha existido por décadas, avances recientes en la tecnología por imágenes la han hecho más eficaz. Para poder planear el procedimiento, en forma previa al implante

se realiza la toma de imágenes tales como CT, RMN o ultrasonido. El procedimiento de implantación se realiza bajo sedación consciente o anestesia local/regional. Durante el procedimiento de implantación se usa ultrasonido (o a veces RMN) para ver mejor la glándula prostática. Mediante el uso de agujas, los médicos pueden insertar cuidadosamente las semillas transperinealmente (el área debajo del testículo y enfrente del ano) dentro de la próstata. Este procedimiento es ambulatorio y se puede requerir que el paciente mantenga colocado un catéter urinario por alrededor de una semana. En algunas instituciones ya hay disponibles resultados a largo plazo de hasta un máximo de 15 a 20 años. Estos resultados muestran que en los centros especializados, la implantación de semillas radioactivas guiada por ultrasonido es altamente eficaz para controlar el cáncer de próstata y que esencialmente tiene los mismos resultados que la cirugía o la radioterapia de haz externo en pacientes con cáncer de próstata que han sido seleccionados adecuadamente.

Braquiterapia de Dosis Alta (HDR): esta técnica fue desarrollada para suplementar la radioterapia externa, en el tratamiento de pacientes con cáncer de próstata de alto riesgo. Los pacientes reciben alrededor de cinco semanas de radioterapia externa, seguida de entre una a tres sesiones de braquiterapia de dosis alta (HDR). En este tratamiento, la radiación es administrada en la próstata en forma temporaria a través de isótopos radioactivos (en general, Iridio-192). Este procedimiento requiere hospitalización. Primero, se insertan entre 12 y 18 catéteres huecos dentro de la próstata en forma transperineal usando ultrasonido y guía por rayos X, mientras el paciente se encuentra bajo anestesia general. Luego, se realizan una exploración por TAC y el planeamiento del tratamiento para determinar la ubicación y la duración de colocación de la fuente de Iridio-192. Cuando el paciente recibe el tratamiento, estos catéteres son conectados con la máquina de HDR que controla el suministro de la fuente radioactiva de Iridio-192 a las áreas específicas en cada uno de estos catéteres. El tratamiento por lo general dura alrededor de 10 a 20 minutos por sesión, y el paciente usualmente recibe entre tres a cuatro sesiones durante un período de dos días. Al final de la última sesión, los catéteres son removidos del paciente, y el paciente es dado de alta del hospital. Mientras los catéteres están en la próstata, se le pide al paciente que permanezca en cama y en el hospital durante ese periodo de dos semanas. El paciente no tiene materiales radioactivos permanentes cuando deja el hospital, y se le puede requerir que mantenga puesto un catéter urinario por alrededor de una semana. El uso de esta técnica por sí sola (ej. sin tratamiento con haz externo), en pacientes de bajo riesgo, está todavía en etapas experimentales.

- **Tratamiento con Radio 223:** El radio 223, que se vende bajo la marca Xofigo, es un isótopo del metal radio que se utiliza para tratar cánceres de próstata que se han diseminado a los huesos. Debido a su similitud con el calcio, el radio es absorbido por las células de los huesos. Debido a que las células cancerosas son más activas que las células normales de los huesos, es más probable que absorban el radio 223. Una vez que el radio está en los huesos, libera radiación alrededor de una área muy pequeña para matar a las células cancerosas cercanas mientras se evita afectar a las células sanas del hueso que se encuentran alrededor del cáncer. El radio 223 es efectivo para controlar el cáncer de próstata avanzado y para reducir el dolor en más de un área de los huesos porque viaja a través del cuerpo. La inyección lleva solamente un minuto y se repite generalmente cada cuatro semanas hasta un máximo de seis o más tratamientos en total. El tratamiento se hace en forma ambulatoria, así que usted puede regresar a su casa luego del tratamiento. Los efectos secundarios del radio 223 incluyen diarrea, anemia y dolor en las áreas del tumor en las que está actuando el radio. Los hombres que reciben tratamiento con radio no deberían tener hijos por al menos seis meses, ya que el radio podría causar daño al espermatozoides.

Cómo se escoge entre las opciones de tratamiento.

El Médico de atención primaria (internista o médico de familia) y un urólogo, que probablemente llevó a cabo la biopsia (en algunos casos el radiólogo realiza la biopsia). Si usted tiene un cáncer en etapas tempranas o moderadamente avanzadas y no hay evidencia de diseminación a otros órganos (no hay metástasis), deberá hablar con un médico más: un radioncólogo. Las dos opciones principales de tratamiento son la cirugía (realizada por el urólogo) y la radioterapia (realizada por el radioncólogo). Si su cáncer está avanzado y necesita terapia de supresión hormonal o quimioterapia, entonces deberá consultar también con un oncólogo médico, que administra estas drogas. La terapia de ablación hormonal, que muchas veces se usa para tratar el cáncer de próstata más avanzado mediante la supresión de sus hormonas andrógenicas (o testosterona), ya que en la mayoría de los cánceres de próstata el crecimiento está estimulado por los andrógenos o testosterona. El tratamiento de inhibición de andrógenos puede ser administrado por su internista, urólogo, radioncólogo, o su oncólogo médico.

Dependiendo del estadio en que se encuentra el cáncer, la terapia de ablación hormonal puede ser administrada junto con radioterapia para ayudar a controlar el cáncer. La terapia de supresión de hormonas se puede administrar durante un periodo de tan solo cuatro a seis semanas, o durante un periodo de dos a tres años.²

De la literatura citada, se evidencia que existen varios tratamientos para tratar los carcinomas de próstata y cada tratamiento se debe escoger teniendo en cuenta la condición de salud de cada paciente.

Esto significa que la crujía de **Prostatectomía radical laparoscópica no siempre es el único o mejor tratamiento para tratar la enfermedad.**

Por tal motivo no podemos obviar los antecedentes del señor **AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D)**, quien era un paciente con antecedentes de cirugía abdominal previa a la práctica de la prostatectomía laparoscópica, con una mala cicatrización que generó queloides en la cicatriz del abdomen.

