246

JUZGADO DIECISIETE CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI
RECIBIDO
FECHA: 11 JUN
HORA:
FIRMA:

Señor
JUZGADO DIECISIETE CIVIL DEL CIRCUITO
CALI – VALLE DEL CAUCA

REFERENCIA: **PROCESO: VERBAL**
DEMANDANTES: SONIA BENAVIDES Y OTROS
DEMANDADO: NUEVA E.P.S. S.A. Y OTRO.
RADICACIÓN No. 2019-00042
PJ-2299

*****CONTESTACIÓN DE DEMANDA *****

HUGO ARMANDO PÁEZ GONZÁLEZ, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 80.550.482 de Zipaquirá y portador de la tarjeta profesional No. 179.110 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en mi calidad de apoderado judicial de la entidad demandada NUEVA EPS S.A., por medio del presente escrito y estando dentro del término legal me permito dar contestación de la demanda presentada por SONIA BENAVIDES Y OTROS, conforme las siguientes consideraciones:

OPORTUNIDAD PARA LA CONTESTACIÓN

Notificado, como se encuentra el presente proceso y corriendo término de traslado por el término de 20 días, me encuentro dentro de la oportunidad procesal para presentar la contestación respectiva, **sin embargo por haber tiempo faltante, me reservo la posibilidad de adicionar la presente contestación siempre y cuando se presente dicho documento dentro del término legal concedido.**

CONSIDERACIONES PRELIMINARES A LA CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

1. DIFERENCIACIÓN ENTRE OBLIGACIONES DE LA E.P.S. Y LA I.PS.

Las situaciones que engloban la demanda que nos ocupa, en principio tiene un error fundamental, dado que la parte actora no tiene en cuenta las funciones dadas por la Ley las EPS, y en general a cada uno de los partícipes en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, ya que en la mayoría de los casos confunden la prestación del servicio de salud, con la del aseguramiento y promoción del servicio de salud.

Una ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD, es, a la luz de lo definido por el artículo 177 de la Ley 100 de 1993:

> *"...entidades responsables de la afiliación, y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía. Su función básica será organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan de Salud Obligatorio a los afiliados y girar dentro de los términos previstos en la presente Ley, la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes Unidades de Pago por Capitación al Fondo de Solidaridad y Garantía, de que trata el título III de la presente Ley"*

Ante esta definición y determinación de funciones dadas por la ley, se debe ver si la entidad demandada cumplió o no las funciones que por delegación legal tiene, y no endilgar, como se hace en este caso particular, responsabilidades que por su naturaleza y función son propias de otro tipo de entidades o personas, como las IPS donde se hubiera desarrollado el tratamiento médico, o los errores que de haber existido, le fueran imputables a los médicos de manera directa en virtud de la LEX ARTIS.

Teniendo en cuenta lo anterior y al hacer la precisión de que NO existió error médico en el presente caso.

CONTESTACIÓN A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

AL HECHO PRIMERO: ES CIERTO, se hace la salvedad que esto se desprende de la prueba documental aportada.

AL HECHO SEGUNDO: NO ME CONSTA, todo lo concerniente a la sintomatología, diagnóstico, tratamiento y demás circunstancias de modo, tiempo y lugar de la atención brindada a HERNANDO BENAVIDES PARRA ya que esta situación debe estar plasmada en la historia clínica y ésta no está bajo la custodia de NUEVA EPS S.A., por tanto me atendré a lo que esté reflejado en la mencionada historia clínica, ya que adicionalmente son decisiones tomadas por parte del cuerpo médico y la IPS correspondiente.

De otra parte la historia o historias clínicas del paciente HERNANDO BENAVIDES PARRA, están en manos de la IPS que atendió a la paciente, en consecuencia el sitio donde de manera única y privilegiada debe reposar la HISTORIA CLÍNICA de los pacientes y afiliados, esto es LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SALUD IPS y no en las EPS. Sobre el particular basta con observar lo señalado en la ley 23 de 1981, sentencia de la H. Corte Constitucional T- 413 de 1993, M.P. Doctor Carlos Gaviria Díaz, Resolución 1995 de 1999 de la Supersalud:

> *"ARTICULO 13. CUSTODIA DE LA HISTORIA CLÍNICA.*
>
> *La custodia de la historia clínica estará a cargo del prestador de servicios de salud que la generó en el curso de la atención, cumpliendo los procedimientos de archivo señalados en la presente resolución, sin perjuicio de los señalados en otras normas legales vigentes. El prestador podrá entregar copia de la historia clínica al usuario o a su representante legal cuando este lo solicite, para los efectos previstos en las disposiciones legales vigentes."*

Resolución 2321 del 2011 por la cual se dictan disposiciones sobre el reporte de la información de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud y al Sector Salud y el acuerdo 007 de 1994 del Archivo General de la Nación concerniente con la obligatoriedad de prácticas de archivo de documentación obligatorias para las instituciones prestadoras de salud.

AL HECHO TERCERO: NO ME CONSTA, todo lo concerniente a la sintomatología, diagnóstico, tratamiento y demás circunstancias de modo, tiempo y lugar de la atención brindada a HERNANDO BENAVIDES PARRA ya que esta situación debe estar plasmada en la historia clínica y ésta no está bajo la custodia de NUEVA EPS S.A., por tanto me atendré a lo que esté reflejado en la mencionada historia clínica, ya que adicionalmente son decisiones tomadas por parte del cuerpo médico y la IPS correspondiente.

AL HECHO CUARTO: NO ME CONSTA, todo lo concerniente a la sintomatología, diagnóstico, tratamiento y demás circunstancias de modo, tiempo y lugar de la atención brindada a HERNANDO BENAVIDES PARRA ya que esta situación debe estar plasmada en la historia clínica y ésta no está bajo la custodia de NUEVA EPS S.A., por tanto me atendré a lo que esté reflejado en la mencionada historia clínica, ya que adicionalmente son decisiones tomadas por parte del cuerpo médico y la IPS correspondiente.

AL HECHO QUINTO: NO ME CONSTA, todo lo concerniente a la sintomatología, diagnóstico, tratamiento y demás circunstancias de modo, tiempo y lugar de la atención brindada a HERNANDO BENAVIDES PARRA ya que esta situación debe estar plasmada en la historia clínica y ésta no está bajo la custodia de NUEVA EPS S.A., por tanto me atendré a lo que esté reflejado en la mencionada historia clínica, ya que adicionalmente son decisiones tomadas por parte del cuerpo médico y la IPS correspondiente.

AL HECHO SEXTO: NO ME CONSTA, todo lo concerniente a la sintomatología, diagnóstico, tratamiento y demás circunstancias de modo, tiempo y lugar de la atención brindada a HERNANDO BENAVIDES PARRA ya que esta situación debe estar plasmada en la historia clínica y ésta no está bajo la custodia de NUEVA EPS S.A., por tanto me atendré a lo que esté reflejado en la mencionada historia clínica, ya que adicionalmente son decisiones tomadas por parte del cuerpo médico y la IPS correspondiente.

AL HECHO SEPTIMO: NO ME CONSTA, todo lo concerniente a la sintomatología, diagnóstico, tratamiento y demás circunstancias de modo, tiempo y lugar de la atención brindada a HERNANDO BENAVIDES PARRA ya que esta situación debe estar plasmada en la historia clínica y ésta no está bajo la custodia de NUEVA EPS S.A., por tanto me atendré a lo que esté reflejado en la mencionada historia clínica, ya que adicionalmente son decisiones tomadas por parte del cuerpo médico y la IPS correspondiente.

AL HECHO OCTAVO: NO ME CONSTA, todo lo concerniente a la sintomatología, diagnóstico, tratamiento y demás circunstancias de modo, tiempo y lugar de la atención brindada a HERNANDO BENAVIDES PARRA ya que esta situación debe estar plasmada en la historia clínica y ésta no está bajo la custodia de NUEVA EPS S.A., por tanto me atendré a lo que esté reflejado en la mencionada historia clínica, ya que adicionalmente son decisiones tomadas por parte del cuerpo médico y la IPS correspondiente.

AL HECHO NOVENO: NO ME CONSTA, todo lo concerniente a la sintomatología, diagnóstico, tratamiento y demás circunstancias de modo, tiempo y lugar de la atención brindada a HERNANDO BENAVIDES PARRA ya que esta situación debe estar plasmada en la historia clínica y ésta no está bajo la custodia de NUEVA EPS S.A., por tanto me atendré a lo que esté reflejado en la mencionada historia clínica, ya que adicionalmente son decisiones tomadas por parte del cuerpo médico y la IPS correspondiente.

AL HECHO DECIMO: NO ME CONSTA, todo lo concerniente a la sintomatología, diagnóstico, tratamiento y demás circunstancias de modo, tiempo y lugar de la atención brindada a HERNANDO BENAVIDES PARRA ya que esta situación debe estar plasmada en la historia clínica y ésta no está bajo la custodia de NUEVA EPS S.A., por tanto me atendré a lo que esté reflejado en la mencionada historia clínica, ya que adicionalmente son decisiones tomadas por parte del cuerpo médico y la IPS correspondiente.

AL HECHO DECIMO PRIMERO: NO ME CONSTA, todo lo concerniente a la sintomatología, diagnóstico, tratamiento y demás circunstancias de modo, tiempo y lugar de la atención brindada a HERNANDO BENAVIDES PARRA ya que esta situación debe estar plasmada en la historia clínica y ésta no está bajo la custodia de NUEVA EPS S.A., por tanto me atendré a lo que esté reflejado en la mencionada historia clínica, ya que adicionalmente son decisiones tomadas por parte del cuerpo médico y la IPS correspondiente.

AL HECHO DECIMO SEGUNDO: NO ME CONSTA, todo lo concerniente a la sintomatología, diagnóstico, tratamiento y demás circunstancias de modo, tiempo y lugar de la atención brindada a HERNANDO BENAVIDES PARRA ya que esta situación debe estar plasmada en la historia clínica y ésta no está bajo la custodia de NUEVA EPS S.A., por tanto me atendré a lo que esté reflejado en la mencionada historia clínica, ya que adicionalmente son decisiones tomadas por parte del cuerpo médico y la IPS correspondiente y la NECROPSIA deberá aportarse como documento probatorio del cual NO puedo dar fe de su veracidad.-

AL HECHO DECIMO TERCERO: NO ME CONSTA, todo lo concerniente a la sintomatología, diagnóstico, tratamiento y demás circunstancias de modo, tiempo y lugar de la atención brindada a HERNANDO BENAVIDES PARRA ya que esta situación debe estar plasmada en la historia clínica y ésta no está bajo la custodia de NUEVA EPS S.A., por tanto me atendré a lo que esté reflejado en la mencionada historia clínica, ya que adicionalmente son decisiones tomadas por parte del cuerpo médico y la IPS correspondiente, pero se hace la salvedad que la NECROPSIA se realiza una vez fallece el paciente y pueden haber hallazgos médicos que no eran evidentes al momento de la atención.

AL HECHO DECIMO CUARTO: NO ME CONSTA, por ser un hecho de terceros del cual no me puedo pronunciar y deberá probarse en debida forma

AL HECHO DECIMO QUINTO: NO ES UN HECHO, es un análisis que realizo el apoderado actor realizo y menciona la prueba pericial aportada que tendrá que ser controvertida en debida forma de acuerdo al Art. 228 de C.G.P.

AL HECHO DECIMO SEXTO: NO ES UN HECHO, es un análisis que realizo el apoderado actor realizo y menciona la prueba pericial aportada que tendrá que ser controvertida en debida forma de acuerdo al Art. 228 de C.G.P.

AL HECHO DECIMO SEPTIMO: NO ES UN HECHO, es un análisis que realizo el apoderado actor realizo y menciona la prueba pericial aportada que tendrá que ser controvertida en debida forma de acuerdo al Art. 228 de C.G.P.

AL HECHO DECIMO OCTAVO: NO ES UN HECHO, es un análisis que realizo el apoderado actor realizo y menciona la prueba pericial aportada que tendrá que ser controvertida en debida forma de acuerdo al Art. 228 de C.G.P.

AL HECHO DECIMO NOVENO: NO ES UN HECHO, es un análisis que realizo el apoderado actor realizo y menciona la prueba pericial aportada que tendrá que ser controvertida en debida forma de acuerdo al Art. 228 de C.G.P.

AL HECHO VIGESIMO: NO ES UN HECHO, es un análisis que realizo el apoderado actor realizo y menciona la prueba pericial aportada que tendrá que ser controvertida en debida forma de acuerdo al Art. 228 de C.G.P.

AL HECHO VIGESIMO PRIMERO: NO ES UN HECHO, es un análisis que realizo el apoderado actor realizo y menciona la prueba pericial aportada que tendrá que ser controvertida en debida forma de acuerdo al Art. 228 de C.G.P.

AL HECHO VIGESIMO SEGUNDO: NO ME CONSTA, todo lo concerniente a la sintomatología, diagnóstico, tratamiento y demás circunstancias de modo, tiempo y lugar de la atención brindada a HERNANDO BENAVIDES PARRA ya que esta situación debe estar plasmada en la historia clínica y ésta no está bajo la custodia de NUEVA EPS S.A., por tanto me atendré a lo que esté reflejado en la mencionada historia clínica, ya que adicionalmente son decisiones tomadas por parte del cuerpo médico y la IPS correspondiente.

AL HECHO VIGESIMO TERCERO: NO ME CONSTA, son apreciaciones personales del apoderado actor que deberán probarse en debida forma.

A LAS PRETENSIONES

Me opongo a todas y cada una de las pretensiones de los demandantes ya que no existe fundamento jurídico o fáctico alguno que pueda conllevar responsabilidad a NUEVA EPS S.A. en relación a los hechos que se indican en el libelo demandatorio, ya que supuestas negligencias mencionadas no tienen incidencia directa en el resultado.

NO existe nexo de causalidad entre la actuación de mi representada judicial y las afirmaciones dadas por el apoderado actor que conllevaron a las desafortunadas secuelas de la señora HERNANDO BENAVIDES PARRA.

Obsérvese cómo en la demanda y en el material probatorio se demuestran hechos exculpantes para NUEVA EPS S.A.

En lo que respecta a las pretensiones declarativas me permito manifestar que me opongo a ellas por las siguientes razones.

1. NUEVA EPS S.A. cumple con sus obligaciones contractuales y legales para con su afiliada desde que fue asumida su atención, lo que nos lleva a señalar que en el presente caso a la desafortunada muerte del señor HERNANDO BENAVIDES PARRA, tiene relación directa con la patología presentada y el tipo de procedimiento a realizar, pero se evidencia que se le autorizaron los procedimientos médicos requeridos de acuerdo a la disponibilidad existente en la red de prestadores.
2. INEXISTENCIA DE ERROR MEDICO debido a que la desafortunada muerte del señor HERNANDO BENAVIDES PARRA tiene relación directa con la patología presentada.
3. En lo que respecta a las pretensiones de condena, no existe causa alguna que implique deber indemnizatorio por parte de Nueva EPS S.A.

No están demostrados los perjuicios alegados, la cuantía solicitad desborda cualquier lógica debido a que no tiene en cuenta los antecedentes médicos del paciente.

A LOS FUNDAMENTOS DE DERECHO

La responsabilidad tiene como elementos constitutivos los siguientes, a) un hecho o una conducta culpable o riesgosa; b) un daño o perjuicio concreto a alguien; y c) el nexo causal entre los anteriores supuestos.

Así es aceptado por la doctrina y la jurisprudencia, tal como se establece en la sentencia 022 de 22 de febrero de 1995, donde reiteró que de acuerdo con "*la doctrina sobre la cual descansa sin duda el artículo 2341 del C.C., se tiene por verdad sabida que quien por sí o a través de sus agentes causa a otro un daño, originado en hecho o culpa suya, está obligado a resarcirlo, lo que equivale a decir que quien reclame a su vez indemnización por igual concepto, tendrá que demostrar, en principio, el perjuicio padecido, el hecho intencional o culposo atribuible al demandado y la existencia de un nexo adecuado de causalidad entre ambos factores (...) (G.J. Tomos CLII, pág. 108, y CLV, pág. 210)*"(Expediente No.4345, M. P. Carlos Esteban Jaramillo Schloss).

Determinados los elementos de la responsabilidad se debe determinar si existen en el mundo fáctico y jurídico los tres elementos constitutivos de responsabilidad atribuible a los partícipes el presunto hecho dañoso, o si por el contrario se evidencia, como en efecto sucede, que hay carencia de alguno de ellos, **RESPECTO DE LA DEMANDADA A NUEVA EPS S.A.** eliminándose así la responsabilidad alegada, es el caso de la RUPTURA DEL NEXO CAUSAL entre el hecho o conducta dañosa y el perjuicio o daño concreto.

Entre la acción dañosa y el daño como tal debe existir un nexo de causalidad, lo que implica una relación causa efecto, pero los hechos generadores del daño alegado deben provenir del agente al que se le imputa la responsabilidad, es así que de contera se concluye que no puede imputarse responsabilidad alguna cuando el hecho alegado como dañoso es producido por fuerza mayor, caso fortuito, **hecho de un tercero** o condiciones propias de la patología presentada.

El elemento nexo de causalidad

Una vez establecida la existencia de un daño, es necesario para que se pueda hablar de responsabilidad, pasar al elemento *nexo de causalidad*, en este orden de ideas la relación de causalidad esta llamada a establecer la relación causa efecto en una circunstancia determinada, esto es la causalidad va encaminada a determinar el POR QUE de las cosas esto es establecer qué o quién ocasionó determinada consecuencia, cuál fue la *causa, origen o génesis* por la cual sucedió esto y no lo otro.

En relación con este tema se ha pronunciado la Corte Suprema de Justicia, al indicar que: *"El fundamento de la exigencia del nexo causal entre la conducta y el daño no sólo lo da el sentido común, que requiere que la atribución de consecuencias legales se predique de quien ha sido el autor del daño, sino el artículo 1616 del Código Civil, cuando en punto de los perjuicios previsibles e imprevisibles al tiempo del acto o contrato señala que si no se puede imputar dolo al deudor, éste responderá de los primeros cuando son 'consecuencia inmediata y directa de no haberse cumplido la obligación o de haberse demorado su cumplimiento'. Por lo demás, es el sentido del artículo 2341 ib. El que da la pauta, junto con el anterior precepto, para predicar la necesidad del nexo causal en la responsabilidad civil, cuando en la comisión de un 'delito o culpa' –es decir, de acto doloso o culposo– hace responsable a su autor, en la medida en que ha inferido 'daño a otro'."*

De tal manera que puede sostenerse que el nexo causal hace referencia a la relación que debe existir entre el comportamiento o conducta del agente y el resultado desfavorable producido; esta verificación causal debe hacerse a través de un estudio retrospectivo donde se tienen en cuenta los hechos acaecidos que se considera han sido el antecedente de la consecuencia producida, teniendo siempre presente que en este proceso cada antecedente

es un eslabón más de la cadena causal que ha intervenido en la generación del hecho que se investiga.

El objetivo que se busca entonces, con la carga que se impone de tener que probar el nexo de causalidad, en los procesos de responsabilidad civil, es establecer una relación entre la conducta asumida por una persona, natural o jurídica, y las consecuencias de sus actos, en otras palabras, lo que se pretende es probar la existencia de una conexión necesaria entre un antecedente (causa) y un consecuente (efecto).

NO existe nexo de causalidad entre las afirmaciones dadas por el apoderado actor y las desafortunadas consecuencias que padeció el paciente, ya que estas se deben a las complicaciones inherentes al accidente presentado, su edad y el avance de las patologías presentadas.

PERO CUAL ES LA CONDUCTA DE LA EPS?

Revisado el caso en discusión, la entidad Nueva EPS S.A. cumplió con su responsabilidad de brindar al usuario el acceso a los servicios de salud en entidades acreditadas, reconocidas legalmente, debidamente facultadas para ofrecer la atención médica.

Autorizó todos los tratamientos que requirió el paciente de acuerdo a la disponibilidad existente.

A su cargo asumió los tratamientos requeridos por el usuario.

Cuando ha requerido otras atenciones en salud, las ha brindado a través de la red hospitalaria.

NO ENCONTRAMOS UNA SOLA DECISIÓN DE LA EPS QUE CONSTITUYA EL NEXO CAUSAL ENTRE EL DAÑO SUFRIDO POR LOS DEMANDANTES Y EL HECHO QUE CAUSA EL DAÑO.

Para el caso en concreto, la determinación y comprobación de la relación de causalidad requería la determinación de la conducta que como culposa se requiere para hilar la misma causalidad. Así entonces no se encuentra prueba dentro del recaudo probatorio que demuestre que la Nueva EPS. S.A. omitió, retardó o cumplió defectuosamente sus obligaciones frente a la usuaria.

Es claro que no es la E.P.S. la responsable dentro del Sistema de Seguridad Social en Salud de los diagnósticos, procedimientos, rehabilitación y prevención de sus afiliados, tales obligaciones están radicadas en cabeza de los prestadores de servicios de salud (I.P.S.) tanto naturales como jurídicas, correspondiendo a la E.P.S. garantizar el acceso de su afiliado o beneficiario a tales prestaciones a través de su red propia prestadora de servicios de salud o a través de una red externa contratada, obligación que se cumplió a cabalidad por mi mandante.

Igualmente se garantizó al usuario la prestación del servicio de acuerdo al artículo 159 de la Ley 100 de 1993 como se verá en las excepciones a plantear.

El hecho dañoso

Los demandantes pretenden endilgar una responsabilidad bajo el instituto de responsabilidad correspondiente a culpa o falla probada por falla en la prestación del servicio.

Respecto de la entidad Nueva EPS S.A. debe ser claro que la culpa probada por la falla médica hace relación expresamente a una actividad médica, que escapa de la órbita de manejo de la EPS.

Sin perjuicio que bajo la teoría de la culpa probada pueda endilgarse responsabilidad alguna a la entidad hospitalaria, en forma alguna puede derivarse de allí responsabilidad de la EPS.

El daño

El daño lo encuadran en la situación de la existencia de las complicaciones por la lesión y patología presentada por el paciente, por una presunta mala práctica médica, sin embargo existen situaciones propias del paciente que pueden llevar a concluir que el daño en sí mismo considerado, devino no de dicha actuación, sino de situaciones particulares, como por ejemplo, las condiciones propias de la patología presentada después del ingreso tardío a la institución, en este orden de ideas se debe hacer un análisis sobre el verdadero origen del daño, y junto a este la determinación de los perjuicios de orden material y moral que pretenden los accionantes, en caso contrario se debe dar por sentado que existe una ruptura de nexo de causalidad por hecho propio del paciente, y de esta manera se eliminarían los elementos de la responsabilidad que se persigue con esta acción.

ARGUMENTOS DE DEFENSA DE LA ENTIDAD NUEVA EPS S.A.

La Entidad que represento no reconoce responsabilidad alguna en la desafortunada muerte del paciente al considerar que corresponde al desenlace previsible de su diagnóstico, por lo que propondremos como excepciones las siguientes:

- **INEXISTENCIA DE DAÑO INDEMNIZABLE IMPUTABLE A NUEVA EPS S.A.**
- **INEXISTENCIA DE ERROR MEDICO**
- **CUMPLIMIENTO CABAL DE LAS OBLIGACIONES DE LA NUEVA EPS S.A. EN SU CONDICIÓN DE ASEGURADOR.**
- **INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD DE NUEVA EPS S.A. POR HECHO DE TERCERO**
- **AUSENCIA DE CULPA Y RUPTURA DEL NEXO CAUSAL POR HECHO IMPUTABLE DE MANERA EXCLUSIVA A UN TERCERO.**
- **CARENCIA ABSOLUTA DE PRUEBA DE NEXO CAUSAL ENTRE LA OMISIÓN ENDILGADA A NUEVA EPS Y EL DAÑO ALEGADO.**
- **INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD POR CARENCIA DEL DAÑO ANTIJURÍDICO.**
- **CONDICIONES PROPIAS DE LA PATOLOGIA DEL PACIENTE**
- **COBRO DE LO NO DEBIDO**
- **EXCEPCIÓN GENÉRICA**

1. **INEXISTENCIA DE DAÑO INDEMNIZABLE IMPUTABLE A NUEVA EPS SA.**

Es claro también que la mala praxis médica debe ser evidente y no solo valorar la situación por el resultado final (agravamiento de la paciente, secuelas, muerte, e.t.c.), ya que esto puede llevar a error en la definición de la existencia o no de responsabilidad por parte del cuerpo médico o cualquier agente del SGSSS, por lo anterior se deben ver varios factores para determinar la existencia de

responsabilidad, como los factores internos y externos de la paciente (complicaciones inherentes a la patología), gravedad de la patología presentada, pronóstico de recuperación (mal pronóstico), antecedentes de la paciente, los resultados del diagnóstico diferencial practicado, y en este caso particular la responsabilidad de cada uno de los partícipes en el hecho de acuerdo al esquema del S. G. S. S. S.

2. INEXISTENCIA DE ERROR MEDICO

En el presenta caso NO existe error médico, ya que como quedara probado en el proceso, la IPS no actuó de forma negligente debido a que atendió al paciente en debida forma y dio cumplimiento a los protocolos respectivos para este tipo de patología después del accidente y el acto médico practicado, además con agravante de su edad y las patologías encontradas en la necropsia..

3. CUMPLIMIENTO CABAL DE LAS OBLIGACIONES DE LA NUEVA EPS S.A. EN SU CONDICIÓN DE ASEGURADOR.

Se garantizó a la usuaria la prestación del servicio de acuerdo al artículo 159 de la Ley 100 de 1993 que establece:

> "GARANTÍAS DE LOS AFILIADOS". Se garantiza a los afiliados al Sistema de General de Seguridad Social en Salud la debida organización y prestación del servicio público de salud, en los siguientes términos:
> 1. La atención de los servicios del Plan Obligatorio de Salud del artículo 162 por parte de la Entidad Promotora de Salud respectiva a través de las Instituciones Prestadoras de servicios adscritas.
> 2. La atención de urgencias en todo el territorio nacional."

Una ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD, es, a la luz de lo definido por el artículo 177 de la Ley 100 de 1993:

> *"...entidades responsables de la afiliación, y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía. Su función básica será organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan de Salud Obligatorio a los afiliados y girar dentro de los términos previstos en la presente Ley, la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes Unidades de Pago por Capitación al Fondo de Solidaridad y Garantía, de que trata el título III de la presente Ley"*

Y son funciones de dichas entidades, las cuales se cumplieron a cabalidad por la NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD, NUEVA EPS S.A., con el afiliado HERNANDO BENAVIDES PARRA, de acuerdo con la Ley 100 de 1993 y la Ley 1122 de 2007, las siguientes:

> *"Ley 100 de 1993*
>
> *Artículo 178. FUNCIONES DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD. Las Entidades Promotoras de Salud tendrán las siguientes funciones:*

1. *Ser delegatarias del Fondo de Solidaridad y Garantía para la captación de los aportes de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud.*
2. *Promover la afiliación de grupos de población no cubiertos actualmente por la Seguridad Social.*
3. *Organizar la forma y mecanismos a través de los cuales los afiliados y sus familias puedan acceder a los servicios de salud en todo el territorio nacional. Las Empresas Promotoras de Salud tienen la obligación de aceptar a toda persona que solicite afiliación y cumpla con los requisitos de Ley.*
4. *Definir procedimientos para garantizar el libre acceso de los afiliados y sus familias, a las Instituciones Prestadoras con las cuales haya establecido convenios o contratos en su área de influencia o en cualquier lugar del territorio nacional, en caso de enfermedad del afiliado y su familia.*
5. *Remitir al Fondo de Solidaridad y Compensación la información relativa a la afiliación del trabajador y su familia, a las novedades laborales, a los recaudos por cotizaciones y a los desembolsos por el pago de la prestación de servicios.*
6. *Establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.*
7. *Las demás que determine el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.*

Ley 1122 de 2007
Artículo 14. Organización del Aseguramiento. Para efectos de esta ley entiéndase por aseguramiento en salud, la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario. Lo anterior exige que el asegurador asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones establecidas en los Planes Obligatorios de Salud. (...)"

Está a cargo de NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD, NUEVA EPS S.A., como Aseguradora por mandato legal los siguientes aspectos:

a) ASEGURAMIENTO:

- *Elementos desde el punto de vista comercial:*

1. *Un riesgo: (Contingencia en términos del modelo de seguros sociales) cubierto que en el caso de la seguridad social se concreta hoy en términos de prestaciones o beneficios mismos, Frente a la salud el riesgo es la enfermedad y la maternidad. Se trata de un riesgo de carácter público colectivo.*
2. *Un asegurador: Quien asume a cuenta de otro la cobertura de las prestaciones para superar los efectos del riesgo. Corresponde a entidades privadas, públicas y solidarias especializadas.*
3. *Un Tomador: R. Contributivo: Empleador y trabajador ó independiente. R. Subsidiado: El Estado.*
4. *Un asegurado: Quien está cubierto por el seguro, esto es, a quien se reconocerá las prestaciones una vez acontezca el riesgo o contingencia. Se trata de la persona (afiliado tanto del régimen contributivo como en el subsidiado) y de su grupo familiar.*

5. *Una Prima o pago por el contrato de seguro: Esto es el valor por cubrir el riesgo o la contingencia. La Unidad de Pago por Capitación.*
6. *Una Cobertura: Las prestaciones que el asegurador se obliga a reconocer al asegurado cuando acontezca la ocurrencia del riesgo. Atención en Urgencias. El Plan de Salud Pública, los planes en eventos catastróficos y accidentes de tránsito (cubiertos con una póliza simultánea), y los planes obligatorios de salud de cada régimen.*
7. *Una Normatividad: Referida a las regulaciones que rigen la relación del aseguramiento, su contenido y términos.*

b) LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO FINANCIERO
Las aseguradoras tienen a su cargo el manejo y la responsabilidad del riesgo por la gestión financiera de los recursos que integran el circulo de los ingresos para el servicio de salud; quieren decir que son los responsables a nombre del servicio público del Fosyga, como lo señala la Ley 100 de 1993, de recaudar, hacer seguimiento y cobrar las cotizaciones en el régimen contributivo y de administrar, incluido el concepto de exigir el pago, de las unidades de pago a las entidades territoriales por concepto de los afiliados en el régimen subsidiado de salud.
TRASLADO DEL RIESGO: La aportación de los empleados se justifica en el traslado de una responsabilidad que as la luz de la legislación laboral les correspondería por la enfermedad o maternidad de los trabajadores a su cargo, la cual entregan, concurriendo el pago de los aportes con los que se financiará la prima del aseguramiento.

c) LA GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD
Implica que resulta a cargo de las aseguradoras asumir los niveles y recurrencias en los eventos de enfermedad, considerando la compensación del riesgo, en términos de aquellas personas afiliadas con menores niveles de riesgo respecto de aquellas con niveles superiores.
Por ello es tan importante que un esquema de aseguramiento logre eficaces estrategias y programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y que las aseguradoras se articulen en su gestión del riesgo al diseño, ejecución y seguimiento de las políticas públicas de salud.

4. INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD DE NUEVA EPS S.A. POR HECHO DE TERCERO.

El acto médico demandado (atención médica, diagnostico, cirugía y demás) no fue desplegado por LA NUEVA E.P.S. S.A. La Empresa Promotora de Salud que represento, por ley, no se compromete con sus afiliados a prestar los servicios de salud, su compromiso y obligación legal consiste en garantizar el acceso a los servicios de salud, obligación que cumple a través de una red prestadora de servicios de salud que puede constituir con sus propias Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud o contratadas. En el presente caso, lo hizo a través de su red de IPS contratada y adicionalmente cada una de ellas (IPS) actúa con absoluta independencia y autonomía bajo su absoluta discrecionalidad científica.

Se incurre en error en la demanda al pretender de la Empresa Promotora de Servicios de Salud, obligaciones que solo le son exigibles al Prestador de Servicios de Salud IPS, entidades que son de naturaleza eminentemente diferentes y en consecuencia el contrato suscrito para la afiliación al sistema de Seguridad Social en Salud a través de una EMPRESA PROMOTORA DE SALUD,

Calidad que en el presente caso ostenta LA NUEVA EPS S.A., no es un contrato de prestación de servicios sino un contrato de afiliación al sistema.

Es decir, que la obligación que como supuestamente defectuosa se considera por el demandante, no estaba radicada en cabeza de NUEVA E.P.S. S.A. sino en el equipo médico contratado por la I.P.S.:

a) El equipo de salud obligado a observar la lex artis, los protocolos de atención de esta clase de servicios médicos, y sobre todo a ajustar sus conductas médicas a los preceptos contenidos en la Ley 23 de 1981. De tal manera que no es posible para la Empresa Promotora de Salud, en este caso LA NUEVA E.P.S. S.A. supervisar, coordinar, controlar ni vigilar la conductas de los profesionales de la salud contratados directamente por la I.P.S., es decir, que no le es exigible responsabilidad alguna puesto que las personas que integraban el equipo médico no estaban a cargo ni bajo el cuidado y vigilancia de la Empresa Promotora de Salud, y tampoco fue NUEVA E.P.S. S.A., quien desplegó los actos demandados, vale decir, no puede predicarse responsabilidad por el hecho propio ni tampoco responsabilidad de terceros que estén bajo su cuidado.

b) Tampoco es aplicable la responsabilidad solidaria que se depreca en la demanda por cuanto la solidaridad solo puede tener origen legal o contractual, y legalmente, como ya se vio, no está consagrada, y contractualmente, no es posible pues no existe ningún vínculo jurídico entre el equipo médico o entre cada uno de los integrantes del mismo y mi mandante.

En este caso la **responsabilidad solidaria contractual por parte de la NUEVA E.P.S. S.A. es inexistente**, esto de conformidad con lo dispuesto en el artículo 1568 del Código Civil el cual en lo pertinente expresa:

"La solidaridad debe ser expresamente declarada en todos los casos en que no la establece la ley".

Es necesario resaltar que la solidaridad no se presume, la misma debe ser declarada.

La responsabilidad por el hecho médico y por el hecho institucional, debe ser asumida por quien efectivamente lleva a cabo el acto, que por acción o por omisión haya causado un perjuicio.

Resulta evidente que la responsabilidad de la E.P.S. radica en la escogencia de la red de prestadores de servicios de salud, de la contratación de la I.P.S. habilitadas y de la calidad del servició, en términos de oportunidad y accesibilidad

Lo mismo no ocurre en torno a la prestación misma del servicio médico, dado que sobre el acto médico y el acto institucional, no tiene injerencia ni participación.

Por tanto la responsabilidad de una EPS no puede ir más allá de la declarada y prevista legalmente.

Así lo señaló la Sentencia C 616/01, donde establece lo siguiente:

> *"A través de la Ley 100 de 1993, el Congreso de la República instituyo un Sistema de Seguridad en salud que tiene como objetivo primordial lograr la universalidad, es decir, la cobertura de los habitantes, al señalar la obligatoriedad de la afiliación. El sistema ofrece a todos su afiliados, ya sean del régimen contributivo o del subsidiado, los*

beneficios de un plan obligatorio (Plan Obligatorio de Salud) que otorga protección integral a la salud con atención preventiva, médico-quirúrgica y medicamentos esenciales, Así mismo contempla el deber del Estado de Ofrecer la Asistencia pública a todas las personas que no se encuentren afiliadas al régimen contributivo o subsidiado, gdurante un periodo de transición, mientras gradualmente se llega a la universalidad del sistema.

