

RESPETADO,

JUZGADO SESENTA Y TRES (63) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D.C.

E.

S.

D.

DEMANDANTE: ALMA GUIOMAR BEDOYA JARAMILLO Y OTROS

DEMANDADO: NACIÓN – MINISTERIO DE SALUD Y OTROS

REFERENCIA: 11001334306320210019500

ASUNTO: RECURSO DE APELACIÓN CONTRA SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA PROFERIDA EL 15 DE OCTUBRE DE 2024, NOTIFICADA EL 16 DE OCTUBRE DE 2024

CARLOS ALBERTO CAMARGO CARTAGENA, mayor de edad, vecino de la ciudad de Bogotá, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 79.318.915 de Bogotá, Abogado titulado e inscrito portador de la Tarjeta Profesional No. 168.358 del Consejo Superior de la Judicatura. En mi condición de apoderado judicial de la parte demandante, por medio del presente, de manera respetuosa me permito PRESENTAR RECURSO DE APELACIÓN CONTRA SENTENCIA NOTIFICADA EL 16 DE OCTUBRE DE 2024

OPORTUNIDAD y PROCEDENCIA:

El C.P.A.C.A en su artículo 247, ha establecido el trámite del recurso de apelación, así;

“El recurso de apelación contra las sentencias proferidas en primera instancia se tramitará de acuerdo con el siguiente procedimiento:

- 1. El recurso deberá interponerse y sustentarse ante la autoridad que profirió la providencia, dentro de los diez (10) días siguientes a su notificación. Este término también aplica para las sentencias dictadas en audiencia”*

Así pues, considerando que la sentencia de primera instancia fue notificada por estado el día 16 de octubre de 2024, el término concedido por el articulado indica como vencimiento el día 30 de octubre de 2024, encontrándome así en tiempo para la presentación del recurso de apelación contra sentencia de primera instancia.

En el mismo sentido, es procedente la presentación de recurso de apelación en contra de sentencia proferida por el JUZGADO 63 ADMINISTRATIVO de la SECCIÓN TERCERA - BOGOTÁ D.C., autoridad que profirió la sentencia objeto de recurso.

SOBRE LA DECISIÓN DE PRIMERA INSTANCIA

El día 15 de octubre de 2024 fue emitida sentencia de primera instancia, misma que fue notificada el 16 de octubre de 2024, en esta el despacho decidió:

“PRIMERO: Declarar probada la excepción de falta de legitimación en la causa por pasiva, propuesta por la Nación – Ministerio de Salud y Protección Social y Bogotá – Secretaría de Salud, conforme a lo expuesto en el acápite de excepciones propuestas.

SEGUNDO: Negar las pretensiones de la demanda, de conformidad con lo expuesto en la parte motiva de esta providencia.

TERCERO: Negar la regulación de honorarios solicitada por el abogado Fabio Álvarez López, conforme a lo expuesto.

CUARTO: Sin condena en costas en esta instancia.

QUINTO: De no ser apelada esta providencia, una vez en firme se ordena el archivo definitivo del expediente, previo las anotaciones del caso.

SOBRE LOS ARGUMENTOS DE LA SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA.

La tesis de la sentencia de primera instancia se orientó, a grandes rasgos, así; “no demostró que el mismo fuera imputable a las Entidades demandadas, es decir, que en el expediente no se acreditó que las acciones u omisiones desplegada por la Caja de Compensación Familiar – Compensar y la Sociedad de Cirugía de Bogotá – Hospital de San José, hubiesen sido la causa del mismo o que estructuraran la falla del servicio, pues las pruebas demuestran que las demandadas cumplieron dentro de las medidas de sus posibilidades de forma eficiente y oportuna con todos los deberes y funciones que le fueron atribuidas, prestando al señor Baudilio García Ortega (q.e.p.d.), los servicios médicos requeridos a que había lugar conforme al cuadro clínico que presentaba, motivo por el cual, como quiera que no se configuran los presupuestos para declarar la responsabilidad de dichas Entidades, se negarán las pretensiones invocadas por la parte demandante.” tesis misma que fue sustentada principalmente en los siguientes argumentos:

El despacho considera que, aun cuando está acreditado el daño alegado en la demanda la parte demandante no demostró que él mismo fuera imputable a las entidades demandadas, es decir, en el expediente no se acreditó que las acciones u omisiones desplegadas por la Caja de Compensación Familiar Compensar y la Sociedad de Cirugía de Bogotá Hospital San José, hubiesen sido la causa del mismo -daño- o que estructuraran la falla en servicio, pues las pruebas demuestran que las demandadas cumplieron dentro de la medida de sus posibilidades, de forma eficiente y oportuna con todos los deberes y funciones que le fueron atribuidas, prestando al señor BAUDILIO GARCÍA ORTEGA los servicios médicos requeridos a que había lugar conforme al cuadro clínico que presentaba motivo por el cual como quiera que no se configuran los presupuestos para declarar la responsabilidad de dichas entidades se negaron las pretensiones invocadas por la parte demandante.

1. En lo que concierne a la legitimación por pasiva del MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, señaló que “tiene funciones de dirección y coordinación en materia de salud, sin que ello indique la prestación del

servicio como tal; siendo así que, efectivamente entre las funciones otorgadas al Ente Ministerial, no le compete la afiliación al servicio de salud, ni mucho menos la prestación del mismo, de manera que dicha entidad no puede responder por los presuntos perjuicios alegados por los demandantes, más aún cuando el daño que se invoca en la demanda deviene del fallecimiento del señor Baudilio García Ortega (q.e.p.d.), producto de la presunta negligencia e inadecuada prestación del servicio médico que le fue brindado.”