Según estudios científicos, clínicos y médicos, las adherencias en la cavidad abdominal usualmente se forman después de una cirugía abdominal y casi todos quienes se someten a una cirugía abdominal muestran adherencias³

Esa teoría clínica, está igualmente desarrollada por el Dr. Juan Carlos Meneu Jefe de Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo del Complejo Hospitalario Ruber Juan Bravo -Madrid, España, quien en su blogs⁴, describe que la apertura de la cavidad abdominal (laparotomía), en cualquier tipo de intervención quirúrgica, conduce, entre un 93% y un 100% de los casos, a la formación de estructuras fibrosas (bridas y adherencias o síndrome adherencial); éstas son potencialmente causantes de una obstrucción intestinal.

La aparición por tanto de bridas y adherencias es inherente a la cirugía abdominal, y en cierto modo, inevitable.

Lo mismo advierte El Instituto Oncológico "Oncohealth Institute, quien hizo público el concepto donde sostiene que "Después de cualquier tipo de cirugía en el abdomen, se pueden formar bandas de tejido (llamada adherencias) entre los

² Fuente site de RadiologyInfo en <http://www.radiologyinfo.org/sp> - Tratamiento del cáncer de próstata

³ Fuente <https://medlineplus.gov/spanish/adhesions.html> B- Biblioteca Nacional de Medicina de los EE. UU. . UU.- Adherencias

⁴ <https://www.quironsalud.es/blogs/es/blogbisturi/laparotomia-apertura-cavidad-abdominal>

tejidos y órganos abdominales. Normalmente, los tejidos y los órganos son resbaladizos y se mueven fácilmente conforme el cuerpo se mueve. Si se forman adherencias pueden hacer que los tejidos y órganos se peguen”⁵.

Por tal motivo, el personal médico que recomendó y efectuó la intervención quirúrgica al señor **AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D)**, debieron prever las medidas necesarias para evitar inconvenientes que afectaran la salud, la vida y la integridad del paciente, siendo uno de los casos a prever la gran posibilidad de adherencias que impidieran la realización del procedimiento laparoscópico o que ocasionaran una perforación intestinal, tal como ocurrió, en todo caso la situación clínica que ocasionó el deceso del señor **AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D)**, se pudo evitar si los especialistas tratantes hubiesen tenido cuidado al elegir el tratamiento y de haber analizado el estado del paciente y sus antecedentes previos, el cual era notorio por la gran cicatriz que el señor **AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D)**, tenía en el abdomen, antecedentes que según versión de la esposa, el señor **AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D)**, dio a conocer a los médicos tratantes.

D.3 COMPLICACIONES DEL PROCEDIMIENTO DE PROSTATECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA

De acuerdo con American Cancer Society- Sociedad Americana Contra El Cáncer tanto a nivel nacional como internacional en su publicación Cirugía para el cáncer de próstata⁶, describe los riesgos de la siguiente manera:

Riesgos y efectos secundarios de cualquier tipo de prostatectomía radical
Cualquier tipo de cirugía para el cáncer de próstata conlleva posibles riesgos y efectos secundarios.

Riesgos de la cirugía del cáncer de próstata

Los riesgos asociados a cualquier tipo de prostatectomía radical son similares a los de cualquier cirugía mayor. Algunos de los problemas que pueden surgir durante o poco después de la operación son:

- Reacciones a la anestesia
- Sangrado debido a la cirugía
- Coágulos sanguíneos en las piernas o los pulmones
- Daño a órganos adyacentes
- Infecciones en la zona de la cirugía

En pocas ocasiones, es posible que se lesione parte del intestino durante la cirugía. Esto puede causar infecciones en el abdomen y podría requerir otra cirugía para corregir este problema. Las lesiones a los intestinos son más comunes con las cirugías robóticas y laparoscópicas que con el método abierto.

Si se extirpan los ganglios linfáticos, se puede formar una acumulación de líquido linfático (llamado linfocelo), la cual pudiera requerir que se drene.

⁵ Fuente <http://www.oncohealth.eu/es/area-paciente/cancer/informacion-soporte-paciente/informacion-general/efectos-secundarios/otros/adherencias>

⁶ <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-prostata/tratamiento/cirugia.html>

En algunos casos no muy frecuentes, es posible que el paciente fallezca debido a complicaciones de la operación. El riesgo depende en parte de su estado de salud general, su edad y de la experiencia del equipo quirúrgico.

Está probado que el señor **AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D)**, sufrió una perforación intestinal el día en que se sometió al procedimiento de prostatectomía radical por laparoscopia, cirugía que no llegó a efectuarse por la perforación intestinal que sufrió el señor **AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D)** durante el procedimiento quirúrgico laparoscópico para extirpación radical de la próstata, por adenocarcinoma prostático y que generaron múltiples complicaciones a su salud, producto de estas complicaciones, el paciente adquiere una sepsis de origen abdominal, evolucionando con múltiples complicaciones y dehiscencia de suturas que lo llevan a un estado séptico. A pesar del tratamiento antibiótico, finalmente le produce la muerte por una falla multiorgánica.

Lo cual demuestra que el daño padecido en el evento particular si es atribuible a los convocados ya que estos, de haber sido lo suficientemente diligentes, hubieran logrado resistir al deterioro de la salud del paciente; dicho en otros términos, en este caso el daño se produce por la negligencia y por la impericia de los galenos que atendieron la patología presente en el paciente.

Lo anterior teniendo en cuenta que, como indica la ciencia médica y la *lex artis*, para aplicar el procedimiento de **PROCEDIMIENTO DE PROSTATECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA**, como tratamiento del cáncer de próstata, se debe tener en cuenta el estado del paciente, lo que significa que todo paciente no es candidato para ese procedimiento y menos aquel que padece adherencia por una cirugía abdominal previa, lo que resulta indicativo de antemano de un indebido procedimiento médico que se suma al indebido cuidado postoperatorio, de ahí que sea verificable solo con los antecedentes consignados en la historia clínica.