Para la administración del sistema la ley contempla un diseño institucional dentro del cual es posible diferenciar, por un lado las Entidades Promotoras de (EPS) cuya responsabilidad fundamental es la afiliación de los usuarios y la prestación a sus afiliados del Plan Obligatorio de Salud (POS), y por otro lado las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), que son entidades privadas, oficiales, mixtas, comunitarias o solidarias, organizadas para la prestación de los servicios de salud a los afiliados al Sistema, dentro de la EPS o fuera de ellas.

Se tiene de esta manera que las EPS podrán prestar los servicios del POS directamente, a través de su IPS, o contratar con IPS o con profesionales independientes, o sin grupos de práctica profesional debidamente constituidos. A su vez los usuarios podrán elegir libremente, primero la EPS a la cual desean afiliarse, y luego, la IPS dentro de las opciones ofrecidas".

Debo concluir que pretender extender la responsabilidad por el acto médico a la NUEVA EPS S.A., equivale a determinar contra la NUEVA EPS S.A. una responsabilidad objetiva -- basada en el hecho de un tercero -- respecto del cual no está en posibilidad de controlar o dirigir, al no poder estar en cada consultorio médico o sala de cirugía en que se atienda a un afiliado suyo.

Así mismo se precisa tener presente que con relación al ejercicio de las profesiones de la salud, rige el principio de confianza, máxime cuando se trata de PERSONAS JURÍDICAS y se infiere que cada una de las personas naturales (profesionales de la salud) y jurídicas contratados cumplirán su rol.

No existe el deber objetivo de cuidado de vigilancia frente a las personas naturales y jurídicas contratadas. No se puede esperar que la E.P.S. tenga un vigilante para cada uno de los actos de cada uno de los médicos e instituciones que contrata, su deber de cuidado llega hasta la selección del personal y de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y la disponibilidad de recursos físicos y técnicos para la atención de sus usuarios. Pretender tal situación sería atentar contra la autonomía del médico, tan duramente defendida en todos los ámbitos, en consideración a que este se rige por la Lex artis, solo propia de los galenos, lo que los hace responsables de su actuar de manera directa.

"La lex artis. La determinación de una mala praxis en la formulación de un diagnóstico debe estar precedida por un acatamiento a las normas que constituyen la denominada lex artis.

Lex artis, constituye un comportamiento por parte del profesional médico que se adecue a las normas o disposiciones de orden médico y técnico y de aquellas reglas que sin estar mencionadas expresamente forman parte de la veterata consuetudo y que tienen que gravitar como indicadores de la conducta médica.

La estimación que se efectúe de esas reglas señalará o no la existencia de una responsabilidad, teniendo en cuenta que son insustituibles y de mayor estricto cumplimiento para la neutralización de cualquier imputación en la conducta del médico de la existencia de culpa. (conf. Juan H. Sproviero, Mala Praxis, Buenos Aires, Abeledo-Perrot , 1994, p.181.)"

Cuando un médico al efectuar un diagnóstico actúa con el conocimiento debido del arte y la ciencia queda evidenciada su idoneidad exigible a todo profesional en la materia, más allá del error o equivocación que la falibilidad humana admite.

En tal sentido debe tenerse en cuenta que es imprescindible la idoneidad como presupuesto básico de la lex artis, porque en ese caso se excluye la posibilidad de una impericia, que constituye uno de los elementos indispensables para configurar la culpa médica: en una palabra la idoneidad constituye un factor positivo de suficiencia técnica que elimina la posibilidad del factor negativo, cual lo es la impericia que es un desconocimiento de los conocimientos técnicos imprescindibles para llegar a un diagnóstico correcto.

La lex artis y la adopción de las normas que ella implica, tornan totalmente inculpable al acto médico que implica el diagnóstico cuando el mismo no es acertado, por ende, la normal aplicación de las reglas que la configuran conduce en ese caso a que el diagnóstico equivocado o erróneo sea totalmente excusable.

En tal sentido, respetando los elementos configurativos de la lex artis para establecer un diagnóstico, el médico debe aplicar todos los elementos clínicos y paraclínicos que la medicina en su estado actual de tecnología otorga.

La omisión de algún elemento trascendental para obtener el diagnóstico correcto puede constituir una conducta culposa y deplorable que en resumidas cuentas implica una responsabilidad del profesional actuante." (Argumento tomado de Antonio Grille –Uruguay). (Negrilla y resaltado fuera de texto)

5. AUSENCIA DE CULPA y RUPTURA DEL NEXO CAUSAL POR HECHO IMPUTABLE DE MANERA EXCLUSIVA A UN TERCERO.

Esta excepción se propone respecto a NUEVA EPS S.A. como demandada.

De la ausencia de culpa de la Nueva EPS S.A.

El señor HERNANDO BENAVIDES PARRA, acudió en virtud de su afiliación a la IPS que estaba disponible para la zona en la red de la EPS, y es allí donde se realiza la determinación de la patología que presentaba y su posterior tratamiento que errado o no, se determina de manera clara y contundente que NO FUE NUEVA E.P.S. S.A. la que cometió, de haber existido, algún error en ese sentido, (situación que obviamente -debe probar la parte que la alega), sin embargo se demuestra que NUEVA EPS S.A., en el tiempo en que autorizo de acuerdo a la disponibilidad existente, la atención a HERNANDO BENAVIDES PARRA hizo en debida forma, sin que se hubiera negado acceso alguno a la atención que requería injustificadamente, no obstante lo anterior se da la mejor atención posible al paciente, nótese en la historia clínica cómo cada uno de los requerimientos del paciente fueron autorizados por NUEVA E.P.S. S.A., cumpliendo con ello sus obligaciones de entidad aseguradora del servicio de salud, luego la responsabilidad por el resultado final no puede ser imputado a actividad positiva o negativa de NUEVA E.P.S. S.A.

230

Sin embargo es necesario aclarar que Nueva EPS S.A. es una empresa promotora de salud que se rige por la ley 100 de 1993 y demás normas legales y reglamentarias que regulan el sistema; es así que las EPS como administradoras del riesgo en salud pueden prestar los servicios médicos y asistenciales a sus afiliados de manera directa a través de sus propias IPS o mediante IPS contratadas.

Nueva EPS S.A. NO tiene integración vertical, es decir que no es propietaria de ninguna IPS y todos los servicios que debe prestar a sus afiliados lo hace a través de otras personas jurídicas o naturales IPS mediante relación contractual. La anterior aclaración cobra especial importancia, toda vez que permiten dejar en claro que Nueva EPS S.A. y la INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD, son personas jurídicas diferentes, con objetos sociales distintos y que responden por responsabilidades diversas dentro del Sistema Integral de Seguridad social en salud.

El paciente HERNANDO BENAVIDES PARRA, NO concurrió a la EPS para que se le prestaran servicios de salud, como erróneamente lo quiere hacer ver el apoderado actor, pues Nueva EPS S.A. no presta estos servicios; HERNANDO BENAVIDES PARRA acudió a la INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD, en calidad de IPS tratante y en virtud de la afiliación al sistema integral en salud; así queda claro que quien prestó los servicios de salud fue la IPS.

De lo anterior queda claro, que si el título de imputación de responsabilidad en el presente caso es la falla en el servicio médico, como se desprende de la demanda, esta no puede ser imputada a NUEVA EPS S.A. pues de ninguna manera participo, directa o indirectamente, del diagnóstico y tratamiento brindado a la paciente, por ser esto exclusivo de la ciencia médica.

Así lo ha dejado claro la jurisprudencia del H. Consejo de Estado en reciente fallo de la Sección Tercera, con Ponencia de la Dra. MYRIAM GUERRERO DE ESCOBAR Bogotá, D.C., veintiocho (28) de abril de dos mil diez (2010).

"*(...)*

IV.- Las pretensiones de la demanda están llamadas a prosperar y por esa razón la sentencia de primera instancia objeto del recurso de apelación será revocada, por cuanto dentro del proceso se probó la existencia de los elementos constitutivos de falla en el servicio, que resultan determinantes en la producción de la muerte del menor (...).

(...)

En relación con la responsabilidad que se imputa en la demanda a la Caja de Previsión Social de Comunicaciones - CAPRECOM - debe señalarse que, como se ha indicado anteriormente, la falla en la prestación del servicio se produjo por la carencia de recursos físicos necesarios para una adecuada atención médica que requirió el recién nacido en el Hospital (...), entidad en la que fue asistido el parto de la demandante en virtud de la relación contractual existente entre la entidad promotora de salud (E.P.S) y la institución prestadora del servicio (I.P.S.), ***sin embargo, de los documentos allegados al proceso se observa claramente que CAPRECOM no intervino, ni directa, ni indirectamente en la producción del hecho dañoso y por esa razón no es posible endilgársele responsabilidad alguna a título de falla en la prestación del servicio, todo lo contrario, se acreditó que la disposición para la atención de la paciente por***

231

parte de la (E.P.S) CAPRECOM fue permanente. Por las anteriores razones la Caja de Previsión Social de Comunicaciones CAPRECOM será absuelta."

Démonos cuenta cómo se establece en la jurisprudencia anotada que existe limite a la responsabilidad de cada uno de los integrantes del sistema, por lo que no se puede inferir, de manera anticipada que un error u omisión, de haber existido, en el diagnóstico, tratamiento y/o cirugía, post-operatorio de HERNANDO BENAVIDES PARRA sea imputable de manera inmediata a la EPS a la que estaba afiliada la paciente y menos aun cuando por parte de dicha entidad (para el presente caso NUEVA EPS S.A.), se ha demostrado que se dio la atención necesaria, que no le falto nada, que se dio la medicina requerida, que son obligaciones de la EPS por medio de las autorizaciones solicitadas para el servicio, con lo cual su obligación está cumplida a cabalidad, lo que necesariamente implica que el actuar de NUEVA EPS S.A. no fue determinante para el resultado en el paciente que es la muerte del señor HERNANDO BENAVIDES PARRA y de igual manera NUEVA EPS S.A. en ejercicio de sus obligaciones no entorpeció los procedimientos definidos por los médicos, por el contrario brindo el apoyo necesario y no puso traba alguna para la óptima atención del paciente.

De lo anterior puede deducirse de manera absoluta y definitiva que NO HAY ACTO DE PARTE DE NUEVA EPS S.A. DEL QUE SE PUEDA ESTABLECER UNA CONDUCTA CONTRARIA A DERECHO YA QUE ESTA ENTIDAD ACTUÓ DENTRO DE LOS LIMITES DE SUS OBLIGACIONES CON TODA LA DISPOSICIÓN Y DENTRO DE LOS PARÁMETROS DE OPORTUNIDAD Y EFICIENCIA PROPIOS DE LA ENTIDAD.

6. CARENCIA ABSOLUTA DE PRUEBA DE NEXO CAUSAL ENTRE LA OMISIÓN ENDILGADA A NUEVA EPS S.A. Y EL DAÑO ALEGADO

El ***onus probandi*** (o **carga de la prueba**) expresión latina del principio jurídico que señala quién está obligado a probar un determinado hecho ante los tribunales.

El fundamento del *onus probandi* radica en un viejo aforismo de derecho que expresa que "lo normal se presume, lo anormal se prueba". Por tanto, quien invoca algo que rompe el estado de normalidad, debe probarlo ("*affirmanti incumbit probatio*": a quien afirma, incumbe la prueba). Básicamente, lo que se quiere decir con este aforismo es que la carga o el trabajo de probar un enunciado debe recaer en aquel que rompe el estado de normalidad (el que afirma poseer una *nueva* verdad sobre un tema).

Tal como lo establece Couture la carga procesal es "*una situación jurídica, instituida en la ley, consistente en el requerimiento de una conducta de realización facultativa normalmente establecida en interés del propio sujeto, y cuya omisión trae aparejada una consecuencia gravosa para él*". La carga de la prueba es la que determina cual de los sujetos procesales deben "*proponer, preparar y suministrar las pruebas en un proceso*", en otras palabras, el principio de la carga de la prueba es el que determina a quien corresponde probar. La importancia de determinar quien posee la carga de la prueba se da frente a hechos que han quedado sin prueba o cuando esta es dudosa o incierta, pues la carga determina quien debió aportarla, y en consecuencia indica al Juez, la forma como debe fallarse en una situación determinada. En razón de lo anterior puede decirse que la carga de la prueba "*Es el instituto procesal mediante el cual se establece una regla de juicio en cuya virtud se indica al Juez cómo debe fallar cuando no*

encuentre en el proceso pruebas que le den certeza sobre los hechos que deben fundamentar su decisión, e indirectamente establece a cuál de las parte le interesa la prueba de tales hechos, para evitarse las consecuencias desfavorables de su desidia".

Frente al tema se encuentra el artículo 167 del C. G.P. que establece: *"Incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de la normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen"*, correspondiéndole a la demandante probar los hechos que sustentan su pedimento.

Luego de esta introducción al tema, y llevándolo al caso concreto, surgen muchas dudas respecto de los dichos de la parte actora, y ella omite aportar las pruebas necesarias para dar sustento a las afirmaciones dadas.

Sea lo primero resaltar, que dentro del material probatorio aportado, no se encuentra bajo ningún parámetro relación entre la omisión endilgada a las instituciones y el daño alegado, ya que no resulta suficiente indicar el posible perjuicios y tratar de vincular nexo causal con las actividades realizadas por las distintas entidades demandas.

7. INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD POR CARENCIA DEL DAÑO ANTIJURÍDICO.

La responsabilidad tiene como elementos constitutivos los siguientes: a.) un hecho o una conducta culpable o riesgosa; b.) un daño o perjuicio concreto a alguien; y c.) el nexo causal entre los anteriores supuestos.

Así es aceptado por la doctrina y la jurisprudencia, tal como se establece en la sentencia 022 de 22 de febrero de 1995, donde reiteró que de acuerdo con "*la doctrina sobre la cual descansa sin duda el artículo 2341 del C.C., se tiene por verdad sabida que quien por sí o a través de sus agentes causa a otro un daño, originado en hecho o culpa suya, está obligado a resarcirlo, lo que equivale a decir que quien reclame a su vez indemnización por igual concepto, tendrá que demostrar, en principio, el perjuicio padecido, el hecho intencional o culposo atribuible al demandado y la existencia de un nexo adecuado de causalidad entre ambos factores (...) (G.J. Tomos CLII, pág. 108, y CLV, pág. 210)*"(Expediente No.4345, M. P. Carlos Esteban Jaramillo Schloss).

Determinados los elementos de la responsabilidad, se debe determinar si existen en el mundo fáctico y jurídico los tres elementos constitutivos de responsabilidad atribuible a los partícipes el presunto hecho dañoso, o si por el contrario se evidencia, como en efecto sucede, que hay carencia de alguno de ellos, eliminándose así la responsabilidad alegada.

La Doctrina ha definido el daño, como el lesionamiento o menoscabo que se ocasiona a un interés, esté o no consagrado como un derecho real u objetivo. Para el caso de la responsabilidad médica, para que efectivamente proceda la responsabilidad civil, la acreditación de la existencia de daño en el paciente, y solo existirá responsabilidad si el daño se causa por su actuar u omisión, para lo cual deberá acreditarse plenamente que el resultado dañoso del paciente es producido por el actuar negligente u omisivo de los profesionales de la salud o las entidades prestadoras de salud.

233

8. CONDICIONES PROPIAS DE LA PATOLOGIA DEL PACIENTE

Hay que verificar los antecedentes médicos del paciente, su edad, la gravedad del accidente, el diagnostico dado y los posibles riesgos inherentes al mismo y la práctica de los procedimiento médicos dados.

9. COBRO DE LO NO DEBIDO

Por lo expuesto en todas las excepciones anteriores, las pretensiones esgrimidas por el demandante en el libelo demandatorio, constituyen un cobro de lo no debido, no solo por carecer de causa jurídica, sino también fáctica. Por lo cual solicito sean tenidos los argumentos dados para la prosperidad de esta excepción, además que no solo es necesario probar que existió un daño antijurídico sino que deben fundamentarse y estar ajustadas a las leyes y la jurisprudencia las indemnizaciones correspondientes.

10. EXCEPCIÓN GENÉRICA

Solicito sea declarada cualquier excepción que se llegare a probar en el transcurso del proceso.

SOLICITUD DE PRUEBAS

Debe el señor Juez realizar la valoración de las mismas conforme con los criterios que exige la sana critica, igualmente no sobra recordar que para el presente proceso, de conformidad con el estado de la Jurisprudencia actual de todas las altas cortes, reina el precepto de la carga de la prueba para quien alega los hechos, dejándose de lado las antiguas teorías de inversión de la carga probatoria por actividad medica riesgosa, la presunción de responsabilidad y la carga dinámica de la prueba que imperó en los estrados judiciales hasta hace algunos años. A lo que se agrega, que tampoco sobra mencionar que le corresponde al demandante probar, primero, que existe un daño, segundo, que dicho daño es imputable a actos volitivos positivos o negativos de la E.P.S., y tercero, que existe un nexo causal que relacione el presunto error con el daño.

DOCUMENTOS:

1. Certificado de Acceso otorgado por el Dr. YASSER CAMACHO, director de ACCESO A SERVICIOS DE SALUD donde consta la oportunidad en la generación de autorizaciones para la atención del paciente HERNANDO BENAVIDES PARRA.

OFICIOS:

1. Con el debido respeto solicito se oficie a CONSORCIO NUEVA CLINICA RAFAEL URIBE y CLINICA DESA (sino lo hace con la contestación de demanda) y aporte como prueba lo siguiente.

➢ Copia íntegra de la Historia Clínica de HERNANDO BENAVIDES PARRA.

TESTIMONIOS:

Cítese al dr. YASSER FAROUTH CAMACHO MEJIA, director de Acceso a Servicios de Salud, quien determinara la oportunidad y pertinencia en la generación de autorizaciones dadas al señor MARIA DE LOS ANGELES ARIAS

234

INTERROGATORIO DE PARTE:

Solicito se fije fecha y hora para la recepción del interrogatorio de parte que se hará a los demandantes, que a continuación se relacionan

- LADY SEGURA BENAVIDES.
- SONIA BENAVIDES SEGURA.
- HERNANDO BENAVIDES SEGURA.
- CONSORCIO NUEVA CLINICA RAFAEL URIBE y CLINICA DESA
-

Esto con el fin de aclarar los hechos de la demanda y de esta contestación.

Quienes pueden ser notificados de la diligencia en la dirección aportada en la demanda.

NOTIFICACIONES

NUEVA EPS S.A., en la carrera 85K 46 A – 66 piso 2 de la ciudad de Bogotá, secretaria.general@nuevaeps.com.co

El suscrito en la Secretaría de su Honorable Despacho o en la Carrera 12 No. 71-53 oficina 103 de la ciudad de Bogotá, Tel. 3016755492 y paezgonzalezabogado@gmail.com

Con toda atención,

HUGO ARMANDO PÁEZ GONZÁLEZ
Apoderado Judicial NUEVA EPS S.A.
C.C. 80.550.482 de Zipaquira.
T.P. 179.110 del C. S de la J.

CODIGO: SGJ-5113-2019
Bogotá D.C., 06 de junio de 2019

M E M O R A N D O

PARA: SECRETARIA GENERAL Y JURÍDICA

DE: YASSER FAROUTH CAMACHO MEJIA
Director de Acceso a Servicios de Salud

ASUNTO: **PJ-2299 Antes C-137-2018**

DATOS DEL AFILIADO: **HERNANDO BENAVIDEZ PARRA C.C. 17052293**

Cordial Saludo

1. Historial de autorizaciones dadas al paciente en el año 2017 donde conste los servicios prestados junto con las fechas de solicitud y autorización.

   R/

   Según revisión del Aplicativo Cliente Servidor – Módulo Salud – Nueva EPS, se evidencian la siguiente información para el caso concreto:

   El día 20 de marzo de 2017, se emitió autorización No. 69854785, para el servicio CONSULTA DE URGENCIAS. POR MEDICINA GENERAL, bajo el diagnóstico TRAUMATISMOS MULTIPLES DE LA CABEZA, remitido a CONSORCIO NUEVA CLINICA RAFAEL URIBE, solicitada vía INTERNET, la cual se encuentra en estado AUTORIZACION ACTIVA.

   Este mismo día, se emitió autorización No. 69854890, para el servicio INTERNACION EN SERVICIO DE COMPLEJIDAD ALTA. HABITACION

nueva eps

BIPERSONAL, bajo el diagnóstico TRASTORNO DE ARTERIAS Y ARTERIOLAS, NO ESPECIFICADO, remitido a CONSORCIO NUEVA CLINICA RAFAEL URIBE, solicitada vía INTERNET, la cual se encuentra en estado AUTORIZACION ACTIVA.

El día 29 de marzo de 2017, se emitieron autorizaciones No. 70238988, 70238989 y 70238987 para los servicios INTERNACION EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTO e INTERNACION EN SERVICIO DE COMPLEJIDAD ALTA. HABITACION BIPERSONAL, bajo el diagnóstico TRASTORNO DE ARTERIAS Y ARTERIOLAS, NO ESPECIFICADO, remitidas a CONSORCIO NUEVA CLINICA RAFAEL URIBE, solicitada vía INTERNET, las cuales se encuentran en estado AUTORIZACION ACTIVA.

El día 17 de mayo de 2017, se emitió autorización No. 72191490, para el medicamento FORMULA ENTERAL COMPLETA PARA PACIENTES CON INTOLERANCIA A LA GLUCOSA LPC 1,5KCAL/ML (SOLUCION ORAL 1000ML - GLUCERNA 1,5, bajo el diagnóstico TRASTORNO DE LA INGESTION DE ALIMENTOS, NO ESPECIFICADO, remitido a CONSORCIO NUEVA CLINICA RAFAEL URIBE, solicitada al BACK OFFICE, la cual se encuentra en estado AUTORIZACION ACTIVA.

El día 23 de mayo de 2017, se emitió autorización No. 72445071, para el medicamento FORMULA ENTERAL COMPLETA PARA PACIENTES CON INTOLERANCIA A LA GLUCOSA LPC 1,5KCAL/ML (SOLUCION ORAL 1000ML - GLUCERNA 1,5, bajo el diagnóstico TRASTORNO DE LA INGESTION DE ALIMENTOS, NO ESPECIFICADO, remitido a CONSORCIO NUEVA CLINICA RAFAEL URIBE, solicitada en PUNTO DE ATENCION, la cual se encuentra en estado AUTORIZACION ACTIVA.

Ver anexo 1. Los registros sombreados en color gris, son los directamente relacionados con el caso en mención.

Cordialmente,

YASSER FAROUTH CAMACHO MEJIA
Director de Acceso a Servicios de Salud

Copia: Ninguna
Proyectó: Martha Lara

239

ANEXO 1

CC 17052293 HERNANDO BENAVIDEZ PARRA										
	N° Radicación	Fecha Radicación	Fecha Real Autorizacion	Total Dias Gestión	N° Autorización	A Donde se Remite	Diagnóstico	CUPS	Descripción del Servicio Autorizado	Estado Autorización
1	6213314	17/11/2009	17/11/2009	0	5764759	CLINICA SAN FERNANDO LTDA	GONARTROSIS PRIMARIA, BILATERAL	890244	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGIA	DESCARGA CUENTAS MEDICAS
2	8720380	05/05/2010	05/05/2010	0	8079923	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA COMFENALCO VALLE - PALMIRA	EXAMEN GENERAL E INVESTIGACION DE PERSONAS SIN QUEJAS O SIN DIAGNOSTICO INFORMADO	890701	CONSULTA DE URGENCIAS. POR MEDICINA GENERAL	DESCARGA CUENTAS MEDICAS
3	10387230	29/08/2010	29/08/2010	0	9592634	FUNDACION CARDIO INFANTIL INSTITUTO DE CARDIOLOGIA	EXAMEN GENERAL E INVESTIGACION DE PERSONAS SIN QUEJAS O SIN DIAGNOSTICO INFORMADO	890701	CONSULTA DE URGENCIAS. POR MEDICINA GENERAL	DESCARGA CUENTAS MEDICAS
4	17142163	22/10/2011	22/10/2011	0	15539273	FUNDACION CARDIO INFANTIL INSTITUTO DE CARDIOLOGIA	EXAMEN GENERAL E INVESTIGACION DE PERSONAS SIN QUEJAS O SIN DIAGNOSTICO INFORMADO	890701	CONSULTA DE URGENCIAS. POR MEDICINA GENERAL	DESCARGA CUENTAS MEDICAS
5	18714998	18/01/2012	18/01/2012	0	16879346	CORPORACION COMFENALCO VALLE UNIVERSIDAD LIBRE	EXAMEN GENERAL E INVESTIGACION DE PERSONAS SIN QUEJAS O SIN DIAGNOSTICO INFORMADO	890701	CONSULTA DE URGENCIAS. POR MEDICINA GENERAL	DESCARGA CUENTAS MEDICAS
6	27985944	17/03/2013	17/03/2013	0	24796071	CORPORACION COMFENALCO VALLE UNIVERSIDAD LIBRE	EXAMEN GENERAL E INVESTIGACION DE PERSONAS SIN QUEJAS O SIN DIAGNOSTICO INFORMADO	890701	CONSULTA DE URGENCIAS. POR MEDICINA GENERAL	DESCARGA CUENTAS MEDICAS
7	28285225	02/04/2013	02/04/2013	0	25050957	CORPORACION COMFENALCO VALLE UNIVERSIDAD LIBRE	EXAMEN GENERAL E INVESTIGACION DE PERSONAS SIN QUEJAS O SIN DIAGNOSTICO INFORMADO	890701	CONSULTA DE URGENCIAS. POR MEDICINA GENERAL	AUTORIZACION ACTIVA
8	28597954	12/04/2013	12/04/2013	0	25320810	CORPORACION COMFENALCO VALLE UNIVERSIDAD LIBRE	EXAMEN GENERAL E INVESTIGACION DE PERSONAS SIN QUEJAS O SIN DIAGNOSTICO INFORMADO	890701	CONSULTA DE URGENCIAS. POR MEDICINA GENERAL	AUTORIZACION ACTIVA
9	28638575	15/04/2013	15/04/2013	0	25356209	CORPORACION COMFENALCO VALLE UNIVERSIDAD LIBRE	EXAMEN GENERAL E INVESTIGACION DE PERSONAS SIN QUEJAS O SIN DIAGNOSTICO INFORMADO	890701	CONSULTA DE URGENCIAS. POR MEDICINA GENERAL	DESCARGA CUENTAS MEDICAS
10	29394799	15/05/2013	15/05/2013	0	25991693	CORPORACION COMFENALCO VALLE UNIVERSIDAD LIBRE	EXAMEN GENERAL E INVESTIGACION DE PERSONAS SIN QUEJAS O SIN DIAGNOSTICO INFORMADO	890701	CONSULTA DE URGENCIAS. POR MEDICINA GENERAL	DESCARGA CUENTAS MEDICAS

ANEXO 1

CC 17052293 HERNANDO BENAVIDEZ PARRA										
	N° Radicación	Fecha Radicación	Fecha Real Autorizacion	Total Dias Gestión	N° Autorización	A Donde se Remite	Diagnóstico	CUPS	Descripción del Servicio Autorizado	Estado Autorización
11	29533199	20/05/2013	20/05/2013	0	26113378	CORPORACION COMFENALCO VALLE UNIVERSIDAD LIBRE	OTROS TRASTORNOS ESPECIFICADOS DE LA PROSTATA	S11304	INTERNACION EN SERVICIO DE COMPLEJIDAD ALTA. HABITACION DE CUATRO CAMAS	DESCARGA CUENTAS MEDICAS
12	29510650	20/05/2013	20/05/2013	0	26093367	CORPORACION COMFENALCO VALLE UNIVERSIDAD LIBRE	EXAMEN GENERAL E INVESTIGACION DE PERSONAS SIN QUEJAS O SIN DIAGNOSTICO INFORMADO	890701	CONSULTA DE URGENCIAS. POR MEDICINA GENERAL	DESCARGA CUENTAS MEDICAS
13	29554004	21/05/2013	21/05/2013	0	26130040	CORPORACION COMFENALCO VALLE UNIVERSIDAD LIBRE	HIPERPLASIA DE LA PROSTATA	573201	CISTOSCOPIA TRANSURETRAL	DESCARGA CUENTAS MEDICAS
14	29662025	24/05/2013	24/05/2013	0	26215636	CORPORACION COMFENALCO VALLE UNIVERSIDAD LIBRE	OTROS TRASTORNOS ESPECIFICADOS DE LA PROSTATA	S11302	INTERNACION EN SERVICIO DE COMPLEJIDAD ALTA. HABITACION BIPERSONAL	DESCARGA CUENTAS MEDICAS
15	45982983	20/11/2014	26/11/2014	6	40099331	UT 3 FARMACIA - COLSUBSIDIO AVENIDA ROOSEVELT	HIPERPLASIA DE LA PROSTATA	MD006560	TAMSULOSINA CLORHIDRATO 0.4 MG (CAPSULA)	DESCARGA CUENTAS MEDICAS
16	46133245	25/11/2014	01/12/2014	6	40315007	UT 3 FARMACIA - COLSUBSIDIO AVENIDA ROOSEVELT	POLIARTROSIS, NO ESPECIFICADA	MD002062	GLUCOSAMINA+CONDROITINA 1500/1200 mg (POLVO ORAL)	DESCARGA CUENTAS MEDICAS
17	46208904	26/11/2014	31/12/2014	35	40913387	UT 3 FARMACIA - COLSUBSIDIO AVENIDA ROOSEVELT	HIPERPLASIA DE LA PROSTATA	MD006560	TAMSULOSINA CLORHIDRATO 0.4 MG (CAPSULA) **(Post-fechada)**	DESCARGA CUENTAS MEDICAS
18	46208905	26/11/2014	28/01/2015	63	41676601	UT 3 FARMACIA - COLSUBSIDIO AVENIDA ROOSEVELT	HIPERPLASIA DE LA PROSTATA	MD006560	TAMSULOSINA CLORHIDRATO 0.4 MG (CAPSULA) **(Post-fechada)**	DESCARGA CUENTAS MEDICAS
19	50392556	23/03/2015	23/03/2015	0	43304056	CLINICA SAN FERNANDO LTDA	EXAMEN GENERAL E INVESTIGACION DE PERSONAS SIN QUEJAS O SIN DIAGNOSTICO INFORMADO	890701	CONSULTA DE URGENCIAS. POR MEDICINA GENERAL	DESCARGA CUENTAS MEDICAS
20	57106096	07/09/2015	07/09/2015	0		UT 3 FARMACIA - COLSUBSIDIO AVENIDA ROOSEVELT	HIPERPLASIA DE LA PROSTATA	MD008331	DUTASTERIDA+TAMSULOSINA 0,5 MG 0,4 MG (CAPSULA) - GENERICO	AUTORIZACION ANULADA
21	56867126	02/09/2015	07/09/2015	5	49036310	UT 3 FARMACIA - COLSUBSIDIO AVENIDA ROOSEVELT	HIPERPLASIA DE LA PROSTATA	MD008331	DUTASTERIDA+TAMSULOSINA 0,5 MG 0,4 MG (CAPSULA) - GENERICO	DESCARGA CUENTAS MEDICAS
22	59167499	27/10/2015	27/10/2015	0	50367530	UT 3 FARMACIA - COLSUBSIDIO AVENIDA ROOSEVELT	HIPERPLASIA DE LA PROSTATA	MD008331	DUTASTERIDA+TAMSULOSINA 0,5 MG 0,4 MG (CAPSULA) - GENERICO	DESCARGA CUENTAS MEDICAS
23	57106097	07/09/2015	20/11/2015	74	51181025	UT 3 FARMACIA - COLSUBSIDIO AVENIDA ROOSEVELT	HIPERPLASIA DE LA PROSTATA	MD008331	DUTASTERIDA+TAMSULOSINA 0,5 MG 0,4 MG (CAPSULA) - GENERICO **(Post-fechada)**	DESCARGA CUENTAS MEDICAS
24	61818996	30/12/2015	08/01/2016	9	52759016	UT 3 FARMACIA - COLSUBSIDIO VERSALLES	HIPERPLASIA DE LA PROSTATA	MD008331	DUTASTERIDA+TAMSULOSINA 0,5 MG 0,4 MG (CAPSULA) - GENERICO	DESCARGA CUENTAS MEDICAS
25	62020113	06/01/2016	05/02/2016	30	53734817	UT 3 FARMACIA - COLSUBSIDIO VERSALLES	HIPERPLASIA DE LA PROSTATA	MD008331	DUTASTERIDA+TAMSULOSINA 0,5 MG 0,4 MG (CAPSULA) - GENERICO **(Post-fechada)**	DESCARGA CUENTAS MEDICAS
26	62020115	06/01/2016	11/03/2016	65	55096859	UT 3 FARMACIA - COLSUBSIDIO VERSALLES	HIPERPLASIA DE LA PROSTATA	MD008331	DUTASTERIDA+TAMSULOSINA 0,5 MG 0,4 MG (CAPSULA) - GENERICO **(Post-fechada)**	DESCARGA CUENTAS MEDICAS

