DOCTORA,
LUCELLY ROCÍO MUNAR CASTELLANOS
JUZGADO SESENTA Y TRES (63) ADMINISTRATIVO DE BOGOTÁ D. C.

Radicado: 11001334306320210019500
Demandantes: ALMA GUIOMAR BEDOYA JARAMILLO Y OTROS.
Demandado: SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD Y OTROS

ASUNTO: ALEGATOS DE CONCLUSIÓN

CARLOS ALBERTO CAMARGO CARTAGENA, mayor de edad, vecino de la ciudad de Bogotá, identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 79'318.915 de Bogotá, Abogado Titulado e inscrito portador de la Tarjeta Profesional No. 168358 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando como apoderado especial de:

- ALMA GUIOMAR BEDOYA JARAMILLO
- JOHN BAIRON GARCÍA BEDOYA
- DOROTA BEATA NOWOSIELSKA
- JUAN MARTIN GARCÍA NOWOSIELSKA

Alegó de conclusión dentro de la DEMANDA EN PROCESO ORDINARIO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO - ACCIÓN DE REPARACIÓN DIRECTA que se sigue en su juzgado, en nombre de mis poderdantes y en contra:

- SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTÁ
- MINISTERIO DE SALUD
- CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR – COMPENSAR
- SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTÁ – HOSPITAL DE SAN JOSÉ

I. SOBRE LOS DAÑOS

A. Moral

En materia de reparación de perjuicios inmateriales, el Consejo de Estado, mediante sentencia de 27 de enero de 2000, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Rad. 10867, C.P. Alier Eduardo Hernández Enríquez, y sentencia de unificación de 28 de agosto de 2014, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Rad. 26251, C.P. Jaime Orlando Santofimio; y la Corte Constitucional a través de las sentencias T-934 de 2009 y T-102 del 2014, señala que el perjuicio moral sufrido por quienes conforman el núcleo familiar de la víctima, causa dolor y aflicción de acuerdo con las relaciones de cercanía, solidaridad y afecto existentes. El parentesco en sí puede constituir indicio suficiente de la existencia de una relación de afecto profunda y, por lo tanto, del sufrimiento intenso que experimentan los unos con la muerte o desaparición de los otros. En el caso de las relaciones filiales de hasta el segundo grado de consanguinidad y primero civil, ya sean ascendientes, descendientes o colaterales, dicho perjuicio se presume, so pena de ser desvirtuada por la parte demandada, quien deberá demostrar que las relaciones filiales se han debilitado notoriamente.

De acuerdo con lo anterior y con las pruebas aportadas dentro del proceso, se concluye que al no haberse desvirtuado, por parte del extremo pasivo en el proceso de referencia, la presunta aflicción sufrida por los demandantes cuyas relaciones filiales con el señor BAUDILIO GARCIA ORTEGA (Q.E.P.D.) quien fue víctima de se ubican dentro de los límites de la presunción señalada, y en atención a los certificados de los registros civiles de nacimiento aportados, se da por probado el daño moral con fundamento en la presunción judicial que constituye un criterio de valoración.

Así pues, de acuerdo a los límites y parámetros de tasación de perjuicios, establecidos por la corporación citada en principio, solicito al honorable despacho sea concedido por perjuicios morales las sumas descritas a continuación, mismas que devienen de la presunción señalada renglones arriba.

ALMA GUIOMAR BEDOYA JARAMILLO	100 SMMLV
JOHN BAIRON GARCÍA BEDOYA	100 SMMLV
JUAN MARTIN GARCÍA NOWOSIELSKA	50 SMMLV

Así mismo, como ha sido demostrado durante la práctica de pruebas llevada a cabo por el despacho y en consecuencia a lo que se ha declarado por el señor Sergio Andrés Bedoya ha quedado en evidencia que la relación entre el señor BAUDILIO GARCIA ORTEGA (Q.E.P.D.) y la señora DOROTA BEATA NOWOSIELSKA, nuera del fallecido, se caracterizó siempre por el amor, cercanía, alegría y mutua ayuda, incluso, esto ha sido recalcado por Sergio Andrés Bedoya, quien en su testimonio llevado a cabo en audiencia de pruebas del 9 de febrero de 2023 (minuto 33:05) afirma que *"ella le decía papá, soy tan testigo de eso, él me pedía el favor de que lo ayudara a ingresar a Messenger para ayudarle a comunicarse con ella y yo muchas veces leía las conversaciones que ella tenía y ella se refería a él como papá, tenía mucho cariño hacia él"*, tanto así que al cuestionarse sobre la forma en que le afectó a la señora DOROTA BEATA NOWOSIELSKA la desaparición del señor BAUDILIO GARCIA ORTEGA (Q.E.P.D.), señala en la misma diligencia (minuto 30:59) que *"la tristeza de Dorota fue muy fuerte, porque es que mi tío, aparte del cariño que ella sentía por él, por su cercanía, por todo lo que él hizo por ella y su relación, aparte de ser el abuelo de Juan Martin era, una figura fundamental para la crianza de juan Martin, entonces todas estas situaciones generaron un vacío y un sentimiento de angustia de no estar, de la ausencia de esa persona y pues me consta que estuvo bastante afectada por esta situación, en todas la reuniones que compartíamos, su aflicción era notoria, era de no querer hacer nada, no queremos celebrar nada porque después del deceso de él, no hay que celebrar absolutamente nada, entonces todo se volvió muy apagado, un hogar que estaba lleno de luz se convirtió en oscuridad"*. Además, se ha de señalar que la señora DOROTA BEATA NOWOSIELSKA, no cuenta con otro apoyo familiar en Colombia, más que la familia del señor Baudilio teniendo así un soporte emocional muy limitado, tal y como lo refiere el testigo moral, que señala *"Su familia más cercana son su esposo Jhon, su hijo Juan Martin, su suegra que es mi tía y antes mi tío Baudilio, (...)de resto ella no tiene a nadie más en Colombia"*.

Por otro lado, se debe agregar la documental aportada junto con la demanda que hace referencia a la copia del registro de matrimonio entre JOHN BAIRON GARCÍA BEDOYA y DOROTA BEATA NOWOSIELSKA, misma que refuerza aún más la cercanía, y por consiguiente su afectación, con el señor BAUDILIO GARCIA ORTEGA (Q.E.P.D.) y su familia.

De lo anterior se concluye que, la afectación sufrida por la señora DOROTA BEATA NOWOSIELSKA a causa de la desaparición del señor BAUDILIO GARCIA ORTEGA (Q.E.P.D.) se encuentra probada dentro del plenario, ya que generó grandes afectaciones emocionales en ella, pues implicó la pérdida de un ser amado y cercano, tanto así

que fue considerado como un padre para la misma, cosa que fue confirmada por el testigo previamente referenciado en audiencia de pruebas del 9 de febrero de 2023.

En ese sentido, solicito al honorable despacho el reconocimiento de los perjuicios morales causados a la señora DOROTA BEATA NOWOSIELSKA, así:

DOROTA BEATA NOWOSIELSKA	35 SMMLV

B. Psicológico

El daño psicológico, no es el mismo daño moral, son entidades independientes y autónomas, este último se caracteriza por ser patológico, está por fuera de la "normalidad" y traduce enfermedad en la esfera mental, en la esfera psicológica del ser humano, es decir, ante una pérdida de un ser querido (en este caso su esposo) los familiares más cercanos, con seguridad -admitiendo prueba en contrario al ser una presunción del hombre- sufrirán todos daño moral y así lo ha reconocido la jurisprudencia, pero es posible, que alguno de ellos sea afectado en su salud e integridad mental, incurriendo además del daño moral en ansiedad, depresión, duelos patológicos, psicosis y demás, y debería ser entonces el profesional idóneo quien identifique si determinada persona además de afectar por el daño moral, ha visto su integridad psicológica afectada, arribando a lo patológico.