D4. HALLAZGOS EN CUANTO A LA ATRIBUCIÓN DEL DAÑO CAUSADO POR LOS CONVOCADOS

De acuerdo con la historia clínica, en el presente caso se advierten los siguientes hallazgos científicos que permiten imputar responsabilidad a **EPS SANITAS INTERNACIONAL, CLINICA ESTRIOS S.A.S, PROMOTORA BOCAGRANDE S.A, PROBOCA S.A., LITOTRICIA S.A., LITO LUIS PORTO PORTO y CARLOS FERNANDO MARRUGO PAZ** o establecer la relación de causalidad entre el tratamiento y la atención médica brindada al paciente y el fallecimiento:

1. Al ingreso de **AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D)**, el 31 de mayo de 201, a la primera cirugía, este se encontraba en buen estado general orientado; posterior a la perforación que sufrió ese mismo día, al quinto día el paciente presentó salida de material intestinal, es sometido a cirugía donde se procede a remover el intestino el cual estaba adherido al abdomen y por tal motivo se producen múltiples perforaciones que con llevan a la resección de 50 cms de intestino delgado.

El paciente sufrió durante casi tres meses las consecuencias de una indebida intervención quirúrgica por la perforación intestinal, como consecuencia del síndrome adherencial severo que padecía y que le fue diagnosticado después de la perforación intestinal, hecho que se pudo prever, si hubiese sido diagnosticado antes de que se efectuara el daño en el procedimiento quirúrgico laparoscópico, el

paciente también fue sometido a un indebido cuidado postoperatorio caracterizado por las siguientes falencias.

- En el servicio de la IPS ESTRIOS SAS, quienes sometieron al paciente a un proceso y un procedimiento clínico sin contar con la capacidad científica y/o médica para brindar la atención necesaria de acuerdo a la complicación del procedimiento del día 31 de mayo de 2018 cuando sufrió la perforación intestinal y posteriormente el procedimiento de resección intestinal el día 5 de junio de 2018, hechos demostrados en el contenido de la Historia clínica del 11 de junio de 2018 a las 9:24 nota evolutiva del Dr. Lito Porto, que dice textualmente (...) *"El día de hoy 11/06/2018 paciente presenta fuja intestinal considerando paciente debe ser manejado en estancia superior por tal razón se inicia proceso de remisión"*.

El paciente fue trasladado ese mismo día Nuevo Hospital Boca Grande.

- La ausencia galeno idóneo, especialista en infectología, El paciente es sometido durante sus casi tres meses de estancia a múltiples tratamientos diagnósticos sin mejoría, sin embargo, no se pide el concurso del especialista en infectología sino hasta dos días antes de su fallecimiento lo cual no es una conducta acorde a la lex artis, demostrado en los hechos que se evidencian en el contenido de la HC del día 14 de agosto de 2019 en adelante, donde el paciente **AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D)**, presenta pico febril desde las 16:18 horas del día 14/06/2018 y es trasladado a unidad de cuidados intensivos, no obstante el día 15 de agosto de 2018, en la HC se consignó que se estaba a la espera del reporte definitivo de infectología, el día 16/08/2018, en la Hc se consigna "a espera de reporte definitivo por parte de infectología", el día 17 /08/2018 se consigna en la HC a espera de reporte definitivo por parte de infectología", ya el día 18/08/2018 09:20 (medicina interna), se consigna en la HC del paciente "presentando fiebre asociado a hipotensión sin respuesta a fluidoterapia por lo que se sospecha de shock séptico con necesidad de inicio de vasoactivo y traslado a unidad de cuidados intensivos, se inició antibioticoterapia de amplio espectro y antifungico en sospecha de infección asociada a catéter venoso central dada nutrición parental desde inicio de hospitalización"(...), el día 19/06/2018 07: 53,(medico general), se consigna en la HC del paciente "presentando fiebre asociado a hipotensión sin respuesta a fluidoterapia por lo que se sospecha de shock séptico con necesidad de inicio de vasoactivo y traslado a unidad de cuidados intensivos, se inició antibioticoterapia de amplio espectro y antifungico en sospecha de infección asociada a catéter venoso central dada nutrición parental desde inicio de hospitalización"(...), el día 20/08/2018 10:03 (cirugía general), consignó en la HC del paciente "reporte de hemocultivo No. 2 con staphylococcus epidermidis, paciente afebril, con descenso de leucocitos, hoy día 5 de antibioticoterapia, se considera solicitar valoración por infectología. El día 21/08/2018 18:52 (medicina general), se consignó en la Historia Clínica "paciente que presenta pico febril cuantificado en 38.0 me comunico con cirujano tratante Dr. García que por antecedentes solicita paraclínicos y valoración por infectología para definir conducta, el paciente se encontraba hospitalizado en sala general.
- No se encuentra en la historia clínica enviada nota que avale la participación de especialista en infectología en el tratamiento de este paciente, se describió en el inciso anterior que el registro de HC demuestra que el día 20/08/2018

10:03 (cirugía general) y 21/08/2018 18:52 (medicina general), requerían valoración por infectología, sin embargo en la Historia Clínica, no hay registro de que el especialista haya atendido el caso del señor **AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D.)**.

- Paciente que es llevado a sala de uci el día 14 de agosto por falla sistémica y sospecha de shock séptico sin embargo, según lo encontrado en la historia clínica del día 15/08/2018 01:39 que textualmente dice, "se decide mantener en unidad de cuidados intensivos por alto riesgo de descompensación hemodinámica y cardiovascular".
No obstante a lo anterior el día 17/08/2018 10:05 es trasladado a sala general, sin que fuera evaluado por el infectología y sin el registro de la bacteria que padecía, y el día 21/08/2018 18:52 (medicina general), se consignó en la Historia Clínica que el paciente presentaba pico febril cuantificado en 38.0 sin embargo pese al estado delicado de salud del señor **AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D.)**, mantuvieron su permanencia en sala general y no fue remitido a UCI donde debía ser tratado.
- Se encuentra en la historia clínica que el paciente recibe orden de traslado a uci y colocación de soporte con noradrenalina el día 22 de agosto a las 18:58 horas, sin embargo es reanimado y fallece en sala general a las 20:45 horas, una hora y 43 minutos posteriores a la orden en un paciente crítico y conocido en el servicio, conducta no acorde a la lex artis.
Tal situación es prueba de que el señor **AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D.)**, debió permanecer en UCI y no haber sido trasladado a sala general, pues ésta situación impidió que él recibiera el tratamiento adecuado para preservar su vida garantizar su humanidad.
- El día 18/08/2018 09:20 (medicina interna), se consigna en la HC del paciente "presentando fiebre asociado a hipotensión sin respuesta a fluidoterapia por lo que se sospecha de shock séptico con necesidad de inicio de vasoactivo y traslado a unidad de cuidados intensivos, se inició antibioticoterapia de amplio espectro y antifungico en sospecha de infección asociada a catéter venoso central dada nutrición parental desde inicio de hospitalización"(...).
No obstante el día 21/08/2018 18:52 (medicina general), cuando el paciente presentó pico febril cuantificado en 38.0 el cirujano tratante Dr. García solicitó paraclínicos y valoración por infectología para definir conducta. Pero solo hasta el día 22/08/2018 06:00 según consta en las notas de enfermería le fue tomada muestras de hemocultivo y urocultivo.
- Se encuentra que según el contenido de la Necropsia No. 20180101130001000439 del 23/08/2018, el cual concluye lo siguiente:

CONCLUSION PERICIAL: adulto masculino quien fallece por falla multiorgánica, debida a sepsis de origen abdominal, debida a perforación de asa intestinal durante un procedimiento quirúrgico laparoscópico para extirpación radical de próstata, por adenocarcinoma prostático. El paciente evoluciona con múltiples complicaciones y dehiscencia de suturas que lo llevan a un estado séptico, a pesar del tratamiento antibiótico, finalmente le producen la muerte por una falla multiorgánica.

Causa básica de muerte: FALLA ORGÁNICA MÚLTIPLE POR SEPSIS DE ORIGEN ABDOMINAL, DEBIDA A PERFORACIÓN INTESTINAL DURANTE UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

Manera de muerte: NATURAL, EN RELACIÓN CON PROCEDIMIENTO MÉDICO

- Se encuentra según contenido de la Historia Clínica y el contenido de la el contenido de la Necropsia No. 20180101130001000439 del 23/08/2018, que los médicos no tomaron acciones para identificar la bacteria abdominal que produjo la sepsis que ocasiono la falla multiorgánica que provoco el deceso del señor **AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D)**, dejando de hacer lo que la praxis médica le obliga o les exige en la prestación del servicio y en el ejercicio de la profesión, donde *"el médico, en el ejercicio de su profesión, está sometido al cumplimiento de una serie de deberes de diversa naturaleza", incluso éticos componentes de su lex artis⁷, acción que no se observa en el caso del señor AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D)*, ya que aunque recibió tratamiento de antibiótico al presentar cuadro febril alto, ese tratamiento estaba dirigido a combatir una bacteria de origen dérmico y no de aquella que estaba en el abdomen, la cual no se dio tratamiento, tampoco fue valorado por el infectología y no se encuentra reporte alguno de recomendación de esta especialidad.
- Se encuentra según contenido de la Historia Clínica y el contenido de la el contenido de la Necropsia No. 20180101130001000439 del 23/08/2018, que el señor **AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D)**, evolucionó con múltiples complicaciones y dehiscencia de sutura⁸ que lo llevan al estado séptico la cual produce la falla multiorgánica que produjo su deceso.

Según el criterio científico, para el tratamiento de las infecciones quirúrgicas, se ha definido que el diagnostico de dehiscencia de suturas⁹ profundas puede ser espontáneo o deliberadamente por el cirujano cuando el paciente tiene, al menos, uno de los siguientes signos o síntomas: fiebre (> 38 °C), dolor localizado, irritabilidad a la palpación, aunque el cultivo sea negativo¹⁰.

Igualmente para esto se ha definido clínicamente la posibilidad de diagnosticar precoz mente la dehiscencia de suturas lo cual permite evitar la sepsis grave y la muerte del paciente.¹¹

- Se encuentra según lo narrado por la familiar, lo encontrado en la historia clínica, y el resultado de la necropsia, que el manejo del paciente guarda una relación directa entre la perforación intestinal durante laparoscopia quirúrgica y el mecanismo de muerte del paciente. Tal situación pudo ser aplicado al caso del señor **AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D)**, porque desde el 5° día de la intervención presento varios de los síntomas que permiten determinar una infección quirúrgica como lo es la dehiscencia de suturas.

⁷ CS de J, SCC, 17 nov. 2011, MP W Namén Vargas, e11001310301819990053301 (00533).

⁸ Despegamiento de los tejidos, artificialmente unidos mediante suturas, por fallo técnico, que conduce a la separación de los bordes de la sutura y a la fuga del contenido orgánico que tenga. Suele referirse a las suturas del aparato digestivo y génito-urinario y conllevan una complicación quirúrgica habitualmente grave. CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA 2019 <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/dehiscencia-sutura>

⁹ Infecciones en cirugía Dehiscencia espontánea de la sutura o retirada de los puntos de la sutura por criterio clínico ante la presencia de signos inflamatorios, como temperatura mayor a 38 °C, dolor o hipersensibilidad localizada, aunque el cultivo sea negativo.

¹⁰ Fuente <https://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-articulo-infeccion-herida-quirurgica-prevencion-tratamiento-13110137>

¹¹ <https://drcesarramirez.com/cirug%C3%ADa-mbe/57-diagn%C3%B3stico-precoz-de-la-dehiscencia-de-sutura-en-cirug%C3%ADa-colorrectal-%C2%BFqu%C3%A9-podemos-hacer.html>

Referente a la culpa de los profesionales y las responsabilidades de las empresas prestadoras del servicio de salud en cuanto a la falla del servicio y la mala praxis en la atención dada al señor **AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D)**, el concepto se enmarca en la responsabilidad que le asiste a cada profesional de adelantar todas las acciones o diligencias que le permitan garantizar la vida y la salud del paciente, lo que significa que el descuido o la negligencia médica acarrea responsabilidades.