ANEXO 1

CC 17052293 HERNANDO BENAVIDEZ PARRA										
	N° Radicación	Fecha Radicación	Fecha Real Autorizacion	Total Dias Gestión	N° Autorización	A Donde se Remite	Diagnóstico	CUPS	Descripción del Servicio Autorizado	Estado Autorización
27	65883903	31/03/2016	04/04/2016	4	56144124	UT 3 FARMACIA - COLSUBSIDIO AVENIDA ROOSEVELT	ARTROSIS, NO ESPECIFICADA	MD006778	GLUCOSAMINA+CONDROITINA 1500/1200 MG (CAPSULA) - GENERICO	DESCARGA CUENTAS MEDICAS
28	69522556	13/06/2016	13/06/2016	0		UT 3 FARMACIA - COLSUBSIDIO AVENIDA ROOSEVELT	HIPERPLASIA DE LA PROSTATA	MD008837	TAMSULOSINA CLORHIDRATO 0.4 MG (CAPSULA DE LIBERACION PROLONGADA)	(PREAPROBADA) ENVIADA AL PRESTADOR
29	70007449	22/06/2016	22/06/2016	0		UT 3 FARMACIA - COLSUBSIDIO VERSALLES	HIPERPLASIA DE LA PROSTATA	MD010115	DOXAZOSINA MELISILATO DE 4MG (TABLETA) (H)	AUTORIZACION ANULADA
30	70147542	26/06/2016	26/06/2016	0	59095379	CONSORCIO NUEVA CLINICA RAFAEL URIBE	RETENCION DE ORINA	890701	CONSULTA DE URGENCIAS. POR MEDICINA GENERAL	AUTORIZACION ACTIVA
31	70148534	26/06/2016	26/06/2016	0		UT 3 FARMACIA - COLSUBSIDIO AVENIDA ROOSEVELT	HIPERPLASIA DE LA PROSTATA	MD001509	DUTASTERIDA 0.5 mg (CAPSULA)	AUTORIZACION ANULADA
32	70148530	26/06/2016	26/06/2016	0		UT 3 FARMACIA - COLSUBSIDIO AVENIDA ROOSEVELT	HIPERPLASIA DE LA PROSTATA	MD001509	DUTASTERIDA 0 5 mg (CAPSULA)	(PREAPROBADA) ENVIADA AL PRESTADOR
33	70198877	27/06/2016	27/06/2016	0		UT 3 FARMACIA - COLSUBSIDIO VERSALLES	HIPERPLASIA DE LA PROSTATA	MD010115	DOXAZOSINA MELISILATO DE 4MG (TABLETA) (H)	AUTORIZACION ANULADA
34	70198878	27/06/2016	27/06/2016	0		UT 3 FARMACIA - COLSUBSIDIO VERSALLES	HIPERPLASIA DE LA PROSTATA	MD010115	DOXAZOSINA MELISILATO DE 4MG (TABLETA) (H)	AUTORIZACION ANULADA
35	70006898	22/06/2016	26/06/2016	4	59312399	UT 3 FARMACIA - COLSUBSIDIO AVENIDA ROOSEVELT	HIPERPLASIA DE LA PROSTATA	MD001509	DUTASTERIDA 0.5 mg (CAPSULA)	DESCARGA CUENTAS MEDICAS
36	69531447	13/06/2016	16/06/2016	3	59312191	UT 3 FARMACIA - COLSUBSIDIO VERSALLES	(OSTEO)ARTROSIS PRIMARIA GENERALIZADA	MD006778	GLUCOSAMINA+CONDROITINA 1500/1200 MG (CAPSULA) - GENERICO	DESCARGA CUENTAS MEDICAS
37	70866961	11/07/2016	11/07/2016	0		UT 3 FARMACIA - COLSUBSIDIO AVENIDA ROOSEVELT	HIPERPLASIA DE LA PROSTATA	MD007849	DOXAZOSINA MELISILATO DE 4 MG (TABLETA DE LIBERACION PROLONGADA) - GENERICO	(PREAPROBADA) ENVIADA AL PRESTADOR
38	70646393	06/07/2016	11/07/2016	5	59903928	UT 3 FARMACIA - COLSUBSIDIO AVENIDA ROOSEVELT	HIPERPLASIA DE LA PROSTATA	MD007849	DOXAZOSINA MELISILATO DE 4 MG (TABLETA DE LIBERACION PROLONGADA) - GENERICO	DESCARGA CUENTAS MEDICAS
39	69710537	16/06/2016	15/07/2016	29	59904044	UT 3 FARMACIA - COLSUBSIDIO AVENIDA ROOSEVELT	HIPERPLASIA DE LA PROSTATA	MD008837	TAMSULOSINA CLORHIDRATO 0.4 MG (CAPSULA DE LIBERACION PROLONGADA) (Post-fechada)	DESCARGA CUENTAS MEDICAS
40	69710538	16/06/2016	16/08/2016	61	61085592	UT 3 FARMACIA - COLSUBSIDIO AVENIDA ROOSEVELT	HIPERPLASIA DE LA PROSTATA	MD008837	TAMSULOSINA CLORHIDRATO 0.4 MG (CAPSULA DE LIBERACION PROLONGADA) (Post-fechada)	DESCARGA CUENTAS MEDICAS
41	70866960	11/07/2016	16/08/2016	36	61085730	UT 3 FARMACIA - COLSUBSIDIO AVENIDA ROOSEVELT	HIPERPLASIA DE LA PROSTATA	MD007849	DOXAZOSINA MELISILATO DE 4 MG (TABLETA DE LIBERACION PROLONGADA) - GENERICO (Post-fechada)	DESCARGA CUENTAS MEDICAS

ANEXO 1

CC 17052293 HERNANDO BENAVIDEZ PARRA										
	N° Radicación	Fecha Radicación	Fecha Real Autorizacion	Total Dias Gestión	N° Autorización	A Donde se Remite	Diagnóstico	CUPS	Descripción del Servicio Autorizado	Estado Autorización
42	70148531	26/06/2016	23/08/2016	58	61377837	UT 3 FARMACIA - COLSUBSIDIO AVENIDA ROOSEVELT	HIPERPLASIA DE LA PROSTATA	MD001509	DUTASTERIDA 0.5 mg (CAPSULA) (Post-fechada)	DESCARGA CUENTAS MEDICAS
43	70148532	26/06/2016	20/09/2016	86	62543368	UT 3 FARMACIA - COLSUBSIDIO AVENIDA ROOSEVELT	HIPERPLASIA DE LA PROSTATA	MD001509	DUTASTERIDA 0.5 mg (CAPSULA) (Post-fechada)	DESCARGA CUENTAS MEDICAS
44	75524512	10/10/2016	14/10/2016	4	64048181	UT 3 FARMACIA - COLSUBSIDIO AVENIDA ROOSEVELT	HIPERPLASIA DE LA PROSTATA	MD007630	TAMSULOSINA CLORHIDRATO 0.4 MG (CAPSULA DE LIBERACION PROLONGADA)	DESCARGA CUENTAS MEDICAS
45	70148533	26/06/2016	26/10/2016	122	64048119	UT 3 FARMACIA - COLSUBSIDIO AVENIDA ROOSEVELT	HIPERPLASIA DE LA PROSTATA	MD001509	DUTASTERIDA 0.5 mg (CAPSULA) (Post-fechada)	DESCARGA CUENTAS MEDICAS
46	75806987	14/10/2016	28/11/2016	45	65312786	UT 3 FARMACIA - COLSUBSIDIO AVENIDA ROOSEVELT	HIPERPLASIA DE LA PROSTATA	MD007630	TAMSULOSINA CLORHIDRATO 0.4 MG (CAPSULA DE LIBERACION PROLONGADA) (Post-fechada)	DESCARGA CUENTAS MEDICAS
47	77990604	29/11/2016	30/11/2016	1	65420704	UT 3 FARMACIA - AUDIFARMA LA FLORA ESPECIALIZADO MAC	HIPERPLASIA DE LA PROSTATA	MD001509	DUTASTERIDA 0.5 mg (CAPSULA)	DESCARGA CUENTAS MEDICAS
48	75806988	14/10/2016	28/12/2016	75	66509119	UT 3 FARMACIA - COLSUBSIDIO AVENIDA ROOSEVELT	HIPERPLASIA DE LA PROSTATA	MD007630	TAMSULOSINA CLORHIDRATO 0.4 MG (CAPSULA DE LIBERACION PROLONGADA) (Post-fechada)	DESCARGA CUENTAS MEDICAS
49	82102558	17/02/2017	17/02/2017	0		UT 3 FARMACIA - COLSUBSIDIO VERSALLES	HIPERPLASIA DE LA PROSTATA	MD001509	DUTASTERIDA 0.5 mg (CAPSULA)	(PREAPROBADA) ENVIADA AL PRESTADOR
50	82102559	17/02/2017	17/02/2017	0		UT 3 FARMACIA - COLSUBSIDIO VERSALLES	HIPERPLASIA DE LA PROSTATA	MD001509	DUTASTERIDA 0.5 mg (CAPSULA)	(PREAPROBADA) ENVIADA AL PRESTADOR
51	81462884	07/02/2017	17/02/2017	10	68737983	UT 3 FARMACIA - COLSUBSIDIO VERSALLES	HIPERPLASIA DE LA PROSTATA	MD001509	DUTASTERIDA 0.5 mg (CAPSULA)	DESCARGA CUENTAS MEDICAS
52	83593990	20/03/2017	20/03/2017	0	69854785	CONSORCIO NUEVA CLINICA RAFAEL URIBE	TRAUMATISMOS MULTIPLES DE LA CABEZA	890701	CONSULTA DE URGENCIAS. POR MEDICINA GENERAL	AUTORIZACION ACTIVA
53	83594115	20/03/2017	20/03/2017	0	69854890	CONSORCIO NUEVA CLINICA RAFAEL URIBE	TRASTORNO DE ARTERIAS Y ARTERIOLAS, NO ESPECIFICADO	S11302	INTERNACION EN SERVICIO DE COMPLEJIDAD ALTA. HABITACION BIPERSONAL	AUTORIZACION ACTIVA
54	84040581	29/03/2017	29/03/2017	0	70238988	CONSORCIO NUEVA CLINICA RAFAEL URIBE	TRASTORNO DE ARTERIAS Y ARTERIOLAS, NO ESPECIFICADO	S12103	INTERNACION EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTO	AUTORIZACION ACTIVA
55	84040582	29/03/2017	29/03/2017	0	70238989	CONSORCIO NUEVA CLINICA RAFAEL URIBE	TRASTORNO DE ARTERIAS Y ARTERIOLAS, NO ESPECIFICADO	S11302	INTERNACION EN SERVICIO DE COMPLEJIDAD ALTA. HABITACION BIPERSONAL	AUTORIZACION ACTIVA
56	84040580	29/03/2017	29/03/2017	0	70238987	CONSORCIO NUEVA CLINICA RAFAEL URIBE	TRASTORNO DE ARTERIAS Y ARTERIOLAS, NO ESPECIFICADO	S12103	INTERNACION EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTO	AUTORIZACION ACTIVA

241

ANEXO 1

CC 17052293 HERNANDO BENAVIDEZ PARRA										
	N° Radicación	Fecha Radicación	Fecha Real Autorizacion	Total Dias Gestión	N° Autorización	A Donde se Remite	Diagnóstico	CUPS	Descripción del Servicio Autorizado	Estado Autorización
57	86599269	17/05/2017	17/05/2017	0	72191490	CONSORCIO NUEVA CLINICA RAFAEL URIBE	TRASTORNO DE LA INGESTION DE ALIMENTOS, NO ESPECIFICADO	MD010102	FORMULA ENTERAL COMPLETA PARA PACIENTES CON INTOLERANCIA A LA GLUCOSA LPC 1,5KCAL/ML (SOLUCION ORAL 1000ML - GLUCERNA 1,5	AUTORIZACION ACTIVA
58	86672682	18/05/2017	18/05/2017	0	72245268	CONSORCIO NUEVA CLINICA RAFAEL URIBE	TRASTORNO DE LA INGESTION DE ALIMENTOS, NO ESPECIFICADO	MD010102	FORMULA ENTERAL COMPLETA PARA PACIENTES CON INTOLERANCIA A LA GLUCOSA LPC 1,5KCAL/ML (SOLUCION ORAL 1000ML - GLUCERNA 1,5	AUTORIZACION ANULADA
59	86935348	23/05/2017	23/05/2017	0	72445071	CONSORCIO NUEVA CLINICA RAFAEL URIBE	TRASTORNO DE LA INGESTION DE ALIMENTOS, NO ESPECIFICADO	MD010102	FORMULA ENTERAL COMPLETA PARA PACIENTES CON INTOLERANCIA A LA GLUCOSA LPC 1,5KCAL/ML (SOLUCION ORAL 1000ML - GLUCERNA 1,5	AUTORIZACION ACTIVA
60	86915816	23/05/2017	23/05/2017	0	72430032	CONSORCIO NUEVA CLINICA RAFAEL URIBE	TRASTORNO DE LA INGESTION DE ALIMENTOS, NO ESPECIFICADO	MD010102	FORMULA ENTERAL COMPLETA PARA PACIENTES CON INTOLERANCIA A LA GLUCOSA LPC 1,5KCAL/ML (SOLUCION ORAL 1000ML - GLUCERNA 1,5	AUTORIZACION ANULADA

World Association for Medical Law

ASOCODEME

American Society of Law, Medicine & Ethics

LegalConsulting

JUZGADO DIECISIETE CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI
RECIBIDO
FECHA: 12 JUN 2019
HORA: 3.05
FIRMA: DMF

Señores
JUZGADO 17 CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI
E. S. D.

REFERENCIA : **PROCESO RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL No.2019-042**
DEMANDANTES : **SONIA MARCELA BENAVIDEZ Y OTROS**
DEMANDADO : **NUEVA EPS Y OTROS**

ACTO PROCESAL : **CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA** ✓

CARLOS ARMANDO SUSSMANN PEÑA, mayor de edad domiciliado y residenciado en la ciudad de Bogotá D.C. identificado con la cedula de ciudadanía No. 3.229.002 expedida en la ciudad de Bogotá D.C. abogado en ejercicio y portador de la tarjeta profesional No. 89.069 expedida por el Consejo Superior de la Judicatura apoderado judicial **INSTITUTO DE DIAGNOSTICO MEDICO - IDIME, NIT 800065396-2**, con domicilio principal en la ciudad de Bogotá D.C., de conformidad al poder general conferido a través de la escritura pública 03865 otorgada el día 24 de julio de 2013 en la notaria 32 del círculo de Bogotá, tal y como consta en el Certificado De Existencia y Representación legal, expedido por la Cámara De Comercio de Bogotá en tiempo y oportunidad haciendo uso del derecho constitucional de defensa y contradicción presento la contestación de la demanda:

A LAS PRETENSIONES

1. Nos oponemos, nos atenemos a lo que se pruebe, para que exista una declaratoria de responsabilidad o que el agente dañoso tenga una correlación con el hecho que se alegue, es decir el menoscabo patrimonial, se deben colegir una serie de conductas omisivas o activas que generen dicho repudio legal y no como se observa, la carencia de acción u omisión de mi poderdante. En consonancia con lo anterior, no existe la imputación de daño a título de omisión, negligencia y descuido que derive en una responsabilidad para mi poderdante, en virtud a que la prestación del servicio público de salud se realiza en un época en donde no se ha tenido vínculo alguno con la institución de salud, en donde además el objeto social y por ende la actividad económica de mi poderdante escapa a las actividades **de atención en consulta externa, internación o manejo hospitalario**, porque la capacidad está determinada para exámenes de laboratorio y exámenes de diagnóstico médico.

1.1. POR EL CONCEPTO DEL DAÑO EMERGENTE: No se admite, nos oponemos nos atenemos a lo que se pruebe, si bien es cierto el daño emergente se verifica con la erogaciones en las cuales las victima(s) debe incurrir o incurrirá al tenor del articulo 1614 y sus siguientes del Código Civil debemos admitir sin gracia de discusión, que al no comprobarse que mi poderdante es el agente dañoso relacionado con el hecho al cual se le imputa el factor de atribución y el nexo de casualidad, no debe ser el llamado a pagar la indemnización por el cumplimiento de la LEX ARTIS AD HOC y la diligencia extrema del buen hombre de negocios en relación con la oportuna, eficiente, eficaz, integral y oportuna prestación del servicio de salud.

POR EL CONCEPTO DEL LUCRO CESANTE No se admite, nos oponemos nos atenemos a lo que se pruebe, debemos admitir sin gracia de discusión, que al no comprobarse que mi poderdante es el agente dañoso relacionado con el hecho al cual se le imputa el factor de atribución y el nexo de casualidad, no debe ser el llamado a indemnizar.

Nos oponemos Si bien es cierto que el daño moral no encuentra su génisis en una medida de valor de precios del mercado, solo basta con encontrar que el padecimiento, el sufrimiento, la congoja, la aflicción y el dolor se materializo en la realidad y con ellos a través de una prueba testimonial es posible observar de alguna manera la materialización del daño en el fuero interno, entonces con lo anterior se concluye que si se requiere prueba.

Es claro que la muerte de cualquier ser querido o cercano afecta de una manera sentimental y muchas veces profunda, de ello no hay duda, la cuestión preliminar es saber quién produjo esa sensación (quien es el agente dañoso). En el caso que nos convoca es nuestro sentir, que no existe un reproche que inculque responsabilidad ni por activa ni por pasiva y que queriendo generar responsabilidad hay que observar los hechos porque hay una causa extraña que los gobierna Y al no comprobarse que mi poderdante es el agente dañoso relacionado con el hecho al cual se le imputa el factor de atribución y el nexo de casualidad, no debe ser el llamado a indemnizar.

A LOS HECHOS

1. No nos costa, me atengo a lo que se pruebe en el proceso. Las circunstancias de tiempo modo y lugar sobre las cuales se desarrolla el argumento que estructura el hecho no permiten que nosotros conozcamos o manifestemos si se materializan en la realidad debido a que no ocurren en el concurso del fuero del lugar, ni son de conocimiento particular por nosotros por lo que manifestar algo en relación con su autenticidad devendría en una posible conducta ilegal.

2. No nos costa, nos atenemos a lo que se pruebe. No es posible inferir dentro de la historia clínica una responsabilidad derivada por la prestación del servicio de salud por parte de mi poderdante, siempre que no ocurre por fuera de nuestro domicilio y sin injerencia nuestra.

3. No nos costa, nos atenemos a lo que se pruebe. Tanto el diagnostico como el manejo hospitalario son realizados en un domicilio diferente al de mi poderdante, no existiendo vínculo entre los hechos descritos en este hecho con un actuar u omisión por parte nuestra. Además de lo anterior ni de manera directa o subordinada, conocimos del caso descrito ni tuvimos injerencia sobre él.

4. No nos costa, nos atenemos a lo que se pruebe. No es posible manifestar algo al respecto del hecho, no sucedió bajo nuestra posición de garantía ni dentro de nuestras instalaciones o bajo la injerencia de nuestro poder subordinante.

5. No nos costa, nos atenemos a lo que se pruebe. Lo descrito en este hecho sucede por fuera de nuestro ámbito de protección, fuera de nuestro domicilio principal y fuera del alcance de nuestro poder subordinante.
6. No nos costa, nos atenemos a lo que se pruebe. No se puede manifestar nada relacionado con la atención médica, su pertinencia, necesidad y utilidad porque ocurre en sede diferente a la de nuestro poderdante, entonces nuestra actuación en la prestación de los servicios no puede ser objeto de revisión, simplemente porque no tuvimos ningún vínculo con los hechos.

7. No nos costa, nos atenemos a lo que se pruebe. No se puede endilgar responsabilidad de una practica medica a quien no la realizo y en este caso mi poderdante no tuvo injerencia en los hechos que se relatan, habida cuenta de que los mismo ocurren en otra sociedad y en un espacio diferente.

8. No nos consta, nos atenemos a lo que se pruebe. Son en realidad hechos que no ocurren dentro de nuestro domicilio.

9. No nos costa, nos atenemos a lo que se pruebe. no cabe responsabilidad porque mi poderdante no tuvo acceso al paciente ni de manera directa ni de forma subordinada.

10. No nos costa, nos atenemos a lo que se pruebe. no cabe responsabilidad porque mi poderdante no tuvo acceso al paciente ni de manera directa ni de forma subordinada.

11. No nos costa, nos atenemos a lo que se pruebe. No se puede manifestar nada relacionado con la atención médica, su pertinencia, necesidad y utilidad porque ocurre en sede diferente a la de nuestro poderdante, entonces nuestra actuación en la prestación de los servicios no puede ser objeto de revisión, simplemente porque no tuvimos ningún vínculo con los hechos.

12. No nos costa, nos atenemos a lo que se pruebe. No se puede manifestar nada relacionado con la atención médica, su pertinencia, necesidad y utilidad porque ocurre en sede diferente a la de nuestro poderdante, entonces nuestra actuación en la prestación de los servicios no puede ser objeto de revisión, simplemente porque no tuvimos ningún vínculo con los hechos.

13. No nos costa, nos atenemos a lo que se pruebe. no cabe responsabilidad porque mi poderdante no tuvo acceso al paciente ni de manera directa ni de forma subordinada.

14. No nos costa. No es un Hecho es una mera información que no aporta a los hechos

15. No nos costa. No es un Hecho es una mera información que no aporta a los hechos

16. No nos costa, nos atenemos a lo que se pruebe. No se puede manifestar nada relacionado con la atención médica, su pertinencia, necesidad y utilidad porque ocurre en sede diferente a la de nuestro poderdante, entonces nuestra actuación en la prestación de los servicios no puede ser objeto de revisión, simplemente porque no tuvimos ningún vínculo con los hechos.

17. No nos costa, nos atenemos a lo que se pruebe. No se puede manifestar nada relacionado con la atención médica, su pertinencia, necesidad y utilidad porque ocurre en sede diferente a la de nuestro poderdante, entonces nuestra actuación en la prestación de los servicios no puede ser objeto de revisión, simplemente porque no tuvimos ningún vínculo con los hechos.

18. No nos costa, nos atenemos a lo que se pruebe. No se puede manifestar nada relacionado con la atención médica, su pertinencia, necesidad y utilidad porque ocurre en sede diferente a la de nuestro poderdante, entonces nuestra actuación en la prestación de los servicios no puede ser objeto de revisión, simplemente porque no tuvimos ningún vínculo con los hechos.

19. No nos costa, nos atenemos a lo que se pruebe. No se puede manifestar nada relacionado con la atención médica, su pertinencia, necesidad y utilidad porque ocurre en sede diferente a la de nuestro poderdante, entonces nuestra actuación en la prestación de los servicios no puede ser objeto de revisión, simplemente porque no tuvimos ningún vínculo con los hechos.

20. No nos costa, nos atenemos a lo que se pruebe. No se puede manifestar nada relacionado con la atención médica, su pertinencia, necesidad y utilidad porque ocurre en sede diferente a la de nuestro poderdante, entonces nuestra actuación en la prestación de los servicios no puede ser objeto de revisión, simplemente porque no tuvimos ningún vínculo con los hechos.

21. No nos costa, nos atenemos a lo que se pruebe. No se puede manifestar nada relacionado con la atención médica, su pertinencia, necesidad y utilidad porque ocurre en sede diferente a la de nuestro poderdante, entonces nuestra actuación en la prestación de los servicios no puede ser objeto de revisión, simplemente porque no tuvimos ningún vínculo con los hechos.

22. No nos consta. No es un hecho es una apreciación tendenciosa sin fundamento

23. No nos consta. No es un hecho. Y todos los daños pueden evitarse si todas las personas actuamos con responsabilidad y brindando el respectivo cuidado para evitar desenlaces fatales.

OBJECION A LA ESTIMACION DE PERJUICIOS

Me permito objetar la estimación realizada por ser desproporcionada de carecer de soporte probatorio calificado y por estar abiertamente en contra de la doctrina jurisprudencial aplicable a la materia

Así mismo, solicito que en caso de que se encuentre probado el valor excesivo de la cuantía se condene a la parte demandante a pagarle a mi representada una suma equivalente al 10% de la diferencia. Debe resaltarse que la indemnización siempre busca reparar los perjuicios efectivamente padecidos por una persona, que deben ser probados en su existencia y cuantía por quien los pretende y en ningún caso se puede convertir en factor de enriquecimiento.

EXCEPCIONES DE MERITO

1. **FALTA DE LEGITIMACION EN LA CAUSA**

La legitimación en la causa, hace referencia a la relación sustancial que debe existir entre las partes en el proceso y el interés sustancial del litigio, de tal manera que aquella persona a quien se le exige la obligación es a quien habilita la ley para actuar procesalmente, en el caso de mi poderdante **INSTITUTO DE DIAGNOSTICO MEDICO S.A. – S,A.** dentro de los hechos de la demanda no esta mencionada , ni se le endilga determinantemente ninguna responsabilidad

Ya el Consejo de Estado en diversas jurisprudencias ha manifestado :

> "Constituye postura sólidamente decantada por la jurisprudencia de esta Sala aquella consistente en excluir la figura de la falta de legitimación en la causa de las excepciones de fondo que puedan formularse dentro del

proceso, comoquiera que éstas, a diferencia de aquélla, enervan la pretensión procesal en su contenido, pues tienen la potencialidad de extinguir, parcial o totalmente, la súplica elevada por el actor, en tanto que la legitimación en la causa constituye una condición anterior y necesaria, entre otras, para dictar sentencia de mérito favorable al demandante o al demandado. **Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, sentencia del 22 de noviembre de 2001, Consejera Ponente: María Elena Giraldo Gómez, expediente No. 13356**

"Clarificado, entonces, en relación con la naturaleza jurídica de la noción de legitimación en la causa, que la misma no es constitutiva de excepción de fondo sino que se trata de un presupuesto necesario para proferir sentencia de mérito favorable ora a las pretensiones del demandante, bien a las excepciones propuestas por el demandado, resulta menester señalar, adicionalmente, que se ha diferenciado entre la legitimación de hecho y la legitimación material en la causa9. La primera se refiere a la relación procesal que se establece entre el demandante y el demandado por intermedio de la pretensión procesal, es decir, se trata de una relación jurídica nacida de la atribución de una conducta en la demanda y de la notificación del libelo inicial al demandado, de manera que quien cita a otro y le endilga la conducta, actuación u omisión que dan lugar a que se incoe la acción, está legitimado de hecho por activa y aquél a quien se cita y se le atribuye la referida acción u omisión, resulta legitimado de hecho y por pasiva, después de la notificación del auto admisorio de la demanda. **Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, sentencia de 15 de junio de 2000, Consejera Ponente: María Elena Giraldo Gómez (expediente No. 10.171) y Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, sentencia del 28 de abril de 2005, Consejero ponente: Germán Rodríguez Villamizar (expediente 14178).**

"Por su parte, la legitimación material en la causa alude a la participación real de las personas en el hecho que origina la presentación de la demanda, independientemente de que dichas personas no hayan demandado o que hayan sido demandadas10. De ahí que la falta de legitimación material en la causa, por activa o por pasiva, no enerve la pretensión procesal en su contenido (...)" **Sentencia proferida el 6 de julio de 2006 por la Sección Tercera del Consejo de Estado (expediente 28835), M.P. Mauricio Fajardo Gómez.**

2. FALTA DE LOS ELEMENTOS PARA QUE SE CONSTITUYA RESPONSABILIDAD CIVIL.

Dos elementos esenciales:

1- INEXISTENCIA DE UN DAÑO

Cuando se habla de resarcir se habla inmediatamente por oposición de un daño que ha sido el fundamento de la teoría de la responsabilidad civil y que además este daño debe ser cierto, personal y directo.

CIERTO: Que no sea hipotético o eventual, que sea real. No se exige un 100% de certeza. Se exige una razonable certeza, que, en el curso normal de las circunstancias, puede suceder. Por demás la certeza permite derivar en la existencia de un hecho, nadie discute el padecimiento, sino que ese padecimiento este generado por la actitud positiva o negativa del agente dañador, que en este caso la relación entre hecho y daño no existe por lo que no hay elemento de la responsabilidad civil.

DIRECTO: Que el daño sea directo quiere decir que sea una consecuencia inmediata del hecho dañoso. Algo mediato – es aquello en lo que media muchos peldaños entre un extremo y el otro. Tiene que agotar muchos pasos para llegar al otro extremo. Algo inmediato – no tiene que agotar muchos peldaños para llegar de un extremo a otro. ESTO ES LO QUE QUIERE DECIR DAÑO DIRECTO. Que no necesite agotar muchos peldaños entre el hecho dañoso para llegar al daño.

Esto conlleva analizar el NEXO CAUSAL.

PERSONAL: esto quiere decir que quien lo reclame sea el titular del interés tutelado que se violó.

Pero al no existir hecho la teoría del daño como institución de la responsabilidad no permite que exista la misma y por ende no hay obligación de resarcir.

2- CORRELATIVIDAD / BILATERALIDAD

Esta situación supone la necesidad de interacción bilateral, es decir, que la acción dañosa tiene dos extremos.

Quien causa el daño agente dañador y quien lo sufre se le denomina víctima.

Con estas apreciaciones debemos argumentar aun con más ahínco la propuesta de inexistencia de una relación entre el procedimiento (biopsia) y el estado de agravamiento de un padecimiento que solo pone de presente un hecho unilateral aislado de la interacción de los dos extremos.
No aparece dentro de la demanda, mención alguna sobre la participación de mi poderdante en algún hecho de los presentados en la misma.

3. INEXISTENCIA DE LOS PRESUPUESTOS RESPONSABILIDAD CIVIL

Para que resulte comprometida la responsabilidad de una persona natural o jurídica se requiere que haya cometido un hecho (acción u omisión) relacionada con el régimen de responsabilidad subjetivo y que por ende el factor de atribución (culpa o dolo) se pueda probar, además que de esta sobrevengan perjuicios al demandante y que exista una relación causal entre la culpa y el daño, es decir, que se requiere de la existencia de cinco elementos a saber:

1) La **culpa** entendida como corrección o incorrección de conducta en que no habría incurrido indeterminado agente dañoso ante las circunstancias externas, la cual deberá ser probada por el demandante en virtud al régimen subjetivo en el que nos encontramos. En el presente caso no existió ningún tipo de conducta culposa de acuerdo con el artículo 63 del código civil, ni dolosa por parte de mi mandante como se puede evidenciar en la Historia Clínica en los documentos anexos lo cual se demostrará dentro de la etapa procesal correspondiente.

2) EL **NEXO CAUSAL**, que es la relación de causalidad que debe existir entre la culpa y el daño ocasionado, no se configura en este caso concreto, pues los presuntos perjuicios alegados por la parte demandante no tienen relación alguna, ni pueden ser atribuidos, a una culpa.

3) **FACTOR DE ATRIBUCIÓN:** Lo que supone esta situación, es la necesidad de atribuirle el daño a quien cometió el hecho, esta atribución se hace desde dos esferas, una jurídica y otra fáctica. El análisis jurídico es el factor de atribución y el factico se

hace a través del nexo de causalidad. El factor de atribución son los criterios en virtud de los cuales se puede determinar cuando los daños son atribuibles a determinada persona.

Factores subjetivos: Dolo y Culpa una responsabilidad es subjetiva cuando debo demostrar estos. Esto indica la revisión de la conducta del agente. La culpa es un error de conducta en el cual una persona no hubiera incurrido una persona prudente y diligente en las mismas circunstancias, hay culpa cuando hay impericia – negligencia – imprudencia - inobservancia, esto se mira con el parámetro de comparación con relación al modelo de conducta.

Si la obligación es de medio el régimen es de la culpa probada, en este c aso no se ha probado.

4) **HECHO:** El hecho es aquel en virtud del cual se verifica a través de una materialización de acción (positiva) o de una omisión (negativa).

   Si la acción u omisión es tolerada por el ordenamiento jurídico, no hay lugar a la aplicación de la cláusula e responsabilidad, este es, el hecho no es contrario al ordenamiento. Esta acción así sea antijurídica puede no ser contraria porque hay causales de justificación. Por su parte toda omisión es antijurídica.

5) **EL DAÑO:** Esta es la materia prima, el elemento protagonista de la relación contractual.

   Antes de avocar conocimientos, hay que hacer una reflexión preliminar y se verifica con la manifestación en virtud de la cual siempre estamos sufriendo daños, por eso todos esos daños no son relevantes para la responsabilidad, por eso hay que observar cuales son los daños que si son el objeto de estudio de la responsabilidad civil esto es el daño indemnizable. Por lo que lo sufrido por la demandante no se debe entender como daño indemnizable.

6) Igualmente, el demandante no ha establecido cual es responsabilidad que cabe a los demandados en consideración a que son actuaciones de carácter individual, ni ha determinado con cual o cuales se causó el daño.

Como observamos, no se configuran los elementos *sine qua non* de la Responsabilidad Civil, puesto que no existe un comportamiento culposo ni los perjuicios alegados por la parte demandante, tienen un nexo de causalidad con la actuación de mi representada y no aparecen en los hechos de la demanda mención alguna al respecto

4. CAUSA EXTRAÑA. INEXISTENCIA DEL NEXO CAUSAL

Por lo anterior los perjuicios alegados no encuentran su causa, ni pueden imputarse jurídicamente a la actuación de mi representado, no aparecen en los hechos de la demanda mención alguna al respecto, destruyendo así el nexo causal como elemento sine qua nom de la responsabilidad civil

El nexo causal se entiende como la relación necesaria y eficiente entre el hecho generador del daño y el daño probado. La jurisprudencia y la doctrina indican que para poder atribuir un resultado a una persona y declararla responsable como consecuencia de su acción u omisión, es indispensable definir si aquél aparece ligado
a ésta por una relación de causa-efecto. Si no es posible encontrar esa relación mencionada, no tendrá sentido alguno continuar el juicio de responsabilidad.

La jurisprudencia ha sido pacífica al establecer que el nexo de causalidad debe ser probado en todos los casos por el actor, independientemente de si el régimen de responsabilidad aplicable está fundamentado en la culpa, en la falla, o en alguno de los regímenes de responsabilidad objetiva.

El nexo de causalidad es un elemento autónomo del daño y del fundamento que no admite, ningún tipo de presunción como sí lo admite la culpa o la falla.

El nexo de causalidad, como lo ha dicho tanto la Corte Suprema de Justicia, como el Consejo de Estado en reiterada jurisprudencia, debe ser probado en todos los casos.

Así, por ejemplo en sentencia del 2 de mayo de 2002 dijo el Consejo de Estado: *"El accionante también tiene que demostrar en juicio la causalidad adecuada entre el daño padecido y la conducta de riesgo imputada al Estado mediante prueba directa o indirecta, porque la ley no ha señalado en materia de relación causal* ni presunciones legales *respecto de las cuales, probado un hecho (s) el legislador infiera su causalidad adecuada, ni tampoco* los conocimientos del juez sobre la realidad social *lo autorizan para deducir con certeza el nexo de causalidad eficiente y determinante. La prueba del nexo puede ser:* a) directa, *mediante los medios probatorios que lo representan por sí mismo y/o* b) indirecta, *mediante indicios; este medio de convicción lógico indirecto, requiere de la demostración de unos hechos indicadores que apunten con fuerza el hecho indicado..."* **(Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 2 de mayo de 2002, expediente 13477.)**

5. CULPA EXCLUSIVA DE UN TERCERO

En ocasión con los pormenores que rigen esta contienda judicial, es menester aclarar que la jurisprudencia de las altas cortes han sido pacificas en determinar que independiente al régimen de responsabilidad al cual se asimilen los hechos, el actor debe demostrar en todos los casos el nexo de causalidad, lo cual indica que el hecho está ligado al daño en una relación causa efecto y no estar demostrado no es necesario seguir adelante con el juicio de responsabilidad y como elemento autónomo no admite presunción como la culpa o la falla.

Es sabido que para que exista la responsabilidad se requieren tres elementos absolutamente indispensables y necesarios: el daño, el hecho generador del mismo y un nexo de causalidad que permita imputar el daño a la conducta (acción u omisión) del agente generador.

El nexo causal se entiende como la relación necesaria y eficiente entre el hecho generador del daño y el daño probado. La jurisprudencia y la doctrina indican que para poder atribuir un resultado a una persona y declararla responsable como consecuencia de su acción u omisión, es indispensable definir si aquel aparece ligado a esta por una relación de causa-efecto. **Si no es posible encontrar esa relación mencionada, no tendrá sentido alguno continuar el juicio de responsabilidad.**

El nexo de causalidad, como lo ha dicho el Consejo de Estado en reiterada jurisprudencia, debe ser probado en todos los casos. Así, por ejemplo, en sentencia del 2 de mayo de 2002 se dijo:

> "El accionante también tiene que demostrar en juicio la causalidad adecuada entre el daño padecido y la conducta de riesgo imputada al Estado mediante prueba directa o indirecta, porque la ley no ha señalado en materia de relación causal ni presunciones legales respecto de las cuales, probado un hecho (s) el legislador infiera su causalidad adecuada, ni tampoco

> los conocimientos del juez sobre la realidad social lo autorizan para deducir con certeza el nexo de causalidad eficiente y determinante. La prueba del nexo puede ser: a) directa, mediante los medios probatorios que lo representan por si mismo y/o b) indirecta, mediante indicios; este medio de convicción lógico indirecto, requiere de la demostración de unos hechos indicadores que apunten con fuerza el hecho indicado2

l causante directo del daño es un tercero ajeno a las partes intervinientes en el juicio de responsabilidad. No son terceros las personas a quienes además del demandado, la ley adjudica responsabilidad solidaria o indistinta y que por ende resultan co-obligados.