2. Así mismo, sobre la legitimación por pasiva de BOGOTÁ D.C. – SECRETARÍA DE SALUD. Indicó que “conforme al objetivo principal de la Secretaría Distrital de Salud y las funciones que le fueron legalmente atribuidas, considera este despacho que si bien, las mismas tienen relación con los hechos descritos en la demanda de los cuales se deriva la solicitud de responsabilidad, lo cierto es que la IPS como la EPS a las que se encontraba vinculado el señor Baudilio García Ortega (q.e.p.d.), eran las garantes de gestionar y prestar los servicios de salud y no la Secretaría de Salud Distrital, más teniendo en cuenta que ante dicha Entidad territorial no se puso en conocimiento, ni se interpuso queja alguna respecto de las presuntas irregularidades en que estaban incurriendo las entidades que le prestaron los servicios de salud, por lo que no era dable, conforme a las funciones de dicha secretaría iniciar voluntariamente investigación o vigilancia alguna en contra de las mismas.”
3. En lo que respecta al daño antijurídico, la sentencia contiene que “este despacho judicial encuentra acreditado el primer elemento de la responsabilidad, esto es, el daño, consistente en la muerte del señor Baudilio García Ortega (q.e.p.d.), la cual ocurrió el 19 de abril de 2019, conforme al certificado de defunción obrante en el proceso”
4. Sobre los demás elementos de la responsabilidad ha mencionado que “el paciente con anterioridad al servicio asistencial prestado por el Sociedad de Cirugía de Bogotá - Hospital de San José, ya se encontraba con sonda vesical crónica, traumatismo de la uretra, antecedentes patológicos, farmacológicos y quirúrgicos asociados a Diabetes Mellitus Tipo II, Hiperplasia Prostática; Tamsulosina, apendicitis complicada con peritonitis a los 30 años de edad, luego entonces, el diagnóstico allí establecido prima facie, encuentra relación con los padecimientos que llevaron al deceso del señor Baudilio García Ortega (q.e.p.d.), en forma posterior y que son inherentes a las complicaciones y riesgos asociados con los tratamientos recibidos pero que no guardan relación causal con las actividades médicas desplegadas por parte de las demandas, como quiera que las comorbilidades que tenía de tiempo atrás influyeron negativamente en el desarrollo de su enfermedad y posterior fallecimiento.”
5. el despacho, dentro del desarrollo de la sentencia ha indicado respecto del peritaje aportado por este extremo procesal y elaborado por la Doctora Fabiola Jiménez que “no acogerá los argumentos expuestos en su peritaje debido a su falta de precisión y estudios específicos en el campo de la Urología”
6. Relacionado con la responsabilidad endilgada a la Sociedad de Cirugía de Bogotá - Hospital de San José de la valoración realizada se concluyó que “la hematuria del paciente se presentó desde mucho antes de la cirugía del 21 de marzo de 2019, la cual no siempre estuvo sangrando y cuando lo hizo se tuvo prevista como riesgo propio del tratamiento y debido a sus comorbilidades, por las cuales también fue necesario cambiar el tipo de procedimiento quirúrgico el cual fue debidamente informado al paciente con los riesgos inherentes al mismo sopesando los beneficios del procedimiento apoyado en los diagnósticos como lo eran la ecografía

en menor medida, la cistoscopia prueba idónea y el tacto rectal previo a la cirugía, manteniendo la revisión clínica del paciente y haciendo las transfusiones que eran necesarias para recuperar su salud siendo además controlado por Urología junto con Neurología, Internistas e Intensivistas.”

7. En el mismo sentido, la juzgadora de primera instancia “para el despacho no se evidencia a primera vista falla en la prestación del servicio médico relacionado con la primera intervención quirúrgica del 21 de marzo de 2019, toda vez que de lo plasmado en la historia clínica del señor Baudilio García Ortega (q.e.p.d.), se colige que la Institución de Salud le prestó el servicio médico requerido precisándose además que los diagnósticos iniciales realizados por los médicos de urgencias siempre deben ser correlacionados con los exámenes que se efectúan al paciente para elaborar el diagnóstico más adecuado y preciso con la patología presentada”
8. Sobre la responsabilidad de Caja de Compensación Familiar Compensar EPS, señaló el despacho que “el despacho elementos para que se le pueda endilgar responsabilidad a la Entidad Prestadora de Salud, pues se reitera que está no negó la prestación del servicio médico al señor Baudilio García Ortega (q.e.p.d.), conllevando la ausencia de imputación frente a los daños que reclaman los demandantes.”
9. En conclusión “no se acreditaron los elementos fundamentales para imputar responsabilidad extracontractual a las demandadas, se despacharán de forma desfavorable las pretensiones de la demanda.” Esto relacionado con la imputación jurídica y el nexo causal.
10. Así mismo LA SENTENCIA, pasa a manifestarse respecto de la TACHA POR IMPARCIALIDAD DEL TESTIGO RAFAEL ANDRÉS CLAVIJO RODRIGUEZ:

La sentencia señala en la resolución de la tacha de sospecha interpuesta por la parte demandante en contra del médico Rafael Andrés Clavijo Rodríguez, que la razón para tacharlo es, que había prestado el primer servicio médico al señor Baudilio García, lo cual afectaba la credibilidad de su declaración pues podría ver comprometida su responsabilidad en el presente asunto. Señaló el despacho que la tacha no está llamada prosperar, puesto que sus declaraciones -del médico- están dirigidas a indicar aspectos relacionados con la atención médica brindada al occiso y que guardan relación con lo consignado en la historia clínica y la relación médico paciente no obstante lo anterior dicha declaración será valorada en conjunto con los demás medios probatorios obrantes en el proceso.

11. Respecto de la responsabilidad de Bogotá dc, mencionó “En lo referido como respuesta al oficio 2021 EE 118751 del 23 de noviembre del 2021 emitió para subdirectora de inspección vigilancia y control de servicios de salud de Bogotá secretaría de salud, la misma secretaría aceptó que durante la época de los hechos la secretaría no realizó visitas relacionadas con el servicio de urología y de cirugía urológica del hospital demandado y señala que no encuentra queja o petición alguna realizada por el demandante de sus familiares.

LO ANTERIOR NO EXAME A LA SECRETARÍA DEL CUMPLIMIENTO DE SUS OBLIGACIONES DE VIGILANCIA Y CONTROL.
--

SOBRE EL PESO ESPECIFICO ASIGNADO EN LA SENTENCIA A CIERTAS PRUEBAS Y LA APRECIACION DE LAS MISMAS

- RESPECTO DE LA CONTRADICCIÓN DE LOS PERITAJES DE LA LEX ARTIS.

El análisis que hace la sentencia de la contradicción del peritaje de la doctora Fabiola Jiménez ramos, perito de la demandante, es desordenado, no muestra un hilo conductor y se muestra incoherente en varios apartes, mostrando que no se entendieron las situaciones clínicas y para clínicas por las que pasaba el señor Baudilio García, por parte del despacho.

Ejemplo de lo anterior es el párrafo en donde señala: *“entre la primera y la segunda pasaron 12 días se le inyectaron dos bolos que le generaron mielinolisis osmótica se debe investigar con resonancia magnética y Tractografía el neurólogo debe investigarlo porque el paciente tenía destruido su cerebro”*. La anterior es una referencia ininteligible e incompleta de los que registra el dictamen pericial y de lo dicho por la perito en la audiencia de contradicción.