Tales consideraciones están amparadas con La responsabilidad civil en la prestación de servicios de salud y los numerables conceptos jurisprudenciales que las altas cortes nacionales han desarrollado del tema tal como se describe, la Corte Suprema de Justicia indica con claridad que al profesional de la salud, [sic] es exigible una especial diligencia en el ejercicio de su actividad acorde al estado de la ciencia y el arte, sobre él gravitan prestaciones concretas, sin llegar a extremo rigor, considerada la notable incidencia de la medicina en la vida, salud e integridad de las personas. En este contexto por regla general, la responsabilidad del médico no puede configurarse sino en el ámbito de la culpa, entendida no como error en que no hubiere incurrido una persona prudente o diligente en idénticas circunstancias a las del autor del daño, sino más exactamente en razón de su profesión que le impone deberes de conducta específicos más exigentes a la luz de la *lex artis*, mandatos, parámetros o estándares imperantes conforme al estado actual de la ciencia, el conocimiento científico, el desarrollo, las reglas de experiencia y su particular proyección en la salud de las personas (arts. 12, Ley 23 de 1981 y 8º decreto 2280 de 1981), naturalmente “el médico, en el ejercicio de su profesión, está sometido al cumplimiento de una serie de deberes de diversa naturaleza”, incluso éticos componentes de su *lex artis* (cas. civ. sentencia de 31 de marzo de 2003, exp. 6430)

Igualmente la Corte Suprema de Justicia Sala de Casación Civil en sentencia del 26 de noviembre del 2010, e11001 3103 013 1999 08667 01, precisó en relación con la culpa en la responsabilidad médica lo siguiente:

“Así, dependiendo de las circunstancias del asunto, se insiste una vez más, es posible que el juez, con sujeción a las normas jurídicas y de la mano de las reglas de la experiencia, el sentido común, la ciencia o la lógica, deduzca ciertas presunciones (simples o de hombre) relativas a la culpa galénica; o que lo haga a partir de indicios endoprocesales derivados de la conducta de las partes (artículo 249 del C. de P.C.); o que acuda a razonamientos lógicos como el principio res ipsa loquitur (como cuando se olvida una gasa o material quirúrgico en la zona intervenida, o se amputa el miembro equivocado, etc.); o teniendo en consideración la manifiesta anormalidad de las consecuencias del acto médico deduzca una “culpa virtual” o un “resultado desproporcionado”, todo lo anterior, se reitera aún a riesgo de fastidiar, sin que sea admisible la aplicación de criterios generales que sistemática e invariablemente quebranten las reglas de distribución de la carga de la prueba previstos en el ordenamiento.

(...)

2. Ahora, ahondando en el examen del acto médico propiamente dicho, ha de decirse, con un fin marcadamente ilustrativo y sin necesidad de aludir al aspecto concerniente con la prevención de las enfermedades, propio, igualmente, del quehacer médico y de tanta relevancia hoy, que se trata de toda aquella actividad

mediante la cual el galeno se compromete a emplear su habilidad y sapiencia con miras a curar al enfermo; para tal efecto, debe desarrollar un conjunto de labores encaminadas al diagnóstico, pronóstico y tratamiento de aquel y, de ser el caso, a intervenir quirúrgicamente."

En sentencia del CS de J, SCC, 5 nov. 2011, MP A Solarte Rodríguez, e0025, la Corte Suprema de Justicia desarrolló como problema jurídico si, ¿El galeno además de asumir el compromiso principal de buscar la preservación o la recuperación del estado de salud del paciente, debe cumplir con determinados deberes secundarios o colaterales de conducta? y la respuesta que se dio fue afirmativa, sustentando como tesis que, *"La formulación que se ha planteado anteriormente no es extraña al contrato de prestación de servicios médicos, en el que el galeno, obviamente, asume el compromiso principal de buscar la preservación o la recuperación del estado de salud del paciente, mediante el desarrollo de las diversas conductas que conforman el llamado acto médico (auscultación, diagnóstico, pronóstico y tratamiento, entre otros), pero también debe cumplir con determinados deberes secundarios o colaterales de conducta cuya oportuna y adecuada ejecución dará plena satisfacción al interés de dicho contratante, tales como la confidencialidad o reserva, la información o la certificación, entre los más relevantes.*

Igualmente, desarrolló el siguiente problema jurídico, ¿La específica caracterización del deber que surge para el profesional de la medicina como una obligación de resultado o de medio puede derivar de los alcances que tenga su compromiso en el momento de convenir el respectivo contrato? siendo afirmativa su solución con la siguiente tesis:

"Es claro, entonces, que por regla de principio, los médicos se obligan a realizar su actividad con la diligencia debida, esto es, a poner todos sus conocimientos, habilidades y destrezas profesionales, así como todo su empeño, en el propósito de obtener la curación del paciente o, en un sentido más amplio, a que éste consiga en relación con su salud o con su cuerpo el cometido que persigue o anhela, sin que, por lo tanto, se reitera, como regla general, queden vinculados al logro efectivo del denominado "interés primario" del acreedor -para el caso, la recuperación de la salud o su curación-, pues su deber de prestación se circunscribe, particularmente, a la realización de la actividad o comportamiento debido, con la diligencia exigible a este tipo de profesionales. No obstante lo anterior, en desarrollo del principio de autonomía privada pueden presentarse casos, valga precisarlo, no solamente en el campo de la cirugía plástica con fines estéticos o de embellecimiento, en los que el médico, por decisión propia y consciente, adquiere el compromiso de lograr u obtener un resultado específico, esto es, que se obligue para con el paciente a la consecución de un fin determinado, supuesto en el que, como es obvio entenderlo, la obligación a su cargo se tipifica como de resultado. De igual forma, existen determinadas actuaciones médicas, en las que la finalidad perseguida se puede obtener con la ejecución de la conducta convenida y en las que la presencia de elementos contingentes es mínima, lo que conduce, en tales supuestos, a que se generen obligaciones de resultado. Piénsese al respecto, v.gr., en la colocación de un aparato ortopédico, la inmovilización de una extremidad, el implante de un mecanismo anticonceptivo, las labores médicas de certificación o los análisis de laboratorio, entre otros, en los que el componente de aleatoriedad en la realización del interés del acreedor está prácticamente ausente. Según se aprecia, la específica caracterización del deber que surge para el profesional de la medicina como una obligación de resultado puede derivar de los alcances que tenga su compromiso en el momento de convenir el respectivo contrato, y en algunos eventos particulares de la propia naturaleza de la intervención, pero sin que se puedan establecer al