Jurídicamente solo es tercero alguien extraño, por quien no se debe responder; es Decir, no vinculado con el sujeto contra el que se dirige la acción resarcitoria. A este respecto ha establecido la jurisprudencia:

> "Por otra parte, en relación con la causal de exoneración consistente en el hecho de un tercero, la jurisprudencia de esta Corporación ha señalado que la misma se configura siempre y cuando se demuestre que la circunstancia extraña es completamente ajena al servicio y que este último no se encuentra vinculado en manera alguna con la actuación de aquél".

La jurisprudencia ha considerado que para que se presente la figura del hecho del tercero como causal de exoneración de responsabilidad, es necesario que confluyan los siguientes elementos:

a. Debe ser un hecho único exclusivo y determinante del daño producido.
b. Debe ser un hecho producido por circunstancias imprevisibles e irresistibles para quien lo alega.

El hecho del tercero debe ser causa exclusiva única y determinante del daño para que se convierta en exoneratorio de responsabilidad. El supuesto más común del hecho del tercero es aquel en el cual la participación del alguien extraño al demandante y al demandado fue el verdadero causante del daño y en este sentido, se configura una inexistencia del nexo causal. No obstante, también hay casos en los cuales el hecho fue causado desde el punto de vista fáctico por el demandado, quien vio determinada su conducta por el actuar de un tercero, haciendo que el daño sea imputable a ese tercero de forma exclusiva, como en el caso de la legítima defensa cuando el daño producto de esa defensa se causa a alguien distinto de aquel cuya agresión se pretende repeler. En este último caso nos encontramos frente a una imposibilidad de imputación, puesto que la defensa fue determinada por el hecho del tercero agresor.

Lo anterior permite determinar que el daño causado no se manifiesta en el trafico jurídico como un proveniente del fuero de la acción u omisión de mi poderdante, todo lo contrario, es un hecho que depende de un tercero, por lo que las pretensiones no pueden desplegar efectos de vocación relacionados con la responsabilidad de mi poderdante por inexistencia de acción u omisión.

En este orden de ideas el **INSTITUTO DE DIAGNOSTICO MEDICO S.A.**, no presto la atención al paciente en consideración a que las circunstancias de tiempo modo y lugar no fueron en domicilio de mi poderdante.

EXCEPCION GENERICA

Propongo la excepción conocida como genérica, de conformidad con la cual deben ser declarados por el juzgador todas aquellas excepciones, fundadas en la ley y la constitución, que resulten probadas sin perjuicio de que no hayan sido expresamente enunciadas en este escrito

PRUEBAS

En primer lugar, manifiesto al Señor Juez que me adhiero la solicitud de pruebas realizada por la parte actora, y las que los diferentes demandados propongan y me reservo el derecho a intervenir en todas y cada una de ellas, a fin de ejercer efectivamente el derecho de defensa y contradicción en favor de mi representado.

Adicionalmente solicito se admitan, decreten y practiquen las siguientes:

1. **DOCUMENTALES**

   Acompaño a la presente contestación los siguientes documentos, para que sean tenidos en cuenta como pruebas dentro del proceso:

a. Certificado de Existencia y representación Legal EL INSTITUTO DE DIAGNOSTICO MEDICO S.A. – IDIME S.A.

2. **DECLARACION DE PARTE**

Solicito citar y hacer comparecer para que en audiencia cuya hora y fecha se servirá usted señalar, para que absuelvan el interrogatorio de parte que en sobre cerrado o personalmente formularé, a:

a. **SONIA MARCELA BENAVIDES,** demandante en el proceso, domiciliada y residenciada en Carrera 50 # 5 – 51 bloque 30 apto 402 dirección anotada en el acápite de notificaciones, de la demanda inicial, pero presumimos que es Carrera 50 # 5 – 51 bloque 30 apto 402 de la ciudad de Cali o será citada directamente por intermedio de su apoderado.

b. **HERNANDO BENAVIDES SEGURA**, demandante en el proceso, domiciliado y residenciada en Carrera 50 # 5 – 51 bloque 30 apto 402 dirección anotada en el acápite de notificaciones, de la demanda inicial, pero presumimos que es Carrera 50 # 5 – 51 bloque 30 apto 402 de la ciudad de Cali o será citada directamente por intermedio de su apoderado

c. **LADY SEGURA DE BENAVIDES,** demandante en el proceso, domiciliada y residenciada en Carrera 50 # 5 – 51 bloque 30 apto 402 dirección anotada en el acápite de notificaciones, de la demanda inicial, pero presumimos que es Carrera 50 # 5 – 51 bloque 30 apto 402 de la ciudad de Cali o será citada directamente por intermedio de su apoderado

3. OBJECION A LA SOLICITUD DE LOS TESTIMONIOS

Desde ya nos oponemos a la prueba solicitada por la parte demandante, referente a los TESTIMONIALES, la cual será resulta en la oportunidad procesal por parte del despacho en razón que la solicitud de la citación de los mismos no reúne los requisitos establecidos en al articulo 212 del Código General del Proceso.

4. OBJECIÓN DEL PERITAJE

Fundo esta objeción en las siguientes consideraciones:

PRIMERO: Con la aparición del Código General del Proceso, se dieron en el tráfico jurídico procesal, unas nuevas formas de integración pericial encaminadas a realizar no solo la oralidad sino, a materializar de manera concreta el derecho de defensa y contradicción contenido en el artículo 29 superior y con ello darle un contexto de aplicación inmediata al debido proceso.

SEGUNDO: Supone el articulo 226 unos de los requisitos de la actividad procesal relacionada con la prueba y la procedencia; con ello el legislador estima que para verificar los hechos, la opinión del perito debe ser independiente, sin juicio jurídico y vemos al final del informe una posición netamente jurídica, adicionalmente no cumple con los requisitos establecidos en el artículo 226 del C.G.del Proceso :

> La prueba pericial es procedente para verificar hechos que interesen al proceso y requieran especiales conocimientos científicos, técnicos o artísticos.
>
> Sobre un mismo hecho o materia cada sujeto procesal solo podrá presentar un dictamen pericial. Todo dictamen se rendirá por un perito.
>
> No serán admisibles los dictámenes periciales que versen sobre puntos de derecho, sin perjuicio de lo dispuesto en los artículos 177 y 179 para la prueba de la ley y de la costumbre extranjera. Sin embargo, las partes podrán asesorarse de abogados, cuyos conceptos serán tenidos en cuenta por el juez como alegaciones de ellas.
>
> El perito deberá manifestar bajo juramento que se entiende prestado por la firma del dictamen que su opinión es independiente y corresponde a su real convicción profesional. El dictamen deberá acompañarse de los documentos que le sirven de fundamento y de aquellos que acrediten la idoneidad y la experiencia del perito.
>
> Todo dictamen debe ser claro, preciso, exhaustivo y detallado; en él se explicarán los exámenes, métodos, experimentos e investigaciones efectuadas, lo mismo que los fundamentos técnicos, científicos o artísticos de sus conclusiones.
>
> El dictamen suscrito por el perito deberá contener, como mínimo, las siguientes declaraciones e informaciones:
>
> 1. La identidad de quien rinde el dictamen y de quien participó en su elaboración.
>
> 2. La dirección, el número de teléfono, número de identificación y los demás datos que faciliten la localización del perito.

3. La profesión, oficio, arte o actividad especial ejercida por quien rinde el dictamen y de quien participó en su elaboración. Deberán anexarse los documentos idóneos que lo habilitan para su ejercicio, los títulos académicos y los documentos que certifiquen la respectiva experiencia profesional, técnica o artística.

4. La lista de publicaciones, relacionadas con la materia del peritaje, que el perito haya realizado en los últimos diez (10) años, si las tuviere.

5. La lista de casos en los que haya sido designado como perito o en los que haya participado en la elaboración de un dictamen pericial en los últimos cuatro (4) años. Dicha lista deberá incluir el juzgado o despacho en donde se presentó, el nombre de las partes, de los apoderados de las partes y la materia sobre la cual versó el dictamen.

6. Si ha sido designado en procesos anteriores o en curso por la misma parte o por el mismo apoderado de la parte, indicando el objeto del dictamen.

7. Si se encuentra incurso en las causales contenidas en el artículo 50, en lo pertinente.

8. Declarar si los exámenes, métodos, experimentos e investigaciones efectuados son diferentes respecto de los que ha utilizado en peritajes rendidos en anteriores procesos que versen sobre las mismas materias. En caso de que sea diferente, deberá explicar la justificación de la variación.

9. Declarar si los exámenes, métodos, experimentos e investigaciones efectuados son diferentes respecto de aquellos que utiliza en el ejercicio regular de su profesión u oficio. En caso de que sea diferente, deberá explicar la justificación de la variación.

10. Relacionar y adjuntar los documentos e información utilizados para la elaboración del dictamen.

TERCERO: Al mismo tenor literal del articulo precedente, dentro del quinto (5) inciso, se esgrime de manera mandataria cuales deben ser las calidades que debe llevar el documento que pretenda realizar un peritaje como lo son, la precisión, el detalle y la exhaustividad que brillan por su ausencia, en virtud a que la espacialidad médica del perito **(médico general)** dista mucho de las calidades que debe tener un profesional para puntualizar sobre los temas objeto de controversia y en por el estado del arte debió haberse indicado un profesional con mayor contacto clínico relativo al padecimiento y eso incluye que desde la arista empírica por tratar ese padecimiento pudiera opinar, pero, los documento entregados no satisfacen dicha necesidad legal.

CUARTO: Siguiendo el contexto del articulo 226 y con la especificidad del numeral noveno (9), podemos evidenciar que la opinión del profesional de la salud solo se limita solo a una lectura de la historia clínica, sin poder presentar un argumento lógicos de la medicina basada en la práctica y en la experiencia porque no pone de presente que el haya tratado de manera directa un padecimiento igual o relacionado, por lo que se puede observar que y presumir que su opinión es amañada, impráctica, sin pericia y sin seguir las reglas de la lex artis ad hoc.

QUINTO: En relación con el peritazgo, el artículo 228 del Código General del Proceso hace una decisión relacionada con el quien da su opinión, es decir el perito, y el documento que

contiene el peritazgo. A esa referencia (i) en principio se puede obtener que la idoneidad, es decir el saber especializado del profesional de la salud (idoneidad) no se predica para el padecimiento y los hechos que son objeto de la cuestión problemático por el perito es médico con especialidad en medicina general y la pregunta es, si médico de estos podría eventualmente tener una relación directa con el padecimiento porque no se acredita ni siquiera la calidad de médico ni la forma en que ha realizado peritazgos, ni cuantos ha hecho o si no cuál es la especialidad médica que se ajusta más al padecimiento técnico. De otro lado la calidad de imparcialidad se ve violentada cuando a través del escrito manifiesta calidades y cualidades personales que se salen de la órbita de lo objetivo, entrando por definición en una confianza que vicia el escrito y (ii) lo otro es el contenido del documento, se puede reiterar como en el punto tercero que carece de los requisitos que debe tener.

REITERACIÓN DE LA OBJECIÓN

En síntesis de lo anterior y de conformidad al código general del proceso, precisamente lo contendido en la SECCIÓN TERCERA, REGIMEN PROBATORIO, TITULO UNICO PRUEBAS, CAPITULO VI, PRUEBA PERICIAL articulo 226 y sus siguientes, es permitido a las partes presentar prueba pericial para verificar hechos que interesen al proceso que requieran un especial conocimiento de temas científicos, técnicos y artísticos, sin embargo y si bien es posible el uso del dictamen pericial, no se debe dejar de lado que esta herramienta debe guardar acatamiento por las garantías del proceso en pro de una efectiva y transparente tutela de los derechos sustantivos ya que el conocimiento especifico finalmente determinara la motivación y justificación de las sesiones que deba adoptar el fallador.

La opinión del profesional o experto en el tema de especial conocimiento debe ser independiente y correspondiente a su especial convicción profesional y adicional la opinión deberá estar soportada en documentos que sirven de fundamento y que permiten al juzgador verificar idoneidad y experiencia del perito.

En el caso concreto resulta indudable y tangible la carencia de idoneidad del profesional que actúa como experto, siempre que, si bien es cierto acredita un grado de conocimiento en el campo de la medicina como resulta del análisis de los soportes académicos y labores que adjunta, su conocimiento versa sobre temas una especialidad diferente a la requerida para concluir situaciones que le competen al resorte de otra especialidad médica.

DE LA IMPARCIALIDAD.

Al hacer una lectura simple del informe que aporta la accionante como prueba pericial, queda la sensación y se materializan actos subjetivos, que le restan imparcialidad al perito, ya que permite inferir la existencia de un vínculo anterior a la labor desempeñada en este caso, esto atendiendo que califica subjetivamente y exterioriza su falta de objetividad profesional, como consta en el respetivo folio.

Lo anterior totalmente en contravía del artículo 235 del código general del proceso que asigna al perito la obligación de actuar con objetividad e imparcialidad, y que adicional impone a las partes el deber de obtenerse de aportar dictámenes rendidos por personas con quienes concurre alguna de las causales de recusación establecidas para los jueces.

MEDIDA PROCESAL

Se solicita de manera respetuosa al señor Juez, que decrete fecha y hora para celebrar audiencia encaminada al cumplimiento de lo estipulado en el artículo 228 del Código General del Proceso en audiencia aparte y desde ya me reservo la posibilidad además de interrogarlo en la misma etapa de la rendición de los testimonios.

FUNDAMENTO JURIDICO

La estructura general de la Seguridad Social en Salud se encuentra contemplada en la ley 100 de 1993.

Dentro de la estructura de este sistema se encuentran los llamados promotores de servicios de salud, es decir las empresas con las cuales la persona contrata la prestación de los servicios de salud es decir las E.P.S, entidades, ya sea dentro del régimen contributivo o dentro del subsidiado, serán responsables de la afiliación y el registro de los afiliados. ***"Su función básica será organizar y garantizar directa e indirectamente, la prestación del plan obligatorio a los afiliados.....".***

Estas Empresas, llámense Promotoras de Salud o Administradoras del Régimen subsidiado, entre otras, tienen las siguientes obligaciones:

"Administrar el riesgo en salud de sus afiliados, como aseguradoras y administradoras que son, procurando disminuir la ocurrencia de eventos previsibles de enfermedad sin atención...".

"Organizar y garantizar la prestación de servicios de salud previstos en el Plan Obligatorio de Salud".

"Organizar estrategias destinadas a proteger la salud de sus beneficiarios, que incluya las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, tratamiento y rehabilitación dentro de los parámetros de calidad y eficiencia".

Con cada una de estas entidades, el ciudadano, al escoger la forma de administración de los servicios para la atención de su salud, se vincula a través de un contrato que contiene las obligaciones definidas por la ley de "dar, hacer o no hacer algo", las cuales constituyen derechos correlativos para el contratante, (entiéndase usuario de los servicios de salud).

De esta manera, tenemos que, dentro de la prestación de servicios de salud, constituirán obligaciones de hacer: la administración del riesgo, la organización de la prestación y la prestación del servicio como tal; serán obligaciones de dar: el suministro de los medicamentos y elementos requeridos dentro de la prestación; obligación de no hacer: la obligación de no actuar en contra de los intereses relativos a la salud del paciente, tal como no hacer algo que vaya en contra de la voluntad del paciente, su autonomía y su integridad física, entre otras.

En consecuencia, se imponen obligaciones de resultado a dichas entidades, relacionadas con la organización y prestación de servicios de salud, dentro de un sistema de garantía de calidad; razón por la cual ante su incumplimiento se plantea una presunción de culpa en contra de éstas. La prestación de manera tardía, defectuosa o el incumplimiento puro y simple de las obligaciones que le señala la Ley, con capacidad suficiente para causar un daño al usuario, generará necesariamente responsabilidad que conlleva la obligación de indemnizar los perjuicios causados, exigibles a través de una acción contractual. "La obligación emana directamente del compromiso asumido al momento de registrar la afiliación del usuario al Sistema de Seguridad Social en Salud"
En estos casos, por ejemplo en primera instancia, son estas entidades las obligadas a autorizar las consultas, procedimientos e intervenciones sin que pueda en momento

alguno el usuario, trasladar la responsabilidad al prestador por la no autorización de esta consulta, procedimiento o intervención.

Las entidades administradoras de Servicios de Salud, antes citadas, para efectos de la organización de la prestación de estos servicios, de conformidad con la Ley, para atender los requerimientos relacionados con la prevención, control y atención de la enfermedad de manera directa, podrán actuar con su propia red prestadora o a través de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, I.P.S., definidos como "los Grupos de Práctica Profesional, los profesionales independientes y todas las personas, organizaciones y establecimientos que prestan servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación"., dentro de lo cual se enmarca **CLINICA NUEVA RAFAEL URIBE URIBE SAS**

Se observaron los protocolos establecidos y se dio cumplimiento a la praxis médica y la lex artis.

Además, habida cuenta de que el daño moral es de suyo imposible de cuantificar por ser éste de carácter inmaterial, es necesario fijar el monto de la indemnización valiéndose de la facultad discrecional que le asiste a la Sala en estos casos y de conformidad con los parámetros establecidos jurisprudencialmente : i) la indemnización se hace a título de compensación, más no de restitución ni de reparación; ii) la tasación debe realizarse con aplicación del principio de equidad previsto en la jurisprudencia; iii) la determinación del monto debe estar sustentada en los medios probatorios que obran en el proceso y que están relacionados con las características del perjuicio y iv) debe estar fundamentada, cuando sea del caso, en otras providencias para garantizar el principio de igualdad.

En otro sentido, habría que determinar bajo el principio que gobierna las sociedades comerciales, el cual estima que, una sociedad legalmente constituida bajo las leyes de la república de Colombia subsiste en principio a quienes las constituyen porque crea un patrimonio diferente además de separado, una personalidad jurídica distinta, una capacidad diferente y una persona distinta que se debe entender como una universalidad independiente y a esto el código de comercio responde:

> **ARTICULO 98. <CONTRATO DE SOCIEDAD – CONCEPTO – PERSONA JURÍDICA DISTINTA>. Por el contrato de sociedad dos o más personas se obligan a hacer un aporte en dinero, en trabajo o en otros bienes apreciables en dinero, con el fin de repartirse entre sí las utilidades obtenidas en la empresa o actividad social.**
>
> **La sociedad, una vez constituida legalmente, forma una persona jurídica distinta de los socios individualmente considerados.**
>
> **ARTICULO 99. <CAPACIDAD DE LA SOCIEDAD>. La capacidad de la sociedad se circunscribirá al desarrollo de la empresa o actividad prevista en su objeto. Se entenderán incluidos en el objeto social los actos directamente relacionados con el mismo y los que tengan como finalidad ejercer los derechos o cumplir las obligaciones, legal o convencionalmente derivados de la existencia y actividad de la sociedad.**
>
> **ARTICULO 100. <ASIMILACIÓN A SOCIEDADES COMERCIALES – LEGISLACIÓN MERCANTIL>. <Artículo subrogado por el artículo 1o. de la Ley 222 de 1995. El nuevo texto es el siguiente:> Se tendrán como comerciales, para todos los efectos legales las sociedades que se formen para la ejecución de actos o empresas mercantiles.**
>
> **Si la empresa social comprende actos mercantiles y actos que no tengan esa calidad, la sociedad será comercial. Las sociedades que no contemplen en su objeto social actos mercantiles serán civiles.**

Así entonces se entiende que el paciente fallecido y quienes utilizan la acción de rebote, deben llamara a comparecer y con esto solicitar al juez que declare responsables a quienes entraron dentro de los hechos descritos, toda vez que mi poderdante no tiene ni tuvo injerencia en la producción del padecimiento ni en la ocasión de la muerte.

ANEXOS

Los documentos relacionados en el acápite de pruebas.

NOTIFICACIONES

- A los demandantes en la indicada en el libelo de la demanda.
- **INSTITUTO DE DIAGNOSTICO MEDICO S.A. – IDIME S.A.** en la Calle 76 # 13 – 46 de la ciudad de Bogotá D.C. y/o al correo **carlos.sussmann@idime.com.co**
- Al suscrito en la secretaria del despacho o en mi oficina ubicada en la Calle 100 No. 14 – 63 de Bogotá. PBX 3001953 FAX 3001954 Email **direccion@slcabogados.com.co**

Del Señor Juez,

Cordialmente,

CARLOS ARMANDO SUSSMANN PEÑA
C.C.No. 3.229.002 expedida en Bogotá
T.P. No. 89.069 expedida por C.S de la J.

CAMARA DE COMERCIO DE BOGOTA

SEDE CHAPINERO

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: 91931723472237

6 DE MAYO DE 2019 HORA 11:55:08

* *

****
ESTE CERTIFICADO FUE GENERADO ELECTRÓNICAMENTE Y CUENTA CON UN CÓDIGO DE VERIFICACIÓN QUE LE PERMITE SER VALIDADO SOLO UNA VEZ, INGRESANDO A WWW.CCB.ORG.CO
****
RECUERDE QUE ESTE CERTIFICADO LO PUEDE ADQUIRIR DESDE SU CASA U OFICINA DE FORMA FÁCIL, RÁPIDA Y SEGURA EN WWW.CCB.ORG.CO
****
PARA SU SEGURIDAD DEBE VERIFICAR LA VALIDEZ Y AUTENTICIDAD DE ESTE CERTIFICADO SIN COSTO ALGUNO DE FORMA FÁCIL, RÁPIDA Y SEGURA EN WWW.CCB.ORG.CO/CERTIFICADOSELECTRONICOS/
****

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACION LEGAL O INSCRIPCION DE DOCUMENTOS.
LA CAMARA DE COMERCIO DE BOGOTA, CON FUNDAMENTO EN LAS MATRICULAS E INSCRIPCIONES DEL REGISTRO MERCANTIL

CERTIFICA:

NOMBRE : INSTITUTO DE DIAGNOSTICO MEDICO S.A.
N.I.T. : 800065396-2
DOMICILIO : BOGOTÁ D.C.

CERTIFICA:

MATRICULA NO: 00372415 DEL 23 DE MAYO DE 1989

CERTIFICA:

RENOVACION DE LA MATRICULA :22 DE MARZO DE 2019
ULTIMO AÑO RENOVADO : 2019
ACTIVO TOTAL : 486,201,561,517
TAMAÑO EMPRESA : GRANDE

CERTIFICA:

DIRECCION DE NOTIFICACION JUDICIAL : CL 76 NO. 13-46
MUNICIPIO : BOGOTÁ D.C.
EMAIL DE NOTIFICACION JUDICIAL : CONTABILIDAD@IDIME.COM.CO
DIRECCION COMERCIAL : CL 76 NO. 13-46
MUNICIPIO : BOGOTÁ D.C.
EMAIL COMERCIAL : CONTABILIDAD@IDIME.COM.CO

CERTIFICA:

CONSTITUCION: E.P. NO. 1052 NOTARIA 20 DE BOGOTA DEL 18 DE ABRIL DE 1.989, INSCRITA EL 23 DE MAYO DE 1.989 BAJO EL NO. 265.324 DEL LIBRO IX, SE CONSTITUYO LA SOCIEDAD COMERCIAL DENOMINADA:"ESCANOGRAFIA DEL SUR LTDA."

CERTIFICA:

QUE POR ESCRITURA PUBLICA NO. 0525 DEL 20 DE FEBRERO DE 1998 DE LA NOTARIA 45 DE SANTAFE DE BOGOTA D.C., INSCRITA EL 02 DE MARZO DE 1998 BAJO EL NUMERO 624570 DEL LIBRO IX, LA SOCIEDAD CAMBIO SU NOMBRE DE: ESCANOGRAFIA DEL SUR S.A. POR EL DE: INSTITUTO DE

Constanza del Pilar Puentes Trujillo

DIAGNOSTICO MEDICO S.A. PUDIENDO UTILIZAR LA SIGLA IDIME S.A.

CERTIFICA:

QUE POR E.P. NO.2293 DEL 19 DE JULIO DE 1990 DE LA NOTARI 20 DE BOGOTA, ACLARADA POR LA NO.201 DEL 25 DE NERO DE 1991 DE LA MISMA NOTARIA, INSCRITAS EL 4 DE ABRIL DE 1991, BAJO EL NO. 322254 DEL LIBRO IX, LA SOCIEDAD SE TRANSFORMO EN ANONIMA BAJO LA DENOMINA - CION: " ESCANOGRAFIA DEL SUR S.A. ".-

CERTIFICA:

REFORMAS:

ESCRITURAS NO.	FECHA	NOTARIA	INSCRIPCION
597	28-II -1.990	20 BOGOTA	9- III-1.990 NO.289.044
2293	19-VII-1.990	20 BOGOTA	4- IV-1.991 NO.322.254
201	25- I -1.991	20 BOGOTA	4- IV-1.991 NO.322.254
3476	30-VII -1.992	20 STAFE BTA	12-VIII-1.992 NO.374.497
4239	24-VIII-1.993	20 STAFE BTA	7 IX-1.993 NO.418.975
181	27- I- 1995	45 STAFE BTA	10- II- 1995 NO.480.734

CERTIFICA:

REFORMAS:

DOCUMENTO NO.	FECHA	ORIGEN	FECHA	NO.INSC.
0004228	1997/11/13	NOTARIA 45	1997/11/19	00610867
0000525	1998/02/20	NOTARIA 45	1998/03/02	00624570
0002016	2000/08/16	NOTARIA 45	2000/08/23	00741820
6312	2009/11/30	NOTARIA 45	2009/12/07	01345575
825	2011/07/16	NOTARIA 71	2011/08/22	01505599
4708	2013/08/28	NOTARIA 32	2013/09/04	01762323
4628	2014/10/29	NOTARIA 32	2014/11/06	01882640
1004	2015/03/27	NOTARIA 32	2015/04/07	01927430
2932	2016/05/20	NOTARIA 32	2016/06/01	02108749
8354	2016/12/29	NOTARIA 32	2017/02/06	02182900
00048	2018/01/17	NOTARIA 32	2018/01/19	02294573

CERTIFICA:

VIGENCIA: QUE LA SOCIEDAD NO SE HALLA DISUELTA. DURACION HASTA EL 18 DE ABRIL DE 2049

CERTIFICA:

OBJETO SOCIAL: LA SOCIEDAD TIENE COMO OBJETO SOCIAL LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS DE DIAGNÓSTICO, CONSULTA EXTERNA, LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN MEDICINA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO Y SERVICIOS HOSPITALARIOS EN TODAS SUS RAMAS. PARA EL DESARROLLO DE SU OBJETO Y EN CUANTO SE RELACIONE DIRECTAMENTE CON LAS ACTIVIDADES QUE FORMAN PARTE DEL, MISMO, LA SOCIEDAD PODRÁ: A) EXPORTAR E IMPORTAR, AGENCIAR, DISTRIBUIR COMERCIALIZAR, COMPRAR O VENDER A COMISIÓN O CONSIGNACIÓN O DE CUALESQUIERA OTRA FORMA O MODALIDAD, TODA CLASE DE EQUIPOS, APARATOS, BIENES AL POR MAYOR O AL DETAL, Y SERVICIOS RELACIONADOS CON SU ACTIVIDAD. B) GRAVAR EN CUALQUIER FORMA LOS BIENES DE SU PROPIEDAD MUEBLES O INMUEBLES; DAR EN PRENDA LOS PRIMEROS O HIPOTECAR LOS SEGUNDOS, PARA GARANTIZAR OBLIGACIONES DE LA SOCIEDAD. C) CONSTITUIR APODERADOS QUE LE REPRESENTEN, ASOCIARSE CON OTRAS COMPAÑÍAS DE LA MISMA O PARECIDA NATURALEZA Y EN GENERAL REALIZAR TODA CLASE DE OPERACIONES COMERCIALES O CIVILES Y EJECUTAR O CELEBRAR TODA CLASE DE CONTRATOS O ACTOS DEL MISMO ORDEN, YA SEAN INDUSTRIALES, COMERCIALES O FINANCIERAS ENCAMINADAS A ALCANZAR LOS FINES QUE SE PROPONEN. D) ADQUIRIR, ENAJENAR, ADMINISTRAR, RECIBIR DAR EN ARRENDAMIENTO O A CUALQUIER OTRO TÍTULO, TODA CLASE DE BIENES MUEBLES O INMUEBLES. E) INTERVENIR ANTE TERCEROS O ANTE LOS ACCIONISTAS MISMOS COMO ACREEDORA O COMO DEUDORA EN TODA CLASE DE OPERACIONES DE CRÉDITO, DANDO O RECIBIENDO LAS GARANTÍAS DEL CASO, CUANDO HAYA LUGAR A ELLAS, F)

Cámara de Comercio de Bogotá

CAMARA DE COMERCIO DE BOGOTA

SEDE CHAPINERO

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: 91931723472237

6 DE MAYO DE 2019 HORA 11:55:08

0919317234 PÁGINA: 2 DE 8

* *

EFECTUAR CUALQUIER CLASE DE OPERACIONES DE CRÉDITO ACTIVO O PASIVO, TALES COMO CONSTRUIR DEPÓSITOS, EFECTUAR PRESTAMOS CON O SIN INTERESES, OTORGAR O RECIBIR DOCUMENTOS NEGOCIABLES, GIRAR, ACEPTAR, ENDOSAR, ASEGURAR, Y NEGOCIAR EN GENERAL TÍTULOS VALORES Y RECIBIRLOS EN PAGO. EL OTORGAMIENTO DE PRÉSTAMOS PODRÁN TENER COMO FINALIDAD EL DESARROLLO, CUMPLIMIENTO Y EJECUCIÓN DE PLANES, PROGRAMAS O PROYECTOS DE CRECIMIENTO DE LA COMPAÑÍA Y CON ALIADOS ESTRATÉGICOS DE LA ORGANIZACIÓN PARA EL CUMPLIMIENTO DE DICHOS PLANES O PROYECTOS. G) CELEBRAR ASÍ MISMO OPERACIONES RELACIONADAS CON LA PROTECCIÓN DE SUS BIENES, NEGOCIOS Y PERSONAS A SU SERVICIO. H) CELEBRAR CONTRATOS DE CUENTAS EN PARTICIPACIÓN, SEA COMO PARTICIPE ACTIVA O COMO PARTICIPE INACTIVA. I) TRANSIGIR, DESISTIR Y APELAR A DECISIONES DE ÁRBITROS O DE AMIGABLES COMPONEDORES EN LAS CUESTIONES EN QUE TENGA INTERÉS FRENTE A TERCEROS, A LOS ASOCIADOS MISMOS O A SUS ADMINISTRADORES. J) ADQUIRIR MARCAS, PATENTES, PROCEDIMIENTOS DE FABRICACIÓN, EXPLOTADAS EN CUALQUIER FORMA, YA SEA UTILIZÁNDOLOS DIRECTAMENTE O PERMITIENDO SU EXPLOTACIÓN POR OTRAS PERSONAS NATURALES O JURÍDICAS CONTRA EL PAGO DE REGALÍAS O PARTICIPACIONES. K) CELEBRAR Y EJECUTAR EN GENERAL TODOS LOS ACTOS Y CONTRATOS PREPARATORIOS, COMPLEMENTARIOS O ACCESORIOS DE TODOS LOS ANTERIORES, LOS QUE SE RELACIONEN CON LA EXISTENCIA Y FUNCIONAMIENTO DE LA SOCIEDAD, Y LOS QUE SEAN CONDUCENTES AL BUEN LOGRO DE LOS FINES SOCIALES.