Cabe preguntarse *“entre la primera y la segunda”* ¿qué? ¿A qué se refiere? ¿Se refiere a las cirugías? Y, cuándo señala que se le inyectaron dos bolos ¿de qué? ¿Cuándo se le inyectaron? ¿qué es lo que se debe investigar con resonancia magnética y Tractografía? En qué momento se señaló y en qué contexto que el neurólogo debe investigar al paciente porque el paciente tenía destruido su cerebro.

Así mismo, llama la atención en cuanto al peso específico que le asignó la juzgadora a las pruebas, para el efecto, y a manera de ejemplo, refiriéndose al dictamen pericial de medicina forense elaborado por la doctora Fabiola Jiménez Ramos en la sentencia se registra la conclusión médico legal en un párrafo mientras que para el análisis dedicado a la pericial elaborada por el doctor Álvaro Cuéllar torres, la misma se registra en al menos 4 folios, los registros que hace la sentencia respecto de la contradicción del peritaje que aportaron los demandados, es más extenso y señala todo favorable a la parte demandada y nunca se detiene a analizar, las debilidades que demostró el perito en su contradicción. Lo anterior es un indicio de que la apreciación probatoria fue sesgada y no fue equivalente.

Así mismo no se valoró en la sentencia sobre las relaciones laborales, educativas, de colegaje e incluso de profesor-estudiante (este último respecto del Doctor Juan Camilo Rincon, de quien fue profesor por dos años en la especialización) que aceptó el perito tener con el extremo pasivo del proceso, así como con los médicos tratantes en la atención brindada al señor Baudilio García Ortega, lo que pudo haber influenciado su dicho.

Adicional a lo mencionado, cabe resaltar que, para este extremo resulta incomprensible la actitud de la juzgadora de primera frente a la valoración probatoria, como se ha mencionado previamente y se abracará en apartados subsiguientes, sumando que al momento de llevarse a cabo la contradicción del dictamen

pericial presentado por UHJB UROLOGOS HOSPITAL SAN JOSÉ BOGOTÁ S.A.S, elaborado por el Doctor Cuellar, la operadora jurisdiccional generó obstrucciones en el contrainterrogatorio, pues no permitió la formulación de preguntas que tenían que ver propiamente con las realizadas en el peritaje aportado al plenario, así como con afirmaciones hechas por el mismo perito y que requerían de una aclaración, ejemplo de esto se encuentra en el minuto 1:45:17 de la audiencia llevada a cabo el 25 de julio de 2024, en donde el perito señaló que *“conocía del riesgo cardiovascular que tenía el paciente”* por lo que se solicitó a este aclarar si en la historia clínica se encontraba consignada alguna cardiopatía o enfermedad coronaria; Sin embargo, no fue permitida la respuesta *“por no estar dentro del dictamen presentado”*

Así mismo en el minuto 01:47:26, de la misma audiencia del 25 de julio de 2024, sobre la pregunta #1 del dictamen, que trata sobre la diabetes mellitus, se preguntó en audiencia al perito si se encontraron niveles anormales de glicemia en los registros, pregunta misma que se rechazó pues la jueza consideró que no guardaba relación con la formulada en el peritaje, esto pese a que en audiencia se explicó que *“la diabetes mellitus se caracteriza por tener alteraciones en los niveles de glicemia”* y por lo tanto resultaba conducente y necesario contar con la respuesta del galeno.

En el mismo sentido se resalta que en el minuto 2:06:56 de la diligencia ya mencionada, se ha señalado por parte de la juzgadora que *“estamos aclarando las respuestas que él dio en el dictamen pericial”* cosa que resulta imprecisa y contraria al objeto de la diligencia, pues se trata de una contradicción del dictamen pericial, tal como lo consigna la norma, y no solo de una simple aclaración, lo que muestra que, desde el primer abordaje, se tuvo una perspectiva sesgada de la prueba practicada. Sobre el mismo respecto, si se observa con atención la diligencia llevada a cabo, podrá notarse como la conducta señalada es repetitiva por parte de la falladora de primera instancia, lo que mostraría entonces una falta de imparcialidad en el análisis del material probatorio.

- **RESPECTO DEL TESTIMONIO E LA MEDICA MELANIE TATIANA LOPEZ MESA.**

Igualmente, la sentencia en lo que se refiere al testimonio de Melannie Tatiana López De Mesa también se observa un resumen en la misma que no cuenta con un adecuado hilo conductor, se muestra caótico, desordenado e incompleto en ciertos aspectos y conceptos emitidos por la profesional, esto pues, se registran en la sentencia, cuestiones como que la médica dijo que el medicamento Tamsulosina que tomaba el paciente con alcohol generaba el uso de sonda permanente, lo anterior no es cierto. Así mismo, es de anotar que no se entienden los apartes específicos del testimonio registrados en la sentencia. son ininteligibles, como el que reza: *“que el tratamiento oportuno por urología se conversó por cuidado intensivo pese a estar crítico y con la mejor tecnología(...)”* ¿qué quiere decir lo anterior?

Adicional a ello, este apoderado ha notado que la valoración de la prueba no guarda relación con lo indicado en las demás pruebas recaudadas, por lo que entonces resulta insuficiente el análisis de la misma, esto

considerando, por ejemplo, que la testigo en su testimonio indicó haber llevado al señor Baudilio García Ortega a la segunda intervención, en un primer momento de forma endoscópica, pese a que ello implicaba el uso de glicina, cosa misma que estaba contraindicada, esto último según el dicho del perito Cuellar, quien en contradicción señaló que la contraindicación era del “100%, usted no usa glicina en un paciente que esté hiponatremicó”, así pues, a todas luces la intervención segunda también fue imprudente e imperita, al exponer al paciente a riesgos aún más altos.

Así mismo, la sentencia no contempla que esta profesional interrogada, participó de manera directa en la atención brindada al Señor García (Q.E.P.D) y que para el momento de la practica probatorio se encontraba vinculada a UHJB UROLOGOS HOSPITAL SAN JOSÉ, por lo que, al igual que en el caso del testigo Rafael Clavijo, su testimonio implicaba su responsabilidad personal, así como su vinculación a la entidad llamada en garantía.

- **RESPECTO DEL TESTIMONIO DE RAFAEL ANDRÉS CLAVIJO RODRÍGUEZ**

Lo registrado con respecto al testimonio de Rafael Andrés Clavijo Rodríguez en la sentencia de primera instancia, se muestra igualmente desordenado y en apartes, sin un hilo conductor claro. Se extrae de lo registrado en la sentencia:

- 1 Que este médico, señalo que se propuso procedimiento de abordaje abierto inicialmente y que presuntamente después se volvió a evaluar y se decidió que mejor era hacer una RTU y que se le informó al paciente el cambio de decisión y que el paciente aceptó el procedimiento.
- 2 Que, desde la parte inicial del procedimiento, la próstata sangro bastante, tan así, que debieron parar la intervención.
- 3 Que posterior a la primera intervención, EL PACIENTE PRESENTABA BAJA DE SODIO QUE SE LE REALIZAN TRANSFUSIONES DE SANGRE SE CORRIGE EL SODIO Y SE PROCEDE AL EGRESO.