ABOGADA

respecto reglas pétreas o principios inmodificables. Para el caso de la cirugía plástica con fines meramente estéticos, por lo tanto, puede darse el caso de que el médico se obligue a practicar la correspondiente intervención sin prometer o garantizar el resultado querido por el paciente o para el que ella, en teoría, está prevista; o de que el profesional, por el contrario, sí garantice o asegure la consecución de ese objetivo. En el primer evento, la obligación del galeno, pese a concretarse, como se dijo, en la realización de una cirugía estética, será de medio y, por lo mismo, su cumplimiento dependerá de que él efectúe la correspondiente intervención con plena sujeción a las reglas de la lex artis ad hoc; en el segundo, la adecuada y cabal ejecución de la prestación del deudor sólo se producirá si se obtiene efectivamente el resultado por él prometido"

Ahora bien, la Corte Suprema de Justicia en sentencia CS de J, SCC, 30 ago. 2013, MP R Díaz Rueda, e11001310301820060048801 (00488), resolvió el problema jurídico si ¿Cuándo la entidad o galeno a cuyo cargo se encuentra la atención de la salud de un paciente no observa los deberes que le competen, dirigidos a mejorar el estado físico o mental del paciente, compromete su responsabilidad y por lo mismo puede generar obligación de resarcir los daños que esa negligencia le irroga al afectado? La solución fue afirmativa fundamentándose en la siguiente tesis:

"De lo anterior se desprende entonces, que cuando la entidad o galeno a cuyo cargo se halla la atención de la salud de un paciente, no observa los deberes que le competen dirigidos a salvaguardar o mejorar el estado físico o mental de aquel, por ejemplo, porque deja de utilizar los medios diagnósticos aconsejados, se despreocupa de los resultados de los exámenes que ha dispuesto, lo formula tardíamente o deja de hacerlo cuando era necesario, omite sin excusa las respectivas remisiones o interconsultas si a ellas hay lugar con la prontitud necesaria, compromete su responsabilidad, lo que por tanto, puede generar obligación de resarcir los daños que esa negligencia le irroque al afectado.

Es claro entonces que el indebido procedimiento y las consecuencias que este generó, aunado a una mala atención de la patología ocasionada por el mal procedimiento ocasionaron múltiples complicaciones en la salud del señor **AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D)**, las cuales no fueron atendidas oportunamente lo que llevó a su deceso, ocasionando las consecuencias lesivas por la cuales se interpone la presente demanda, por los daños ocasionados a mis poderdantes como consecuencia del fallecimiento de su esposo y padre.

D5. CAUSALIDAD

En términos de causalidad o atribución fáctica, la Corte Suprema de Justicia en sentencia CS de J, SCC, 17 nov. 2011, MP W Namén Vargas, e00533 puntualizó lo siguiente:

"... Igualmente, la prestación de los servicios de salud garantizados por las Entidades Promotoras de Salud (EPS), no excluye la responsabilidad legal que les corresponde cuando los prestan a través de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) o de profesionales mediante contratos reguladores sólo de su relación jurídica con aquéllas y éstos. Por lo tanto, a no dudarlo, la prestación del servicio de salud

deficiente, irregular, inoportuna, lesiva de la calidad exigible y de la lex artis, compromete la responsabilidad civil de las Entidades Prestadoras de Salud y prestándolos mediante contratación con Instituciones Prestadoras de Salud u otros profesionales, son todas solidariamente responsables por los daños causados, especialmente, en caso de muerte o lesiones a la salud de las personas."

Teniendo en cuenta que la **EPS SANITAS INTERNACIONAL, CLINICA ESTRIOS S.A.S, PROMOTORA BOCAGRANDE S.A, PROBOCA S.A., LITOTRICIA S.A., LITO LUIS PORTO PORTO y CARLOS FERNANDO MARRUGO PAZ**, son solidariamente responsables en el presente caso, es claro que (I) la causa inmediata del daño es la inobservancia de los protocolos médicos en el proceso, procedimiento, diagnóstico, tratamiento de las complicaciones surgidas como consecuencia de la perforación intestinal que sufrió el señor **AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D)**, el día en que iba a ser sometido a una intervención quirúrgica de prostatectomía radical laparoscópica, teniendo en cuenta que durante su intervención y con posterioridad a ella, se exigía un mayor nivel de cuidado y un mayor nivel de diligencia, considerando las complicaciones que suelen presentarse en este procedimiento, y por contrario, los galenos encargados se sustrajeron del deber de atender y prever todas y cada una de las circunstancias que pudieran poner en peligro la vida y la integridad del paciente en la intervención y en forma posteriores obviaron ejecutar acciones que les permitía evitar, prevenir y garantizar la salud y la vida del señor **AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D)**, motivo por el cual se afectó de manera directa su vida; (II) quien causó inmediatamente el daño fueron la **EPS SANITAS INTERNACIONAL, CLINICA ESTRIOS S.A.S, PROMOTORA BOCAGRANDE S.A, PROBOCA S.A., LITOTRICIA S.A.**, y los médicos **LITO LUIS PORTO PORTO y CARLOS FERNANDO MARRUGO PAZ**, (III) a quien se le imputa el daño es a todas las entidades y particulares convocados, (IV) la causa adecuada del daño es la misma causa inmediata del daño, en la medida de que según las reglas de la experiencia y la doctrina médica las intervenciones quirúrgicas que le realizaron en el señor debieron efectuarse con total precaución y aplicando todos los cuidados y procedimientos de atención postoperatorios, en la medida de que era previsible los daños que se generaron y a pesar de ello, no se tomaron las medidas necesarias para evitarlo y (V) no existen causas extrañas.