CERTIFICA:

ACTIVIDAD PRINCIPAL:
8621 (ACTIVIDADES DE LA PRÁCTICA MÉDICA, SIN INTERNACIÓN)
ACTIVIDAD SECUNDARIA:
8691 (ACTIVIDADES DE APOYO DIAGNOSTICO)

CERTIFICA:

CAPITAL:

** CAPITAL AUTORIZADO **

VALOR	: $4,783,037,448.00
NO. DE ACCIONES	: 4,783,037,448.00
VALOR NOMINAL	: $1.00

** CAPITAL SUSCRITO **

VALOR	: $4,783,037,448.00
NO. DE ACCIONES	: 4,783,037,448.00
VALOR NOMINAL	: $1.00

** CAPITAL PAGADO **

VALOR	: $4,783,037,448.00
NO. DE ACCIONES	: 4,783,037,448.00
VALOR NOMINAL	: $1.00

CERTIFICA:

** JUNTA DIRECTIVA: PRINCIPAL (ES) **

QUE POR ACTA NO. 76 DE ASAMBLEA GENERAL DEL 20 DE MARZO DE 2018, INSCRITA EL 11 DE DICIEMBRE DE 2018 BAJO EL NUMERO 02403213 DEL LIBRO IX, FUE (RON) NOMBRADO (S):

NOMBRE	IDENTIFICACION
PRIMER RENGLON	
ESGUERRA ESPINOSA MONICA	C.C. 000000051773228
SEGUNDO RENGLON	
BERNAL RUEDA DARIO	C.C. 000000019351079
TERCER RENGLON	
RONDEROS DUMIT MIGUEL ALBERTO	C.C. 000000079142694
CUARTO RENGLON	
CAMARGO AILLON JAIME JOSE	C.C. 000000005434980
QUINTO RENGLON	
GUTIERREZ ROJAS ANDRES FELIPE	C.C. 000000080873627

** JUNTA DIRECTIVA: SUPLENTE (S) **

QUE POR ACTA NO. 76 DE ASAMBLEA GENERAL DEL 20 DE MARZO DE 2018, INSCRITA EL 11 DE DICIEMBRE DE 2018 BAJO EL NUMERO 02403213 DEL LIBRO IX, FUE (RON) NOMBRADO (S):

NOMBRE	IDENTIFICACION
PRIMER RENGLON	
GROSSO PUENTES SONIA ROCIO	C.C. 000000039773341
SEGUNDO RENGLON	
GOMEZ SANTOS GERMAN	C.C. 000000019360211
TERCER RENGLON	
CORAL ORTEGA GERMAN JAVIER	C.C. 000000019459858
CUARTO RENGLON	
CUBIDES PACHON LUIS ALEJANDRO	C.C. 000000019260732
QUINTO RENGLON	
RODRIGUEZ VEGA MARIA ISABEL	C.C. 000000023754954

CERTIFICA:

REPRESENTACION LEGAL:LOS REPRESENTANTES LEGALES SON: EL GERENTE Y SUS SUPLENTES, PRIMERO Y SEGUNDO.-

CERTIFICA:

** NOMBRAMIENTOS **

QUE POR ACTA NO. 0000296 DE JUNTA DIRECTIVA DEL 28 DE ENERO DE 2008, INSCRITA EL 4 DE FEBRERO DE 2008 BAJO EL NUMERO 01188033 DEL LIBRO IX, FUE (RON) NOMBRADO (S):

NOMBRE	IDENTIFICACION
PRIMER SUPLENTE DEL GERENTE	
GUEVARA VACA JORGE ANDRES	C.C. 000000079601210

QUE POR ACTA NO. 0000290 DE JUNTA DIRECTIVA DEL 16 DE NOVIEMBRE DE 2007, INSCRITA EL 19 DE DICIEMBRE DE 2007 BAJO EL NUMERO 01178563 DEL LIBRO IX, FUE (RON) NOMBRADO (S):

NOMBRE	IDENTIFICACION
GERENTE GENERAL	
GONZALEZ BOLIVAR LIDA YAMILE	C.C. 000000052173813

CERTIFICA:

FACULTADES DEL REPRESENTANTE LEGAL: EL GERENTE TENDRA TODAS LAS FACULTADES Y DEBERES NECESARIOS PARA LA ADMINISTRACION DE LA SOCIEDAD CON LAS LIMITACIONES ESTABLECIDAS POR LA LEY Y LOS ESTATUTOS, PERO EN PARTICULAR TENDRA LAS SIGUIENTES FACULTADES Y DEBERES: A).- REPRESENTAR A LA SOCIEDAD ANTE LOS ACCIONISTAS, ANTE TERCEROS Y ANTE TODA CLASE DE AUTORIDADES DEL ORDEN ADMINISTRATIVO O JURISDICCIONAL. B).- EJECUTAR TODOS LOS ACTOS U OPERACIONES COMPRENDIDAS DENTRO DEL OBJETO SOCIAL O QUE SE RELACIONES CON LA EXISTENCIA O EL FUNCIONAMIENTO DE LA SOCIEDAD, CUYA CUANTIA NO EXCEDA DE UN VALOR

EQUIVALENTE A DOSCIENTOS (200) SALARIOS MINIMOS MENSUALES LEGALES, VIGENTES EN LA FECHA DE LA CELEBRACIÓN DEL ACTO O CONTRATO. C).- AUTORIZAR TODOS LOS DOCUMENTOS PUBLICOS O PRIVADOS QUE DEBAN OTORGARSE EN DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES SOCIALES O EN INTERES DE LA SOCIEDAD. D) PRESENTAR CONJUNTAMENTE CON LA JUNTA DIRECTIVA A LA ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONISTAS EN CADA REUNION ORDINARIA Y, EN LAS REUNIONES EXTRAORDINARIAS EN QUE FUERE DEL CASO, UN ESTADO DE INVENTARIO Y ESTADOS FINANCIEROS DE PROPOSITO GENERAL DE LA COMPAÑIA, PRESENTANDO EN DETALLO LOS ESTADOS FINANCIEROS BASICOS Y UN INFORME PORMENORIZADO RELATIVO A ELLAS Y A LA MARCHA GENERAL DE LOS NEGOCIOS SOCIALES, ACOMPAÑADO DE LOS DOCUMENTOS INDICADOS EN EL ARTICULO CUATROCIENTOS CUARENTA Y SEIS (446) DEL CODIGO DE COMERCIO; E) DEPOSITAR, DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA FECHA EN LA CUAL SEAN APROBADOS, LOS ESTADOS FINANCIEROS JUNTO CON SUS NOTAS Y EL DICTAMEN CORRESPONDIENTE, SI LO HUBIESE, EN LA CAMARA DE COMERCIO DEL DOMICILIO SOCIAL; F).- NOMBRAR Y REMOVER A LOS EMPLEADOS DE LA SOCIEDAD CUYO NOMBRAMIENTO Y REMOCION NO CORRESPONDA A LA ASAMBLEA GENERAL NI A LA JUNTA DIRECTIVA. G).-TOMAR TODAS LAS MEDIDAS QUE RECLAME LA CONSERVACION DE LOS BIENES SOCIALES, VIGILAR LA ACTIVIDAD DE LOS EMPLEADOS E IMPARTIR LAS ORDENES E INSTRUCCIONES QUE EXIJA LA BUENA MARCHA DE LA COMPAÑIA. H) CONVOCAR A LA ASAMBLEA GENERAL A SUS REUNIONES ORDINARIAS Y CONVOCARLA A REUNIONES EXTRAORDINARIAS CUANDO LO JUZGUE NECESARIO O CONVENIENTE. I).- CUMPLIR LAS ORDENES E INSTRUCCIONES QUE LE IMPARTA LA ASAMBLEA GENERAL O LA JUNTA DIRECTIVA. J).- CUMPLIR O HACER CUMPLIR OPORTUNAMENTE LOS REQUISITOS O EXIGENCIAS LEGALES QUE SE RELACIONEN CON EL FUNCIONAMIENTO Y LAS ACTIVIDADES DE LA SOCIEDAD. K).- DELEGAR ALGUNAS DE SUS FUNCIONES EN APODERADOS ESPECIALES O FACTORES. L).- SUMINISTRAR A LA ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONISTAS Y A LA JUNTA DIRECTIVA TODOS LOS INFORMES QUE LE SOLICITEN EN RELACION CON LA COMPAÑIA Y LAS ACTIVIDADES SOCIALES. M).- PRESENTAR A LA JUNTA DIRECTIVA EN LOS DIEZ (10) PRIMEROS DIAS DE CADA MES, UN INFORME DE SUS ACTIVIDADES. N).- CUMPLIR Y HACER CUMPLIR LAS DISPOSICIONES DE LOS ESTATUTOS, LA JUNTA DIRECTIVA Y DE LA ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONISTAS. O).- FIRMAR DE SU PUÑO Y LETRA, SEGUN LO ESTABLECIDO, TODOS LOS TITULOS Y CERTIFICADOS PROVISIONALES DE ACCIONES QUE LA SOCIEDAD EXPIDA. P).- PRESENTAR LAS SOLICITUDES E INICIAR LOS TRAMITES, LAS ACCIONES O LAS RECURSOS NECESARIOS O CONVENIENTES, SEAN ELLOS DE CARACTER ADMINISTRATIVO, JUDICIAL EXTRAJUDICIAL Y REPRESENTAR A LA SOCIEDAD EN TODAS LAS INSTANCIAS CORRESPONDIENTES, LO MISMO QUE EN AQUELLOS PROCESOS O DILIGENCIAS QUE SE ADELANTEN EN CONTRA DE ELLA O EN LOS QUE PUEDA TENER INTERES JURIDICO. Q).- CONSTITUIR LOS APODERADOS JUDICIALES Y EXTRAJUDICIALES QUE REQUIERAN LAS ACTUACIONES MENCIONADAS Y DETERMINAR SUS FACULTADES. R).- NOTIFICASE VALIDAMENTE DE AQUELLOS ACTOS DEL ORDEN ADMINISTRATIVO O JUDICIAL QUE SE FORMULEN CONTRA LA SOCIEDAD, ASI COMO ABSOLVER INTERROGATORIOS CON CAPACIDAD

PARA CONFESAR. S).- SON LAS LIMITACIONES PREVISTAS EN ESTOS ESTATUTOS, ADMINISTRAR LOS BIENES MUEBLES O INMUEBLES DE PROPIEDAD DE LA SOCIEDAD, RECAUDAR LO RECIBIDO POR SUS FRUTOS Y CELEBRAR TODA CLASE DE CONTRATOS RELACIONADOS CON SU ADMINISTRACION. T).- GIRAR, ORDENAR, GIRAR, ENDOSAR, PROTESTAR, OTORGAR, ACEPTAR Y HACER TODA CLASE DE NEGOCIOS RELACIONADOS CON TITULOS VALORES, CONSULTANDO LAS LIMITACIONES PREVISTAS EN ESTOS ESTATUTOS. U).- PRESENTAR DECLARACIONES DE RENTA, PATRIMONIO, IMPUESTOS A LAS VENTAS EN ADMINISTRACION DE IMPUESTOS NACIONALES Y MUNICIPALES, E INTERPONER LOS RECURSOS Y DECLARACIONES PERTINENTES CONTRA LOS ACTOS DE DICHA ADMINISTRACION, CON FACULTAD PARA DEFENDER LOS INTERESES DE LA SOCIEDAD EN RELACION CON ESTAS MATERIAS. V).- LAS DEMAS QUE LE CORRESPONDEN POR SU CALIDAD DE REPRESENTANTE LEGAL SEGUN LA LEY Y LOS PRESENTES ESTATUTOS.

CERTIFICA:

QUE POR ESCRITURA PUBLICA NO. 992 DE LA NOTARIA 45 DE BOGOTA D.C., DEL 30 DE ABRIL DE 2002, INSCRITA EL 06 DE MAYO DE 2002 BAJO EL NO. 7623 DEL LIBRO V, RICARDO ANTONIO CAYCEDO BUSTOS, IDENTIFICADO CON CEDULA DE CIUDADANIA NO. 19.205.310 EXPEDIDA EN BOGOTA, OBRANDO EN SU CALIDAD DE REPRESENTANTE LEGAL DE LA SOCIEDAD INSTITUTO DE DIAGNOSTICO MEDICO IDIME S .A ., CONFIRIO PODER GENERAL AMPLIO Y SUFICIENTE A JORGE ANDRES GUEVARA VACA, IDENTIFICADO CON CEDULA CIUDADANIA NO. 79. 601. 210 EXPEDIDA EN BOGOTA, PARA QUE EN NOMBRE DE LA SOCIEDAD INSTITUTO DE DIAGNOSTICO MEDICO IDIME S.A., EJECUTE Y CELEBRE EN LA ZONA GEOGRAFICA DE TODO EL TERRITORIO DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA, LOS SIGUIENTES ACTOS : 1. REPRESENTE A LA SOCIEDAD, PROMUEVAN SUS INTERESES Y GESTIONEN SUS NEGOCIOS DENTRO DEL GIRO ORDINARIO DE SU ACTIVIDAD COMERCIAL, ANTE LAS ENTIDADES LABORALES Y AUTORIDADES DE SEGURIDAD SOCIAL Y SALUD OCUPACIONAL. 2. RECIBA NOTIFICACIONES, SUSCRIBA CONTRATOS Y ELEVE PETICIONES ANTE LAS ENTIDADES Y AUTORIDADES DE SEGURIDAD SOCIAL.

CERTIFICA:

QUE POR ESCRITURA PUBLICA NO. 5605 DE LA NOTARIA CUARENTA Y CINCO DE BOGOTA D.C., DEL 29 DE OCTUBRE DE 2009, INSCRITA EL 4 DE NOVIEMBRE DE 2009 BAJO EL NO. 16802 DEL LIBRO V, COMPARECIO JORGE ANDRES GUEVARA VACA IDENTIFICADO CON CEDULA DE CIUDADANIA NO. 79.601.210 DE BOGOTA D.C. EN SU CALIDAD DE REPRESENTANTE LEGAL DE LA SOCIEDAD DE LA REFERENCIA, POR MEDIO DE LA PRESENTE ESCRITURA PUBLICA, CONFIERE PODER GENERAL A RODRIGO IGNACIO MENDEZ IDENTIFICADO CON CEDULA CIUDADANIA NO. 80.418.956 DE USAQUEN, Y CON TARJETA PROFESIONAL NÚMERO 75.141 DEL C.S.J., QUIEN EN ADELANTE Y PARA LOS EFECTOS DE LA PRESENTE ESCRITURA PÚBLICA SE DENOMINARÁ EL APODERADO PARA QUE EN NOMBRE Y REPRESENTACIÓN DE LA PODERDANTE INTERVENGA CON PLENOS PODERES Y FACULTADES, SALVO LAS LIMITACIONES QUE PARA EL CASO SE INDICAN, EN LOS SIGUIENTES ACTOS, DILIGENCIAS, PROCESOS Y CONTRATOS: 1. RECIBIR TODA CLASE DE NOTIFICACIONES DE ACTUACIONES, INVESTIGACIONES Y DEMANDAS O INICIADAS CONTRA LA PODERDANTE EN ASUNTOS DE CUALQUIER NATURALEZA. 2. REPRESENTAR A LA PODERDANTE EN TODA CLASE DE PROCESOS JUDICIALES DE CUALQUIER CARÁCTER, EN LOS QUE LA PODERDANTE SEA PARTE COMO DEMANDADA O DEMANDANTE. PARA ESTE EFECTO EL APODERADO ESTARÁ PLENAMENTE FACULTADO PARA OTORGAR PODERES, SUSTITUIR, REASUMIR, RECIBIR, DESISTIR, TRANSIGIR Y CONCILIAR. 3. OTORGAR EN NOMBRE Y REPRESENTACIÓN DE LA PODERDANTE, PODERES ESPECIALES A LOS ABOGADOS QUE HABRÁN DE LLEVAR LA REPRESENTACIÓN Y PERSONERÍA DE LA PODERDANTE EN TODA CLASE DE PROCESOS JUDICIALES EN LOS CUALES LA PODERDANTE SEA PARTE, COMO DEMANDANTE O DEMANDADA. PARA ESTE AFECTO EL APODERADO PODRÁ CONFERIR A

LOS APODERADOS ESPECIALES LAS FACULTADES DE RECIBIR, DESISTIR, TRANSIGIR, CONCILIAR Y SUSTITUIR Y PODRÁ REVOCAR EN CUALQUIER MOMENTO LOS PODERES ESPECIALES OTORGADOS. 4. ABSOLVER EN NOMBRE Y REPRESENTACIÓN DE LA PODERDANTE, TODA CLASE DE INTERROGATORIOS DE PARTE, JUDICIALES O EXTRAJUDICIALES QUE SE FORMULEN A LA PODERDANTE EN ASUNTOS O PROCESOS. PARA ESTE EFECTO EL APODERADO ESTA EXPRESAMENTE FACULTADO PARA, CONFESAR. 5. REPRESENTAR A LA PODERDANTE EN TODA CLASE DE ACTUACIONES E INVESTIGACIONES ADMINISTRATIVAS DE CUALQUIER NATURALEZA, INICIADAS POR Y EN CONTRA DE LA PODERDANTE, ANTE CUALQUIER AUTORIDAD ADMINISTRATIVA CON COMPETENCIA EN ASUNTOS DE CUALQUIER CARÁCTER O NATURALEZA. 6. TRANSIGIR O CONCILIAR TODA CLASE DE LITIGIOS O DIFERENCIAS QUE OCURRAN RESPECTO DE DERECHOS Y OBLIGACIONES DE LA PODERDANTE, PODRÁ ACTUAR DIRECTAMENTE O PODRÁ CONFERIR PODERES ESPECIALES PARA LLEVAR A CABO TRANSACCIONES O CONCILIACIONES. ANTE CUALQUIER AUTORIDAD JUDICIAL O ADMINISTRATIVA. 7. REPRESENTAR A LA PODERDANTE EN TODA CLASE DE NEGOCIACIONES O CONFLICTOS INDIVIDUALES O COLECTIVOS DE CUALQUIER NATURALEZA, CON AMPLIAS FACULTADES PARA TRANSIGIR, CONCILIAR, NEGOCIAR Y COMPROMETER A LA PODERDANTE. 8. SUSCRIBIR EN NOMBRE Y REPRESENTACIÓN DE LA PODERDANTE, TODA CLASE DE ACUERDOS, PACTOS O CONVENCIONES COLECTIVAS, CELEBRADAS CON LOS TRABAJADORES DE LA PODERDANTE O CON ORGANIZACIONES SINDICALES. 9. ACORDAR, NEGOCIAR, SUSCRIBIR EN NOMBRE Y REPRESENTACIÓN DE LA PODERDANTE, ASÍ COMO ACORDAR, NEGOCIAR Y SUSCRIBIR TODA CLASE DE MODIFICACIONES O ADICIONES QUE SE INTRODUZCAN A LOS CONTRATOS INDIVIDUALES DE TRABAJO QUE HAYA CELEBRADO O CELEBRE LA PODERDANTE. 10. DAR POR TERMINADO. 11. ACEPTAR Y SUSCRIBIR EN NOMBRE Y REPRESENTACIÓN DE LA PODERDANTE, TODA CLASE DE GARANTÍAS QUE OTORGUEN LOS TRABAJADORES. 12. SOMETER A LA DECISIÓN DE ÁRBITROS TODAS LAS CONTROVERSIAS, SUSCEPTIBLES DE DICHO PROCEDIMIENTO Y REPRESENTAR A LA PODERDANTE EN TODA CLASE DE PROCESOS ARBÍTRALES. PARA ESTE EFECTO EL APODERADO PODRÁ ACTUAR DIRECTAMENTE O PODRÁ CONFERIR PODERES ESPECIALES A QUIENES DEBEN LLEVAR A LA (SIC) Y REPRESENTACIÓN DE AL PODERDANTE EN LOS MENCIONADOS PROCESOS (SIC) ARBITRALES.

CERTIFICA:

QUE POR ESCRITURA PÚBLICA NO. 2164 DE LA NOTARÍA 32 DE BOGOTÁ D.C., DEL 2 DE AGOSTO DE 2018, INSCRITA EL 9 DE AGOSTO DE 2018 BAJO EL REGISTRO NO 00039807 DEL LIBRO V COMPARECIÓ LIDA YAMILE GONZÁLEZ BOLÍVAR IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA NO. 52.173.813 DE BOGOTÁ D.C., EN SU CALIDAD DE GERENTE GENERAL, POR MEDIO DE LA PRESENTE ESCRITURA PÚBLICA, CONFIERE PODER GENERAL, AMPLIO Y SUFICIENTE A ALEXANDER MÉNDEZ CÁRDENAS, IDENTIFICADO CON CÉDULA CIUDADANÍA NO. 1.020.718.611 DE BOGOTÁ D.C., QUIEN SE DENOMINARÁ EL APODERADO PARA QUE EN NOMBRE Y REPRESENTACIÓN DE LA PODERDANTE INTERVENGA CON PLENOS PODERES Y FACULTADES, SALVO LAS LIMITACIONES QUE PARA EL CASO SE INDICAN, EN LOS SIGUIENTES ACTOS, DILIGENCIAS, PROCESOS Y CONTRATOS:

1.RECIBIR TODA CLASE DE NOTIFICACIONES DE ACTUACIONES, INVESTIGACIONES Y DEMANDAS O INICIADAS CONTRA LA PODERDANTE EN ASUNTOS DE CUALQUIER NATURALEZA. 2. REPRESENTAR AL PODERDANTE EN TODA CLASE DE PROCESOS JUDICIALES DE CUALQUIER CARÁCTER, EN LOS QUE LA PODERDANTE SEA PARTE COMO DEMANDA O DEMANDANTE. PARA ESTE EFECTO EL APODERADO ESTARÁ PLENAMENTE FACULTADO PARA OTORGAR PODERES, SUSTITUIR, REASUMIR, RECIBIR, DESISTIR, TRANSIGIR Y CONCILIAR. 3. OTORGAR EN NOMBRE Y REPRESENTACIÓN DEL PODERDANTE, PODERES ESPÉCIALES DE LOS ABOGADOS QUE HABRÁN DE LLEVAR LA REPRESENTACIÓN Y PERSONERÍA DEL PODERDANTE EN TODA CLASE DE PROCESOS JUDICIALES EN LOS CUALES EL PODERDANTE SEA PARTE COMO DEMANDANTE O DEMANDADA. PARA ESTE EFECTO EL APODERADO PODRÁ CONFERIR A LOS APODERADOS ESPECIALES LAS FACULTADES DE RECIBIR, DESISTIR, TRANSIGIR Y CONCILIAR Y SUSTITUIR Y PODRÁ REVOCAR EN CUALQUIER MOMENTO LOS PODERES ESPECIALES OTORGADOS. 4. ABSORBER EN NOMBRE Y REPRESENTACIÓN DEL PODERDANTE, TODA CLASE DE INTERROGATORIOS DE PARTE, JUDICIALES O EXTRAJUDICIALES QUE SE FORMULEN AL PODERDANTE EN ASUNTOS O PROCESOS. PARA ESTE EFECTO EL APODERADO ESTÁ EXPRESAMENTE FACULTADO PARA CONFESAR. 5. REPRESENTAR AL PODERDANTE EN TODA CLASE DE ACTUACIONES E INVESTIGACIONES ADMINISTRATIVAS DE CUALQUIER NATURALEZA, INICIADAS POR Y EN CONTRA DE LA PODERDANTE, ANTE CUALQUIER AUTORIDAD ADMINISTRATIVA CON COMPETENCIA EN ASUNTOS DE CUALQUIER CARÁCTER O NATURALEZA. 6. TRANSIGIR O CONCILIAR TODA CLASE DE LITIGIOS O DIFERENCIAS QUE OCURRAN RESPECTO DE DERECHOS Y OBLIGACIONES DE LA PODERDANTE, PODRÁ ACTUAR DIRECTAMENTE O PODRÁ CONFERIR PODERES ESPECIALES PARA LLEVAR A CABO TRANSACCIONES O CONCILIACIONES, ANTE CUALQUIER AUTORIDAD JUDICIAL O ADMINISTRATIVA. 7. REPRESENTAR AL PODERDANTE EN TODA CLASE DE NEGOCIACIONES O CONFLICTOS INDIVIDUALES O COLECTIVOS DE CUALQUIER NATURALEZA, CON AMPLIAS FACULTADES PARA TRANSIGIR, CONCILIAR, NEGOCIAR Y COMPROMETER AL PODERDANTE. 8. SUSCRIBIR EN NOMBRE Y REPRESENTACIÓN DEL PODERDANTE, TODA CLASE DE ACUERDOS, PACTADOS O CONVENCIONES COLECTIVAS, CELEBRADAS CON LOS TRABAJADORES DEL PODERDANTE O CON ORGANIZACIONES SINDICALES. 9. ACORDAR, NEGOCIAR, SUSCRIBIR EN NOMBRE Y REPRESENTACIÓN DEL PODERDANTE, ASÍ COMO ACORDAR, NEGOCIAR Y SUSCRIBIR TODA CLASE DE MODIFICACIONES O ADICIONES QUE SE INTRODUZCAN A LOS CONTRATOS INDIVIDUALES DE TRABAJO QUE HAYA CELEBRADO O CELEBRE LA PODERDANTE. 10. DAR POR TERMINADO. 11. ACEPTAR Y SUSCRIBIR EN NOMBRE Y REPRESENTACIÓN DEL PODERDANTE TODA CLASE DE GARANTÍAS QUE OTORGUEN LOS TRABAJADORES. 12. SOMETER A LA DECISIÓN DE ÁRBITROS TODAS LAS CONTROVERSIAS SUSCEPTIBLES DE DICHO PROCEDIMIENTO Y REPRESENTAR AL PODERDANTE EN TODA CLASE DE PROCESOS ARBITRALES. PARA ESTE EFECTO EL APODERADO PODRÁ ACTUAR DIRECTAMENTE O PODRÁ CONFERIR PODERES ESPECIALES A QUIENES DEBEN LLEVAR A LA PERSONERÍA Y REPRESENTACIÓN DEL PODERDANTE EN LOS MENCIONADOS PROCESOS ARBITRALES.

CERTIFICA:

QUE POR ESCRITURA PÚBLICA NO. 3865 DE LA NOTARIA 32 DE BOGOTÁ D.C., DEL 24 DE JULIO DE 2013, INSCRITA EL 4 DE SEPTIEMBRE DE 2018 BAJO EL NÚMERO 00039930 DEL LIBRO V, COMPARECIÓ LIDA YAMILE GONZALEZ BOLIVAR IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA NO. 52.173.813 DE BOGOTÁ EN SU CALIDAD DE REPRESENTANTE LEGAL DE LA SOCIEDAD DE LA REFERENCIA, POR MEDIO DE LA PRESENTE ESCRITURA PÚBLICA, CONFIERE MANDATO GENERAL CON LAS MÁS AMPLIAS FACULTADES DISPOSITIVAS Y ADMINISTRATIVAS A CARLOS ARMANDO SUSSMAN PEÑA IDENTIFICADO CON CÉDULA DE CIUDADANÍA NÚMERO 3.229.002 DE BOGOTÁ Y TARJETA PROFESIONAL NO. 89069 EXPEDIDA POR EL CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA, PARA QUE EN NOMBRE Y REPRESENTACIÓN DE INSTITUTO DE DIAGNOSTICO MEDICO S.A. - IDIME S.A. REALICE LOS

SIGUIENTES ACTOS JURÍDICOS: A. ACTUAR COMO MANDATARIO GENERAL EN TODAS LAS ACTUACIONES JURÍDICAS Y CON FACULTADES PARA REPRESENTAR Y COMPROMETER A INSTITUTO DE DIAGNOSTICO MEDICO S.A. - IDIME S.A. ANTE LOS DISTINTOS DESPACHOS JUDICIALES DEL TERRITORIO NACIONAL DE JURISDICCIÓN CIVIL, PENAL Y ADMINISTRATIVA LA PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN Y SUS PROCURADURÍAS DELEGADAS JUDICIALES EN LO ADMINISTRATIVO. LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD, SECRETARIAS DE SALUD A NIVEL NACIONAL Y ANTE CUALQUIER ENTIDAD ADMINISTRATIVA RELACIONADA CON EL ÁREA DE SALUD ANTE CUALQUIER ENTIDAD DEL ESTADO QUE EJERZA LABORES DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL, SOBRE INSTITUTO DE DIAGNOSTICO MÉDICOS S.A. - IDIME S.A. O POR LAS QUE SEA REQUERIDA INSTITUTO DE DIAGNOSTICO MEDICO S.A. - IDIME S.A. B. ACTUAR COMO MANDATARIO GENERAL CON FACULTAD PARA REPRESENTAR Y COMPROMETER A INSTITUTO DE DIAGNOSTICO MEDICO S.A. - IDIME S.A. EN CITACIONES A AUDIENCIAS DE CONCILIACIONES JUDICIALES Y EXTRAJUDICIALES SIN IMPORTAR LA NATURALEZA DEL ASUNTO NI CUANTÍA DEL MISMO A LA QUE SEA CONVOCADA INSTITUTO DE DIAGNOSTICO MEDICO S.A. - IDIME S.A. O EN LA QUE ELLA FUNJA COMO CONVOCADA, CONVOCANTE O COMO PARTE DEMANDANTE O DEMANDADA, LO ANTERIOR CONSAGRADO EN EL ARTÍCULO 44 DEL CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO CIVIL. C. ACTUAR COMO MANDATARIO GENERAL CON FACULTAD PARA REPRESENTAR Y COMPROMETER A INSTITUTO DE DIAGNOSTICO MEDICO S.A. - IDIME S.A. PARA COMPARECER EN CALIDAD DE PARTE A LOS PROCESOS QUE INICIE INSTITUTO DE DIAGNOSTICO MEDICO S.A. - IDIME S.A. O QUE SE INICIE CONTRA ESTA DE IGUAL FORMA A REALIZAR DE MANERA DIRECTA TODOS LOS PROCEDIMIENTOS Y TRÁMITES PERTINENTES CON RELACIÓN A LOS REQUERIMIENTOS SOLICITADOS POR EL MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD O CUALQUIER ENTIDAD PÚBLICA O PRIVADA QUE REALICE FUNCIONES DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL. D. ACTUAR COMO MANDATARIO GENERAL CON FACULTAD PARA REPRESENTAR Y COMPROMETER A INSTITUTO DE DIAGNOSTICO MEDICO S.A. - IDIME S.A. PARA SOLICITAR, TRAMITAR RESPONDER Y REALIZAR REQUERIMIENTOS HECHOS POR ENTIDADES PÚBLICAS Y/O PRIVADAS. QUE EN VIRTUD DEL PRESENTE MANDATO, EL MANDATARIO QUEDA FACULTADO PARA REALIZAR TODOS LOS ACTOS INHERENTE A ÉL Y EN GENERAL PARA SUSCRIBIR CUALQUIER SOLICITUD O DOCUMENTO CON ACUSACIÓN AL MANDATO AQUÍ CONFERIDO, INTERPONER RECURSOS, FIRMAR COMUNICADOS Y RESPUESTAS Y EN GENERAL CUALQUIER DOCUMENTO PÚBLICO O PRIVADO ACLARATORIO, MODIFICATORIO Y/O DE ACCIÓN QUE SEA NECESARIO. QUE EL PRESENTE MANDATO TENDRÁ VIGENCIA INDEFINIDA HASTA TANTO NO SEA REVOCADO Y SE EXTINGA POR LAS CAUSALES LEGALES Y/O POR LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO DE TRABAJO VIGENTE ENTRE EL MANDANTE Y MANDATARIO.

CERTIFICA:

** REVISOR FISCAL **

QUE POR ACTA NO. 76 DE ASAMBLEA GENERAL DEL 20 DE MARZO DE 2018, INSCRITA EL 11 DE DICIEMBRE DE 2018 BAJO EL NUMERO 02403214 DEL LIBRO IX, FUE (RON) NOMBRADO (S):

NOMBRE	IDENTIFICACION
REVISOR FISCAL PRINCIPAL	
RUIZ RAMIREZ ALVARO	C.C. 000000013844154
REVISOR FISCAL SUPLENTE	
MOTTA ORTEGA JACQUELINE	C.C. 000000063342483

CERTIFICA:

QUE POR DOCUMENTO PRIVADO DE REPRESENTANTE LEGAL DEL 28 DE JUNIO DE 2012, INSCRITO EL 3 DE JULIO DE 2012 BAJO EL NUMERO 01646947 DEL LIBRO IX, COMUNICO LA PERSONA NATURAL MATRIZ:
- BERNAL RUEDA DARIO
DOMICILIO: BOGOTA D.C.
QUE SE HA CONFIGURADO UNA SITUACION DE CONTROL CON LA SOCIEDAD DE LA REFERENCIA.
FECHA DE CONFIGURACION DE LA SITUACION DE CONTROL : 2009-04-16

CERTIFICA:

QUE LA SOCIEDAD TIENE MATRICULADOS LOS SIGUIENTES ESTABLECIMIENTOS:
NOMBRE : IDIME S A SEDE SUR
MATRICULA NO : 00456386 DE 7 DE JUNIO DE 1991
RENOVACION DE LA MATRICULA : EL 22 DE MARZO DE 2019
ULTIMO AÑO RENOVADO : 2019
DIRECCION : CRA 21 N. 22 - 66 / 68 SUR PISOS 1 Y 2
TELEFONO : 3438770
DOMICILIO : BOGOTÁ D.C.
EMAIL : CONTABILIDAD@IDIME.COM.CO
****
NOMBRE : IDIME S A SEDE LAGO
MATRICULA NO : 00517295 DE 28 DE SEPTIEMBRE DE 1992
RENOVACION DE LA MATRICULA : EL 22 DE MARZO DE 2019
ULTIMO AÑO RENOVADO : 2019
DIRECCION : CL 76 NO. 13-46
TELEFONO : 3438770
DOMICILIO : BOGOTÁ D.C.
EMAIL : CONTABILIDAD@IDIME.COM.CO
****
NOMBRE : IDIME S A SEDE NORTE
MATRICULA NO : 00798405 DE 17 DE JUNIO DE 1997
RENOVACION DE LA MATRICULA : EL 22 DE MARZO DE 2019
ULTIMO AÑO RENOVADO : 2019
DIRECCION : AV KRA 45 NO 122-68
TELEFONO : 2137100
DOMICILIO : BOGOTÁ D.C.
EMAIL : CONTABILIDAD@IDIME.COM.CO
****
NOMBRE : IDIME LA CAROLINA
MATRICULA NO : 01082920 DE 18 DE ABRIL DE 2001
RENOVACION DE LA MATRICULA : EL 22 DE MARZO DE 2019
ULTIMO AÑO RENOVADO : 2019
DIRECCION : CRA 14 NO 127-11 CONS 101
TELEFONO : 6146884
DOMICILIO : BOGOTÁ D.C.
EMAIL : GARANTIADECALIDAD@IDIME.COM.CO
****
NOMBRE : IDIME S A SEDE ZIPAQUIRA
MATRICULA NO : 01199328 DE 24 DE JULIO DE 2002
RENOVACION DE LA MATRICULA : EL 22 DE MARZO DE 2019
ULTIMO AÑO RENOVADO : 2019

DIRECCION : CR 11 NO 5-81
TELEFONO : 8510493
DOMICILIO : BOGOTÁ D.C.
EMAIL : CONTABILIDAD@IDIME.COM.CO

****

NOMBRE : INSTITUTO DE DIAGNOSTICO MEDICO S A COMPENSAR CLL 94
MATRICULA NO : 01682704 DE 12 DE MARZO DE 2007
RENOVACION DE LA MATRICULA : EL 22 DE MARZO DE 2019
ULTIMO AÑO RENOVADO : 2019
DIRECCION : CLL 94 NO 23-43 PISO 6-7
TELEFONO : 5421110
DOMICILIO : BOGOTÁ D.C.
EMAIL : CONTABILIDAD@IDIME.COM.CO

****

NOMBRE : IDIME SEDE LAGO CALLE 77
MATRICULA NO : 01753631 DE 13 DE NOVIEMBRE DE 2007
RENOVACION DE LA MATRICULA : EL 22 DE MARZO DE 2019
ULTIMO AÑO RENOVADO : 2019
DIRECCION : CL 77 NO. 13-35
TELEFONO : 3438770
DOMICILIO : BOGOTÁ D.C.
EMAIL : GARANTIADECALIDAD@IDIME.COM.CO

****

NOMBRE : INSTITUTO DE DIAGNOSTICO MEDICO S A SEDE SOACHA
MATRICULA NO : 01769550 DE 31 DE ENERO DE 2008
RENOVACION DE LA MATRICULA : EL 22 DE MARZO DE 2019
ULTIMO AÑO RENOVADO : 2019
DIRECCION : CRA 7 NO 16-62
TELEFONO : 7218004
DOMICILIO : BOGOTÁ D.C.
EMAIL : CONTABILIDAD@IDIME.COM.CO

****

NOMBRE : INSTITUTO DE DIAGNOSTICO MEDICO S A SEDE OCCIDENTE
MATRICULA NO : 01813760 DE 26 DE JUNIO DE 2008
RENOVACION DE LA MATRICULA : EL 22 DE MARZO DE 2019
ULTIMO AÑO RENOVADO : 2019
DIRECCION : AV AMERICAS NO. 69C-84-94
TELEFONO : 2189891
DOMICILIO : BOGOTÁ D.C.
EMAIL : CONTABILIDAD@IDIME.COM.CO

****

NOMBRE : INSTITUTO DE DIAGNOSTICO MEDICO S A SEDE PALERMO
MATRICULA NO : 01902508 DE 4 DE JUNIO DE 2009
RENOVACION DE LA MATRICULA : EL 22 DE MARZO DE 2019
ULTIMO AÑO RENOVADO : 2019