Lo anterior, queriendo hacer ver, que las transfusiones sanguíneas se hicieron para corregir el sodio y no para tratar la anemia aguda que se le generó al paciente con el sangrado de la primera cirugía.

- 4 Que posteriormente, dice el medico Clavijo, el paciente reingresó con baja de sodio, que se pasa a la uci, se hace transfusión, se hace revisión quirúrgica. que posteriormente le hacen resonancia cerebral, deben intubarlo, tiene infecciones, neumonía, falla cardíaca y muere.
- 5 Registra la sentencia que señala este médico, que por el antecedente de laparotomía por apendicitis era más oportuno y menos mórbido realizar la recesión por vía transuretral es decir RTU.
- 6 Posteriormente se registra que según este médico la retención urinaria se debía la ingesta de alcohol, señala este médico y lo registra la sentencia, que no hay interacción medicamentosa entre el alcohol con la Tamsulosina, pero que sí había un proceso obstructivo urinario crónico y que el alcohol es factor de riesgo y que por eso requirió evacuar por sonda uretral la orina.

- 7 Posteriormente y refiriéndose a la cirugía del 21 de marzo registra la sentencia que este médico señaló como causa de los riesgos el uso de la sonda, aumentando el riesgo de sangrado y de infecciones y que la diabetes así esté controlada, influye en el proceso de cicatrización y recuperación.
- 8 Que durante la cirugía la irrigación se hizo con glicina que puede generar hiponatremia y síndrome post RTU, pero que este, si se detecta de forma oportuna se puede corregir.
- 9 Que la cirugía se le realizó por vía RTU porque al tacto, la próstata era de 60 gramos y la cistoscopia no daban para pensar que el paciente tuviera una próstata más grande, pese a que la ecografía identificó una próstata considerablemente grande pero que es un examen limitado porque es operador dependiente.
- 10 explicó el síndrome post RTU señalando que sucede cuando hay senos venosos que se abren entra líquido se baja el sodio y que este es un riesgo inherente a la cirugía, riesgo que le fue informado al señor BAUDILIO.
- 11 Asocio la GLICINA a la presencia de visión borrosa, arritmias, mielinolisis y ruptura neural por bajo sodio y señalo que hay diferentes grados de hiponatremia leve media y severa y que el riesgo está asociado a las cirugías que duran más de 90 minutos (cosa que no es lo apropiado, según el testimonio de la Dra López, pues ella indica que la lex artis indica como tiempo máximo de exposición a glicina, 40 minutos) y por esto, si no se ha completado la cirugía es preferible suspenderla y reintervenir posteriormente.
- 12 Señala que en este caso la cirugía no superó los 90 minutos y que se terminó porque la próstata estaba sangrando mucho que es normal que en el postoperatorio inmediato haya sangrado de la próstata y por eso se deja las cistoirrigación continua la que es suspendida antes de dar salida, para ver orina clara y sin sangrado activo.
- 13 Que antes del procedimiento se hacen listas de chequeo y se resolvieron las dudas del paciente y fue allí donde el señor BAUDILIO firmó el consentimiento que cambió la conducta quirúrgica.
- 14 señala que la ecografía no es la vía para ver la procedencia del procedimiento, que el tacto rectal puede también porque la vía abierta es una alternativa y que como el paciente tenía una cirugía de apendicitis previa, el riesgo era mayor y que para el cambio de procedimiento se dialogó con el paciente y se resolvieron las dudas.
- 15 Que es el médico tratante quien toma la decisión del método quirúrgico, que es un acto médico que se puede hacer por vía verbal, y puede ser registrado, pero todo queda registrado en la descripción quirúrgica.
- 16 Señala que el paciente fue valorado antes del acto quirúrgico y que se le hizo nuevamente tacto rectal y se hicieron exámenes.
- 17 Más adelante señala que el sangrado no necesariamente tiene relación con la próstata grande y que el hecho de usar sonda vesical funciona como factor de riesgo.
- 18 Finalmente señala que el señor Baudilio murió por infección nosocomial falla multisistémica y paradas cardíacas, la anemia aguda dice no parece ser la causa de muerte porque se hizo transfusión sanguínea; que cuando se reingreso el paciente, el pronóstico era reservado con alto riesgo de morbilidad y mortalidad.

- 19 Señala finalmente que todos los riesgos quedaron registrados en el consentimiento informado y que el procedimiento fue adecuado y oportuno.

Téngase en cuenta que el testigo fue tachado por este extremo procesal al considerar su dicho parcializado y sospechoso al encontrarse vinculado laboralmente y académicamente a el extremo pasivo, así como su testimonio versa sobre su propia responsabilidad; Sin embargo, en ningún aparte la sentencia hace referencia a que se haya tenido mayor cuidado al analizar esta declaración y jamás tuvo en cuenta, apartes de este testimonio en donde ante las preguntas del apoderado se evidencia que el médico no es transparente con sus referencias respecto de sus valoraciones y el actuar, en la atención del señor García.

A lo anterior, se debe señalar que la razón de tacha de sospecha no fue la mencionada por el despacho y que según el despacho era el haber prestado el primer servicio médico señor Baudilio García Ortega, las razones fueron que el médico fue quien cometió el error de elección de vía quirúrgica, trabaja para la demandada y por supuesto que es apenas lógico pensar que tiene intereses en las resultas del proceso, pues podría ver su responsabilidad implicada y esto conlleva a que su testimonio esté encaminado a mostrar que lo que hizo está bien, está acorde a los parámetros de la lex artis médica y a demostrar que su actuar no estuvo impregnado de culpa. es apenas lógico que el despacho debe ser mucho más cuidadoso en el estudio de este testimonio, y no lo fue, debiendo.

- **RESPECTO DE LA CONTRADICCIÓN DEL PERITAJE DEL DOCTOR NIXON RICHARD POVEDA.**

Señala la sentencia que, efectivamente se registra que la palabra inicial era prostatectomía transvesical, palabra que se recubrió con un tachón y que posteriormente se escribió RTU. que las palabras RTU fueron agregados en otro momento y por otro autor gráfico.

SOBRE EL DAÑO

Que verificado el caudal probatorio allegado al expediente este despacho encontró acreditado el primer elemento de la responsabilidad, como es el daño consistente en la muerte del señor Baudilio García Ortega, que, de acuerdo, ocurrió el 19 de abril de 2019 conforme el certificado de defunción obrante en el proceso.