En cuanto a la señora Alma Guiomar Bedoya Jaramillo, quien, en valoración por parte de profesional especializado en valoración realizada por Ángela Patricia Patiño Mesa el 4 y 10 de noviembre de 2024, se le encuentra un desfavorable pronóstico psicológico-psiquiátrico, afectada así su salud mental en una relación causa efecto, por las actuaciones de las demandadas, esto fue plenamente probado por el dictamen pericial psíquico y psicológico forense que le fue realizado por la Doctora Ángela Patricia Patiño Mesa (obrante en el folio número 019_ED_EXPEDIENTE_019MEMORIALPARTEDEMA), quien en el análisis que realiza a la examinada, concluyendo que:

> *"1. La evaluada presenta un estado mental alterado, tendencia al llanto, alteraciones en la memoria a corto plazo.*
>
> *2. Las pruebas psicológicas aplicadas a la evaluada reflejan altos niveles de depresión y problemas de sueño. Esta sintomatología apareció luego de la muerte del señor Baudilio García y estableció de forma permanente. Se observa también que la evaluada no ha tenido una adecuada elaboración de duelo, lo que acentúa los síntomas ya referidos.*
>
> *3. La evaluada cumple con criterios diagnósticos según el DSM-5 para 300.4 (F34.1) Trastorno depresivo persistente (distimia) moderado de inicio tardía, con ansiedad leve y episodio de depresión mayor persistente. Caracterizado por estado del ánimo deprimido durante la mayor parte del día, insomnio, poca energía y alteraciones cognitivas, así como nerviosismo y estados de tensión. Así mismo, cumple con los criterios diagnósticos para Trastorno por duelo complejo persistente.*
>
> *4. Se observa afectación en sus áreas emocional, familiar y social a causa de los hechos ocurridos."*

De lo anterior que, se encuentra probada la existencia del daño psicológico en la señora Alma Guiomar Bedoya Jaramillo, derivado de la lamentable pérdida de su esposo, de sus sentimientos de orfandad y soledad

extendidos hasta su círculo familiar desde lo sucedido, pues esto representó no sólo dolor, sino sentimientos de frustración permanente, depresión y problemas de sueño, hechos que la han mantenido altamente sensible y propensa a desequilibrios psicológicos. Información que se encuentra fundamentada y probada en el dictamen aquí referenciado de la siguiente manera:

> *"Partiendo del proceso de evaluación, se encuentra que la señora Alma Guiomar Bedoya Jaramillo presenta alteraciones psicológicas en su estado del ánimo, cumpliendo con criterios diagnósticos para Trastorno depresivo persistente (distimia) moderado de inicio tardío, con ansiedad leve y episodio de depresión mayor persistente, y trastorno de duelo complejo persistente. Esta alteración se presenta como consecuencia de la muerte de su esposo Baudilio García, generando sufrimiento psíquico y alteraciones en diferentes áreas de funcionamiento como el área emocional, familiar y social, tal y como lo muestran los resultados de las pruebas aplicadas y de las entrevistas realizadas."*

De hecho, esto último, es también mencionado por el perito en audiencia de contradicción del 10 de julio de 2024, en donde señaló que el fallecimiento del señor Baudilio generó en la señora Alma Guiomar Bedoya un cambio en su proyecto de vida, pues ya no estaba su esposo para hacer lo que siempre hacían juntos, cosa que aumentó su duelo, pues tenían una relación "cercana, de mutuo respeto y amor"

Así es pues, nótese la existencia inequívoca de las secuelas psíquicas derivadas del fallecimiento del señor BAUDILIO GARCIA ORTEGA (Q.E.P.D) han sido injustamente soportadas por la señora ALMA GUIOMAR BEDOYA JARAMILLO como consecuencia de los procedimientos médicos imperitos, el tratamiento inadecuado y las faltas a la lex artis médica. De tal manera que de conformidad con la norma y la jurisprudencia que la ha desarrollado, solicito sean reconocidos por concepto de daño psicológico a la señora ALMA GUIOMAR BEDOYA JARAMILLO, así:

ALMA GUIOMAR BEDOYA JARAMILLO 100 SMMLV

C. Daño a la vida en relación

Esta modalidad de perjuicio inmaterial, relativa a aspectos o componentes funcionales, biológicos y psíquicos del ser humano, debe considerar las alteraciones al nivel del comportamiento y desempeño de la persona dentro de su entorno social y cultural, todas ellas consecuencia de la enfermedad o accidente padecido, lo cual agrava la condición del afectado. Como aspecto diferencial de esta especie de daño, este se refleja en la esfera externa del individuo, sobre la señora ALMA GUIOMAR BEDOYA JARAMILLO, esposa del fallecido BAUDILIO GARCIA ORTEGA (Q.E.P.D).

Al respecto, se debe tener en cuenta el dictamen pericial de evaluación psicológica forense, realizado a la señora Bedoya, se encuentra demostrado que, a partir de la muerte de su esposo, el señor Baudilio García, la aquí demandante, perdió toda motivación para relacionarse con su familia y amigos, atendiendo principalmente a que la mayoría de las actividades las realizaba con su esposo, tan grave fue el daño que en el dictamen pericial se consigna lo siguiente:

> *"Luego de la muerte de su esposo, la señora Alma ha dejado de realizar actividades sociales con sus amigas cercanas, esto debido a su baja motivación por compartir con otras personas. Se siente incomprendida. Cabe aclarar que las actividades sociales que solía realizar las hacía en compañía de su esposo.*
>
> *(...)*

5. Manifieste al despacho, si la señora Alma Guiomar Bedoya, ¿se ve afectada sus relaciones familiares?

R: La afectación en esta área está dirigida a la falta de su pareja y a la soledad experimentada por la muerte de su esposo. La relación con su hijo, su nuera y su nieto es adecuada y es un factor protector en la salud mental de la evaluada.

6. Señale si como consecuencia de los hechos señalados en la demanda, la señora Alma Guiomar Bedoya ha presentado algún tipo de alteración en su relación con las cosas y/o con actividades de carácter lúdico. Explique en qué consisten y su grado de afectación.

R: No reporta motivación por realizar actividades que antes solía disfrutar como salir con sus amigas, viajar, caminar, etc."

Así mismo, se debe señalar que la afectación aquí referenciada, es confirmada por el testigo Sergio Bedoya en audiencia del 9 de febrero de 2023 (minuto 26:06), donde sostiene que *"quería estar acostada, quería estar durmiendo, muchas veces me manifestaba "quiero dormir, quiero estar acostada y no hacer nada más, quiero estar dormida y no despertar, cerrar los ojos y no abrirlos más"*

Es así cómo se encuentra acreditado dentro del proceso que la muerte del señor BAUDILIO GARCIA ORTEGA (Q.E.P.D) dejó en su esposa un profundo dolor que, en palabras del señor Sergio Andrés Bedoya *"posterior al fallecimiento de mi tío hasta el día de hoy, las lágrimas no paraban en ese momento, en cualquier momento que se toca el tema y sin tocarlo también"* inclusive, este mismo dolor, ha afectado sus formas de relacionamiento con los terceros que le rodean, pues la pérdida de su esposo, de forma repentina, generó *"baja motivación por compartir con otras personas."*

En sentido de lo expuesto, por concepto de daño a la vida en relación solicito al despacho reconocer para la señora ALMA GUIOMAR BEDOYA JARAMILLO, el siguiente monto, así:

ALMA GUIOMAR BEDOYA JARAMILLO 100 SMMLV.

II. NEXO DE CAUSA Y CULPA

sobre el iter clínico y la atención brindada a partir de la primera intervención quirúrgica

El 21 de enero de 2019 ingresa a la SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTÁ – HOSPITAL DE SAN JOSÉ, tal como consta en la historia clínica aportada al proceso y que reposa en el cuaderno principal, folio 010_ED_EXPEDIENTE_010HISTORIACLINICATO, en dicha ocasión es valorado por el Dr RAFAEL ANDRÉS CLAVIJO RODRIGUEZ y se registra en la historia clínica: PRIMERA VEZ UROLOGIA… MC: "VENGO PARA CIRUGIA DE LA PROSTATA", Enfermedad Actual: PACIENTE DE 68 AÑOS CON CUADRO DE 2 AÑOS DE EVOLUCION DE SOUB EN MANEJO CON TAMSULOSINA, QUIEN DESDE HACE 1 MES ES PORTADOR DE SONDA TRANSURETRAL POR RUA POSTERIOR A INGESTA DE ALCOHOL, INTENTO FALLIDO DE RETIRO EN 3 OCASIOENS EN EL ULTIMO MES, VIENE CON ORDEN AUTORIZADA DE PROSTATECTOMIA TRANSURETRAL. NIEGA FIEBRE, NIEGA DISURIA DE ARDOR. HEMATURIA MACROSCOPICA DESDE QUE ES PORTADOR DE SONDA DE MANERA OCASIONAL E ITU ASOCIADO A SONDA DESDE HACE 2 SEMANAS. Lo anterior señala, que en el paciente se habían realizado tres intentos de retiro de sonda vesical, sin éxito, cuestión que habla a favor de una próstata grande que no permite el retiro de la sonda, ya que la vía se vuelve a obstruir. Además de lo anterior, la historia clínica registra

que el paciente tuvo ITU (infección del tracto urinario) 2 semanas antes asociada a la sonda vesical, lo que conlleva que el equipo de salud debe valorar si el paciente persiste con ITU o no, lo que se hace a través de paraclínicos como P de O y con cultivos.