DIRECCION : CL 45 B NO. 24-25
TELEFONO : 8053403
DOMICILIO : BOGOTÁ D.C.
EMAIL : CONTABILIDAD@IDIME.COM.CO
****
NOMBRE : IDIME S A COMPENSAR 26
MATRICULA NO : 01925035 DE 26 DE AGOSTO DE 2009
RENOVACION DE LA MATRICULA : EL 22 DE MARZO DE 2019
ULTIMO AÑO RENOVADO : 2019
DIRECCION : AV CL 26 NO. 66 A - 48 TORRE C PRIMER Y SEGUNDO PISO
TELEFONO : 3438770
DOMICILIO : BOGOTÁ D.C.
EMAIL : GARANTIADECALIDAD@IUDIME.COM.CO
****
NOMBRE : IDIME COMPENSAR KENNEDY
MATRICULA NO : 01929437 DE 10 DE SEPTIEMBRE DE 2009
RENOVACION DE LA MATRICULA : EL 22 DE MARZO DE 2019
ULTIMO AÑO RENOVADO : 2019
DIRECCION : TV 78 H NO. 41C-48 SUR P 4
TELEFONO : 4039398
DOMICILIO : BOGOTÁ D.C.
EMAIL : CONTABILIDAD@IDIME.COM.CO
****
NOMBRE : INSTITUTO DE DIAGNOSTICO MEDICO COMPENSAR AV 1RO DE MAYO
MATRICULA NO : 02170463 DE 13 DE ENERO DE 2012
RENOVACION DE LA MATRICULA : EL 22 DE MARZO DE 2019
ULTIMO AÑO RENOVADO : 2019
DIRECCION : AV 1RA DE MAYO NO. 10 BIS - 22 PISO 2 A LA OCCIDENTAL CONS
1 ,2,
TELEFONO : 3438770
DOMICILIO : BOGOTÁ D.C.
EMAIL : CONTABILIDAD@IDIME.COM.CO
****
NOMBRE : INSTITUTO DE DIAGNOSTICO MEDICO - SEDE OCCIDENTE CALL CENTER
MATRICULA NO : 02279829 DE 6 DE DICIEMBRE DE 2012
RENOVACION DE LA MATRICULA : EL 22 DE MARZO DE 2019
ULTIMO AÑO RENOVADO : 2019
DIRECCION : AV AMERICAS NO. 69C 66
TELEFONO : 4176932
DOMICILIO : BOGOTÁ D.C.
EMAIL : CONTABILIDAD@IDIME.COM.CO
****
NOMBRE : INSTITUTO DE DIAGNOSTICO MEDICO SEDE COMPENSAR SUBA
MATRICULA NO : 02495517 DE 8 DE SEPTIEMBRE DE 2014
RENOVACION DE LA MATRICULA : EL 22 DE MARZO DE 2019
ULTIMO AÑO RENOVADO : 2019
DIRECCION : CL 139 NO. 94 55 LC 2
TELEFONO : 2189891
DOMICILIO : BOGOTÁ D.C.
EMAIL : CONTABILIDAD@IDIME.COM.CO
****
NOMBRE : INSTITUTO DE DIAGNOSTICO MEDICO SEDE CHAPINERO
MATRICULA NO : 02503242 DE 26 DE SEPTIEMBRE DE 2014
RENOVACION DE LA MATRICULA : EL 22 DE MARZO DE 2019
ULTIMO AÑO RENOVADO : 2019
DIRECCION : CR 19 NO. 65 54

Cámara de Comercio de Bogotá

CAMARA DE COMERCIO DE BOGOTA

SEDE CHAPINERO

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: 91931723472237

6 DE MAYO DE 2019 HORA 11:55:08

0919317234 PÁGINA: 7 DE 8

* *

TELEFONO : 3103107148
DOMICILIO : BOGOTÁ D.C.
EMAIL : CONTABILIDAD@IDIME.COM.CO

****

NOMBRE : INSTITUTO DE DIAGNOSTICO MEDICO S A - SEDE COMPENSAR CHIA
MATRICULA NO : 02630172 DE 4 DE NOVIEMBRE DE 2015
RENOVACION DE LA MATRICULA : EL 22 DE MARZO DE 2019
ULTIMO AÑO RENOVADO : 2019
DIRECCION : CR 3 ESTE NO. 20 - 84
TELEFONO : 4285088
DOMICILIO : BOGOTÁ D.C.
EMAIL : CONTABILIDAD@IDIME.COM.CO

****

NOMBRE : INSTITUTO DE DIAGNOSTICO MEDICO - COMPENSAR COLINA
MATRICULA NO : 02816565 DE 15 DE MAYO DE 2017
RENOVACION DE LA MATRICULA : EL 22 DE MARZO DE 2019
ULTIMO AÑO RENOVADO : 2019
DIRECCION : CR 59 NO. 152 B - 79 CONS 203-204
TELEFONO : 3438770
DOMICILIO : BOGOTÁ D.C.
EMAIL : CONTABILIDAD@IDIME.COM.CO

****

NOMBRE : INSTITUTO DE DIAGNOSTICO MEDICO - LA CASTELLANA
MATRICULA NO : 02825713 DE 6 DE JUNIO DE 2017
RENOVACION DE LA MATRICULA : EL 22 DE MARZO DE 2019
ULTIMO AÑO RENOVADO : 2019
DIRECCION : AV CIUDAD DE QUITO CR 30 NO. 87 - 19
TELEFONO : 3438770
DOMICILIO : BOGOTÁ D.C.
EMAIL : CONTABILIDAD@IDIME.COM.CO

****

NOMBRE : INSTITUTO DE DIAGNOSTICO MEDICO SA TOBERIN
MATRICULA NO : 02864855 DE 6 DE SEPTIEMBRE DE 2017
RENOVACION DE LA MATRICULA : EL 22 DE MARZO DE 2019
ULTIMO AÑO RENOVADO : 2019
DIRECCION : CRA 19 B NO. 168 - 53 PISOS 1-2- 5 - 6
TELEFONO : 3204206170
DOMICILIO : BOGOTÁ D.C.
EMAIL : CONTABILIDAD@IDIME.COM.CO

****

NOMBRE : INSTITUTO DE DIAGNOSTICO MEDICO S.A. AUTOPISTA SUR
MATRICULA NO : 02865165 DE 8 DE SEPTIEMBRE DE 2017
RENOVACION DE LA MATRICULA : EL 22 DE MARZO DE 2019
ULTIMO AÑO RENOVADO : 2019
DIRECCION : CALLE 57 R SUR N 73 I 55 CONS 139 - 140 - 141

TELEFONO : 4285088
DOMICILIO : BOGOTÁ D.C.
EMAIL : CONTABILIDAD@IDIME.COM.CO
****

NOMBRE : INSTITUTO DE DIAGNOSTICO MEDICO S.A. IDIME S.A.-CALLE 161
MATRICULA NO : 02941047 DE 3 DE ABRIL DE 2018
RENOVACION DE LA MATRICULA : EL 22 DE MARZO DE 2019
ULTIMO AÑO RENOVADO : 2019
DIRECCION : CALLE 161 # 16 D- 05
TELEFONO : 3102756293
DOMICILIO : BOGOTÁ D.C.
EMAIL : CONTABILIDAD@IDIME.COM.CO
****

NOMBRE : INSTITUTO DE DIAGNOSTICO MEDICO S.A IDIME S.A. SEDE SUBA CL 145
MATRICULA NO : 02941048 DE 3 DE ABRIL DE 2018
RENOVACION DE LA MATRICULA : EL 22 DE MARZO DE 2019
ULTIMO AÑO RENOVADO : 2019
DIRECCION : CALLE 145 # 85- 52 LOCAL 4
TELEFONO : 3102756293
DOMICILIO : BOGOTÁ D.C.
EMAIL : CONTABILIDAD@IDIME.COM.CO
****

NOMBRE : INSTITUTO DE DIAGNOSTICO MEDICO S.A. IDIME S.A. - SEDE QUIROGA
MATRICULA NO : 02942282 DE 4 DE ABRIL DE 2018
RENOVACION DE LA MATRICULA : EL 22 DE MARZO DE 2019
ULTIMO AÑO RENOVADO : 2019
DIRECCION : CALLE 32 SUR # 21 C- 30
TELEFONO : 3102756293
DOMICILIO : BOGOTÁ D.C.
EMAIL : CONTABILIDAD@IDIME.COM.CO
****

NOMBRE : INSTITUTO DE DIAGNOSTICO MEDICO SA SEDE CLINICA NUEVA EL LAGO
MATRICULA NO : 02995149 DE 6 DE AGOSTO DE 2018
RENOVACION DE LA MATRICULA : EL 22 DE MARZO DE 2019
ULTIMO AÑO RENOVADO : 2019
DIRECCION : CALLE 76 N 15 - 55 SOTANO 1 (SOTANO 1-3 SOTANO 1-4, SOTANO 1-5,) SOTANO 2 PISO 1 (PISO 1-15
TELEFONO : 3438770
DOMICILIO : BOGOTÁ D.C.
EMAIL : CONTABILIDAD@IDIME.COM.CO
****

CERTIFICA:

DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO Y DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO Y DE LA LEY 962 DE 2005, LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS DE REGISTRO AQUÍ CERTIFICADOS QUEDAN EN FIRME DIEZ (10) DÍAS HÁBILES DESPUÉS DE LA FECHA DE LA CORRESPONDIENTE ANOTACIÓN. SIEMPRE QUE NO SEAN OBJETO DE RECURSO. LOS SÁBADOS NO SON TENIDOS EN CUENTA COMO DÍAS HÁBILES PARA LA CÁMARA DE COMERCIO DE BOGOTÁ.

* * * EL PRESENTE CERTIFICADO NO CONSTITUYE PERMISO DE * * *
* * * FUNCIONAMIENTO EN NINGUN CASO * * *

INFORMACION COMPLEMENTARIA

Cámara de Comercio de Bogotá

CAMARA DE COMERCIO DE BOGOTA

SEDE CHAPINERO

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: 91931723472237

6 DE MAYO DE 2019 HORA 11:55:08

0919317234 PÁGINA: 8 DE 8

* *

LOS SIGUIENTES DATOS SOBRE RIT Y PLANEACION DISTRITAL SON INFORMATIVOS
CONTRIBUYENTE INSCRITO EN EL REGISTRO RIT DE LA DIRECCION DISTRITAL DE IMPUESTOS, FECHA DE INSCRIPCION : 4 DE ABRIL DE 2017
FECHA DE ENVIO DE INFORMACION A PLANEACION DISTRITAL : 8 DE ABRIL DE 2019

SEÑOR EMPRESARIO, SI SU EMPRESA TIENE ACTIVOS INFERIORES A 30.000 SMLMV Y UNA PLANTA DE PERSONAL DE MENOS DE 200 TRABAJADORES, USTED TIENE DERECHO A RECIBIR UN DESCUENTO EN EL PAGO DE LOS PARAFISCALES DE 75% EN EL PRIMER AÑO DE CONSTITUCION DE SU EMPRESA, DE 50% EN EL SEGUNDO AÑO Y DE 25% EN EL TERCER AÑO. LEY 590 DE 2000 Y DECRETO 525 DE 2009.

RECUERDE INGRESAR A WWW.SUPERSOCIEDADES.GOV.CO PARA VERIFICAR SI SU EMPRESA ESTA OBLIGADA A REMITIR ESTADOS FINANCIEROS. EVITE SANCIONES.

****

** ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACION JURIDICA DE LA **
** SOCIEDAD HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICION. **

****

EL SECRETARIO DE LA CAMARA DE COMERCIO,
** CERTIFICADO SIN COSTO PARA AFILIADO **

****

PARA VERIFICAR QUE EL CONTENIDO DE ESTE CERTIFICADO CORRESPONDA CON LA INFORMACIÓN QUE REPOSA EN LOS REGISTROS PÚBLICOS DE LA CÁMARA DE COMERCIO DE BOGOTÁ, EL CÓDIGO DE VERIFICACIÓN PUEDE SER VALIDADO POR SU DESTINATARIO SOLO UNA VEZ, INGRESANDO A WWW.CCB.ORG.CO

****

ESTE CERTIFICADO FUE GENERADO ELECTRÓNICAMENTE CON FIRMA DIGITAL Y CUENTA CON PLENA VALIDEZ JURÍDICA CONFORME A LA LEY 527 DE 1999.

****

FIRMA MECÁNICA DE CONFORMIDAD CON EL DECRETO 2150 DE 1995 Y LA AUTORIZACIÓN IMPARTIDA POR LA SUPERINTENDENCIA DE INDUSTRIA Y COMERCIO, MEDIANTE EL OFICIO DEL 18 DE NOVIEMBRE DE 1996.

World Association for Medical Law

ASOCODEME

American Society of Law, Medicine & Ethics

LegalConsulting SERVICES

DERECHO MEDICO – RESPONSABILIDAD MEDICA

JUZGADO DIECISIETE CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI
RECIBIDO
FECHA: 11 JUL 2019
HORA: 2:52
FIRMA:

Señores
JUZGADO 17 CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI
E. S. D.

REFERENCIA	:	**PROCESO RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL No.2019-042**
DEMANDANTES	:	**SONIA MARCELA BENAVIDEZ Y OTROS**
DEMANDADOS	:	**CLINICA NUEVA RAFAEL URIBE URIBE SAS Y OTROS**
ACTO PROCESAL	:	**CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA**

15F
Traslado

CARLOS ARMANDO SUSSMANN PEÑA, mayor de edad domiciliado y residenciado en la ciudad de Bogotá D.C. identificado con la cedula de ciudadanía No. 3.229.002 expedida en la ciudad de Bogotá D.C. abogado en ejercicio y portador de la tarjeta profesional No. 89.069 expedida por el Consejo Superior de la Judicatura apoderado judicial de **CLINICA NUEVA RAFAEL URIBE URIBE SAS** sociedad comercial de derecho privado identificada con NIT 900.771.349-7 y con domicilio principal en la ciudad de Bogotá D.C., según poder, otorgado por su Representante legal Suplente, **JORGE ANDRES GUEVARA VACA,** identificado con la cédula de ciudadanía No. 79.601.210 expedida en la ciudad de Bogotá D.C., conforme se acredita con el certificado de existencia y representación legal, anexo, en tiempo y oportunidad haciendo uso del derecho constitucional de defensa y contradicción presento la contestación de la demanda:

A LAS PRETENSIONES

1. Nos oponemos, nos atenemos a lo que se pruebe, para que exista una declaratoria de responsabilidad o que el agente dañoso tenga una correlación con el hecho que se alegue, es decir el menoscabo patrimonial, se deben colegir una serie de conductas omisivas o activas que generen dicho repudio legal y no como se observa, la carencia de acción u omisión de mi poderdante. En consonancia con lo anterior, no existe la imputación de daño a título de omisión, negligencia y descuido que derive en una responsabilidad para mi poderdante. El paciente fue atendido como consta en la historia clínica por el CONSORCIO NUEVA CLINICA RAFAEL URIBE, de acuerdo con convenio que se tiene con NUEVA EPS.

1.1. POR EL CONCEPTO DEL DAÑO EMERGENTE: No se admite, nos oponemos nos atenemos a lo que se pruebe, si bien es cierto el daño emergente se verifica con la erogaciones en las cuales las victima(s) debe incurrir o incurrirá al tenor del articulo 1614 y sus siguientes del Código Civil debemos admitir sin gracia de discusión, que al no comprobarse que mi poderdante es el agente dañoso relacionado con el hecho al cual se le imputa el factor de atribución y el nexo de casualidad, no debe ser el llamado a pagar la indemnización. Los honorarios de abogado no forman parte del daño emergente, y menos aun cuando no están claros ya que se habla de "nueve mil millones cincuenta mil pesos moneda corriente"(sic) (9.050.000).

1.2. LUCRO CESANTE No se admite, nos oponemos nos atenemos a lo que se pruebe, debemos admitir sin gracia de discusión, que al no comprobarse que mi poderdante es el agente dañoso relacionado con el hecho al cual se le imputa el factor de atribución y el nexo de casualidad, no debe ser el llamado a indemnizar.

2. Nos oponemos Si bien es cierto que el daño moral no encuentra su génisis en una medida de valor de precios del mercado, solo basta con encontrar que el padecimiento, el sufrimiento, la congoja, la aflicción y el dolor se materializo en la realidad y con ellos a través de una prueba testimonial es posible observar de alguna manera la materialización del daño en el fuero interno, entonces con lo anterior se concluye que si se requiere prueba.

Es claro que la muerte de cualquier ser querido o cercano afecta de una manera sentimental y muchas veces profunda, de ello no hay duda, la cuestión preliminar es saber quién produjo esa sensación (quien es el agente dañoso). En el caso que nos convoca es nuestro sentir, que no existe un reproche que inculque responsabilidad ni por activa ni por pasiva y que queriendo generar responsabilidad hay que observar los hechos porque hay una causa extraña que los gobierna Y al no comprobarse que mi poderdante es el agente dañoso relacionado con el hecho al cual se le imputa el factor de atribución y el nexo de casualidad, no debe ser el llamado a indemnizar.

A LOS HECHOS

1. No nos costa, me atengo a lo que se pruebe en el proceso. Las circunstancias de tiempo modo y lugar sobre las cuales se desarrolla el argumento que estructura el hecho no permiten que nosotros conozcamos o manifestemos si se materializan en la realidad debido a que no ocurren en el concurso del fuero del lugar, ni son de conocimiento particular por nosotros por lo que manifestar algo en relación con su autenticidad devendría en una posible conducta ilegal.

2. Parcialmente cierto. Ingresa a la Clinica Nueva Rafael Uribe Uribe SAS como paciente de NUEVA EPS dentro del contrato suscrito con la NUEVA EPS entre esta y el CONSORCIO NUEVA CLINICA RAFAEL URIBE

3. Es cierto como se puede extraer de la Historia Clinica del paciente

4. Es cierto. Aclarando que no es Clinica Rafael Uribe sino CLINICA NUEVA RAFAEL URIBE URIBE SAS.

5. No nos costa, nos atenemos a lo que se pruebe. La atención del paciente precisamente se derivo para una mejor atención.

6. No nos costa, nos atenemos a lo que se pruebe. Puede ser una apreciación de carácter personal

7. No nos costa, nos atenemos a lo que se pruebe. El paciente siempre estuvo atendido de acuerdo con su condición. Es una apreciación sin fundamento

8. Es cierto como consta en la Historia Clinica.

9. Es cierto es una transcripción pertinente contenida en la Historia Clinica.

10. Es cierto es una transcripción pertinente contenida en la Historia Clinica

11. No nos costa, nos atenemos a lo que se pruebe. Es una apreciación errada y sin fundamento científico

12. Es cierto, es una transcripción ad literal.

13. No nos costa, nos atenemos a lo que se pruebe. Es una apreciación sin fundamento

14. No nos costa. No es un Hecho es una mera información que no aporta a los hechos

15. No es cierto lo afirmado en la primera parte y respecto a la valoración pericial no nos consta

16. No nos costa, nos atenemos a lo que se pruebe. No conocemos el "informe pericial"

17. No nos costa, nos atenemos a lo que se pruebe. En la oportunidad procesal se debatirá sobre el tema

18. No nos costa, nos atenemos a lo que se pruebe. Es una apreciación sin fundamento

19. No nos costa, nos atenemos a lo que se pruebe. En la oportunidad procesal se debatirá sobre el tema

20. No nos costa, nos atenemos a lo que se pruebe. Es una apreciación sin fundamento

21. No nos costa, nos atenemos a lo que se pruebe. Es una apreciación sin fundamento

22. No nos consta. No es un hecho es una apreciación tendenciosa sin fundamento científico y una aseveración tendenciosa

23. No nos consta. No es un hecho. Y todos los daños pueden evitarse si todas las personas actuamos con responsabilidad y brindando el respectivo cuidado para evitar desenlaces fatales.

EXCEPCIONES DE MERITO

1. <u>FALTA DE LEGITIMACION EN LA CAUSA</u>

La legitimación en la causa, hace referencia a la relación sustancial que debe existir entre las partes en el proceso y el interés sustancial del litigio, de tal manera que aquella persona a quien se le exige la obligación es a quien habilita la ley para actuar procesalmente, en el caso de mi poderdante **CLINICA NUEVA RAFAEL URIBE URIBE SAS,** forma parte del **CONSORCIO NUEVA CLINICA RAFAEL URIBE** con el cual tiene suscrito un contrato la **NUEVA EPS,** para la atención de los usuarios afiliados y los cuales autoriza su atención

Ya el Consejo de Estado en diversas jurisprudencias ha manifestado:

> "Constituye postura sólidamente decantada por la jurisprudencia de esta Sala aquella consistente en excluir la figura de la falta de legitimación en la causa de las excepciones de fondo que puedan formularse dentro del proceso, comoquiera que éstas, a diferencia de aquélla, enervan la pretensión procesal en su contenido, pues tienen la potencialidad de extinguir, parcial o totalmente, la súplica elevada por el actor, en tanto que la legitimación en la causa constituye una condición anterior y necesaria,

entre otras, para dictar sentencia de mérito favorable al demandante o al demandado. **Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, sentencia del 22 de noviembre de 2001, Consejera Ponente: María Elena Giraldo Gómez, expediente No. 13356**

"Clarificado, entonces, en relación con la naturaleza jurídica de la noción de legitimación en la causa, que la misma no es constitutiva de excepción de fondo sino que se trata de un presupuesto necesario para proferir sentencia de mérito favorable ora a las pretensiones del demandante, bien a las excepciones propuestas por el demandado, resulta menester señalar, adicionalmente, que se ha diferenciado entre la legitimación de hecho y la legitimación material en la causa9. La primera se refiere a la relación procesal que se establece entre el demandante y el demandado por intermedio de la pretensión procesal, es decir, se trata de una relación jurídica nacida de la atribución de una conducta en la demanda y de la notificación del libelo inicial al demandado, de manera que quien cita a otro y le endilga la conducta, actuación u omisión que dan lugar a que se incoe la acción, está legitimado de hecho por activa y aquél a quien se cita y se le atribuye la referida acción u omisión, resulta legitimado de hecho y por pasiva, después de la notificación del auto admisorio de la demanda. **Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, sentencia de 15 de junio de 2000, Consejera Ponente: María Elena Giraldo Gómez (expediente No. 10.171) y Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, sentencia del 28 de abril de 2005, Consejero ponente: Germán Rodríguez Villamizar (expediente 14178).**

"Por su parte, la legitimación material en la causa alude a la participación real de las personas en el hecho que origina la presentación de la demanda, independientemente de que dichas personas no hayan demandado o que hayan sido demandadas10. De ahí que la falta de legitimación material en la causa, por activa o por pasiva, no enerve la pretensión procesal en su contenido (...)" **Sentencia proferida el 6 de julio de 2006 por la Sección Tercera del Consejo de Estado (expediente 28835), M.P. Mauricio Fajardo Gómez.**

2. INEXISTENCIA DE NEXO CAUSAL ENTRE EL DAÑO O PERJUICIO SUFRIDO Y POR LOS ACTOS MEDICOS REALIZADOS.

Nuestra jurisprudencia ha consolidado la tesis francesa de la culpa probada para los casos de responsabilidad civil medica de ahí que la Honorable Corte Suprema de Justicia haya afirmado ***"que para que esta culpa sea idónea en su responsabilidad es necesario que sea imputable al profesional o institución médica correspondiente y además que sea la causa eficiente de los perjuicios que se ocasionen al paciente, esto es igualmente indispensable que exista relación de causalidad entre la primera y los últimos"***

Ahora bien, pretender imputarle responsabilidad a **CLINICA NUEVA RAFAEL URIBE URIBE SAS**, como lo pretende el apoderado de la parte demandante, es desconocer que la teoría de la equivalencia de condiciones (todos los fenómenos que participaron en la cadena causal que desemboco en la producción del daño. Deben considerarse como causas equivalentes del mismo) ha sido desechada, desde mucho tiempo por la doctrina y la jurisprudencia

Sobre el tema la Honorable Corte Suprema de Justicia acoge sin reserva la teoría de la causalidad adecuada:

Analizadas en abstracto las circunstancias en que se produjo un daño se determina en concreto, cual o cuales, de ellas, según el normal devenir de las cosas fueron causa eficiente del daño, descartando aquellas que solo favorecieron la producción del resultado o que eliminaron un obstáculo para el mismo, denominadas en el lenguaje de PIRSON ET DE VILLE citado por JORGE PIETRANO FACIO, con el nombre de condiciones u ocasiones"

De la lectura del libelo introductorio de la demanda, así como del análisis de las pruebas aportadas por la parte demandante no aparece ni siquiera un indicio que muestre la existencia del nexo causal (que como elemento de la responsabilidad, reclama una sentencia condenatoria) entre la causa del fallecimiento del Señor HERNANDO BENAVIDEZ PARRA y la atención medica brindada por la CLINICA NUEVA RAFAEL URIBE URIBE SAS

Ahora bien, cuando se habla de resarcir se habla inmediatamente por oposición de un daño que ha sido el fundamento de la teoría de la responsabilidad civil y que además este daño debe ser cierto, personal y directo, con lo cual esto conlleva analizar el NEXO CAUSAL.

PERSONAL: esto quiere decir que quien lo reclame sea el titular del interés tutelado que se violó.

Pero al no existir hecho la teoría del daño como institución de la responsabilidad no permite que exista la misma y por ende no hay obligación de resarcir.

Igualmente, la situación dañosa tiene dos extremos que deben estar ligados por la correlatividad y bilateralidad: Quien causa el daño agente dañador y quien lo sufre se le denomina víctima.

Con estas apreciaciones debemos argumentar aun con más ahínco la propuesta de inexistencia de una relación entre el procedimiento y el estado de agravamiento de un padecimiento que solo pone de presente un hecho unilateral aislado de la interacción de los dos extremos, el paciente sufrió un daño cráneo encefálico, producto de una caída

No aparece dentro de la demanda, mención alguna sobre la participación de mi poderdante en algún hecho de los presentados en la misma.

3. LAS OBLIGACIONES DE LOS MEDICOS Y DE LAS INSTITUCIONES DE SALUD SON DE MEDIO Y NO RESULTADO

Consideramos pertinente precisar, en primer lugar, dos conceptos bien importantes como son las obligaciones de medios y las de resultados

Siguiendo la doctrina francesa, nos encontramos frente a una obligación de resultado cuando por la naturaleza de la prestación, el acreedor contrata para obtener cierto resultado prometido por el deudor y no para imponerle una diligencia a este último. Es decir las partes convierten este resultado en el objeto directo de su obligación, por lo que la falta del mismo, hace presumir la culpa del deudor, presunción que solo se destruye probando circunstancias exógenas que le imposibilitaron cumplir.

Ahora bien respecto de la obligación de medios el deudor promete solamente conducirse con prudencia y diligencia en una dirección determinada, siendo esta diligencia el objeto de la obligación, ya que normalmente el resultado esperado por el acreedor es demasiado aleatorio y depende poco de la exclusiva diligencia del deudor, por lo que la no obtención del resultado, no permite presumir culpa de este último, en cuyo caso se debe probar la culpa.

Es decir que en las obligaciones de medio su objeto es una cierta conducta o servicio, mientras la realización del resultado esperado queda por fuera de la prestación.

En las obligaciones de resultado se hace referencia a un determinado efecto material o jurídico, y se deja al deudor libre de escoger los medios y las modalidades necesarias para su realización

Esta consideración encuentra su ratio y justificación en el hecho que las obligaciones dependientes del ejercicio de una actividad profesional generalmente se consideran como obligaciones de medios y no de resultado.

De acuerdo con lo anterior debemos precisar que en tratándose de las obligaciones del medico y las instituciones de salud la doctrina y la jurisprudencia son unánimes en expresar que las mismas son obligaciones de medios toda vez que el compromiso que ellos adquieren no es el de curar al enfermo sino suministrarle los cuidados necesarios y que estén de acuerdo con su ciencia.

Por tanto, podemos afirmar sin vacilación alguna frente al caso que nos ocupa que la atención medica brindada al Señor HERNANDO BENAVIDEZ SEGURA en la **CLINICA NUEVA RAFAEL URIBE URIBE SAS** se ajustó en un todo a los protocolos científicos, es decir se observó con rigurosidad la lex artis y la praxis medica

4. INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD INPUTABLE AL DEMANDADO CLINICA DESAS SAS

La hipótesis de responsabilidad derivada de un acto medico supone la existencia de culpa o "falta del debido cuidado" se según el articulo 1344 del Código Civil, que en términos jurídicos, seria apartarse de "toda diligencia de un buen padre de familia", que aplicado a la actividad medica implica una acción u omisión no ajustada lex artis, por negligencia, impericia o imprudencia y estos comportamientos no pueden ser atribuidos a CLINICA NUEVA RAFAEL URIBE URIBE SAS.

Uno de los pronunciamientos más destacados en la materia está dado por la sentencia del 30 de enero de 2001 (exp. 5507) proferida con ponencia del doctor José Fernando Ramírez Gómez, en la que se señaló que

> ***«[...] Aunque para la Corte es claro que los presupuestos de la responsabilidad civil del médico no son extraños al régimen general de la responsabilidad (un comportamiento activo o pasivo, violación del deber de asistencia y cuidado propios de la profesión, que el obrar antijurídico sea imputable subjetivamente al médico, a título de dolo o culpa, el daño patrimonial o extrapatrimonial y la relación de causalidad adecuada entre el daño sufrido y el comportamiento médico primeramente señalado), y que en torno a ese panorama axiológico debe operar el principio de la carga de la prueba (artículo 177 del Código de Procedimiento Civil), visto con un sentido dinámico, socializante y moralizador, esto es, distribuyéndola entre las partes para demandar de cada una la prueba de los hechos que están en posibilidad de demostrar y constituyen fundamento de sus alegaciones, pues éste es el principio implícito en la norma cuando exonera de prueba las afirmaciones o negaciones indefinidas, precisamente por la dificultad de concretarlas en el tiempo o en el espacio, y por ende de probarlas, resulta pertinente hacer ver que el meollo del problema antes que en la demostración de la culpa, está es en la relación de causalidad entre el comportamiento del médico y el daño sufrido por el paciente [...]».***

Sobre los presupuestos genéticos para comprometer la responsabilidad civil del médico, ha señalado la Corte Suprema de Justicia que ***"la declaración de responsabilidad en la actividad médica supone la prueba de „los elementos que la estructuran, como son la culpa contractual, el daño y la relación de causalidad"*** (Cas. Civ12/7/94, exp. 3656)". CSJ, Sala de Casación Civil, 15/1/08, exp. 11001-3103-037-2000-67300-01.

Otro tanto había pregonado en sentencia del 30 de enero de 2001, conforme a la cual "para la Corte es claro que los presupuestos de la responsabilidad civil del médico no son extraños al régimen general de la responsabilidad (un comportamiento activo o pasivo, violación del deber de asistencia y cuidado propios de la profesión, que el obrar sea imputable subjetivamente al médico, a título de dolo o culpa, el daño patrimonial o extrapatrimonial y la relación de causalidad adecuada entre el daño sufrido y el comportamiento médico primeramente señalado)".

En consonancia con lo afirmado en las sentencias que anteceden, el máximo tribunal de la jurisdicción ordinaria en Colombia ha reiterado, en múltiples ocasiones, la necesidad de la convergencia de estos requisitos para comprometer la responsabilidad civil de cualquier individuo; así, ha manifestado, que, ***"para que resulte comprometida la responsabilidad de una persona natural o jurídica se requiere, como bien es sabido, que haya cometido una culpa y que de ésta sobrevengan perjuicios al reclamante. O sea, se requiere la concurrencia de los tres elementos que la doctrina predominante ha sistematizado bajo los rubros de culpa, daño y relación de causalidad entre aquélla y éste"*** (Cas. Civ., 10/6/63).

De allí que, desde hace mucho tiempo, ha sido enfática la Corte Suprema en cuanto a que, ***"según la doctrina que consagra el art. 234 1... tanto el perjuicio, como la culpa y la causalidad, son elementos esenciales constitutivos de la responsabilidad civil, sin cuya existencia y demostración no cabe decretar indemnización alguna... sin alguno de estos elementos, no nace a la vida jurídica la obligación de indemnizar"*** (Cas. Civ., 26/4/47, "G. J." LXII,p. 136).

De las pruebas aportadas con el libelo introductorio de la demanda no aparece indicio alguno demostrativo de la existencia de los presupuestos que estructuran la responsabilidad civil para que pueda deducirse la obligación indemnizatoria que reclama la parte demandante en contra de **CLINICA NUEVA RAFAEL URIBE URIBE SAS**

5. CAUSA EXTRAÑA. INEXISTENCIA DEL NEXO CAUSAL

Por lo anterior los perjuicios alegados no encuentran su causa, ni pueden imputarse jurídicamente a la actuación de mi representado, no aparecen en los hechos de la demanda mención alguna al respecto, destruyendo así el nexo causal como elemento sine qua nom de la responsabilidad civil

El nexo causal se entiende como la relación necesaria y eficiente entre el hecho generador del daño y el daño probado. La jurisprudencia y la doctrina indican que para poder atribuir un resultado a una persona y declararla responsable como consecuencia de su acción u omisión, es indispensable definir si aquél aparece ligado
a ésta por una relación de causa-efecto. Si no es posible encontrar esa relación mencionada, no tendrá sentido alguno continuar el juicio de responsabilidad.

La jurisprudencia ha sido pacífica al establecer que el nexo de causalidad debe ser probado en todos los casos por el actor, independientemente de si el régimen de responsabilidad aplicable está fundamentado en la culpa, en la falla, o en alguno de los regímenes de responsabilidad objetiva.

El nexo de causalidad es un elemento autónomo del daño y del fundamento que no admite, ningún tipo de presunción como sí lo admite la culpa o la falla.

El nexo de causalidad, como lo ha dicho tanto la Corte Suprema de Justicia, como el Consejo de Estado en reiterada jurisprudencia, debe ser probado en todos los casos.

Así, por ejemplo en sentencia del 2 de mayo de 2002 dijo el Consejo de Estado: *"El accionante también tiene que demostrar en juicio la causalidad adecuada entre el daño padecido y la conducta de riesgo imputada al Estado mediante prueba directa o indirecta, porque la ley no ha señalado en materia de relación causal* ni presunciones legales *respecto de las cuales, probado un hecho (s) el legislador infiera su causalidad adecuada, ni tampoco* los conocimientos del juez sobre la realidad social *lo autorizan para deducir con certeza el nexo de causalidad eficiente y determinante. La prueba del nexo puede ser:* a) directa, *mediante los medios probatorios que lo representan por sí mismo y/o* b) indirecta, *mediante indicios; este medio de convicción lógico indirecto, requiere de la demostración de unos hechos indicadores que apunten con fuerza el hecho indicado..."* **(Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 2 de mayo de 2002, expediente 13477.)**

De acuerdo a las pruebas aportadas por la parte demandante y de acuerdo a la necesidad de establecer el nexo causal el cual es indispensable para determinar la responsabilidad civil queda desvirtuado que en este caso es imposible su configuración pues no existe relación alguna entre el daño acaecido y el hecho generador del mismo pues la **CLINICA NUEVA RAFAEL URIBE URIBE SAS** a través del equipo médico, presto una atención oportuna .

6. CULPA EXCLUSIVA DE UN TERCERO

En ocasión con los pormenores que rigen esta contienda judicial, es menester aclarar que la jurisprudencia de las altas cortes han sido pacificas en determinar que independiente al régimen de responsabilidad al cual se asimilen los hechos, el actor debe demostrar en todos los casos el nexo de causalidad, lo cual indica que el hecho está ligado al daño en una relación causa efecto y no estar demostrado no es necesario seguir adelante con el juicio de responsabilidad y como elemento autónomo no admite presunción como la culpa o la falla.

Es sabido que para que exista la responsabilidad se requieren tres elementos absolutamente indispensables y necesarios: el daño, el hecho generador del mismo y un nexo de causalidad que permita imputar el daño a la conducta (acción u omisión) del agente generador.