SOBRE LA IMPUTACION DEL DAÑO

El despacho procede a analizar para argumentar la imposibilidad de imputación a las demandadas y el nexo de causalidad, que el paciente había sido manejado previamente en la fundación cardio infantil y concluye que el paciente previo a recibir la atención por el HOSPITAL SAN JOSÉ, ya se encontraba con sonda vesical crónica traumática de la orina, antecedentes patológicos farmacológicos y quirúrgicos asociados a diabetes mellitus tipo 2, hiperplasia prostática, tamsulosina, apendicitis complicada a los 30 años, luego entonces -señala la sentencia- estas no fueron causadas con las actividades médicas desplegadas por las demandadas y concluye sin

argumentación alguna que estos estados sanitarios del paciente influyeron negativamente en el desarrollo de su enfermedad y posterior fallecimiento. lo anterior sin que exista un derrotero argumentativo lógico para llegar a estas conclusiones.

La sentencia pasa entonces a hacer un análisis de la atención en el HOSPITAL DE SAN JOSÉ concluyendo después de describir la fase pre quirúrgica y quirúrgica, que en el postoperatorio la sonda vesical estaba funcionando debidamente, drenando orina clara y sin costo irrigación (lo que no es cierto acorde a la historia clínica), también señala, que al paciente se le hizo transfusión sin que presentara síntomas neurológicos, aunque tuviera hiponatremia estando siempre en vigilancia clínica tal y como se observa en su evolución de los siguientes días a su operación dándole salida el 31 de marzo.

LAS ANTERIORES CONCLUSIONES SON REGISTRADAS POR LA SENTENCIA SIN QUE EXISTA UN DERROTERO LÓGICO DE ANÁLISIS PROBATORIO, QUE CONLLEVE A LAS MISMAS.

La sentencia califica la perito de la parte demandante, desoyendo los argumentos de la parte demandante durante esta primera fase de atención; la sentencia señala que la perito no tiene título en especialidad de urología ni en neurología y que su conocimiento es de médico forense, y que lo que señalo lo hizo con base en lo revisado en los protocolos de las entidades de salud, señaló la perito de la demandante que: *“era absurdo que le dijeran a un paciente con una próstata de 319 cm cúbicos que la podían sacar por vía transuretral”*, así mismo, señaló que la ecografía en estos casos es más confiable que la cistoscopia, sin embargo, -señala la sentencia- *el despacho no acogerá los argumentos dispuestos en su peritaje debido a su falta de precisión y estudios específicos en el campo de la urología*; -pese a que sus afirmaciones derivan de un proceso de análisis de la lex artis aplicable al caso-, *además porque en el proceso, ahora el testimonio técnico del médico que le brindó la atención al paciente realizándose en la primera cirugía así como un peritaje elaborado por un profesional de la salud especializado en urología con 18 años de experiencia en este tipo de casos, fueron coincidentes en indicar que al paciente se le prestó el servicio médico de manera oportuna idónea con la mayor calidad profesional con los insumos requeridos y conforme a la lex artis.*

ES DECIR, LOS ARGUMENTOS DEL DESPACHO, PARA ACOGER LA TESIS DE LAS DEMANDADAS, SE BASAN UNO EN LA COINCIDENCIA ENTRE EL MÉDICO TRATANTE (TESTIGO SOSPECHOSO) Y EL PERITO CUELLAR (QUIEN TUVO VINCULOS LABORALES, EDUCATIVAS, DE COLEGAJE E INCLUSO DE PROFESOR-ESTUDIANTE -ESTE ÚLTIMO RESPECTO DEL DOCTOR JUAN CAMILO RINCON, DE QUIEN FUE PROFESOR POR DOS AÑOS EN LA ESPECIALIZACIÓN-) Y, EN QUE LA PERITO DE LA PARTE DEMANDANTE NO ERA URÓLOGA.

Para rebatir el aspecto de la hematuria o sangrado por la orina que presentó el paciente, el argumento de que este siempre estuvo sangrando y que además se le debieron hacer transfusiones, trae para desvirtuar lo anterior una parte del testimonio rendido por el doctor RAFAEL ANDRÉS CLAVIJO RODRÍGUEZ, que es el mismo aparte que ya fue analizado anteriormente, y en el cual acepta el sangrado, señala que la cirugía no duró más de 90

minutos y que la “terminaron” porque la próstata estaba sangrando mucho, pero que todo estaba advertido en el consentimiento.

TAMBIÉN AQUÍ SEÑALÓ QUE AL PACIENTE SE LE HABÍA DEJADO CISTOIRRIGACIÓN CONTINUA Y QUE ESTA IRRIGACIÓN ES SUSPENDIDA, ANTES DE DAR SALIDA VIENDO QUE LA ORINA ESTÉ CLARA Y SIN SANGRADO ACTIVO.

Por otro lado para desvirtuar las afirmaciones de la perito de la demandante relacionadas con que el paciente tenía hemólisis es decir destrucción de los glóbulos rojos secundarios a la administración de glicina y que el procedimiento transuretral estaba contraindicado por el tamaño de la próstata y que dicho tamaño conllevaba a que esta próstata tenía que operarse trans-vesicalmente, la sentencia vuelve a traer como defensa las aseveraciones de RAFAEL ANDRÉS CLAVIJO RODRÍGUEZ, mismo médico que operó a la paciente, sospechoso y que cometió los errores en que se incurrieron con el señor Baudilio y que obviamente en su dicho no acepta las equivocaciones o los errores cometidos y como se observa, va a querer justificarlos todos y cada uno.

El despachó entonces señala con base en el testimonio del médico tratante que el paciente venía sangrando desde mucho antes de la cirugía, la cual no siempre estuvo sangrando y cuando lo hizo, se tuvo previsto como riesgo propio del tratamiento y que debido a sus comorbilidades y demás fue necesario cambiar el tipo de procedimiento quirúrgico, el cual fue debidamente informado al paciente con los riesgos inherentes y que esta decisión de cambio quirúrgico fue apoyada en los diagnósticos ecográfico en menor medida y en la cistoscopia prueba idónea y el tacto rectal previo a la cirugía.

Continúa señalando la sentencia, que se mantuvo revisión clínica, que se hicieron las transfusiones necesarias y que fue controlado por varios especialistas y para refrendar lo anterior acude al peritaje rendido por el doctor ÁLVARO CUÉLLAR TORRES, es decir, el peritaje que emitió la sociedad de urólogos llamada en garantía, que según los argumentos anteriores -señala el despacho en la sentencia- no evidencia falla en la prestación del servicio médico relacionado con la primera intervención quirúrgica el 21 de marzo de 2019 toda vez que la de la historia clínica se corrige que se le prestó el servicio médico requerido.