Acaso la teoría de la parte demandada no es que el paciente por ser diabético tenía problemas, tales como, riesgo de infección y con la cicatrización, entonces lo consecuente era que se determinar de manera fehaciente si el paciente persistía o no infectado, y esto no se hizo.

Dentro de los antecedentes, el paciente refirió: Patológicos: HIPERPLASIA PROSTATICA DIABETES MELLITUS NO INSULINOREQUIRIENTE, Quirúrgicos: LAPAROTOMIA POR PERITONITIS SECUNDARIO A APENDICITIS, Tóxicos: NIEGA Alérgicos: NIEGA, Farmacológicos: METFORMINA 850 MG DIA TAMSULOSINA 0.4 MG DIA Traumáticos: NIEGA, Hospitalizaciones: POR ITU COMPLICADA HACE 2 SEMANAS MANEJADO CON CIPROFLOXACINA HASTA EL SABADO 19 DE ENERO Transfusionales: NIEGA, Trasmisión Sexual: NIEGA Familiares: MAMA CA DE CERVIX. A este respecto son claros varios aspectos, a saber, el paciente es diabético, pero no requiere de insulina, toma un hipoglucemiante y no se refiere en toda la historia clínica que, la diabetes este descompensada, que implique riesgos particulares para este paciente, que afecte su enfermedad actual. Por otro lado, el paciente había recibido tratamiento antibiótico para la ITU con Ciprofloxacino hasta el día 19 de enero y era entonces menester si el paciente persistía con ITU o no, más aún cuando la ITU fue complicada.

Esta valoración medica registra: ANALISIS, Laboratorio clínico: Imágenes diagnósticas: "QUISTES RENALES BILATERALES. SIN HIDRONEFROSIS. VEJIGA PARCIALMENTE DISTENDIDA, DE PAREDES ENGROSADAS. PRÓSTATA PARA 319 CC". y en consecuencia se ordena como plan de manejo: SE DA ORDEN PARA PROSTATECTOMIA ABIERTA. VALORACION PREANESTESICA, PRE QUIRURGICOS. SE RETIRA CYSTOFLO Y SE DEJA SONDA A TAPON, ORDEN DE CAMBIO DE SONDA MENSUAL HASTA CIRUGIA.

Así pues, se programa valoración de anestesia por primera vez el día 05 de febrero de 2019 con el Dr CAMARGO MOLINARES RAUL EDUARDO quien registro: ANESTESIA PRIMERA VEZ - PLAN DE MANEJO. Plan de manejo: PACIENTE DE 68 AÑOS ASA II (DM2 CONTROLADA, EXTABAQUISMO) PROGRAMADO PARA PROSTATECTOMIA VIA ABIERTA, CATEGORIA QUIRURGICA B, EN EL MOMENTO SIN ALTERACION PARACLINICA, SIN SIGNOS CLINICOS O SINTOMAS CARDIOVASCULARES, CLASE FUNCIONAL CONSERVADA, ACTIVIDAD MAYOPR A 4 METS, SCORE LEE DE 1, RIESGO DE COMPLICACION CARDIOVASCULAR BAJO, CON PREDICTORES DE VIA AEREA DIFICIL. SE CONSIDERA AUTORIZAR PROCEDIMIENTO CON LAS SIGUIENTES INDICACIONES: … Es evidente que el anestesiólogo autoriza y ratifica que la vía quirúrgica a la que le va a dar anestesia es la prostatectomía abierta, determinación que continúa así hasta el mismo día de la intervención quirúrgica, 21 de marzo de 2019, de hecho, nótese que el documento denominado como lista de chequeo quirúrgico aportado al proceso registra claramente, como procedimiento a realizar de manera inicial la prostatectomía transvesical, decisión misma que aparece tachada y que es reemplazada por RTUP, a este respecto de Dr Richard Poveda Daza, perito grafólogo señaló en la experticia aportada al proceso y obrante él en folio 045_ED_EXPEDIENTE_045PTEDTEALLEGADICTA, que *"Se destaca una tachadura consistente en obliteración mediante la cual se cubrió el escrito primigenio, aunque se posibilitó su lectura"* así mismo, *"en el documento denominado LISTA DE CHEQUEO QUIRÚRGICO obrante a folio 180 y 181 de fecha 21 de marzo de 2019 relacionado en el numeral 2.12 del presente informe, el cual presenta alteración en el espacio "PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO (FUENTE CONSENTIMIENTO INFORMADO)" consistente con una tachadura sobre la palabra ""transvesical (abierta)", además de la fecha de nacimiento que inicialmente correspondía a 02-02-1950 y ahora a 21-02-1950. De igual manera se destaca un texto en el que se lee: RTUP que difiere en proporción y características a los signos de su entorno y*

están elaborados después de un punto, lo que indicaría una adición posterior'' sobre esto mismo, en audiencia del 25 de julio de 2024, ha indicado el perito, que el texto tachado, la tachadura y la nueva parte del texto escrito corresponden a diferentes autores y a diferentes momentos gráficos, lo que indica que la "corrección" del documento se dio en otro momento y por otro autor o al menos con gestos gráficos diferentes a su llenado inicial y en consecuencia, en otro tiempo distinto al del momento quirúrgico del 21 de marzo de 2024.

En ese mismo sentido, la resolución 1995 de 1999 en su artículo 5to indica *''La Historia Clínica debe diligenciarse en forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas''* cosa que a todas luces ha sido pasado por alto por el personal de salud que actuó a nombre de la SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTÁ – HOSPITAL DE SAN JOSÉ.

Ahora bien, pese a que había sido programada, aprobada y preparada la intervención PROSTATECTOMÍA ABIERTA, tal como muestran los registros previamente señalados, lo cierto es que se llevó a cabo una RESECCIÓN O ENUCLEACIÓN TRANSURETRAL DE ADENOMA DE PRÓSTATA (RTUP), es decir, se cambió la vía quirúrgica, de transvesical o abierta a una RTUP; en ningún aparte de la historia clínica aparece algún registro clínico que justifique el cambio de determinación sobre la vía quirúrgica a utilizar, de hecho, en audiencia del 10 de julio de 2024 el Dr RAFAEL ANDRÉS CLAVIJO RODRIGUEZ en su testimonio, indica que este cambio sobre la intervención que habría de realizarse, no fue consignado en ningún aparte de la historia clínica, así pues, la misma resolución 1995 de 1999 Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica, señala en su artículo 4 que *''Los profesionales, técnicos y auxiliares que intervienen directamente en la atención a un usuario, tienen la obligación de registrar sus observaciones, conceptos, decisiones y resultados de las acciones en salud desarrolladas, conforme a las características señaladas en la presente resolución.''* Así pues, no existe un registro que dé fe del momento del cambio de decisión quirúrgica.

La lex artis medica, tiene establecido que cuando la próstata tiene un tamaño mayor a 30 a 80 CC debe realizarse la cirugía por vía abdominal o transvesical y NO, por vía RTUP, las razones para ello son, que el tiempo quirúrgico no sea mayor a 50 minutos, para evitar la exposición mayor a la glicina, ya que está implicada en la hiponatremia, y, por otro lado, para evitar el sangrado que se produce cuando por vía transuretral se realiza una prostatectomía en próstata mayor a 80 CC.

Demostrado como está, que la vía quirúrgica seleccionada desde un principio era la vía transvesical o abdominal o abierta (estos tres son vías sinónimas) y no la RTUP (se supone que esta se seleccionó por el tamaño que mostraba la próstata en la ecografía) y ante la ausencia de justificación de cambio de la vía quirúrgica, lo único a concluir es que se cometió un error intraquirurgico, el cirujano (que no valoro al paciente antes de la cirugía - así lo demuestra la historia clínica y el dicho del mismo Clavijo-) no se cercioro de que la vía elegida era la vía abdominal y lo opero por la vía no indicada, por la vía RTUP.

Al haber operado al paciente Baudilio el día 21 de marzo de 2019, por vía RTUP se expuso al paciente a un riesgo no justificado (no existe justificación alguna para esta decisión), riesgos que se concretaron en el resultado, sangrado e hiponatremia.