El nexo causal se entiende como la relación necesaria y eficiente entre el hecho generador del daño y el daño probado. La jurisprudencia y la doctrina indican que para poder atribuir un resultado a una persona y declararla responsable como consecuencia de su acción u omisión, es indispensable definir si aquel aparece ligado a esta por una relación de causa-efecto. **Si no es posible encontrar esa relación mencionada, no tendrá sentido alguno continuar el juicio de responsabilidad**.

El nexo de causalidad, como lo ha dicho el Consejo de Estado en reiterada jurisprudencia, debe ser probado en todos los casos. Así, por ejemplo, en sentencia del 2 de mayo de 2002 se dijo:

> "El accionante también tiene que demostrar en juicio la causalidad adecuada entre el daño padecido y la conducta de riesgo imputada al Estado mediante prueba directa o indirecta, porque la ley no ha señalado en materia de relación causal ni presunciones legales respecto de las cuales, probado un hecho (s) el legislador infiera su causalidad adecuada, ni tampoco los conocimientos del juez sobre la realidad social lo autorizan para deducir con certeza el nexo de causalidad eficiente y determinante. La prueba del nexo puede ser: a) directa, mediante los medios probatorios que lo representan por si mismo y/o b) indirecta, mediante indicios; este medio de convicción lógico indirecto, requiere de la demostración de unos hechos indicadores que apunten con fuerza el hecho indicado2

El causante directo del daño es un tercero ajeno a las partes intervinientes en el juicio de responsabilidad. No son terceros las personas a quienes además del demandado, la ley adjudica responsabilidad solidaria o indistinta y que por ende resultan co-obligados.

Jurídicamente solo es tercero alguien extraño, por quien no se debe responder; es Decir, no vinculado con el sujeto contra el que se dirige la acción resarcitoria. A este respecto ha establecido la jurisprudencia:

> "Por otra parte, en relación con la causal de exoneración consistente en el hecho de un tercero, la jurisprudencia de esta Corporación ha señalado que la misma se configura siempre y cuando se demuestre que la circunstancia extraña es completamente ajena al servicio y que este último no se encuentra vinculado en manera alguna con la actuación de aquél".

La jurisprudencia ha considerado que para que se presente la figura del hecho del tercero como causal de exoneración de responsabilidad, es necesario que confluyan los siguientes elementos:

a. Debe ser un hecho único exclusivo y determinante del daño producido.
b. Debe ser un hecho producido por circunstancias imprevisibles e irresistibles para quien lo alega.

El hecho del tercero debe ser causa exclusiva única y determinante del daño para que se convierta en exoneratorio de responsabilidad. El supuesto más común del hecho del tercero es aquel en el cual la participación del alguien extraño al demandante y al demandado fue el verdadero causante del daño y en este sentido, se configura una inexistencia del nexo causal. No obstante, también hay casos en los cuales el hecho fue causado desde el punto de vista fáctico por el demandado, quien vio determinada su conducta por el actuar de un tercero, haciendo que el daño sea imputable a ese tercero de forma exclusiva, como en el caso de la legítima defensa cuando el daño producto de esa defensa se causa a alguien distinto de aquel cuya agresión se pretende repeler. En este último caso nos encontramos frente a una imposibilidad de imputación, puesto que la defensa fue determinada por el hecho del tercero agresor.

Lo anterior permite determinar que el daño causado no se manifiesta en el trafico jurídico como un proveniente del fuero de la acción u omisión de mi poderdante, todo lo contrario, es un hecho que depende de un tercero, por lo que las pretensiones no pueden desplegar efectos de vocación relacionados con la responsabilidad de mi poderdante por inexistencia de acción u omisión.

En este orden de ideas CLINICA NUEVA RAFAEL URIBE URIBE SAS, presto los servicios medico asistenciales al señor HERNANDO BENAVIDEZ SEGURA , observando la lex artis y la praxis medica , y el desenlace se desarrolló de acuerdo al estado de gravedad del paciente y a las condiciones en las cuales llego a la CLINICA NUEVA RAFAEL URIBE URIBE SAS.

EXCEPCION GENERICA

Propongo la excepción conocida como genérica, de conformidad con la cual deben ser declarados por el juzgador todas aquellas excepciones, fundadas en la ley y la constitución,

262

que resulten probadas sin perjuicio de que no hayan sido expresamente enunciadas en este escrito

OBJECION A LA ESTIMACION DE PERJUICIOS

Teniendo en consideración lo establecido en el artículo 206 del C.G.P me permito objetar la estimación realizada por ser desproporcionada de carecer de soporte probatorio calificado y por estar abiertamente en contra de la doctrina jurisprudencial aplicable a la materia

Así mismo, solicito en cumplimiento de lo establecido en caso de que se encuentre probado el valor excesivo de la cuantía se condene a la parte demandante a pagarle a mi representada una suma equivalente al 10% de la diferencia. Debe resaltarse que la indemnización siempre busca reparar los perjuicios efectivamente padecidos por una persona, que deben ser probados en su existencia y cuantía por quien los pretende y en ningún caso se puede convertir en factor de enriquecimiento.

En lo que respecta al tema de perjuicios morales en el marco de los denominados perjuicios inmateriales la jurisprudencia de unificación proferida mediante documento ordenado en el acta 23 de 25 de septiembre de 2013, contentivo de ocho pronunciamientos diferentes, el Consejo de Estado, Sección Tercera, recoge y unifica los criterios en torno a los parámetros, características y topes a los montos de la indemnización de los perjuicios inmateriales a que tienen derecho las victimas

La sentencia de 28 de agosto de 2014 Exp. 26,251 con ponencia del Magistrado Jaime Orlando Santofimio Gamboa, en la cual se precisó, frente a la muerte de personas el monto máximo a que tienen derecho los familiares según la codificación : para conyugue y com pañera permanente y familiares en el grado de consanguinidad No. 1 se fijó un límite máximo de 100 SMLMV, para el 2º grado de consanguinidad 50 SMLMV, para el 30 grado de consanguinidad 35 SMLMV, para el 4º grado de consanguinidad de 25 SMLMV, para todos los demás se incluyó una categoría adicional en la que cabe un reconocimiento de hasta 15 SMLMV siempre que se demuestre tanto el perjuicio como la relación afectiva.
Acoto además esa Honorable Corporación que los perjuicios morales, solo se presumen respecto del primer y segundo grado de consanguinidad siempre que se demuestre el parentesco en los demás casos, es necesario probar adicionalmente la relación afectiva.

Ahora bien frente al reconocimiento de perjuicios morales igualmente en la sentencia de unificación del 28 de agosto de 2014 la Magistrada Olga Melida valle de la Hoz, y recogido en el pronunciamiento referido, en el párrafo anterior, fijo los siguientes criterios y/o limites indemnizatorios, los cuales necesariamente se deben tener en cuenta :

Reparación del daño moral en caso de lesiones					
	Nivel 1	**Nivel 2**	**Nivel 3**	**Nivel 4**	**Nivel 5**
Gravedad en la lesión	**Víctima directa y relaciones afectivas conyugales y paternofiliales.**	**Relación afectiva del 2º grado de consanguinidad o civil.**	**Relación afectiva del 3º grado de consanguinidad o civil.**	**Relación afectiva del 4º grado de consanguinidad o civil.**	**Relaciones afectivas no familiares de terceros damnificados.**
Igual o superior al 50 %	100 SMLMV	50 SMLMV	35 SMLMV	25 SMLMV	15 SMLMV
Igual o superior al 40 % e inferior al 50 %	80 SMLMV	40 SMLMV	28 SMLMV	20 SMLMV	12 SMLMV
Igual o superior al 30 % e inferior al 40 %	60 SMLMV	30 SMLMV	21 SMLMV	15 SMLMV	9 SMLMV
Igual o superior al 20 % e inferior al 30 %	40 SMLMV	20 SMLMV	14 SMLMV	10 SMLMV	6 SMLMV
Igual o superior al 10 % e inferior al 20 %	20 SMLMV	10 SMLMV	7 SMLMV	5 SMLMV	3 SMLMV
Igual o superior al 1 % e inferior al 10 %	10 SMLMV	5 SMLMV	3.5 SMLMV	2.5 SMLMV	1.5 SMLMV

PRUEBAS

En primer lugar, manifiesto al Señor Juez que me adhiero la solicitud de pruebas realizada por la parte actora, y las que los diferentes demandados propongan y me reservo el derecho a intervenir en todas y cada una de ellas, a fin de ejercer efectivamente el derecho de defensa y contradicción en favor de mi representado.

Adicionalmente solicito se admitan, decreten y practiquen las siguientes:

1. **DOCUMENTALES**

Acompaño a la presente contestación los siguientes documentos, para que sean tenidos en cuenta como pruebas dentro del proceso:

a. Poder otorgado al suscrito para actuar
b. Certificado de Existencia y representación Legal de **CLINICA NUEVA RAFAEL URIBE URIBE SAS**

2. **DECLARACION DE PARTE**

Solicito citar y hacer comparecer para que en audiencia cuya hora y fecha se servirá usted señalar, para que absuelvan el interrogatorio de parte que en sobre cerrado o personalmente formularé, a:

a. **SONIA MARCELA BENAVIDES,** demandante en el proceso, domiciliada y residenciada en Carrera 50 # 5 – 51 bloque 30 apto 402 dirección anotada en el acápite de notificaciones, de la demanda inicial, pero presumimos que es Carrera 50 # 5 – 51 bloque 30 apto 402 de la ciudad de Cali o será citada directamente por intermedio de su apoderado.

b. **HERNANDO BENAVIDES SEGURA**, demandante en el proceso, domiciliado y residenciada en Carrera 50 # 5 – 51 bloque 30 apto 402 dirección anotada en el acápite de notificaciones, de la demanda inicial, pero presumimos que es Carrera 50 # 5 – 51 bloque 30 apto 402 de la ciudad de Cali o será citada directamente por intermedio de su apoderado

c. **LADY SEGURA DE BENAVIDES,** demandante en el proceso, domiciliada y residenciada en Carrera 50 # 5 – 51 bloque 30 apto 402 dirección anotada en el acápite de notificaciones, de la demanda inicial, pero presumimos que es Carrera 50 # 5 – 51 bloque 30 apto 402 de la ciudad de Cali o será citada directamente por intermedio de su apoderado

3. **PERITAJE**

Aporte en etapa posterior

Acorde al postulado del artículo 227 del C.G.P. Solicitamos al señor juez de manera respetuosa que conceda un término adicional al del traslado de la demanda para solicitar pruebas y aportarlas, en virtud de que una vez notificados de la demanda procedimos a solicitar el peritaje a una sociedad científica y ellos se demoran un término de sesenta (60) días hábiles para la entrega, en ese sentido si es el caso permita aportar el peritaje en etapa posterior

4. **OBJECION A LA SOLICITUD DE LOS TESTIMONIOS**

Desde ya nos oponemos a la prueba solicitada por la parte demandante, referente a los TESTIMONIALES, la cual será resulta en la oportunidad procesal por parte del despacho en razón que la solicitud de la citación de estos no reúne los requisitos establecidos en al articulo 212 del Código General del Proceso.

285

FUNDAMENTO JURIDICO

La estructura general de la Seguridad Social en Salud se encuentra contemplada en la ley 100 de 1993.

Dentro de la estructura de este sistema se encuentran los llamados promotores de servicios de salud, es decir las empresas con las cuales la persona contrata la prestación de los servicios de salud es decir las E.P.S, entidades, ya sea dentro del régimen contributivo o dentro del subsidiado, serán responsables de la afiliación y el registro de los afiliados. ***"Su función básica será organizar y garantizar directa e indirectamente, la prestación del plan obligatorio a los afiliados....."***.

Estas Empresas, llámense Promotoras de Salud o Administradoras del Régimen subsidiado, entre otras, tienen las siguientes obligaciones:

"Administrar el riesgo en salud de sus afiliados, como aseguradoras y administradoras que son, procurando disminuir la ocurrencia de eventos previsibles de enfermedad sin atención...".

"Organizar y garantizar la prestación de servicios de salud previstos en el Plan Obligatorio de Salud".

"Organizar estrategias destinadas a proteger la salud de sus beneficiarios, que incluya las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, tratamiento y rehabilitación dentro de los parámetros de calidad y eficiencia".

Con cada una de estas entidades, el ciudadano, al escoger la forma de administración de los servicios para la atención de su salud, se vincula a través de un contrato que contiene las obligaciones definidas por la ley de "dar, hacer o no hacer algo", las cuales constituyen derechos correlativos para el contratante, (entiéndase usuario de los servicios de salud).

De esta manera, tenemos que, dentro de la prestación de servicios de salud, constituirán obligaciones de hacer: la administración del riesgo, la organización de la prestación y la prestación del servicio como tal; serán obligaciones de dar: el suministro de los medicamentos y elementos requeridos dentro de la prestación; obligación de no hacer: la obligación de no actuar en contra de los intereses relativos a la salud del paciente, tal como no hacer algo que vaya en contra de la voluntad del paciente, su autonomía y su integridad física, entre otras.

En consecuencia, se imponen obligaciones de resultado a dichas entidades, relacionadas con la organización y prestación de servicios de salud, dentro de un sistema de garantía de calidad; razón por la cual ante su incumplimiento se plantea una presunción de culpa en contra de éstas. La prestación de manera tardía, defectuosa o el incumplimiento puro y simple de las obligaciones que le señala la Ley, con capacidad suficiente para causar un daño al usuario, generará necesariamente responsabilidad que conlleva la obligación de indemnizar los perjuicios causados, exigibles a través de una acción contractual. "La obligación emana directamente del compromiso asumido al momento de registrar la afiliación del usuario al Sistema de Seguridad Social en Salud"
En estos casos, por ejemplo en primera instancia, son estas entidades las obligadas a autorizar las consultas, procedimientos e intervenciones sin que pueda en momento alguno el usuario, trasladar la responsabilidad al prestador por la no autorización de esta consulta, procedimiento o intervención.

Las entidades administradoras de Servicios de Salud, antes citadas, para efectos de la organización de la prestación de estos servicios, de conformidad con la Ley, para atender los requerimientos relacionados con la prevención, control y atención de la enfermedad de manera directa, podrán actuar con su propia red prestadora o a través de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, I.P.S., definidos como "los Grupos de Práctica Profesional, los profesionales independientes y todas las personas, organizaciones y establecimientos que prestan servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación"., dentro de lo cual se enmarca **CLINICA NUEVA RAFAEL URIBE URIBE SAS**

Se observaron los protocolos establecidos y se dio cumplimiento a la praxis médica y la lex artis.

Además, habida cuenta de que el daño moral es de suyo imposible de cuantificar por ser éste de carácter inmaterial, es necesario fijar el monto de la indemnización valiéndose de la facultad discrecional que le asiste a la Sala en estos casos y de conformidad con los parámetros establecidos jurisprudencialmente : i) la indemnización se hace a título de compensación, más no de restitución ni de reparación; ii) la tasación debe realizarse con aplicación del principio de equidad previsto en la jurisprudencia; iii) la determinación del monto debe estar sustentada en los medios probatorios que obran en el proceso y que están relacionados con las características del perjuicio y iv) debe estar fundamentada, cuando sea del caso, en otras providencias para garantizar el principio de igualdad.

En otro sentido, habría que determinar bajo el principio que gobierna las sociedades comerciales, el cual estima que, una sociedad legalmente constituida bajo las leyes de la república de Colombia subsiste en principio a quienes las constituyen porque crea un patrimonio diferente además de separado, una personalidad jurídica distinta, una capacidad diferente y una persona distinta que se debe entender como una universalidad independiente y a esto el código de comercio responde:

> **ARTICULO 98. <CONTRATO DE SOCIEDAD – CONCEPTO – PERSONA JURÍDICA DISTINTA>. Por el contrato de sociedad dos o más personas se obligan a hacer un aporte en dinero, en trabajo o en otros bienes apreciables en dinero, con el fin de repartirse entre sí las utilidades obtenidas en la empresa o actividad social.**
>
> **La sociedad, una vez constituida legalmente, forma una persona jurídica distinta de los socios individualmente considerados.**
>
> **ARTICULO 99. <CAPACIDAD DE LA SOCIEDAD>. La capacidad de la sociedad se circunscribirá al desarrollo de la empresa o actividad prevista en su objeto. Se entenderán incluidos en el objeto social los actos directamente relacionados con el mismo y los que tengan como finalidad ejercer los derechos o cumplir las obligaciones, legal o convencionalmente derivados de la existencia y actividad de la sociedad.**
>
> **ARTICULO 100. <ASIMILACIÓN A SOCIEDADES COMERCIALES – LEGISLACIÓN MERCANTIL>. <Artículo subrogado por el artículo 1o. de la Ley 222 de 1995. El nuevo texto es el siguiente:> Se tendrán como comerciales, para todos los efectos legales las sociedades que se formen para la ejecución de actos o empresas mercantiles.**
>
> **Si la empresa social comprende actos mercantiles y actos que no tengan esa calidad, la sociedad será comercial. Las sociedades que no contemplen en su objeto social actos mercantiles serán civiles.**

Así las cosas, mi poderdante CLINICA NUEVA RAFAEL URIBE URIBE SAS, presto con la diligencia máxima en los servicios de salud , acatando todos los cánones y protocolos médicos por lo que sí existe responsabilidad no es atribuible al actuar de mi poderdante por lo que los efectos condenatorios de la sentencias, no lo deben cobijar.

ANEXOS

Los documentos relacionados en el acápite de pruebas.

NOTIFICACIONES

- A los demandantes en la indicada en el libelo de la demanda.
- **CLINICA NUEVA RAFAEL URIBE URIBE SAS** en la Calle 76 # 13 – 46 de la ciudad de Bogotá D.C. y/o al correo **jorge.guevara@idime.com.co**
- Al suscrito en la secretaria del despacho o en mi oficina ubicada en la Calle 100 No. 14 – 63 de Bogotá. PBX 3001953 FAX 3001954 Email **direccion@slcabogados.com.co**

DEPENDENCIA

Autorizo en este acápite para todo lo relacionado con la vigilancia judicial, solicitar el expediente, recibir copias, solicitar copias, presentar recursos, memoriales, tomar imágenes digitales y demás necesarias para el cabal cumplimiento de función al señor **ANA MARIA CRUZ GRANADA** , mayor de edad domiciliado y residenciado en la ciudad de Cali – Departamento del Valler identificado con la cedula de ciudadanía No. **1.143.849.037** expedida en Cali.

Del Señor Juez,

Cordialmente,

CARLOS ARMANDO SUSSMANN PEÑA
C.C No. 3.229.002 expedida en Bogotá
T.P. No. 89.069 expedida por C.S de la J.

World Association for Medical Law

ASOCODEME

American Society of Law, Medicine & Ethics

Legal Consulting SERVICES

DERECHO MEDICO – RESPONSABILIDAD MEDICA

JUZGADO DIECISIETE CIVIL DEL CIRCUITO

RECIBIDO

11 JUL 2019

FECHA:

HORA: 2:52 pm

FIRMA:

Señores
JUZGADO 17 CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI
E. S. D.

REFERENCIA : **PROCESO RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL No.2019-042**
DEMANDANTES : **SONIA MARCELA BENAVIDEZ Y OTROS**
DEMANDADOS : **CLINICA DESA S.A. Y OTROS**

ACTO PROCESAL : **CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA**

CARLOS ARMANDO SUSSMANN PEÑA, mayor de edad domiciliado y residenciado en la ciudad de Bogotá D.C. identificado con la cedula de ciudadanía No. 3.229.002 expedida en la ciudad de Bogotá D.C. abogado en ejercicio y portador de la tarjeta profesional No. 89.069 expedida por el Consejo Superior de la Judicatura apoderado judicial de **CLINICA DESA S.A.S.** sociedad comercial de derecho privado identificada con NIT 900.771.349-7 y con domicilio principal en la ciudad de Bogotá D.C., según poder, otorgado por su Representante legal Suplente, **JORGE ANDRES GUEVARA VACA,** identificado con la cédula de ciudadanía No. 79.601.210 expedida en la ciudad de Bogotá D.C., conforme se acredita con el certificado de existencia y representación legal, anexo, en tiempo y oportunidad haciendo uso del derecho constitucional de defensa y contradicción presento la contestación de la demanda:

A LAS PRETENSIONES

1. Nos oponemos, nos atenemos a lo que se pruebe, para que exista una declaratoria de responsabilidad o que el agente dañoso tenga una correlación con el hecho que se alegue, es decir el menoscabo patrimonial, se deben colegir una serie de conductas omisivas o activas que generen dicho repudio legal y no como se observa, la carencia de acción u omisión de mi poderdante. En consonancia con lo anterior, no existe la imputación de daño a título de omisión, negligencia y descuido que derive en una responsabilidad para mi poderdante. El paciente fue atendido como consta en la historia clínica por el CONSORCIO NUEVA CLINICA RAFAEL URIBE, de acuerdo con convenio que se tiene con NUEVA EPS.

1.1. POR EL CONCEPTO DEL DAÑO EMERGENTE: No se admite, nos oponemos nos atenemos a lo que se pruebe, si bien es cierto el daño emergente se verifica con la erogaciones en las cuales las victima(s) debe incurrir o incurrirá al tenor del articulo 1614 y sus siguientes del Código Civil debemos admitir sin gracia de discusión, que al no comprobarse que mi poderdante es el agente dañoso relacionado con el hecho al cual se le imputa el factor de atribución y el nexo de casualidad, no debe ser el llamado a pagar la indemnización. Los honorarios de abogado no forman parte del daño emergente, y menos aun cuando no están claros ya que se habla de "nueve mil millones cincuenta mil pesos moneda corriente"(sic) (9.050.000).

1.2. LUCRO CESANTE No se admite, nos oponemos nos atenemos a lo que se pruebe, debemos admitir sin gracia de discusión, que al no comprobarse que mi poderdante es el agente

dañoso relacionado con el hecho al cual se le imputa el factor de atribución y el nexo de casualidad, no debe ser el llamado a indemnizar.

2. Nos oponemos Si bien es cierto que el daño moral no encuentra su génisis en una medida de valor de precios del mercado, solo basta con encontrar que el padecimiento, el sufrimiento, la congoja, la aflicción y el dolor se materializo en la realidad y con ellos a través de una prueba testimonial es posible observar de alguna manera la materialización del daño en el fuero interno, entonces con lo anterior se concluye que si se requiere prueba.

Es claro que la muerte de cualquier ser querido o cercano afecta de una manera sentimental y muchas veces profunda, de ello no hay duda, la cuestión preliminar es saber quién produjo esa sensación (quien es el agente dañoso). En el caso que nos convoca es nuestro sentir, que no existe un reproche que inculque responsabilidad ni por activa ni por pasiva y que queriendo generar responsabilidad hay que observar los hechos porque hay una causa extraña que los gobierna Y al no comprobarse que mi poderdante es el agente dañoso relacionado con el hecho al cual se le imputa el factor de atribución y el nexo de casualidad, no debe ser el llamado a indemnizar.

A LOS HECHOS

1. No nos costa, me atengo a lo que se pruebe en el proceso. Las circunstancias de tiempo modo y lugar sobre las cuales se desarrolla el argumento que estructura el hecho no permiten que nosotros conozcamos o manifestemos si se materializan en la realidad debido a que no ocurren en el concurso del fuero del lugar, ni son de conocimiento particular por nosotros por lo que manifestar algo en relación con su autenticidad devendría en una posible conducta ilegal.

2. Parcialmente cierto. Ingresa a la Clinica Nueva Rafael Uribe Uribe SAS como paciente de NUEVA EPS dentro del contrato suscrito con la NUEVA EPS entre esta y el CONSORCIO NUEVA CLINICA RAFAEL URIBE

3. Es cierto como se puede extraer de la Historia Clinica del paciente

4. Es cierto. Aclarando que no es Clinica Rafael Uribe sino CLINICA NUEVA RAFAEL URIBE URIBE SAS.

5. No nos costa, nos atenemos a lo que se pruebe. La atención del paciente precisamente se derivo para una mejor atención.

6. No nos costa, nos atenemos a lo que se pruebe. Puede ser una apreciación de carácter personal

7. No nos costa, nos atenemos a lo que se pruebe. El paciente siempre estuvo atendido de acuerdo con su condición. Es una apreciación sin fundamento

8. Es cierto como consta en la Historia Clinica.

9. Es cierto es una transcripción pertinente contenida en la Historia Clinica.

10. Es cierto es una transcripción pertinente contenida en la Historia Clinica

11. No nos costa, nos atenemos a lo que se pruebe. Es una apreciación errada y sin fundamento científico

12. Es cierto, es una transcripción ad literal.

13. No nos costa, nos atenemos a lo que se pruebe. Es una apreciación sin fundamento

14. No nos costa. No es un Hecho es una mera información que no aporta a los hechos

15. No es cierto lo afirmado en la primera parte y respecto a la valoración pericial no nos consta

16. No nos costa, nos atenemos a lo que se pruebe. No conocemos el "informe pericial"

17. No nos costa, nos atenemos a lo que se pruebe. En la oportunidad procesal se debatirá sobre el tema

18. No nos costa, nos atenemos a lo que se pruebe. Es una apreciación sin fundamento

19. No nos costa, nos atenemos a lo que se pruebe. En la oportunidad procesal se debatirá sobre el tema

20. No nos costa, nos atenemos a lo que se pruebe. Es una apreciación sin fundamento

21. No nos costa, nos atenemos a lo que se pruebe. Es una apreciación sin fundamento

22. No nos consta. No es un hecho es una apreciación tendenciosa sin fundamento científico y una aseveración tendenciosa

23. No nos consta. No es un hecho. Y todos los daños pueden evitarse si todas las personas actuamos con responsabilidad y brindando el respectivo cuidado para evitar desenlaces fatales.

EXCEPCIONES DE MERITO

1. **FALTA DE LEGITIMACION EN LA CAUSA**

La legitimación en la causa, hace referencia a la relación sustancial que debe existir entre las partes en el proceso y el interés sustancial del litigio, de tal manera que aquella persona a quien se le exige la obligación es a quien habilita la ley para actuar procesalmente, en el caso de mi poderdante **CLINICA DESA SAS.**, forma parte del CONSORCIO NUEVA CLINICA RAFAEL URIBE con el cual tiene suscrito un contrato la NUEVA EPS, para la atención de los usuarios afiliados y los cuales autoriza su atencion

Ya el Consejo de Estado en diversas jurisprudencias ha manifestado :

> "Constituye postura sólidamente decantada por la jurisprudencia de esta Sala aquella consistente en excluir la figura de la falta de legitimación en la causa de las excepciones de fondo que puedan formularse dentro del proceso, comoquiera que éstas, a diferencia de aquélla, enervan la pretensión procesal en su contenido, pues tienen la potencialidad de extinguir, parcial o totalmente, la súplica elevada por el actor, en tanto que la legitimación en la causa constituye una condición anterior y necesaria, entre otras, para dictar sentencia de mérito favorable al demandante o al

demandado. **Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, sentencia del 22 de noviembre de 2001, Consejera Ponente: María Elena Giraldo Gómez, expediente No. 13356**

"Clarificado, entonces, en relación con la naturaleza jurídica de la noción de legitimación en la causa, que la misma no es constitutiva de excepción de fondo sino que se trata de un presupuesto necesario para proferir sentencia de mérito favorable ora a las pretensiones del demandante, bien a las excepciones propuestas por el demandado, resulta menester señalar, adicionalmente, que se ha diferenciado entre la legitimación de hecho y la legitimación material en la causa9. La primera se refiere a la relación procesal que se establece entre el demandante y el demandado por intermedio de la pretensión procesal, es decir, se trata de una relación jurídica nacida de la atribución de una conducta en la demanda y de la notificación del libelo inicial al demandado, de manera que quien cita a otro y le endilga la conducta, actuación u omisión que dan lugar a que se incoe la acción, está legitimado de hecho por activa y aquél a quien se cita y se le atribuye la referida acción u omisión, resulta legitimado de hecho y por pasiva, después de la notificación del auto admisorio de la demanda. **Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, sentencia de 15 de junio de 2000, Consejera Ponente: María Elena Giraldo Gómez (expediente No. 10.171) y Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, sentencia del 28 de abril de 2005, Consejero ponente: Germán Rodríguez Villamizar (expediente 14178).**

"Por su parte, la legitimación material en la causa alude a la participación real de las personas en el hecho que origina la presentación de la demanda, independientemente de que dichas personas no hayan demandado o que hayan sido demandadas10. De ahí que la falta de legitimación material en la causa, por activa o por pasiva, no enerve la pretensión procesal en su contenido (...)" **Sentencia proferida el 6 de julio de 2006 por la Sección Tercera del Consejo de Estado (expediente 28835), M.P. Mauricio Fajardo Gómez.**

2. INEXISTENCIA DE NEXO CAUSAL ENTRE EL DAÑO O PERJUICIO SUFRIDO Y POR LOS ACTOS MEDICOS REALIZADOS.

Nuestra jurisprudencia ha consolidado la tesis francesa de la culpa probada para los casos de responsabilidad civil medica de ahí que la Honorable Corte Suprema de Justicia haya afirmado ***"que para que esta culpa sea idónea en su responsabilidad es necesario que sea imputable al profesional o institución médica correspondiente y además que sea la causa eficiente de los perjuicios que se ocasionen al paciente, esto es igualmente indispensable que exista relación de causalidad entre la primera y los últimos"***

Ahora bien, pretender imputarle responsabilidad a CLINICA DESA SAS, como lo pretende el apoderado de la parte demandante, es desconocer que la teoría de la equivalencia de condiciones (todos los fenómenos que participaron en la cadena causal que desemboco en la producción del daño. Deben considerarse como causas equivalentes del mismo) ha sido desechada, desde mucho tiempo por la doctrina y la jurisprudencia

Sobre el tema la Honorable Corte Suprema de Justicia acoge sin reserva la teoría de la causalidad adecuada:

Analizadas en abstracto las circunstancias en que se produjo un daño se determina en concreto, cual o cuales, de ellas, según el normal devenir de las cosas fueron causa eficiente del daño, descartando aquellas que solo favorecieron la producción del resultado o que eliminaron un obstáculo para el mismo, denominadas en el lenguaje de PIRSON ET DE VILLE citado por JORGE PIETRANO FACIO, con el nombre de condiciones u ocasiones"

296

De la lectura del libelo introductorio de la demanda, así como del análisis de las pruebas aportadas por la parte demandante no aparece ni siquiera un indicio que muestre la existencia del nexo causal (que como elemento de la responsabilidad, reclama una sentencia condenatoria) entre la causa del fallecimiento del Señor HERNANDO BENAVIDEZ PARRA y la atención medica brindada por la CLINICA DESA SAS

Ahora bien, cuando se habla de resarcir se habla inmediatamente por oposición de un daño que ha sido el fundamento de la teoría de la responsabilidad civil y que además este daño debe ser cierto, personal y directo, con lo cual esto conlleva analizar el NEXO CAUSAL.

PERSONAL: esto quiere decir que quien lo reclame sea el titular del interés tutelado que se violó.

Pero al no existir hecho la teoría del daño como institución de la responsabilidad no permite que exista la misma y por ende no hay obligación de resarcir.

Igualmente, la situación dañosa tiene dos extremos que deben estar ligados por la correlatividad y bilateralidad: Quien causa el daño agente dañador y quien lo sufre se le denomina víctima.

Con estas apreciaciones debemos argumentar aun con más ahínco la propuesta de inexistencia de una relación entre el procedimiento y el estado de agravamiento de un padecimiento que solo pone de presente un hecho unilateral aislado de la interacción de los dos extremos, el paciente sufrió un daño cráneo encefálico, producto de una caída

No aparece dentro de la demanda, mención alguna sobre la participación de mi poderdante en algún hecho de los presentados en la misma.

3. LAS OBLIGACIONES DE LOS MEDICOS Y DE LAS INSTITUCIONES DE SALUD SON DE MEDIO Y NO RESULTADO

Consideramos pertinente precisar, en primer lugar, dos conceptos bien importantes como son las obligaciones de medios y las de resultados

Siguiendo la doctrina francesa, nos encontramos frente a una obligación de resultado cuando por la naturaleza de la prestación, el acreedor contrata para obtener cierto resultado prometido por el deudor y no para imponerle una diligencia a este último. Es decir las partes convierten este resultado en el objeto directo de su obligación, por lo que la falta del mismo, hace presumir la culpa del deudor, presunción que solo se destruye probando circunstancias exógenas que le imposibilitaron cumplir.

Ahora bien respecto de la obligación de medios el deudor promete solamente conducirse con prudencia y diligencia en una dirección determinada, siendo esta diligencia el objeto de la obligación, ya que normalmente el resultado esperado por el acreedor es demasiado aleatorio y depende poco de la exclusiva diligencia del deudor, por lo que la no obtención del resultado, no permite presumir culpa de este último, en cuyo caso se debe probar la culpa.

Es decir que en las obligaciones de medio su objeto es una cierta conducta o servicio, mientras la realización del resultado esperado queda por fuera de la prestación.

En las obligaciones de resultado se hace referencia a un determinado efecto material o jurídico, y se deja al deudor libre de escoger los medios y las modalidades necesarias para su realización

297

Esta consideración encuentra su ratio y justificación en el hecho que las obligaciones dependientes del ejercicio de una actividad profesional generalmente se consideran como obligaciones de medios y no de resultado.

De acuerdo con lo anterior debemos precisar que en tratándose de las obligaciones del medico y las instituciones de salud la doctrina y la jurisprudencia son unánimes en expresar que las mismas son obligaciones de medios toda vez que el compromiso que ellos adquieren no es el de curar al enfermo sino suministrarle los cuidados necesarios y que estén de acuerdo con su ciencia.

Por tanto, podemos afirmar sin vacilación alguna frente al caso que nos ocupa que la atención medica brindada al Señor HERNANDO BENAVIDEZ SEGURA en la **CLINICA DESA SAS** se ajustó en un todo a los protocolos científicos, es decir se observó con rigurosidad la lex artis y la praxis medica

4. INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD INPUTABLE AL DEMANDADO CLINICA DESAS SAS

La hipótesis de responsabilidad derivada de un acto medico supone la existencia de culpa o "falta del debido cuidado" se según el articulo 1344 del Código Civil, que en términos jurídicos, seria apartarse de "toda diligencia de un buen padre de familia", que aplicado a la actividad medica implica una acción u omisión no ajustada lex artis, por negligencia, impericia o imprudencia y estos comportamientos no pueden ser atribuidos a CLINICA DESA SAS.