Continúa la sentencia analizando que, después de la intervención quirúrgica llevada a cabo el 21 de marzo, el paciente reingresa al HOSPITAL SAN JOSÉ primero de abril de 2019 y que debido a su condición de salud se deciden operarlo en forma urgente el 2 de abril de 2019.

Señala la sentencia que respecto de la segunda atención quirúrgica presenta al señor BAUDILIO GARCÍA ORTEGA el 2 de abril de 2019 la parte demandante considera que existió falla en el servicio médico como quiera que aunque en dicha cirugía ya no se utilizó glicina si se usó agua estéril, lo que produce hemólisis y daño del riñón, se comenzó la cirugía con recesión tras uretral y cuando se encuentra que el hematoma era una especie de placenta con 600 centímetros cúbicos de coágulo y salió mucha sangre se requirió convertir la cirugía endoscópica en cirugía

abierta. registra la sentencia, que sobre este asunto en particular se tiene el testimonio de la doctora MELANIE TATIANA LÓPEZ DE MESA, quien hizo la segunda intervención quirúrgica y manifestó que en los pacientes inestables es preferible hacer un método menos invasivo que usualmente con cistoscopia y evacuando los coágulos se logra el resultado pero que en este caso se fue necesario realizar otro tipo de cirugía abierta, que el paciente sí se expuso a 5 minutos de glicina, que se encontró una placenta de coágulos y un lecho prostático sangrando, que la próstata era de 100 g y una hiponatremia era baja, que el paciente solo se expuso 5 minutos a la glicina y señala la testigo, que la lex artis dice que el tiempo de exposición máxima es de 30 a 40 minutos, que después del procedimiento el paciente tenía mal pronóstico porque ya estaba con intubación, deterioro del estado de la conciencia, el paciente tenía muchas cosas y causas que tenía elevado los niveles de glicemia porque era diabético Y eso conlleva baja defensas y baja cicatrización y el medicamento Tamsulosina que toma el paciente con alcohol generaba uso de sonda permanente.

Agrega -la sentencia- que además la médica señaló, lo que fue confirmado por el perito Álvaro Cuéllar y es que la reintervención se hizo endoscópicamente se hizo abierto y estaba bien realizado porque cursaba con hiponatremia

ES PRECISAMENTE EL HECHO DE QUE CURSABA CON HIPONOTREMIA, LO QUE CONTRA INDICABA QUE SE LE HICIERA ALGÚN TIPO DE INTERVENCIÓN ENDOSCÓPICA Y ALGÚN TIPO DE EXPOSICIÓN A GLICINA.

CONCLUYE LA SENTENCIA SIN REALIZAR UN DESPLIEGUE ARGUMENTATIVO Y SIN SUSTENTARLO, QUE NO SE ENCUENTRA DEMOSTRADA LA EXISTENCIA DE UNA FALLA EN EL SERVICIO O DE UNA FALLA MÉDICA POR PARTE DEL HOSPITAL SAN JOSÉ Y QUE LAS ACTUACIONES DESPLEGADAS POR EL PERSONAL MÉDICO QUE LO ATENDIÓ TANTO EN URGENCIAS COMO EN CIRUGÍA Y EN LA UNIDAD CON INTENSIVO DURANTE LA ATENCIÓN PRESTADA EN LOS MESES DE ENERO A ABRIL DEL 2019 AL SEÑOR BAUDILIO GARCÍA POR EL CONTRARIO SE LE BRINDA UNA ATENCIÓN MÉDICA DE FORMA ADECUADA DILIGENTE Y OPORTUNA.

Respecto de la EPS señala la sentencia, que no se vislumbra que al paciente se les hubiera impedido el acceso a los servicios de salud o que se hubiera retardado alguna solicitud de ordenamiento que perjudicará el estado de salud de la víctima y que por lo tanto no encuentra responsabilidad en la EPS.

Como conclusión del análisis probatorio realizado en la sentencia por el despacho, se afirma que se encuentra acreditado que al señor BAUDILIO GARCÍA ORTEGA se le brindó una atención médica oportuna y adecuada y que es notorio que el organismo de la víctima no pudo soportar el uso crónico de la sonda vesical, sus antecedentes patológicos farmacológicos y quirúrgicos además de las complicaciones y riesgos asociados con los tratamientos recibidos, influyeron en su deceso sin que el mismo sea imputable a las demandadas. Y que como no se logró demostrar la configuración del segundo elemento constitutivo de la responsabilidad frente a las demandadas no se procederá a analizar el estudio de responsabilidad frente a SAN JOSÉ en su condición de llamada en garantía, así como de LA EQUIDAD, LA PREVISORA y UHJB URÓLOGOS HOSPITAL SAN JOSÉ S.A.S.

SOBRE LOS PRINCIPALES DESACUERDOS CON LA SENTENCIA EMITIDA.

Considera la parte demandante que:

- 1 La sentencia no hace una valoración probatoria integral y completa del caso. Desdeña la sentencia pruebas de la mayor importancia y que están plenamente respaldadas en la lex artis médica, tal como el dictamen pericial aportado por la parte demandante, no tuvo en cuenta las guías obrantes en el proceso.
- 2 La sentencia básicamente, tiene como base probatoria el dictamen pericial aportado por la llamada en garantía y el dicho del médico que opero al paciente, dejando al margen otras pruebas de gran importancia.
- 3 Los análisis probatorios son parciales, no integradores.
- 4 La sentencia muestra que no hay entendimiento de lo ocurrido con el paciente.
- 5 Hay apartes de la sentencia que son ininteligibles, no siendo esto de recibo, cuando el juzgador este obligado a plantear de manera clara, lógica y entendible el derrotero argumentativo que sustenta su decisión.
- 6 Las conclusiones a las que arriba la sentencia, no son producto de un discernimiento argumentativo con base en las pruebas, algunas conclusiones, no tiene asidero probatorio, ni derrotero argumentativo.
- 7 Las pruebas obrantes en el proceso, muestran la existencia de los elementos de la responsabilidad administrativa.

SOBRE LOS ARGUMENTOS DE LA APELACIÓN.

Demostraremos que están demostrados los elementos axiológicos de la responsabilidad a partir del arsenal probatorio que hay en el proceso, así:

EXISTENCIA DEL DAÑO.

Lo anterior admitido por la sentencia. Sin embargo, nos ratificamos en lo señalado a este respecto en los alegatos de parte demandante.

NEXO DE CAUSA Y CULPA.