Así pues, la Dr Fabiola Jiménez, perito de medicina forense ha mencionado *''Ecográficamente se le diagnosticó una próstata de 319 cm3 de volumen, próstata excesivamente grande, con indicación absoluta de cirugía, que debía ser extraída por el método de cirugía abierta (cirugía para cuya realización no se requieren soluciones como glicina, manitol o sorbitol)''*, así mismo, la guía de manejo de la hiperplasia prostática benigna. sociedad colombiana de urología 2014, aportada al proceso junto con el peritaje de medicina forense, ha señalado respecto de la RTUP,

"es el patrón oro para el tratamiento de los SOUB secundarios a obstrucción prostática benigna en próstatas de entre 30 y 80 ml" y "*La preferencia entre los 2 procedimientos se debe basar primariamente en el volumen prostático*", esto totalmente en contra de lo que ha expresado el perito de U.H.J.B UROLOGOS HOSPITAL SAN JOSÉ BOGOTÁ S.A.S., quien ha mentido de manera reiterada en audiencia de contradicción, así pues, en lo que respecta con el punto que aquí se desarrolla, este extremo le requiere para que señale acorde a su respuesta brindada en el dictamen pericial aportado, respecto de quién determina la vía quirúrgica por la cual se debe hacer una cirugía de próstata, el perito responde señalando no quién, sino qué es lo que determina la vía quirúrgica señalando que es el tamaño de la próstata se le insiste en quién debe ser el que determine esta vía quirúrgica, señala que próstatas mayores a 150 o 200 g, afirmación que no es cierta pues la lex artis aplicable al momento de los hechos ha señalado que para la RTUP "Sus limitaciones se establecen en próstatas no superiores a 40-60 gramos", así mismo, respecto de la PROSTATECTOMÍA ABIERTA, programada en inicio, la guía "Abordaje de la hiperplasia benigna de próstata. Actuación Atención Primaria-Especializada" obrante en 014_ED_EXPEDIENTE 014 MEMORIALDESCORRET, señala que "*La cirugía a cielo abierto está indicada principalmente en próstatas sintomáticas de gran volumen (de forma orientativa superiores a 60 gramos)*"

Ahora bien, sobre el peritaje aportado por U.H.J.B UROLOGOS HOSPITAL SAN JOSÉ BOGOTÁ S.A.S., se probó en contradicción del mismo, que el perito ALVARO CUELLAR TORRES no ha cumplido con lo establecido por el C.G.P en su artículo 235 "*El perito desempeñará su labor con objetividad e imparcialidad, y deberá tener en consideración tanto lo que pueda favorecer como lo que sea susceptible de causar perjuicio a cualquiera de las partes*" esto considerando que en el interrogatorio de la parte demandante se deja establecido los nexos académicos que tuvo el médico Cuéllar, con el hospital de San José en donde se educó como médico general y como médico especialista, así mismo, el Dr Cuellar señala que efectivamente trabajó durante dos años para el hospital de San José siendo especialista en urología e incluso acepta que no declaró dentro del dictamen pericial la relación laboral que tuvo con el HOSPITAL SAN JOSÉ, de igual forma, en contradicción de dictamen quedó probada la relación de colegaje y de compañeros de trabajo que tuvo con el Dr RAFAEL ANDRÉS CLAVIJO RODRIGUEZ directamente implicado en este proceso, con respecto a la relación con el urólogo Juan Camilo rincon cadena señala que él fue docente de dicho médico durante los dos años que estuvo en San José. Así pues, es claro como las relaciones que unen al perito ALVARO CUELLAR TORRES con el HOSPITAL SAN JOSÉ, así como con los profesionales implicados en el proceso, relacionas mismas que omitió declarar, no le permiten rendir un informe imparcial y objetivo.

De acuerdo a lo anterior, poniendo de presente las guías de manejo y protocolos obrantes en el proceso, ha quedado demostrado que para el caso del señor BAUDILIO GARCIA ORTEGA (Q.E.P.D), tal como fue decidido en un inicio, debía realizarse una PROSTATECTOMÍA ABIERTA y no, una RESECCIÓN O ENUCLEACIÓN TRANSURETRAL DE ADENOMA DE PRÓSTATA (RTUP) principalmente por el tamaño de la próstata pues tal como se ha mostrado, para la realización de RTUP no podría exceder los 60 gramos, de acuerdo a la guía de nombre Abordaje de la hiperplasia benigna de próstata. Actuación Atención Primaria-Especializada" obrante en 014_ED_EXPEDIENTE 014 MEMORIALDESCORRET, aportada en los descorres realizados a las excepciones propuestas por SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTÁ – HOSPITAL SAN JOSÉ, SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTÁ y CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR, en este caso se encontraban antes una próstata de 319 gramos, lo que implicaría un mayor sangrado y mayor tiempo de exposición a glicina, lo que le llevó al padecimiento de una hiponatremia severa y de hemorragia que requirió múltiples transfusiones sanguíneas.

A este último respecto, es de importancia recalcar que los riesgos de operar una próstata mayor a 60 cc por vía transuretral de acuerdo a lo determinado por la lex artis médica[1], son: I) Que la intervención quirúrgica dado lo extenso de la próstata, requiera de más de una hora con irrigación con glicina, lo que llevaría a potenciar los riesgos de alteraciones graves de los electrolitos, entre ellos la hiponatremia, que podría llegar a ser severa, y II) Que se puede presentar dado el tamaño de la próstata, volumetría, SANGRADO MAYOR QUE PUEDE SER MASIVO, LESIONES COLATERALES, NECESIDAD DE REOPERACION, CIRUGÍA INCOMPLETA E INEFICAZ. Los riesgos acá invocados, se materializaron en los resultados en el caso del señor BAUDILIO GARCÍA, la intervención quirúrgica duró más de una hora, desde las 12+45 hasta las 13+55, de acuerdo a la descripción de procedimiento quirúrgico aportado por la demandada SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTÁ – HOSPITAL SAN JOSÉ, y obrante en folio 010_ED_EXPEDIENTE_010HISTORIACLINICATO, tiempo de 70 minutos, en el cual se expuso al paciente a la glicina, y el paciente presentó hiponatremia severa como lo demuestra la historia clínica a su reingreso al HOSPITAL SAN JOSÉ el día 1 de abril de 2019, y tal como lo señalo la Dra Melanie en su declaración. Téngase en cuenta que el señor JHON GARCIA, hijo del señor Baudilio, señaló, refiriéndose a la intervención del día 2 de abril, que… tiene presente que le esperaba encontrarse con el doctor Clavijo ya que la doctora Camila les informó que iba a ser intervenido por el doctor Clavijo y que él -refiriéndose a Clavijo- venía en camino, que lo pasaron la cirugía sobre las 8:30 a 9 de la noche y sobre la medianoche sale la doctora Melanie a quien nunca habían visto antes, les señala, que su papá se salvó y salió con la próstata obtenida por ella, señalando que era muy grande, y que respecto de la intervención del día 21 de marzo, señaló la doctora Melanie que ella no podía definir cuál había sido el criterio utilizado pero que definitivamente la próstata que operaba era muy grande.

En mismo sentido, el artículo científico de nombre Síndrome de Reabsorción Post-Resección Transuretral (R.T.U) De Próstata: Revisión de Aspectos Fisiopatológicos, Diagnósticos y Terapéuticos ha señalado que *"la absorción de líquidos hipotónicos usados para la irrigación vesical durante la R.T.U puede causar un conjunto de alteraciones hemodinámicas y del sistema nervioso central (S.N.C) que en su conjunto o por separado se conocen como síndrome de reabsorción o de resección transuretral (síndrome R.T.U)."* síndrome post RTUP, que fue presentado por el señor BAUDILIO GARCIA ORTEGA (Q.E.P.D) de acuerdo a la historia clínica y a lo manifestado por el Dr, RAFAEL ANDRÉS CLAVIJO RODRIGUEZ, de hecho, los registros indican que desde el 21 de marzo de 2019 el paciente tuvo un constante baja de hemoglobina y sodio y en consecuencia fue transfundido en 5 ocasiones, así:

FECHA	HEMOGLOBINA	SODIO	TRANSFUSIÓN
21 DE MARZO DE 2019	9.8	136	1 unidad
22 DE MARZO DE 2019	9.8	136	
23 DE MARZO DE 2019			2 unidades
24 DE MARZO DE 2019	8.4	124	3 unidades
25 DE MARZO DE 2019	9.3	127	2 unidades
26 DE MARZO DE 2019	13.8	128	2 unidades urgentes
27 DE MARZO DE 2019		131	
30 DE MARZO DE 2019	11.6		

[1] De acuerdo a la guía de nombre Abordaje de la hiperplasia benigna de próstata. Actuación Atención Primaria-Especializada" obrante en 014_ED_EXPEDIENTE 014 MEMORIALDESCORRET, aportada en los descorres realizados a las excepciones propuestas por SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTÁ – HOSPITAL SAN JOSÉ

Todo lo anterior denota que el señor BAUDILIO GARCÍA estuvo sangrando anormalmente, desde el momento mismo de la cirugía, tuvo pérdidas muy marcada de hemoglobina, las que se suplieron con transfusiones, adicional a ello es de suma importancia resaltar que el paciente el día 26 de marzo de 2024, se encontraba con niveles de hemoglobina en 13,6 mg por dl y para el día 30 de marzo de 2024 según registros de la historia clínica de 11,6 mg %, lo anterior indica que el paciente tuvo una baja de 2 mg % en sus cifras de hemoglobina durante estos días, lo que únicamente se explica en este caso, en que el paciente estaba sangrando.