VI. LIQUIDACION DE LOS PERJUICIOS

1. DEL DAÑO MORAL

Lo solicitado en éste perjuicio, corresponde a las aflicciones y congojas sufridas por los convocantes como consecuencia de la prestación del servicio médico de la que fue objeto **AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D)**, los cuales se liquidan atendiendo a los lineamientos dados por la Corte Suprema de Justicia, los cuales tasamos de la siguiente manera:

CONVOCANTE	VÍNCULO	MONTO
CLAUDIA ROSA PADAUI ORTIZ	Esposa	
CLAUDIA PATRICIA TINOCO PADAUI	Hija	
AUGUSTO ENRIQUE TINOCO PADAUI	Hijo	

2. DEL DAÑO A LA VIDA DE RELACIÓN

Este perjuicio sobreviene de la alteración en el plano exterior o social, que sufrió **CLAUDIA ROSA PADAUI ORTIZ**, **CLAUDIA PATRICIA TINOCO PADAUI** y **AUGUSTO ENRIQUE TINOCO PADAUI** en relación a su comportamiento normal y habitual, como consecuencia de la prestación del servicio médico de la que fue objeto **AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D)**, en la medida de que su padre - esposo representaba un símbolo de unión familiar, un símbolo de amistad, compañerismo y camaradería para cada uno de ellos, afectando de manera gravosa y determinante los espacios más vitales de un ser humano como es el hecho de departir en familia.

Adicional a ello, la vida de mis mandantes se ha visto afectada de manera directa toda vez que la pérdida de un ser querido como lo era **AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D)**, involucró para cada uno de ellos disfrutar menos de espacios de socialización, de unión familiar, de disfrute familiar como lo son fechas especiales propias de reuniones familiares. De ahí que en el caso particular es imperativo que el Juez ordene la reparación del daño causado, toda vez que el desarrollo de las actividades de vida de mis mandantes se ha visto deteriorada producto del fallecimiento de su familiar.

En cuanto a esto último, cabe destacar que a tal nivel ha sido la afectación en la vida de mis mandantes el fallecimiento del señor **AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D)**, que mis mandantes posterior a la fecha del deceso, inclusive, inasistieron a sus respectivos lugares de trabajo ya que tal suceso dañino afectó gravemente sus estados de ánimo y condiciones de salud psíquicas y emocional.

Así pues, es evidente entonces que en el caso particular, la muerte de una persona cuya vida se encontraba en condiciones de salud que permitían restablecerse, provocó en mis mandantes la afectación de su placer de vivir, de su relación con el entorno, de su confianza hacia el sistema de salud y su confianza hacia el personal médico del país, condicionándose entonces su vida de manera definitiva en el entendido que como producto del fallecimiento de su familiar derivado de un acto médico fallido, actividades tan básicas como reunirse a disfrutar de una cena familiar, reunirse a disfrutar de una fecha como 24 o 31 de diciembre, reunirse a disfrutar de unas vacaciones familiares, celebrar el día del padre, celebrar el aniversario de matrimonio, celebrar el cumpleaños de cada integrante de la familia etc. o, por contrario, ¿no afecta de manera directa la vida de un ser humano y su relación del entorno el fallecimiento de su padre - esposo? ¿No se ve diezmado el placer de relacionarse, de realizar actividades sociales y de disfrutar de un plan familiar que producto de un acto no atribuible a la naturaleza de la vida, fallezca un familiar muy querido? Y es por la magnitud del daño generado, muerte, que se reclaman los siguientes daños a la vida de relación:

CONVOCANTE	VÍNCULO	MONTO
CLAUDIA ROSA PADAUI ORTIZ	Esposa	
CLAUDIA PATRICIA TINOCO PADAUI	Hija	
AUGUSTO ENRIQUE TINOCO PADAUI	Hijo	

VII. PRUEBAS

A efecto de establecer los hechos de la demanda, concretamente la responsabilidad civil y patrimonial de las entidades demandadas y la cuantificación de los perjuicios, aportamos las siguientes pruebas:

A. DOCUMENTALES:

A1. APORTADAS:

Se aportan las siguientes pruebas documentales:

1. Registro Civil de Defunción del señor Augusto Tinoco Garcés (Q.E.P.D).
2. Registros Civiles de Augusto Tinoco Garcés (Q.E.P.D), Claudia Rosa Padaui Ortiz, Claudia Patricia Tinoco Padaui y Augusto Enrique Tinoco Padaui.
3. Historia Clínica de la atención prestada al señor Augusto Tinoco Garcés (Q.E.P.D).
4. Copia de la Historia Clínica del señor Augusto Tinoco Garcés (Q.E.P.D)
5. Copia de los Certificados de Existencia y Representación Legal de **EPS SANITAS INTERNACIONAL, CLINICA ESTRIOS S.A.S, NUEVO HOSPITAL BOCAGRANDE.**
6. Copia del certificado de afiliación del señor Augusto Tinoco Garcés (Q.E.P.D). al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
7. Copia de la denuncia interpuesta en la Fiscalía 47 Seccional de Cartagena.
8. Copia dictamen de Necropsia No. 20180101130001000439 del 23/08/2018
9. Auto admisorio de la demanda de responsabilidad civil radicado No. 13001310300120170019700 donde demandan a la IPS LITOTRICIA Y AL NUEVO HOSPITAL BOCAGRANDE por mala praxis médica.

A2. SOLICITADAS:

Se solicita que se decreten las siguientes pruebas documentales, tendientes a que se verifiquen adecuadamente los hechos que soportan la presente demanda, teniendo en cuenta que los mismos requieren documentos que reposan en diversas entidades del Estado, relacionadas con la acción y omisión de las entidades y personas demandadas por la muerte del señor **AUGUSTO TINOCO GARCÉS (Q.E.P.D)**:

1. Se oficie a **EPS SANITAS INTERNACIONAL, CLINICA ESTRIOS S.A.S, NUEVO HOSPITAL BOCAGRANDE** para que allegue con destino al presente proceso, copia íntegra, auténtica y legible, de la historia clínica del señor **AUGUSTO TINOCO GARCÉS (Q.E.P.D)**, relacionada con la práctica de los procedimientos quirúrgicos que le fueron realizados desde el 31 de mayo de 2018 hasta su posterior muerte el 22 de agosto de 2018.
2. Se oficie a la Fiscalía Seccional 47 Seccional de Cartagena, para que allegue con destino a este proceso, copia auténtica, completa y legible de las actuaciones judiciales adelantadas con ocasión a la denuncia interpuesta por la señora **CLAUSIA PATRICIA TINOCO PADAUI**, hija del señor **AUGUSTO TINOCO GARCÉS (Q.E.P.D)**, por el Homicidio de éste. El proceso tiene como número único de noticia criminal: 130016001129201802839, consecutivo: 02839, Unidad receptora: 01129 URI Cartagena.
3. Se oficie al Tribunal de Ética Médica de Bolívar para que con destino a este proceso certifique si ha adelantado investigaciones en contra de los Drs. Médicos **LITO LUIS PORTO PORTO** y **CARLOS FERNANDO MARRUGO PAZ**, con ocasión a los hechos que involucran la muerte de su esposo **AUGUSTO TINOCO GARCÉS (Q.E.P.D)** y en general si ha adelantado otras investigaciones con ocasión de otros casos diferentes por denuncias recibidas por mala praxis médica, en tal caso el tribunal indique los diagnósticos, las consecuencias y el número de investigaciones.