- RESPECTO DE LA HISTORIA CLINICA Y LA ATENCION EN LA FUNDACION CARDIO INFANTIL.

Obra prueba en el proceso, de que, en el mes de diciembre el paciente consulto a esta institución, el día 16 de diciembre de 2018, refiriendo que acorde a las instrucciones recibidas por el personal de salud que le había colocado una sonda vesical, se debía hacer el retiro de dicha sonda por el mismo paciente al día siguiente, pues en cumplimiento de estas instrucciones, el paciente se había intentado retirar la sonda vesical que le habían dejado el día anterior el personal de salud de Emermédica y se había lastimado en el intento de

retirla, presentando sangrado. La historia clínica registra que el cuadro era de un día de evolución (la obstrucción urinaria) y que aparentemente estaba asociada a ingesta de alcohol. Se diagnosticó probable trauma uretral y se hospitalizó para manejo de la hematuria, allí se le hizo una ecografía que mostraba una próstata de 319 centímetros cúbicos, y la opinión registrada por el urólogo que lo valoró en la FUNDACION CARDIO INFANTIL, fue, IMPORTANTE AUMENTO DEL VOLUMEN PROSTATICO ASOCIADO A VEJIGA DE ESFUERZO. Al paciente se le dio salida ante la buena evolución.

- **SOBRE EL ITER CLÍNICO Y LA ATENCIÓN BRINDADA A PARTIR DE LA PRIMERA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA**

Está probado que: El 21 de enero de 2019, el señor BAUDILIO GARCIA (Q.E.P.D), 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, o folio 483 y 484 del tomo 1; en dicha ocasión es valorado por el Dr. RAFAEL ANDRÉS CLAVIJO RODRIGUEZ y se registra en la historia clínica: primera vez urología mc: "vengo para cirugía de la próstata", Enfermedad Actual: "paciente de 68 años con cuadro de 2 años de evolución de SOUB en manejo con Tamsulosina, quien desde hace 1 mes es portador de sonda transuretral por vía posterior a ingesta de alcohol, intento fallido de retiro en 3 ocasiones en el último mes, viene con orden autorizada de prostatectomía transuretral. niega fiebre, niega disuria de ardor. hematuria macroscópica desde que es portador de sonda de manera ocasional e ITU asociado a sonda desde hace 2 semanas."

la historia clínica registra que el paciente traía autorización para realizar una prostatectomía abierta y no una RTU.

El paciente tuvo ITU (infección del tracto urinario) (cosa misma confirmada por el perito Cuellar en contradicción del dictamen pericial) 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, sobre este respecto el perito señaló que "un paciente con infección urinaria no puede ser llevado a cirugía, por estar colonizado" y en el mismo sentido señaló no haber visto registro de los cultivos en la historia clínica.

Si la teoría de la parte demandada, es que el paciente por ser diabético podía tener complicaciones, tales como, riesgo de infección y problemas con la cicatrización, entonces lo consecuente era que se determinara de manera fehaciente si el paciente persistía o no infectado con la infección urinaria (ITU) que había presentado; Sin embargo, esto no se hizo, entonces ¿no existía tal preocupación? o ¿los antecedentes del paciente no incidían en los resultados de la cirugía? O ¿lo descuidaron?

Dentro de los antecedentes, el paciente refirió: *Patológicos: Hiperplasia Prostática, Diabetes Mellitus, No Insulinorequiriente; Quirúrgicos: Laparotomía por Peritonitis secundaria a Apendicitis; Tóxicos: niega; Alérgicos: niega; Farmacológicos: metformina 850 mg día Tamsulosina 0.4 mg día; Traumáticos: niega; Hospitalizaciones: por ITU complicada hace 2 semanas manejado con ciprofloxacina hasta el sábado 19 de enero; Transfusionales:*

niega; Trasmisión Sexual: niega; Familiares: mama CA de cervix.

Nótese entonces que la historia clínica no registra que el hecho que el paciente sea diabético, genere algún tipo de riesgo para el acto quirúrgico en particular, no se registra que la diabetes estuviera descompensada o semejante.

Esta valoración médica del día 21 de enero de 2019, 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.** Sobre este respecto, relacionado con el tamaño der la próstata y la técnica adecuada, téngase en cuenta que el perito Álvaro Cuellar, señaló en contradicción que *“lo que determina por donde y cuál es la técnica es el tamaño de la próstata” (...)* *“un tamaño de próstata por encima de 150 o 200 gramos definitivamente es un procedimiento que tiene que ser abierto, no se puede hacer vía endoscópica, las próstatas pequeñas se hacen por vía endoscópica, entonces el determinante es el tamaño de próstata, porque yo no puedo llevar pacientes a vía abierta con próstatas de 30, 40 o 50 gramos y viceversa, no puedo llevar pacientes a cirugía endoscópica con próstatas mayores de 140 o 150 gramos, por los riesgos que tiene el procedimiento por los insumos médicos que se utilizan”*

Hasta acá, este paciente que llego al HOSPITAL SAN JOSE, con autorización de realización de prostatectomía abierta, seguía, según esta valoración por urología, con indicación de la misma y no de RTU.

ES MUY IMPORTANTE SEÑALAR QUE LA LEX ARTIS MEDICA -CUALQUIER CONSULTA QUE SE HAGA EN LA WEB SEÑALAN, POR EJEMPLO: En la actualidad, la RTUP es la alternativa quirúrgica de elección para los casos que cursan con síntomas entre moderados y graves producidos por el HBP es idónea para pacientes con una próstata de entre 30 y 60 mililitros de volumen¹. RUEGO AL TRIBUNAL REVISAR QUE ESTÁ DETERMINADO EN LA LEX ARTIS MEDICA QUE EL TAMAÑO PARA REALIZAR UNA RTUP SE ENCUENTRA CLARAMENTE DETERMINADO Y NO SE RECOMIENDA EN PACIENTES QUE MUESTREN PROSTATAS MAYORES A 60 CC

otro punto fundamental que debe ser analizado por superior en la resolución de esta apelación, es, si como afirman los demandados, la ecografía prostática es importante o no en la definición del tamaño prostático, y si es cierto que el tacto rectal a través del dedo del examinador para palpar la próstata es más objetivo que la ecografía. Estudios señalan que: La ecografía por vía transabdominal o suprapúbica es igual de fiable que la transrectal para la determinación del volumen prostático, y tiene la ventaja de ser una técnica menos engorrosa, más conocida y difundida entre los ecografistas y mejor tolerada por el paciente [10][12]. La

¹ [drperezcarral.es > blog > rtup-que-es](http://drperezcarral.es/blog/rtup-que-es) [Qué es la Resección transuretral de próstata \(RTUP\)](http://drperezcarral.es/blog/rtup-que-es)

En la actualidad, la RTUP es la alternativa quirúrgica de elección para los casos que cursan con síntomas entre moderados y graves producidos por el HBP. Es idónea para pacientes con un

ecografía suprapúbica es de primera elección en el estudio de la próstata. Se reserva la vía transrectal para los pacientes con mala ventana suprapúbica, protocolos de detección precoz del cáncer, tacto rectal dudoso y/o PSA superior a 4 mg/ml [2]².