Se podría estimar la pérdida sanguínea de este paciente en 800 c.c. de sangre en tan solo 2 días, equivalente al 16 % de la volemia promedio de un adulto. Este dato obligaba al personal médico a no dar salida al paciente, vigilarlo de manera estrecha, tomar nuevos niveles de hemoglobina, investigar el foco de sangrado y de ser el caso transfundir nuevamente. nada de lo anterior sucedió y al paciente se le dio salida, de manera imprudente y negligente, sin toma alguna de medidas de protección y de diagnóstico oportunos.

A manera de conclusión el señor baudilio García desde el mismo momento de su intervención de cx de próstata por vía RTUP, sangro, de manera persistente, evidente en los exámenes de hemoglobina, en las múltiples transfusiones que se le realizaron y en los exámenes de ultrasonografía que a su reingreso se le tomaron y que mostraban placenta de coágulos.

Al paciente se le dio salida el día 30 de marzo entre las 12 y las 13 horas de ese día, sin que se previera que el paciente estaba sangrando y que podía hacer hiponatremia por el prolongado tiempo de exposición a la glicina a la que fue sometido, de 70 minutos -se debe tener presente, que la especialista MELANI TATIANA LOPEZ DE MESA señalo que la exposición a la Glicina no debe ser mayor a 40 minutos-

Sobre el iter clínico y atención recibida en segunda intervención quirúrgica.

Como se señaló previamente, el paciente fue dado de alta, el 30 de marzo de 2019; Sin embargo, reingresa el 01 de abril de 2019 a las 11+21 (es decir, menos de 24 horas después de haberle dado de alta) en estado crítico y en malas condiciones generales, con motivo de consulta "está desorientado, la sonda se tapó" ocasión en la que se registró *"paciente de 69 años en pop de rtup del 21/03/19 por soub severo, quien se le dio egreso el 31/03/19 por parte del servicio de urología, quien asiste el día de hoy en ambulancia por cuadro clínico de un día de evolución caracterizado por desorientación, somnolencia, escasa producción de orina por sonda, hematuria, astenia, adinamia, niega fiebre, niega otra sintomatología."*

Téngase en cuenta, que al respecto el señor JOHN BAIRON GARCÍA BEDOYA hijo de BAUDILIO GARCIA ORTEGA (Q.E.P.D) señaló que su padre habría ingresado inconsciente al servicio de urgencias, también señala que el primero de abril, su padre presento u paro cardio respiratorio en la unidad de reanimación y que posterior a eso lo suben a la unidad de cuidado intensivo esa madrugada y que el -su padre- está en muy mal estado. señala el señor JHON GARCIA, que a las 5:30 de la tarde una de las médicas que van a intervenir al señor en la fulguración endoscópica, junto con otro médico, salen y señalan que a él se le va a hacer un procedimiento pero que el estado es muy crítico y es probable que no sobreviva. ¿Respecto del paro respiratorio nada aparece en la historia clínica -porque?

En las declaraciones rendidas, tanto el medico RAFAEL ANDRÉS CLAVIJO RODRIGUEZ, como la DRA MELANI TATIANA LOPEZ DE MESA, mencionaron que el paciente reingresa con una hiponatremia severa, de hecho, la evolución clínica del ingreso se menciona un paciente con hiponatremia severa hipoosmolar hipovolémica, con

desequilibrio hidroelectrolítico, anemia moderada; pese a lo anterior, el señor BAUDILIO GARCIA ORTEGA (Q.E.P.D). no fue remitido para la toma de imágenes diagnósticas (TAC DE CRANEO) sino hasta las 23+06 del 01 de abril de 2019, pero lo más grave la hemoglobina del paciente a su ingreso estaba en 7,5 gr / dl y a pesar de esto solo se solicitó la ecografía de vías urinarias solo hasta el día 2 de abril de 2019 a las 17 + 58 pagina010_ED_EXPEDIENTE_010HISTORIACLINICATO pagina 31, y el paciente, fue intervenido solo hasta el 02 de abril de 2019 en horas de la noche; la Dra MELANI TATIANA LOPEZ DE MESA señaló que cuando ella ingresó a turno el 02 de abril de 2019, le comentaron que había un paciente pendiente por reintervenir en estado crítico en la unidad de cuidado intensivo, así mismo, relató en audiencia de pruebas del 10 de julio de 2024 que en la mañana del 02 de abril de 2019 hubo una reunión de médicos de UCI Y UROLOGIA para determinar el estado del paciente, JUNTA MEDICA de la que no hay registro en la historia clínica, según la médica MELANI TATIANA LOPEZ DE MESA se había decidido se debía reintervenir quirúrgicamente al paciente; debe tenerse en cuenta que esto no ocurrió y solo hasta la noche, al ingreso a turno de la médica MELANI TATIANA LOPEZ DE MESA es que se lleva al paciente a la intervención quirúrgica y que al hijo se le advirtió estaba muy grave y era probable no viviera.

Téngase en cuenta que la hemoglobina, se tomó le tomo a Baudilio, solo hasta el día 2 de abril de 2019 a las 18 + 34 horas, y arrojo 7,5 gr / dl lo que indica el grave sangrado del paciente

Así pues, el 02 de abril de 2019 a las 18+40 se lleva a BAUDILIO GARCIA ORTEGA (Q.E.P.D) a su segunda intervención quirúrgica, esta vez de FULGURACIÓN DE LESIÓN ENDOSCÓPICA en la que se retiran 600 cc de coágulos lo que equivale al 12 % de la volemia normal de un paciente adulto; La fulguración endoscópica, implica, en lo señalado por la médica MELANI TATIANA LOPEZ DE MESA, que se debía exponer de nuevo al paciente a la glicina. Sin embargo, durante la fulguración -según lo admite la dra MELANI TATIANA LOPEZ DE MESA, tenía como finalidad el control de la hemorragia- el paciente continúa con sangrado, por lo que se decide conversión a cirugía abierta transvesical, para el control de la hemorragia, encontrándose con que también debe hacer la extracción de una gran cantidad de próstata que resulto mayor a los 100 gr (téngase presente que el perito de la llamada en garantía señalo que la próstata era muy pequeña y que por tanto debía operarse por RTUP, lo que queda desvirtuado con los 100 gramos extraídos en esta segunda cirugía) la extracción de próstata de 100gr. Esta intervención fue iniciada a las 09:30 PM y culminada a las 11:20 PM, según el registro del procedimiento quirúrgico.

Nótese también que de acuerdo al mismo relato de la Dra MELANI TATIANA LOPEZ DE MESA, el someter al paciente BAUDILIO GARCIA ORTEGA (Q.E.P.D). a una intervención como la fulguración endoscópica generaba riesgos de disminución de sodio, al respecto, también aceptó el haber utilizado glicina pese a conocer que el uso de la mismo genera mayor hiponatremia y en consecuencia empeoraba la hiponatremia severa, ya padecida por el señor García, sobre esto, la Dra Fabiola Jiménez, señaló en la experticia aportada al plenario y que obra en folio 020_ED_EXPEDIENTE_020MEMORIALPARTEDEMA, que *"Los síntomas de la hiponatremia se relacionan con la severidad y la velocidad con la que cae la concentración plasmática de sodio. La hiponatremia suele aparecer de forma más pronunciada a las 2-4h postquirúrgicas, pero puede ocurrir hasta 24h postquirúrgicas. Este descenso genera un gradiente osmótico entre el espacio intra y extracelular cerebral resultando en la salida de líquido del compartimento intra al extracelular lo que conlleva la aparición de edema cerebral, aumento de la presión intracraneal y clínica neurológica"*, téngase en cuenta que de acuerdo a los registros, para el 02 de abril de 2019, el señor BAUDILIO GARCIA ORTEGA (Q.E.P.D) presentaba una concentración de sodio de 119, esto en relación con el síndrome post RTU, la Dra Fabiola Jiménez, señaló "En consecuencia, luego de concluida la intervención

quirúrgica del 02 de abril de 2019, el señor BAUDILIO GARCIA ORTEGA (Q.E.P.D) presentó lo siguientes niveles de sodio: *"si estamos ante un cuadro con hiponatremia severa (sodio <120 mmol/l) debe tratarse con suero salino hipertónico al 3% (contiene una concentración de sodio de 513 mmol). Si no se administra tan pronto como se sospeche el cuadro, el paciente puede presentar daño cerebral permanente. La complicación más temida de una rápida corrección de la hiponatremia es la mielinolisis central pontina. Para evitarla, el ritmo de infusión del suero debe de ser aquel que permita que la concentración plasmática de sodio se incrementa al ritmo de 1mmol/l/h llegando hasta 12 mmol/l en 24 h. (1mmol igual a 1mEq),"* cosa misma que fue confirmada por el Dr RAFAEL ANDRÉS CLAVIJO RODRIGUEZ en interrogatorio llevado a cabo el 10 de julio de 2024.

el siguiente cuadro muestra los niveles de sodio obtenidos en el mes de abril de 2024**:**

FECHA	SODIO	FECHA	SODIO
02/04/2019	119	08/04/2019	162
03/04/2019	127	09/04/2019	160
04/04/2019	144	10/04/2019	160
05/04/2019	151	11/04/2019	158
05/04/2019	154	12/04/2019	146
06/04/2019	156	13/04/2019	148
07/04/2019	159		

Entre el día 2 y 3 se incrementó el sodio en 8 meq, pero entre el día 3 y 4 se incrementó en 17 meq, superando lo señalado por la lex artis médica, momento en el cual, se generó el daño por manejo imperito del sodio, denominado mielinolisis pontica o extrapontica.