B. INTERROGATORIO DE PARTE

De conformidad con el artículo 198 del Código General del Proceso y con el objeto de que las circunstancias de tiempo, modo y lugar en las que sucedió el lamentable fallecimiento del señor **AUGUSTO TINOCO GARCÉS (Q.E.P.D)**, sean lo suficientemente claras para tomar una adecuada decisión en el presente caso, se solicita que se llame en interrogatorio de parte a los siguientes señores:

1.- A todos los profesionales que participaron en la atención del señor **AUGUSTO TINOCO GARCÉS (Q.E.P.D)**, de conformidad con los soportes de la Historia Clínica Aportada.

D. DICTAMEN PERICIAL DE PARTE:

De conformidad con lo establecido en el artículo 227 del Código General del Proceso, se aporta Dictamen Pericial de Parte con el objeto de que se verifiquen adecuadamente los hechos que soportan la presente demanda, teniendo en cuenta que los mismos requieren de especiales conocimientos científicos y técnicos, el cual es rendido por el Doctor **EDGARDO MIRANDA CARMONA**, con el cumplimiento de los requisitos establecidos en el artículo 226 del CGP.

E. JURAMENTO ESTIMATORIO:

Conforme con el artículo 206 del Código General del Proceso, estimo bajo juramento que el monto de los daños reclamados son los sufridos por los convocantes.

VIII. ESTIMACION DE LA CUANTIA Y COMPETENCIA

De conformidad con el artículo 26 del Código General del Proceso, determino como cuantía para efectos de la competencia el valor del total de las pretensiones, las cuales ascienden a 927 SMLMV, equivaliendo a SETECIENTOS VEINTISIETE MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA MIL QUINIENTOS SESENTA PESOS (\$767.850.560.00).

IX. REQUISITO DE PROCEDIBILIDAD

Ley 640 de 2001

DE LA CONCILIACIÓN EXTRAJUDICIAL EN MATERIA CIVIL

ARTÍCULO 27. Conciliación extrajudicial en materia civil. La conciliación extrajudicial en derecho en materias que sean de competencia de los jueces civiles podrá ser adelantada ante los conciliadores de los centros de conciliación, ante los delegados regionales y seccionales de la Defensoría del Pueblo, los agentes del ministerio público en materia civil y ante los notarios. A falta de todos los anteriores en el respectivo municipio, esta conciliación podrá ser adelantada por los personeros y por los jueces civiles o promiscuos municipales.

X. MANIFESTACION BAJO JURAMENTO

Bajo la gravedad del juramento manifestado que mis mandantes no han presentado o promovido otra demanda tendiente a solicitar el reconocimiento del pago de perjuicios sufridos por la prestación del servicio médico de la que fue objeto el señor **AUGUSTO TINOCO GARCÉS (Q.E.P.D.)**.

XI. CLASE SE PROCESO

El presente proceso se ventilará bajo las disposiciones del título I, Capítulo I del Libro III, Sección Primera del Código General del Proceso, relacionados con el proceso Verbal de mayor cuantía.

XII. ANEXOS

1. Los enunciados como pruebas.
2. Poder para actuar en la presente solicitud de conciliación prejudicial.

XIII. NOTIFICACIONES

1. El suscrito y la parte convocante recibirán notificaciones en la Calle 86B No. 73 – 28 Barrio El Limoncito Barranquilla – Atlántico, Email: anaedith.garciabaena@gmail.com, teléfono: 3148957787
2. **EPS SANITAS INTERNACIONAL** recibe notificación en recibe notificaciones en AC 100 No. 11B – 95, Bogotá D.C., Email: wmora@colsanitas.com
3. **CLINICA ESTRIOS S.A.S** recibe notificación en recibe notificaciones en Zarragocilla DIG 30 No. 30B – 41, Cartagena – Bolívar, Email: a.lemus@estriossas.com ; y.moscote@estriossas.com
4. **NUEVO HOSPITAL BOCAGRANDE** recibe notificación en recibe notificaciones en Castillogrande Cra 5 y 6 Cartagena – Bolívar, Email: asesorjuridico@hbg.com.co
5. **LITOTRICIA S.A** recibe notificación en recibe notificaciones en la Cra 6 No. 5 – 15, Cartagena – Bolívar, Email: litotricia_sa@yahoo.com
6. El medico **LITO LUIS PORTO PORTO**, quien puede ser notificado en Zarragocilla DIG 30 No. 30B – 41, Cartagena – Bolívar, Email: a.lemus@estriossas.com ; y.moscote@estriossas.com
7. El medico **CARLOS FERNANDO MARRUGO PAZ**, quien puede ser notificado Zarragocilla DIG 30 No. 30B – 41, Cartagena – Bolívar, Email: a.lemus@estriossas.com ; y.moscote@estriossas.com
8. El medico **JUAN CARLOS VELEZ**, quien puede ser notificado quien puede ser notificado Zarragocilla DIG 30 No. 30B – 41, Cartagena – Bolívar, Email: a.lemus@estriossas.com ; y.moscote@estriossas.com

Cordialmente,


ANA EDITH GARCÍA BAENA
C.C No. 33.207.347 de Magangué
T.P No. 258.310 del CSJ

LIBRARY
UNIVERSITY OF CALIFORNIA
LIBRARY

2015 MAR 14 PM 3:02

UNIVERSITY OF CALIFORNIA
LIBRARY

EDIFICIO
LIBERTY SECURITIES
NIT 600.082.876-0
1-0000241977
Impresso por Camisa de Ciencia S.A.



* 0 1 0 0 2
Rad Entrada - C
16/11/2019 03

DELIMA