Así pues, una vez valorado por el urólogo en el Hospital San José, el señor Baudilio García, 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 MAYOR 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 de vía quirúrgica, 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 (que es la misma prostatectomía abierta), 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

² www.nefrologiaaldia.org > es-articulo-ecografia-transabdominal-vejiga-prostata-333 Ecografía transabdominal de la vejiga y próstata La ecografía por vía transabdominal o suprapúbica es igual de fiable que la transrectal para la determinación del volumen prostático, y tiene la ventaja de ser una técnica menos engorrosa, más

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 médica, tiene establecido que cuando la próstata tiene un tamaño mayor a 30 a 60 -maximo 80 CC debe realizarse la cirugía por vía abdominal o transvesical y NO, por vía RTUP, las razones para ello son:

- Garantizar que el tiempo quirúrgico no sea mayor a 50 minutos, para evitar la exposición mayor a la glicina, ya que la exposición prolongada a la Glicina genera hiponatremia, y, por otro lado,
- Para evitar el sangrado que se produce cuando por vía transuretral se realiza una prostatectomía en próstata mayor a 60 - 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, como lo deja entrever la consulta del día 21 de enero de 2019 realizada por el medico Clavijo) 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.

El cambio de vía quirúrgica no era un evento menor, al contrario, es de mayor importancia la elección de la vía quirúrgica de manera adecuada y por lo anterior, era obligatorio, era de suma importancia, registrar en la historia clínica las razones técnico científicas del porqué se cambiaba la vía quirúrgica y esto no se hizo.

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, señaló: *“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”*, de hecho esto concuerda con lo que expresó el perito de U.H.J.B UROLOGOS HOSPITAL SAN JOSÉ BOGOTÁ S.A.S., cuando en la audiencia de contradicción, se le requiere para que señale acorde a su respuesta brindada en el dictamen pericial aportado, ¿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 el perito de U.H.J.B UROLOGOS HOSPITAL SAN JOSÉ BOGOTÁ S.A.S., que próstatas mayores a 150 o 200 g, afirmación que evidencia como el actuar médico, respecto de la vía quirúrgica utilizada resulta equivoca, imperita e imprudente, así mismo, 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)”*

Sin embargo, el perito Cuellar, así como el medico Clavijo, indican entonces que la ecografía por medio de la cual se estableció *“próstata de 319cc”* resultaba ineficiente, esto sin ser una razón concreta o de acuerdo a la lex artis aplicable, pues señalan que esta podría equivocarse; Sin embargo, sobre este último respecto, el perito en su dicho considera que la imagen diagnostica no debería ser repetida al generar duda.

Lo anterior, no fue objeto de análisis en la sentencia, es evidente que el perito no es neutral, que está amañando sus respuestas, que falsea la verdad y que de manera contraria, lo señalado por la perito Fabiola Jiménez -que de manera inentendible, no fue tenida en cuenta por el despacho en la sentencia por el hecho de no ser urologa- es coherente con lo que señalan las guías obrantes en el proceso -mismas que el despacho no tuvo en cuenta para nada- mientras lo señalado por el perito de U.H.J.B UROLOGOS HOSPITAL SAN JOSÉ BOGOTÁ S.A.S., es incoherente y discordante, con las guías que obran en el proceso y es incoherente con cualquier elemental consulta que se haga a este respecto en la web. Lo anterior era razón suficiente para que el despacho determinara la falta de objetividad del perito de U.H.J.B UROLOGOS HOSPITAL SAN JOSÉ BOGOTÁ S.A.S.

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 medico 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 RINCÓN 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 recorres 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 médica¹, 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 (Q.E.P.D), 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 Terapéuticos³ 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		

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 descortes 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,

³ Síndrome de reabsorción Post-resección transuretral (R.T.U) de próstata: revisión de aspectos fisiopatológicos, diagnósticos y terapéuticos, obrante en 020_ED_EXPEDIENTE_020MEMORIALPARTEDEMA

Camargo & Cartagena Abogados S.A.S – Grupo Jurídico Multidisciplinario. Altos Expertos en Negligencia Médica, Derecho de daños y Responsabilidad del estado. DIRECCIÓN: Calle 12B # 8-23 Oficina 214 Bogotá D.C.

TELÉFONOS: (+57) 1 4639174 – 350 620 1754

www.camargocartagenaabogados.com

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, sangró, 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 señaló que la exposición a la Glicina no debe ser mayor a 40 minutos- y que el perito ALVARO CUELLAR, indicó que a un paciente hiponatremicó NO SE LLEVA A CIRUGIA POR VIA ENDOSCOPICA por el riesgo que supone el uso de la glicina

NADA DE TODO LO SEÑALADO HASTA ACA FUE TENIDO EN CUENTA EN LA SENTENCIA.

- 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 arrojó 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 señaló 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 misma 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 los 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 2019

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.”

Así mis, como fue señalado renglones arriba, cabe destacar como en la segunda intervención realizada al señor BAUDILIO GARCIA ORTEGA (Q.E.P.D) se inició con una técnica quirúrgica endoscópica, cosa que implicaba un riesgo superior para el paciente, pues, esta técnica implicaba la exposición a glicina, lo que aumentaría la hiponatremia severa que ya sufría el señor Baudilio (ocasionada en la primera intervención), de hecho esto mismo fue señalado por el perito Cuellar en la audiencia de contradicción, indicando que esta técnica estaba contraindicada para el paciente, en el 100%

SOLICITUDES

De acuerdo con lo que ha sido señalado en el presente, solicito amablemente:

- 1 AI JUZGADO SESENTA Y TRES (63) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D.C. conceda el recurso presentado, atendiendo a su oportunidad y procedencia.
- 2 AI TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE CUNDINAMARCA,
 - a. Admita el recuro elevado
 - b. REVOQUE la sentencia de primera instancia, DECLARE a las demandadas responsables de los daños ocasionados a los demandantes y en consecuencia les CONDENE al pago de los perjuicios causados.

Cordialmente,



CARLOS ALBERTO CAMARGO CARTAGENA
C.C. No 79'318.915 de Bogotá.
T. P. No. 168.358 del C. S. de la J.