Sobre el manejo del sodio, la perito Jiménez señaló que *"de manera inadecuada, el paciente fue dado de alta 10 días después de la primera cirugía sin investigar la etiología de la franca y abundante hematuria persistente, sin investigar la hiponatremia y por supuesto sin contemplar la posibilidad de un Síndrome Postresección Transuretral el cual se contempló tardíamente cuando el paciente llegó desorientado en tiempo y espacio, somnoliento, con franca alteración de la conciencia, con el hallazgo de hemoglobina de 9.5mg/dl, llenado capilar de 3 segundos demostrativo de hipoperfusión tisular, hiponatremia severa de 104 mEq/l, lo cual significa acúmulo de agua mayor de 5 L, en el entendido de que por cada litro de agua que se acumula el sodio disminuye cuatro a 6mEq.*

Se realizó un manejo sintomático, incluso es muy probable que por la rápida administración de bolo de 300 cm3 de solución hipertónica al 3% iniciada por Medicina de Urgencias y sostenida durante aproximadamente 32 horas, se haya producido un Síndrome de Desmielinización Osmótica coadyuvante del daño neurológico producido en el paciente, que pretendió descartarse con una Resonancia Magnética que no fue tomada con medio de contraste

(contraindicado por insuficiencia renal AKIN II) como lo exige el protocolo de investigación de este síndrome acompañándose de Tractografía y electroencefalograma, estudios que no se practicaron. El sodio es el electrolito responsable de la osmolaridad del suero. La hiponatremia se maneja con bolos de Solución Salina Hipertónica de 100 ml en 20 minutos, observando que sólo se incrementen de 1 a 1.5 mEq de sodio en 12 horas. Dada la severidad del síndrome Post-resección transuretral que desarrolló este paciente, era imperativo intentar un rescate con diálisis que corrige rápidamente el sodio en un plazo de cuatro a seis horas, cuando el Síndrome se ha presentado recientemente, pero si se ha instaurado hace más de 48 horas, como es el caso del paciente que nos ocupa se deben hacer diálisis más cortas."

ACERCA DE LO SEÑALADO EN EL DICTAMEN PERICIAL DE LA LLAMADA EN GARANTÍA.

la pericial aportada por U.H.J.B. Urólogos Hospital San José, realizada por el médico Álvaro Cuellar Torres, quien se presenta como médico especialista en urología, señala como puntos de conclusión los siguientes:

1. La intervención quirúrgica de rtup era la apropiada e indicada.
2. Que el diagnóstico y manejo del sangrado asociado o secundario a la intervención fue adecuado, oportuno e idóneo.
3. Que el paciente se complica debido a su diabetes
4. Que el manejo dado al paciente, para tratar sus complicaciones, tanto diagnóstico como terapéutico es adecuado, oportuno e idóneo.
5. Que la indicación de resección transvesical de próstata en el paciente, lo fue para tratar la complicación exclusivamente.

al respecto me permito señalar sobre cada uno que:

- Sobre el primero "la intervención quirúrgica de RTUP era la apropiada e indicada"

La ecografía o ultrasonografía realizada el día 21 de enero de 2018, mostraba: *QUISTES RENALES BILATERALES. SIN HIDRONEFROSIS. VEJIGA PARCIALMENTE DISTENDIDA, DE PAREDES ENGROSADAS. PRÓSTATA PARA 319 CC.*

en folio 010_ED_EXPEDIENTE_010HISTORIACLINICATO, páginas 483, 484 y 485 se encuentra la consulta de UROLOGÍA PRIMERA VEZ, realizada el día 21 de enero del 2019 a las 11:17 horas, Qué tal con ha sido indicado renglones arriba, en el acápite "sobre el iter clínico y la atención brindada a partir de la primera intervención quirúrgica" muestra de manera clara que desde un primer momento, la vía quirúrgica habría sido decidida como la PROSTATECTOMÍA ABIERTA, cosa confirmada por la imágenes diagnósticas y valoración anestésica que obran ya dentro del plenario

Así pues, no existe en las historias clínicas razonamiento alguno, argumentación técnico científica que identifique las razones o las circunstancias que llevaron a cambiar la vía quirúrgica. al no haber argumentación alguna registrada en la historia clínica acerca del porqué de este cambio de vía

- Sobre el segundo "Que el diagnóstico y manejo del sangrado asociado o secundario a la intervención fue adecuado, oportuno e idóneo"

Respecto de las notas de enfermería

En el folio 335, se registra que, desde que fue recibido procedente de las salas de cirugía a las 19 horas del día 22 de marzo de 2021 el señor BAUDILIO GARCIA mostraba palidez facial, asimismo, así se registra a folios 339, este, registrando el estado del día 22 de marzo de 2021, a las 7 horas, igual estado del paciente se registra a folio 340, refiriéndose al día 22 a las 13 horas, igual en los registros del día 23 de marzo de 2021 a las 19 horas a folio 349, y los siguientes registros de enfermería:

- 24 de marzo de 2021, hora 1 + 05 horas se registra álgida sonda con drenaje hematúrico. Folio 352.
- 25 de marzo de 2021, hora 7 + 52 horas se registra sonda a cistoflo drenando hematúrico. Folio 360.
- 26 de marzo de 2021, hora 2 + 31 horas se registra sonda a cistoflo drenando hematúrico. Folio 368.
- Igual se refiere a folios 370, 373, 374, 375, 376, 385, 387, 392, 393, 395, 401 refiriéndose a los días 26/03, 27/03, 28/03, 29/03, 30/03.
- El paciente fue sometido a cistoirrigaciones el día 28 de marzo, el día 29 de marzo y el 30 de marzo.
- A folio 403 obra registro de salida o de lata del paciente, con nota de las 1 + 18 pm o 13 + 18 horas en donde se registra que el paciente fue dado de alta con sonda a cistoflo con contenido hematúrico.

Todo lo anterior, como ya ha sido afirmado previamente solo es muestra de que el señor BAUDILIO GARCIA tuvo pérdidas marcadas de sangre

es de suma importancia resaltar que el paciente el día 26 de marzo de 2024, se encontraba con niveles de hemoglobina en 13,6 mg por dl y para el día 30 de marzo de 2024 según registros de la historia clínica de 11,6 mg %, lo anterior indica que el paciente tuvo una baja de 2 mg % en sus cifras de hemoglobina, lo que únicamente se explica en este caso, después de haberle realizado múltiples trasfusiones, en el hecho que el paciente se encontraba sangrando activamente. al paciente se le dio salida el día 30 de marzo entre las 12 y las 13 horas de ese día.

Se podría estimar la perdida sanguínea de este paciente en 800 c.c. de sangre en tan solo 2 días, equivalente al 16 % de la volemia promedio de un adulto. Este dato obligaba al personal médico a NO DAR SALIDA AL PACIENTE, vigilarlo de manera estrecha, tomar nuevos niveles de hemoglobina, investigar el foco de sangrado y de ser el caso transfundirlo nuevamente. Nada de lo anterior sucedió y al paciente se le dio salida, de manera imprudente y negligente, sin toma alguna de medidas de protección y de diagnóstico oportunos.

- Sobre el tercero "Que el paciente se complica debido a su diabetes"

A través del estudio de toda la historia clínica los escasos niveles de glicemia realizados fueron los obtenidos para la valoración pre anestésica que se encontraban en 131 mg/dl, el que estaba dentro de para metros normales, no hay otra referencia al respecto.

En ningún aparte de la historia clínica hay referencia alguna a que se haya presentado complicación alguna con su diabetes, no se presentaron complicaciones propias de la diabetes, tal como, coma cetoacidotico, o hiperosmolar o alguna otra.

La diabetes como tal, no está en relación con el sangrado presentado por el paciente en el lecho quirúrgico o con alguna de las demás complicaciones presentadas.

Después del día 2 de abril, El paciente continúa evolucionando de manera tórpida, presentando injuria renal aguda AKI II, sepsis no modulada, anemia con requerimiento transfusional, disminución de parámetros ventilatorios, neumonía basal izquierda; y presenta niveles de glicemia de 244 mg/dl; pero como consecuencia de su grave estado de salud y no como causa del mismo.

Nótese también que jamás antes de entrar a la UCI se determinó que el paciente estuviera con la glicemia alterada o que su diabetes le generara riesgos específicos, esto no aparece dentro de ningún aparte de la historia clínica previo al día 1 de abril de 2019.

POR LO ANTERIOR, NO ES DE RECIBO AFIRMAR QUE LAS COMPLICACIONES DEL PACIENTE LO SON DERIVADAS DE LA DIABETES.

- Sobre el cuarto "que el manejo dado al paciente, para tratar sus complicaciones, tanto diagnóstico como terapéutico es adecuado, oportuno e idóneo."

no puede el perito llegar a esta conclusión, dado que está demostrado:

- Que el paciente fue objeto de una cirugía por una vía quirúrgica, no adecuada y no indicada acorde a la volumetría de la próstata.
- Que el paciente había sido programado para realizarle una prostatectomía abierta, así se obtuvo consentimiento informado y fue en salas de cirugía que el médico, sin justificación alguna (no obra alguna en la historia clínica) decidió cambiar esta vía de cirugía por una rtup.
- Que uno de los riesgos de la rtup, realizadas en próstatas de gran volumen es la prolongada exposición a glicina con las alteraciones electrolíticas consecuentes.
- Que otro de los riesgos de la rtup, realizadas en próstatas de gran volumen es el sangrado del sitio operatorio.
- que el paciente sangro desde el posoperatorio inmediato, sin que se dx de manera oportuna, temprana y perita se determinara su origen.
- Que el paciente perdió 2 gr de hemoglobina el después periodo de dos días antes de su salida o alta hospitalaria, es decir entre los días 28 y 30 de marzo de 2024, lo que indicaba sangrado activo y esto no se tuvo en cuenta para no darle de alta, vigilarlo, estudiarlo y tratarlo de manera consecuente.
- Que el paciente fue dado de alta sin tener en cuenta el alto riesgo de alteración electrolítica, de hiponatremia.
- Que el paciente ingreso el día 1 de abril de 2019, a las 12 horas, en las siguientes condiciones, acorde a nota de ingreso: motivo de consulta : esta desorientado, la sonda se tapó enfermedad actual : paciente de 69 a—os en pop de rtup del 21/03/19 por soub severo, quien se le dio egreso el 31/03/19 por parte del servicio de urología, quien asiste el día de hoy en ambulancia por cuadro clínico de un día de evolución caracterizado por desorientación, somnolencia, escasa producción de orina por sonda, hematuria, astenia, adinamia, niega fiebre, mega otra sintomatología.
- Que la historia clínica registra como análisis : *paciente en pop de rtup del 21/03/19 por soub severo, quien acude por cuadro clínico de hematuria persistente por un periodo de 9 días quien intrahospitalariamente*

requirió transfusión de glóbulos rojos con posterior mejoría de hemoglobina de 11.6 el día del egreso 30/03/19, asociado a cuadro de alteración del estado de conciencia de un día de evolución , dado por somnolencia, astenia adinamia, por lo que se considera paciente cursando posible anemizacion secundaria a sangrado uretral por lo que se decide toma de hemograma, electrolitos, función renal, ante globo vesical evidenciado en el examen físico se decide cambio de sonda vesical y posteriormente determinar necesidad de cistoirrigaciones se decide valoración por urología como complicación de su pop, se explica a paciente quien refiere entender y aceptar.

- Que el paciente presento un síndrome post RTUP [1] que no fue sospechado de entrada por el personal médico, debiéndose.

el paciente evoluciona de la siguiente manera:

El señor BAUDILIO GARCIA, Reingresa el día 1°de abril de 2019 con somnolencia, desorientación temporoespacial, con obstrucción de la sonda, con hematuria, con una escasa producción de orina por la sonda, con astenia y adinamia. Al examen físico, se palpa globo vesical por lo que le cambian sonda vesical y le inician cistoirrigación.

El paciente ingreso deshidratado y con hiponatremia severa (Na:111) e hipocalcemia, requiere reposición hidroelectrolítica y cursa con anemia, hipocloremia y hematuria persistente.

El señor Baudilio evidencia deterioro del patrón respiratorio que requiere suplencia de oxígeno con ventury seguido de intubación orotraqueal. Ese mismo día 1° abril, Medicina de Urgencias instaura solución salina hipertónica al 3% bolo de 300 cm3 (500 cm3) que luego se ajusta a 15cc/hora. El TAC de cráneo es reportado normal.

El 2 abril registra tensión arterial 82/53 (ESTAS CIFRAS IMPLICAN QUE EL PACIENTE ESTABA EN CHOQUE) y temperatura 39 °C; es trasladado a UCI, se ordena entonces reposición de sodio sin superar los 12mEq en 24 horas.

Se determina en este paciente llevar a cirugía para revisar el lecho prostático.

El cuadro hemático del señor García, muestra un evento infeccioso con leucocitosis y cayademia persistentes, fiebre, se inicia manejo antibiótico. sepsis de origen urinario, los gases arteriales, están alterados, muestran acidosis metabólica marcada, indicadora de mal pronóstico.

Por hallazgo de dolor a la palpación en hipogastrio se ordena ecografía abdominal, que reporta la presencia de hematoma de 320cc en hipogastrio, el paciente presenta un evento de hipotensión que se clasifico como ortostática y dio lugar a iniciar vasopresor tipo adrenalina en goteo continuo.

El señor García, como una urgencia vital fue llevado el mismo día 2 de abril de 2019 a Cistoscopia - fulguración endoscópica del sangrado y resección transuretral del adenoma prostático. En esta intervención se requirió conversión a cirugía abdominal abierta, por el sangrado activo del lecho prostático, para obtener control

hemostático y por el tamaño de la próstata residual. Que en esta cirugía el paciente fue expuesto nuevamente a la Glicina a pesar de tenerla contraindicada (señalado por el perito de los llamados en garantía)

En la cirugía abierta (Prostatectomía Abierta), se encontró una próstata que el cirujano calculo a ojo como de 100g aproximadamente, y se encontró una placenta (coagulo gigante) de coágulos intravesical y múltiples fragmentos prostáticos intravesicales, y después de cuya evacuación presentó sangrado activo del lecho prostático.

La ecografía postquirúrgica (6 horas después) muestra probable contenido hemático intravesical (el paciente seguía sangrando), y la próstata se muestra aumentada de tamaño, no se descartaba para este momento hematoma.

Después de 32 horas de iniciado la reposición de sodio, se incrementó por encima del límite fijado de 12 meq en 24 horas, la solución salina hipertónica se suspende y se continúa reposición con solución salina normal. La glucosa se mantiene en 130mg/dl.

El paciente continúa evolucionando de manera tórpida, tiene injuria renal aguda clasificada como AKI II, sepsis no modulada, anemia con nuevo requerimiento transfusional por taquicardia y disminución de parámetros ventilatorios, cursa con neumonía basal izquierda.

El paciente está deteriorado en su sistema nervioso central, entonces se interroga un síndrome de Mielinolisis Central Póntica por hiponatremia severa hipercorregida rápidamente la cual se descarta por ausencia de lesiones estructurales en la Resonancia Magnética Cerebral.

Se corrigen los niveles de sodio llevándolos a la normalidad durante 24 horas al término de las cuales presenta nuevamente Hipernatremia e hipercloremia; el paciente se torna estuporoso, se realiza video telemetría que descarta estatus epiléptico no convulsivo, considerando este estudio y el reporte de la resonancia magnética cerebral se establece que el paciente cursa con alteración de la conciencia secundaria a Trastorno Cerebral Difuso, Encefalopatía Multifactorial -Delirio del Paciente Crítico.

El paciente persiste hematúrico, las cifras tensiónales persisten en el límite inferior, se inicia ciclo con nuevos antibióticos de amplio espectro.

Continúa cursando con Síndrome Post resección Transuretral Prostática, con persistencia de alteración del estado de conciencia y hematuria, con nuevo pico febril, con ventilación mecánica, trombocitopenia sin sangrado. Punción lumbar descarta Neuro infección.

La evolución clínica tórpida y shock refractario, se decide administración de corticoide intravenoso y se inicia cubrimiento antimicótico con Fluconazol; paciente con franco deterioro neurológico, no presenta interacción con el examinador, no respuesta al dolor.

El paciente García, Se encuentra con alcalosis respiratoria más acidosis metabólica hiperlactatémica. Cursando su día 11 de Re hospitalización, hace fibrilación ventricular en dos ocasiones, se halla con tormenta arrítmica y disfunción multi orgánica.

Presenta encefalopatía multifactorial metabólica e hipóxica por evento postparada con pobre respuesta neurológica y pronóstico ominoso. Persiste con hiponatremia e hipercloremia. Finalmente presenta nueva parada cardiorrespiratoria y fallece a los 13 días de su reingreso.

SE CONCLUYE QUE EL PACIENTE FALLECE COMO CONSECUENCIA DE LAS COMPLICACIONES DERIVADAS DE UNA RTUP NO INDICADA

- Sobre el quinto "que la indicación de resecion trasvesical de próstata en el paciente, lo fue para tratar la complicacion exclusivamente.

CONCLUYO ERRADAMENTE EL PERITO DE LA LLAMADA EN GARANTIA, QUE LA INDICACIÓN DE RESECION TRANSVESICAL DE PRÓSTATA EN EL PACIENTE, LO FUE PARA TRATAR LA COMPLICACION EXCLUSIVAMENTE.

Lo anterior afirmado por el perito de la contraparte, no es cierto, ya que el día 2 de abril de 2019, el señor Baudilio es llevado a cirugía como una urgencia vital a cirugía-Cistoscopia, para fulguración endoscópica del sangrado y resección transuretral del adenoma prostático, que las razones para operarlo por vía abdominal o abierta, fueron: El sangrado activo del lecho prostático, buscar el control hemostático, y por el tamaño de la próstata; por lo anterior el señor Baudilio, requirió conversión a cirugía abierta (Prostatectomía Abierta), con el hallazgo calculado a ojo por el cirujano, de próstata de 100g aproximadamente, que después en el informe de patología y sumados los fragmentos de la primera intervención más los de esta sumaron 239 gr, además en la intervención se encontró, una gran placenta de coágulos intravesical y múltiples fragmentos prostáticos intravesicales, después de cuya evacuación presenta sangrado activo del lecho prostático.

Los reportes de patología señalan que en la primera cirugía se obtuvieron 52 g de fragmentos de tejidos prostático y en la segunda cirugía se obtuvieron 187 g de fragmentos modulares del tejido prostático, lo que suma 239 g de tejido prostático. Es obvio que una próstata de este tamaño no era indicada en absoluto y no era viable intervenirla por vía transuretral.

ES EVIDENTE QUE LA PROSTATA DE BAUDILIO ERA DE UN GRAN TAMAÑO Y QUE NUNCA SE DEBIO CAMBIAR EL PLAN QUIRURGICO DE OPERARLO POR VIA ABIERTA O TRANSVESICALMENTE, DECISION QUE NO SE SABE POR QUE SE TOMO DENTRO DE LAS SALAS, DECISIÓN QUE EN LA HISTORIA CLINICA NO APARECE JUSTIFICADA.

[1] El síndrome de RTU se define como hiponatremia tras una RTU, con valores 125 ≤ mmol/l acompañado de 2 o más de los siguientes síntomas: náuseas, vómitos, bradicardia, hipotensión, hipertensión, dolor en el pecho, confusión, ansiedad, parestesia o alteraciones visuales. El paciente descrito experimentó hiponatremia grave, acompañada de hipotensión, confusión y coma. El síndrome de resección transuretral es una reacción adversa grave que aparece en un 2 % de los pacientes con RTU, y es incluso más frecuente (4,4

%) en los pacientes en los que se realiza una irrigación vesical con soluciones de glicina. El factor de riesgo más importante para el desarrollo de esta reacción adversa es una duración del procedimiento superior a una hora, tal como ocurrió en el paciente descrito, pues de ello depende de la cantidad de fluido de irrigación absorbido. Otros factores que pueden influir son: la presión intravesical, la cantidad de tejido reseccionado, el número de senos venosos abiertos, la experiencia y destreza del cirujano, y el tipo de fluido utilizado. Aplicando el algoritmo de Naranjo al caso descrito, la reacción adversa fue clasificada como "probablemente" causada por la irrigación con glicina al 1,5 %. Dicha reacción adversa se ha notificado electrónicamente al Sistema Español de Farmacovigilancia.

El síndrome de RTU es una complicación que puede ser grave en pacientes en los que se realiza RTU. Su aparición puede minimizarse con la reducción del tiempo de intervención, la utilización de fluidos de irrigación adecuados, el control de la cantidad de fluido absorbida, por ejemplo, a través de medidas de etanol en el aliento, o la utilización de nuevas técnicas bipolares que permiten la utilización de suero fisiológico como solución de irrigación. Sobre las causas de la muerte

La Dra Fabiola Jiménez, luego de un adecuado y extenso estudio de la historia clínica, llega a la conclusión siguiente:

> *"Con base en la lectura y análisis de la información aportada en las historias clínicas de atención y la Revisión de la literatura específica sobre las patologías intrínsecas al caso, se establece que existe una relación directa entre la muerte de Baudilio García Ortega y el manejo médico quirúrgico brindado en la institución tratante. Se observan fallas en la calidad de la atención prestada en las fases de: a) Tratamiento quirúrgico inicial dado que se realizó la técnica quirúrgica no indicada y la más perjudicial para el paciente. b) Hubo demora en la detección de la complicación del tratamiento quirúrgico que requería un manejo agresivo con la intervención de Nefrología para la realización urgente de hemodiálisis, interconsulta que no se dio. Es clara la inercia clínica que no adoptó conductas oportunamente. El equipo médico tratante, se mantuvo acéfalo, no hubo liderazgo del Servicio de Urología, responsable de la complicación, por el contrario, delegó la responsabilidad del manejo del paciente complicado a la Unidad de Cuidado Intensivo. De manera recurrente, se delegó el manejo del paciente a los Médicos Residentes; no hubo una toma responsable y oportuna de decisiones para evitar la muerte previsible y prevenible del señor Baudilio García Ortega la cual ocurrió debido a una prestación de servicio de salud institucional y médico insuficiente, inoportuna, no idónea."*

en ese mismo orden, señala que *"se produjo la muerte del paciente Baudilio García Ortega quien se encontraba en buen estado general, con diabetes mellitus tipo dos manejada con tratamiento médico, compensada, sin falla renal, sin falla cardíaca, sin trastornos ventilatorios, por falta de pericia o por desconocimiento sobre la presentación de este tipo de complicaciones Postresección transuretral por parte del equipo médico tratante.*

SOLICITUDES:

ASÍ LAS COSAS, LAS PRUEBAS DETERMINAN DE MANERA INDISCUTIBLE RESPONSABILIDAD QUE SE CONSTITUYE EN FALLA DEL SERVICIO. ESTÁ DEMOSTRADO LA GAMA DE DAÑOS CAUSADOS A LOS DEMANDANTES, DAÑOS QUE TIENEN CARÁCTER DE ANTIJURÍDICOS, AL NO TENER LAS VÍCTIMAS OBLIGACIÓN LEGAL DE SOPORTARLOS, ASÍ MISMO, EL ARSENAL PROBATORIO ENSEÑA DE MANERA

INEQUÍVOCA QUE ESTOS DAÑOS FUERON CAUSADOS POR LA ACTUACIÓN CULPOSA DE LAS DEMANDADAS. ES CLARO EL NEXO DE CAUSA ENTRE LAS ACCIONES CULPOSAS, IMPETRADAS DE IMPRUDENCIA, ADEMÁS, DE LOS DAÑOS QUE SOPORTARON AQUÍ LOS DEMANDANTES.

POR LO TANTO, SOLICITO QUE SE CONCEDAN LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA Y SE DECLARE A LAS DEMANDADAS PATRIMONIAL Y ADMINISTRATIVAMENTE RESPONSABLES POR EL DAÑO CAUSADO A LOS DEMANDANTES; SUBSIDIARIAMENTE SOLICITÓ QUE SE DECLARE PATRIMONIAL Y ADMINISTRATIVAMENTE RESPONSABLES A LAS DEMANDADAS POR EL DAÑO CAUSADO A LOS DEMANDANTES DE ACUERDO CON LA PARTICIPACIÓN EN LA EJECUCIÓN DE CADA UNO DE LOS MIEMBROS DE LA UNIÓN TEMPORAL.

Atentamente,

CARLOS ALBERTO CAMARGO CARTAGENA
C.C. No. 79.318.915 de Bogotá.
T. P. No. 168358 del C. S. de la J.