Uno de los pronunciamientos más destacados en la materia está dado por la sentencia del 30 de enero de 2001 (exp. 5507) proferida con ponencia del doctor José Fernando Ramírez Gómez, en la que se señaló que

> ***«[...] Aunque para la Corte es claro que los presupuestos de la responsabilidad civil del médico no son extraños al régimen general de la responsabilidad (un comportamiento activo o pasivo, violación del deber de asistencia y cuidado propios de la profesión, que el obrar antijurídico sea imputable subjetivamente al médico, a título de dolo o culpa, el daño patrimonial o extrapatrimonial y la relación de causalidad adecuada entre el daño sufrido y el comportamiento médico primeramente señalado), y que en torno a ese panorama axiológico debe operar el principio de la carga de la prueba (artículo 177 del Código de Procedimiento Civil), visto con un sentido dinámico, socializante y moralizador, esto es, distribuyéndola entre las partes para demandar de cada una la prueba de los hechos que están en posibilidad de demostrar y constituyen fundamento de sus alegaciones, pues éste es el principio implícito en la norma cuando exonera de prueba las afirmaciones o negaciones indefinidas, precisamente por la dificultad de concretarlas en el tiempo o en el espacio, y por ende de probarlas, resulta pertinente hacer ver que el meollo del problema antes que en la demostración de la culpa, está es en la relación de causalidad entre el comportamiento del médico y el daño sufrido por el paciente [...]».***

Sobre los presupuestos genéticos para comprometer la responsabilidad civil del médico, ha señalado la Corte Suprema de Justicia que ***"la declaración de responsabilidad en la actividad médica supone la prueba de „los elementos que la estructuran, como son la culpa contractual, el daño y la relación de causalidad"*** (Cas. Civ12/7/94, exp. 3656)". CSJ, Sala de Casación Civil, 15/1/08, exp. 11001-3103-037-2000-67300-01.

Otro tanto había pregonado en sentencia del 30 de enero de 2001, conforme a la cual "para la Corte es claro que los presupuestos de la responsabilidad civil del médico no son

extraños al régimen general de la responsabilidad (un comportamiento activo o pasivo, violación del deber de asistencia y cuidado propios de la profesión, que el obrar sea imputable subjetivamente al médico, a título de dolo o culpa, el daño patrimonial o extrapatrimonial y la relación de causalidad adecuada entre el daño sufrido y el comportamiento médico primeramente señalado)".

En consonancia con lo afirmado en las sentencias que anteceden, el máximo tribunal de la jurisdicción ordinaria en Colombia ha reiterado, en múltiples ocasiones, la necesidad de la convergencia de estos requisitos para comprometer la responsabilidad civil de cualquier individuo; así, ha manifestado, que, ***"para que resulte comprometida la responsabilidad de una persona natural o jurídica se requiere, como bien es sabido, que haya cometido una culpa y que de ésta sobrevengan perjuicios al reclamante. O sea, se requiere la concurrencia de los tres elementos que la doctrina predominante ha sistematizado bajo los rubros de culpa, daño y relación de causalidad entre aquélla y éste"*** (Cas. Civ., 10/6/63).

De allí que, desde hace mucho tiempo, ha sido enfática la Corte Suprema en cuanto a que, ***"según la doctrina que consagra el art. 234 1... tanto el perjuicio, como la culpa y la causalidad, son elementos esenciales constitutivos de la responsabilidad civil, sin cuya existencia y demostración no cabe decretar indemnización alguna... sin alguno de estos elementos, no nace a la vida jurídica la obligación de indemnizar"*** (Cas. Civ., 26/4/47, "G. J." LXII,p. 136).

De las pruebas aportadas con el libelo introductorio de la demanda no aparece indicio alguno demostrativo de la existencia de los presupuestos que estructuran la responsabilidad civil para que pueda deducirse la obligación indemnizatoria que reclama la parte demandante en contra de **CLINICA DESA SAS**

5. CAUSA EXTRAÑA. INEXISTENCIA DEL NEXO CAUSAL

Por lo anterior los perjuicios alegados no encuentran su causa, ni pueden imputarse jurídicamente a la actuación de mi representado, no aparecen en los hechos de la demanda mención alguna al respecto, destruyendo así el nexo causal como elemento sine qua nom de la responsabilidad civil

El nexo causal se entiende como la relación necesaria y eficiente entre el hecho generador del daño y el daño probado. La jurisprudencia y la doctrina indican que para poder atribuir un resultado a una persona y declararla responsable como consecuencia de su acción u omisión, es indispensable definir si aquél aparece ligado
a ésta por una relación de causa-efecto. Si no es posible encontrar esa relación mencionada, no tendrá sentido alguno continuar el juicio de responsabilidad.

La jurisprudencia ha sido pacífica al establecer que el nexo de causalidad debe ser probado en todos los casos por el actor, independientemente de si el régimen de responsabilidad aplicable está fundamentado en la culpa, en la falla, o en alguno de los regímenes de responsabilidad objetiva.

El nexo de causalidad es un elemento autónomo del daño y del fundamento que no admite, ningún tipo de presunción como sí lo admite la culpa o la falla.

El nexo de causalidad, como lo ha dicho tanto la Corte Suprema de Justicia, como el Consejo de Estado en reiterada jurisprudencia, debe ser probado en todos los casos.

299

Así, por ejemplo en sentencia del 2 de mayo de 2002 dijo el Consejo de Estado: *"El accionante también tiene que demostrar en juicio la causalidad adecuada entre el daño padecido y la conducta de riesgo imputada al Estado mediante prueba directa o indirecta, porque la ley no ha señalado en materia de relación causal* ni presunciones legales *respecto de las cuales, probado un hecho (s) el legislador infiera su causalidad adecuada, ni tampoco* los conocimientos del juez sobre la realidad social *lo autorizan para deducir con certeza el nexo de causalidad eficiente y determinante. La prueba del nexo puede ser:* a) directa, *mediante los medios probatorios que lo representan por sí mismo y/o* b) indirecta, *mediante indicios; este medio de convicción lógico indirecto, requiere de la demostración de unos hechos indicadores que apunten con fuerza el hecho indicado..."* **(Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 2 de mayo de 2002, expediente 13477.)**

De acuerdo a las pruebas aportadas por la parte demandante y de acuerdo a la necesidad de establecer el nexo causal el cual es indispensable para determinar la responsabilidad civil queda desvirtuado que en este caso es imposible su configuración pues no existe relación alguna entre el daño acaecido y el hecho generador del mismo pues la **CLINICA DESA SAS** a través del equipo médico, presto una atención oportuna .

6. CULPA EXCLUSIVA DE UN TERCERO

En ocasión con los pormenores que rigen esta contienda judicial, es menester aclarar que la jurisprudencia de las altas cortes han sido pacificas en determinar que independiente al régimen de responsabilidad al cual se asimilen los hechos, el actor debe demostrar en todos los casos el nexo de causalidad, lo cual indica que el hecho está ligado al daño en una relación causa efecto y no estar demostrado no es necesario seguir adelante con el juicio de responsabilidad y como elemento autónomo no admite presunción como la culpa o la falla.

Es sabido que para que exista la responsabilidad se requieren tres elementos absolutamente indispensables y necesarios: el daño, el hecho generador del mismo y un nexo de causalidad que permita imputar el daño a la conducta (acción u omisión) del agente generador.

El nexo causal se entiende como la relación necesaria y eficiente entre el hecho generador del daño y el daño probado. La jurisprudencia y la doctrina indican que para poder atribuir un resultado a una persona y declararla responsable como consecuencia de su acción u omisión, es indispensable definir si aquel aparece ligado a esta por una relación de causa-efecto. **Si no es posible encontrar esa relación mencionada, no tendrá sentido alguno continuar el juicio de responsabilidad**.

El nexo de causalidad, como lo ha dicho el Consejo de Estado en reiterada jurisprudencia, debe ser probado en todos los casos. Así, por ejemplo, en sentencia del 2 de mayo de 2002 se dijo:

> "El accionante también tiene que demostrar en juicio la causalidad adecuada entre el daño padecido y la conducta de riesgo imputada al Estado mediante prueba directa o indirecta, porque la ley no ha señalado en materia de relación causal ni presunciones legales respecto de las cuales, probado un hecho (s) el legislador infiera su causalidad adecuada, ni tampoco los conocimientos del juez sobre la realidad social lo autorizan para deducir con certeza el nexo de causalidad eficiente y determinante. La prueba del nexo puede ser: a) directa, mediante los medios probatorios que lo representan por si mismo y/o b) indirecta, mediante indicios; este medio de convicción lógico indirecto, requiere de la demostración de unos hechos indicadores que apunten con fuerza el hecho indicado2

El causante directo del daño es un tercero ajeno a las partes intervinientes en el juicio de responsabilidad. No son terceros las personas a quienes además del demandado, la ley adjudica responsabilidad solidaria o indistinta y que por ende resultan co-obligados.

Jurídicamente solo es tercero alguien extraño, por quien no se debe responder; es Decir, no vinculado con el sujeto contra el que se dirige la acción resarcitoria. A este respecto ha establecido la jurisprudencia:

> "Por otra parte, en relación con la causal de exoneración consistente en el hecho de un tercero, la jurisprudencia de esta Corporación ha señalado que la misma se configura siempre y cuando se demuestre que la circunstancia extraña es completamente ajena al servicio y que este último no se encuentra vinculado en manera alguna con la actuación de aquél".

La jurisprudencia ha considerado que para que se presente la figura del hecho del tercero como causal de exoneración de responsabilidad, es necesario que confluyan los siguientes elementos:

a. Debe ser un hecho único exclusivo y determinante del daño producido.
b. Debe ser un hecho producido por circunstancias imprevisibles e irresistibles para quien lo alega.

El hecho del tercero debe ser causa exclusiva única y determinante del daño para que se convierta en exoneratorio de responsabilidad. El supuesto más común del hecho del tercero es aquel en el cual la participación del alguien extraño al demandante y al demandado fue el verdadero causante del daño y en este sentido, se configura una inexistencia del nexo causal. No obstante, también hay casos en los cuales el hecho fue causado desde el punto de vista fáctico por el demandado, quien vio determinada su conducta por el actuar de un tercero, haciendo que el daño sea imputable a ese tercero de forma exclusiva, como en el caso de la legítima defensa cuando el daño producto de esa defensa se causa a alguien distinto de aquel cuya agresión se pretende repeler. En este último caso nos encontramos frente a una imposibilidad de imputación, puesto que la defensa fue determinada por el hecho del tercero agresor.

Lo anterior permite determinar que el daño causado no se manifiesta en el trafico jurídico como un proveniente del fuero de la acción u omisión de mi poderdante, todo lo contrario, es un hecho que depende de un tercero, por lo que las pretensiones no pueden desplegar efectos de vocación relacionados con la responsabilidad de mi poderdante por inexistencia de acción u omisión.

En este orden de ideas CLINICA DESA SAS, presto los servicios medico asistenciales al señor HERNANDO BENAVIDEZ SEGURA , observando la lex artis y la praxis medica , y el desenlace se desarrolló de acuerdo al estado de gravedad del paciente y a las condiciones en las cuales llego a la CLINICA DESA SAS.

EXCEPCION GENERICA

Propongo la excepción conocida como genérica, de conformidad con la cual deben ser declarados por el juzgador todas aquellas excepciones, fundadas en la ley y la constitución, que resulten probadas sin perjuicio de que no hayan sido expresamente enunciadas en este escrito

OBJECION A LA ESTIMACION DE PERJUICIOS

Teniendo en consideración lo establecido en el artículo 206 del C.G.P me permito objetar la estimación realizada por ser desproporcionada de carecer de soporte probatorio calificado y por estar abiertamente en contra de la doctrina jurisprudencial aplicable a la materia

Así mismo, solicito en cumplimiento de lo establecido en caso de que se encuentre probado el valor excesivo de la cuantía se condene a la parte demandante a pagarle a mi representada una suma equivalente al 10% de la diferencia. Debe resaltarse que la indemnización siempre busca reparar los perjuicios efectivamente padecidos por una persona, que deben ser probados en su existencia y cuantía por quien los pretende y en ningún caso se puede convertir en factor de enriquecimiento.

En lo que respecta al tema de perjuicios morales en el marco de los denominados perjuicios inmateriales la jurisprudencia de unificación proferida mediante documento ordenado en el acta 23 de 25 de septiembre de 2013, contentivo de ocho pronunciamientos diferentes, el Consejo de Estado, Sección Tercera, recoge y unifica los criterios en torno a los parámetros, características y topes a los montos de la indemnización de los perjuicios inmateriales a que tienen derecho las victimas

La sentencia de 28 de agosto de 2014 Exp. 26,251 con ponencia del Magistrado Jaime Orlando Santofimio Gamboa, en la cual se precisó, frente a la muerte de personas el monto máximo a que tienen derecho los familiares según la codificación : para conyugue y com pañera permanente y familiares en el grado de consanguinidad No. 1 se fijó un límite máximo de 100 SMLMV, para el 2º grado de consanguinidad 50 SMLMV, para el 30 grado de consanguinidad 35 SMLMV, para el 4º grado de consanguinidad de 25 SMLMV, para todos los demás se incluyó una categoría adicional en la que cabe un reconocimiento de hasta 15 SMLMV siempre que se demuestre tanto el perjuicio como la relación afectiva.
Acoto además esa Honorable Corporación que los perjuicios morales, solo se presumen respecto del primer y segundo grado de consanguinidad siempre que se demuestre el parentesco en los demás casos, es necesario probar adicionalmente la relación afectiva.

Ahora bien frente al reconocimiento de perjuicios morales igualmente en la sentencia de unificación del 28 de agosto de 2014 la Magistrada Olga Melida valle de la Hoz, y recogido en el pronunciamiento referido, en el párrafo anterior, fijo los siguientes criterios y/o limites indemnizatorios, los cuales necesariamente se deben tener en cuenta :

Reparación del daño moral en caso de lesiones					
	Nivel 1	**Nivel 2**	**Nivel 3**	**Nivel 4**	**Nivel 5**

Gravedad en la lesión	Víctima directa y relaciones afectivas conyugales y paternofiliales.	Relación afectiva del 2º grado de consanguinidad o civil.	Relación afectiva del 3º grado de consanguinidad o civil.	Relación afectiva del 4º grado de consanguinidad o civil.	Relaciones afectivas no familiares de terceros damnificados.
Igual o superior al 50 %	100 SMLMV	50 SMLMV	35 SMLMV	25 SMLMV	15 SMLMV
Igual o superior al 40 % e inferior al 50 %	80 SMLMV	40 SMLMV	28 SMLMV	20 SMLMV	12 SMLMV
Igual o superior al 30 % e inferior al 40 %	60 SMLMV	30 SMLMV	21 SMLMV	15 SMLMV	9 SMLMV
Igual o superior al 20 % e inferior al 30 %	40 SMLMV	20 SMLMV	14 SMLMV	10 SMLMV	6 SMLMV
Igual o superior al 10 % e inferior al 20 %	20 SMLMV	10 SMLMV	7 SMLMV	5 SMLMV	3 SMLMV
Igual o superior al 1 % e inferior al 10 %	10 SMLMV	5 SMLMV	3.5 SMLMV	2.5 SMLMV	1.5 SMLMV

PRUEBAS

En primer lugar, manifiesto al Señor Juez que me adhiero la solicitud de pruebas realizada por la parte actora, y las que los diferentes demandados propongan y me reservo el derecho a intervenir en todas y cada una de ellas, a fin de ejercer efectivamente el derecho de defensa y contradicción en favor de mi representado.

Adicionalmente solicito se admitan, decreten y practiquen las siguientes:

1. **DOCUMENTALES**

Acompaño a la presente contestación los siguientes documentos, para que sean tenidos en cuenta como pruebas dentro del proceso:

a. Poder otorgado al suscrito para actuar
b. Certificado de Existencia y representación Legal de **CLINICA DESA SAS**

2. DECLARACION DE PARTE

Solicito citar y hacer comparecer para que en audiencia cuya hora y fecha se servirá usted señalar, para que absuelvan el interrogatorio de parte que en sobre cerrado o personalmente formularé, a:

a. **SONIA MARCELA BENAVIDES,** demandante en el proceso, domiciliada y residenciada en Carrera 50 # 5 – 51 bloque 30 apto 402 dirección anotada en el acápite de notificaciones, de la demanda inicial, pero presumimos que es Carrera 50 # 5 – 51 bloque 30 apto 402 de la ciudad de Cali o será citada directamente por intermedio de su apoderado.

b. **HERNANDO BENAVIDES SEGURA**, demandante en el proceso, domiciliado y residenciada en Carrera 50 # 5 – 51 bloque 30 apto 402 dirección anotada en el acápite de notificaciones, de la demanda inicial, pero presumimos que es Carrera 50 # 5 – 51 bloque 30 apto 402 de la ciudad de Cali o será citada directamente por intermedio de su apoderado

c. **LADY SEGURA DE BENAVIDES,** demandante en el proceso, domiciliada y residenciada en Carrera 50 # 5 – 51 bloque 30 apto 402 dirección anotada en el acápite de notificaciones, de la demanda inicial, pero presumimos que es Carrera 50 # 5 – 51 bloque 30 apto 402 de la ciudad de Cali o será citada directamente por intermedio de su apoderado

3. PERITAJE

Aporte en etapa posterior

Acorde al postulado del artículo 227 del C.G.P. Solicitamos al señor juez de manera respetuosa que conceda un término adicional al del traslado de la demanda para solicitar pruebas y aportarlas, en virtud de que una vez notificados de la demanda procedimos a solicitar el peritaje a una sociedad científica y ellos se demoran un término de sesenta (60) días hábiles para la entrega, en ese sentido si es el caso permita aportar el peritaje en etapa posterior

4. **OBJECION A LA SOLICITUD DE LOS TESTIMONIOS**

Desde ya nos oponemos a la prueba solicitada por la parte demandante, referente a los TESTIMONIALES, la cual será resulta en la oportunidad procesal por parte del despacho en razón que la solicitud de la citación de estos no reúne los requisitos establecidos en al articulo 212 del Código General del Proceso.

FUNDAMENTO JURIDICO

La estructura general de la Seguridad Social en Salud se encuentra contemplada en la ley 100 de 1993.

Dentro de la estructura de este sistema se encuentran los llamados promotores de servicios de salud, es decir las empresas con las cuales la persona contrata la prestación de los servicios de salud es decir las E.P.S, entidades, ya sea dentro del régimen contributivo o dentro del subsidiado, serán responsables de la afiliación y el registro de los afiliados. ***"Su función básica será organizar y garantizar directa e indirectamente, la prestación del plan obligatorio a los afiliados.....".***

Estas Empresas, llámense Promotoras de Salud o Administradoras del Régimen subsidiado, entre otras, tienen las siguientes obligaciones:

"Administrar el riesgo en salud de sus afiliados, como aseguradoras y administradoras que son, procurando disminuir la ocurrencia de eventos previsibles de enfermedad sin atención...".

"Organizar y garantizar la prestación de servicios de salud previstos en el Plan Obligatorio de Salud".

"Organizar estrategias destinadas a proteger la salud de sus beneficiarios, que incluya las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, tratamiento y rehabilitación dentro de los parámetros de calidad y eficiencia".

Con cada una de estas entidades, el ciudadano, al escoger la forma de administración de los servicios para la atención de su salud, se vincula a través de un contrato que contiene las obligaciones definidas por la ley de "dar, hacer o no hacer algo", las cuales constituyen derechos correlativos para el contratante, (entiéndase usuario de los servicios de salud).

De esta manera, tenemos que, dentro de la prestación de servicios de salud, constituirán obligaciones de hacer: la administración del riesgo, la organización de la prestación y la prestación del servicio como tal; serán obligaciones de dar: el suministro de los medicamentos y elementos requeridos dentro de la prestación; obligación de no hacer: la obligación de no actuar en contra de los intereses relativos a la salud del paciente, tal como no hacer algo que vaya en contra de la voluntad del paciente, su autonomía y su integridad física, entre otras.

En consecuencia, se imponen obligaciones de resultado a dichas entidades, relacionadas con la organización y prestación de servicios de salud, dentro de un sistema de garantía de calidad; razón por la cual ante su incumplimiento se plantea una presunción de culpa en contra de éstas. La prestación de manera tardía, defectuosa o el incumplimiento puro y simple de las obligaciones que le señala la Ley, con capacidad suficiente para causar un daño al usuario, generará necesariamente responsabilidad que conlleva la obligación de indemnizar los perjuicios causados, exigibles a través de una acción contractual. "La obligación emana directamente del compromiso asumido al momento de registrar la afiliación del usuario al Sistema de Seguridad Social en Salud"
En estos casos, por ejemplo en primera instancia, son estas entidades las obligadas a autorizar las consultas, procedimientos e intervenciones sin que pueda en momento alguno el usuario, trasladar la responsabilidad al prestador por la no autorización de esta consulta, procedimiento o intervención.

Las entidades administradoras de Servicios de Salud, antes citadas, para efectos de la organización de la prestación de estos servicios, de conformidad con la Ley, para atender los requerimientos relacionados con la prevención, control y atención de la enfermedad de manera directa, podrán actuar con su propia red prestadora o a través de Instituciones

Prestadoras de Servicios de Salud, I.P.S., definidos como "los Grupos de Práctica Profesional, los profesionales independientes y todas las personas, organizaciones y establecimientos que prestan servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación"., dentro de lo cual se enmarca **CLINICA DESA SAS**

Se observaron los protocolos establecidos y se dio cumplimiento a la praxis médica y la lex artis.

Además, habida cuenta de que el daño moral es de suyo imposible de cuantificar por ser éste de carácter inmaterial, es necesario fijar el monto de la indemnización valiéndose de la facultad discrecional que le asiste a la Sala en estos casos y de conformidad con los parámetros establecidos jurisprudencialmente : i) la indemnización se hace a título de compensación, más no de restitución ni de reparación; ii) la tasación debe realizarse con aplicación del principio de equidad previsto en la jurisprudencia; iii) la determinación del monto debe estar sustentada en los medios probatorios que obran en el proceso y que están relacionados con las características del perjuicio y iv) debe estar fundamentada, cuando sea del caso, en otras providencias para garantizar el principio de igualdad.

En otro sentido, habría que determinar bajo el principio que gobierna las sociedades comerciales, el cual estima que, una sociedad legalmente constituida bajo las leyes de la república de Colombia subsiste en principio a quienes las constituyen porque crea un patrimonio diferente además de separado, una personalidad jurídica distinta, una capacidad diferente y una persona distinta que se debe entender como una universalidad independiente y a esto el código de comercio responde:

> **ARTICULO 98. <CONTRATO DE SOCIEDAD – CONCEPTO – PERSONA JURÍDICA DISTINTA>. Por el contrato de sociedad dos o más personas se obligan a hacer un aporte en dinero, en trabajo o en otros bienes apreciables en dinero, con el fin de repartirse entre sí las utilidades obtenidas en la empresa o actividad social.**
>
> **La sociedad, una vez constituida legalmente, forma una persona jurídica distinta de los socios individualmente considerados.**
>
> **ARTICULO 99. <CAPACIDAD DE LA SOCIEDAD>. La capacidad de la sociedad se circunscribirá al desarrollo de la empresa o actividad prevista en su objeto. Se entenderán incluidos en el objeto social los actos directamente relacionados con el mismo y los que tengan como finalidad ejercer los derechos o cumplir las obligaciones, legal o convencionalmente derivados de la existencia y actividad de la sociedad.**
>
> **ARTICULO 100. <ASIMILACIÓN A SOCIEDADES COMERCIALES – LEGISLACIÓN MERCANTIL>. <Artículo subrogado por el artículo 1o. de la Ley 222 de 1995. El nuevo texto es el siguiente:> Se tendrán como comerciales, para todos los efectos legales las sociedades que se formen para la ejecución de actos o empresas mercantiles.**
>
> **Si la empresa social comprende actos mercantiles y actos que no tengan esa calidad, la sociedad será comercial. Las sociedades que no contemplen en su objeto social actos mercantiles serán civiles.**

Así las cosas, mi poderdante CLINICA DESA SAS, presto con la diligencia máxima en los servicios de salud , acatando todos los cánones y protocolos médicos por lo que sí existe responsabilidad no es atribuible al actuar de mi poderdante por lo que los efectos condenatorios de la sentencias, no lo deben cobijar.

ANEXOS

Los documentos relacionados en el acápite de pruebas.

NOTIFICACIONES

- A los demandantes en la indicada en el libelo de la demanda.
- **CLINICA DESA SAS** en la Calle 76 # 13 – 46 de la ciudad de Bogotá D.C. y/o al correo **gerencia@clinicadesa.com.co**
- Al suscrito en la secretaria del despacho o en mi oficina ubicada en la Calle 100 No. 14 – 63 de Bogotá. PBX 3001953 FAX 3001954 Email **direccion@slcabogados.com.co**

DEPENDENCIA

Autorizo en este acápite para todo lo relacionado con la vigilancia judicial, solicitar el expediente, recibir copias, solicitar copias, presentar recursos, memoriales, tomar imágenes digitales y demás necesarias para el cabal cumplimiento de función al señor **ANA MARIA CRUZ GRANADA** , mayor de edad domiciliado y residenciado en la ciudad de Cali – Departamento del Valler identificado con la cedula de ciudadanía No. **1.143.849.037** expedida en Cali.

Del Señor Juez,

Cordialmente,

CARLOS ARMANDO SUSSMANN PEÑA
C.C.No. 3.229.002 expedida en Bogotá
T.P. No. 89.069 expedida por C.S de la J.

Despacho

1
311

JAIRO FRAGA ROSAS
ABOGADO

JUZGADO DIECISIETE CIVIL
DEL CIRCUITO DE CALI
RECIBIDO
FECHA: 11 JUL 2019
HORA: 4:27 pm
FIRMA:

Fs 199

Señores
JUEZ (17) CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI
E. S. D.

REF.: Verbal de Responsabilidad Civil Médica
Proceso: de Responsabilidad Civil
Radicación: **2019 - 00042**
Demandante: **SONIA MARCELA BENAVIDES Y OTROS**
Demandados: **NUEVA EPS Y OTROS**

Asunto: CONTESTACIÓN DEMANDA CON PROPOSICIÓN DE EXCEPCIONES.

JAIRO FRAGA ROSAS, identificado con la cedula de ciudadanía No. 80.222.227 de Bogotá D.C y portador de la tarjeta profesional No. 183.193 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando como apoderado del médico Neurocirujano **JOSE FERNANDO DEL CARMEN ARANGO VILLA** en su calidad de demandado, dentro del proceso de la referencia, por medio del presente escrito y dentro del término legal establecido me permito contestar la demanda y presentar excepciones, manifestado desde ya, que me opongo a las PRETENSIONES por carecer de fundamento legal y fáctico, como se demostrará más adelante y a lo largo del proceso.

Manifiesto señor Juez que desde ya me opongo a las pretensiones o peticiones de los demandantes, las declaraciones, condenas y juramento estimatorio, solicitadas en la demanda por carecer ésta de fundamento legal y jurídico, como se demostrara más adelante y a lo largo del proceso y, por lo mismo, las rechazo de plano.

Contesto a continuación los hechos en el mismo orden en el que están relacionados en la demanda.

A LOS HECHOS:

HECHO PRIMERO. NO NOS CONSTA. Que el señor HERNANDO BENAVIDES PARRA estaba casado con la señora LADY SEGURA DE BENAVIDES, que haya tenido dos hijos y que se encontraba pensionado por el seguro social, nos atenemos a todo lo que se pueda probar en el proceso por el medio más idóneo.

HECHO SEGUNDO. NO NOS CONSTA. Que en la fecha 20 de marzo de 2017, el señor HERNANDO BENAVIDES PARRA haya sufrido un accidente al caerse de su en la cama, tampoco nos consta que fue remitido a la clínica Rafael Uribe, porque todas estas situaciones no hicieron parte de la atención medica desarrollada por mi poderdante.

AVENIDA 4 NORTE # 7-46 LOCAL 335 YOFFICE
CENTRO COMERCIAL CENTENARIO
5240655 EXT 117- 3123975637
CALI - COLOMBIA

2
312

HECHO TERCERO. NO NOS CONSTAN, las condiciones de tiempo modo y lugar en los que fue ingresado, porque hasta este momento del 20 de Marzo de 2017 el Doctor Arango no había atendido al paciente HERNANDO BENAVIDES PARRA.

HECHO CUARTO. NO NOS CONSTA, porque la atención medica realizada por el Doctor Arango no se dio en esta fecha, adicional a esto la atención de mi poderdante no se dio en esta Institución.

HECHO QUINTO. NO NOS CONSTA, porque el día 22 de Marzo de 2017 el Doctor Arango no atendió al paciente, en ese orden de ideas nos atenemos a lo consignado en la historia clínica.

HECHO SEXTO. NO NOS CONSTA, que el hijo del señor HERNANDO BENAVIDES, haya tenido que salir de la clínica a comprar hielo, sin embargo el Doctor Arango si dio indicaciones de colocar hielo, a continuación se explica en que consistió la atención medica realizada el dia 23 de Marzo de 2017 a las 12.53

EXAMEN FISICO

PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, SIN SIRS, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, CON LOS SIGUIENTES SIGNOS VITALES: T:35.8 ºC FC: 89LPM, FR:20RPM, TA:135/69MMHG.
C/C:NORMOCEFALO, HERIDA EN REGIÓN FRONTAL DE APROX 4CM, EDEMA EN TEJIDO BLANDO TEMPORAL IZQUIERDO, SIN SIGNOS DE INFECCION LOCAL, PUPILAS ISOCORICAS, NORMOREACTIVAS, ESCLERAS ANICTERICAS, MUCOSAS HUMEDAS Y ROSADA, ESTIGMAS DE SANGRADO NASAL
C/P: SIN ALTERACIONES
ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.
EXTREMIDADES:SIMETRICAS, MOVILES, BUEN TONO MUSCULAR, SIN EDEMA, BUENA COORDINACION, LLENO CAPILAR <2SEG.
SNC: GLASGOW 15/15, ORIENTADO EN TIEMPO, PERSONA, DESORIENTADO EN LUGAR, PARES CRANEALES SIN ALTERACIONES, SENSIBILIDAD SUPERFICIAL Y PROFUNDA CONSERVADA, REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS ++, FUERZA MUSCULAR MSD:5/5, MSI:3/5, MIEMBRO INFERIOR:5/5.

Como se puede observar el Doctor Arango realizo un examen físico bastante completo y se encontró una disminución de la fuerza del miembro superior izquierdo que correspondía al traumatismo de tejidos blandos asociado a su caída. El resto de los exámenes están dentro de los rangos normales.

El análisis plasmado por mi poderdante fue:

ANALISIS

PACIENTE HOSPITALIZADO EN EL CONTEXTO DE TCE, EN EL MOMENTO CON ADECUADA EVOLUCION CLINICA, CON TAC DE CRANEO SIMPLE QUE REPORTA NEUMOENCEFALO EL CUAL ES DEBIDO A FRACTURAS FRONTALES DERECHAS Y FRACTURA ANTERIOR DE CELDILLAS EDMOIDALES DERECHAS CON EXTENSIÒN NASAL DEL MISMO LADO, EN EL MOMENTO PACIENTE REFIERE SANGRADO ACUOSO POR NARIZ, SE SOSPECHA DE RINORRAQUIA POR POSIBLE FISTULA, POR LO CUAL INICIO ACETAZOLAMIDA 250MG C/6HORAS Y EN EL MOMENTO QUE EL PACIENTE PRESENTE ESCURRIMIENTO PONER TIRILLA REACTIVA DE GLUCOMETRIA PARA IDENTIFICAR SI EL LIQUIDO QUE SALE POR NARIZ ES LCR. SE SOLICITA HEMOGRAMA Y VSG. CONTINUAR CON EL RESTO DE ORDENES IGUALES, BAJO ESTRICTA VIGILANCIA MÈDICA.

El Doctor Arango encontró que el paciente debido a su caída presentó una fractura frontal y de las celdillas etmoidales que hacen parte de la fractura de base de cráneo. Con sospecha de fístula de líquido cefalorraquídeo para la cual se le inició acetazolamida, medicamento diurético que disminuye la

3
313

producción de líquido. Además, se ordenó prueba diagnóstica con tirilla reactiva de glucometría, el hemograma y el VSG (velocidad de sedimentación globular) red actante de fase aguda se aumenta en procesos inflamatorios, traumas e infecciones y sirve para el seguimiento de comportamiento clínico del paciente) estaba inicialmente dentro de rangos normales.

El plan a seguir fue:

PLAN
1. HOSPITALIZACION POR NEUROCIRUGIA
2. DIETA HIPOGLUSIDA.
3. LEV 80CCC/H
4.***ACETAZOLAMIDA 250MG C/6HORAS***
5.DIPIRONA 2G C/8H
6.TRAMADOL 50MG C/12HÇ
7. SE SOLICITA HEMOGRAMA Y VSG
8. TAC DE SENOS PARANASALES Y TAC CRANEO EN 72 HORAS
9. *PONER HIELO EN REGIÓN FRONTAL*.
10.CURVA TERMICA
11.VIGILAR SIGNOS VITALES.

RIESGOS IDENTIFICADOS

...

MEDIDAS DE SEGURIDAD

El señor Hernando Benavides siguió hospitalizado porque se hizo un plan de manejo que se hace en todo paciente con trauma craneoencefálico que tiene signos indirectos de fractura de base de cráneo con posibles fístulas en donde siempre se dejan en observación neurológica para ver la evolución, si se presenta alguna complicación o si se presenta alguna situación especial para manejo conservador o para manejo quirúrgico, para el señor Benavides se indicó acetazolamida para disminuir la producción de líquido también se inició, analgesia que siempre se colocan en estos casos y se toman exámenes para evaluar el estado clínico y detectar el inicio de una posible infección.
Los TAC son exámenes complementarios para evaluar los senos paranasales y cráneo que identifican un sangrado o la presencia de líquido, fractura.
La aplicación del hielo indicada en la región frontal, se debe al principio físico en el que el frio favorece la contracción del aire, se indicó como una medida local para disminuir el neumoencefalo, Es una medida sintomática asociada a oxígeno por cánula o mascarilla durante 24 horas y eso ayuda a disminuir el aire (neumoencefalo).

La dieta hipoglucida, es una dieta con restriccion de azucares, para evitar que se descompense de su patología de base (diabetes)

Lev 80 CCC/H, significa 80 centímetros cúbicos por hora. Esa es la cantidad mínima promedio que debe requerir un paciente para mantener las necesidades básicas de líquidos corporales, especialmente suero fisiologico en pacientes que han tenido alguna afectación craneal.

La acetazolamida es un diuretico, sirve para disminuir la producción de líquido cefalorraquídeo porque el Doctor Arango sospecho que el líquido que transcurre a través de las fosas nasales pueda tratarse de una fistula situación que generaría cefaleas y mareos. Igualmente, la pérdida de líquido siempre se restituye fisiológicamente todos los días.

La dipirona es del grupo de los metamizol, es un antipirético y analgésico y se considera que más del 70% de los pacientes tratados con dipirona presentarán algún nivel de analgesia, se administra entre cada 6 a 8 horas y la dosis va de 1-2 gramos, básicamente se administró para el manejo del dolor.

Con respecto al Tramadol es otro analgésico con efectos opioides, potente que se asocia generalmente al acetaminofén o a la dipirona, para que se alivie el dolor de manera rápida y efectiva.

Los hemogramas se pidieron en el ingreso y en el transcurso de la hospitalización, sirven para el comportamiento del estado clínico y sanguíneo. La hemoglobina da información si hay anemia, las plaquetas para la coagulación, las células blancas en este caso los leucocitos que son los que se alteran y pueden indicar que puede iniciar un proceso de alergia inflamación o infección. El VSG es un reactante de fase aguda que se eleva en iguales condiciones.

El TAC de cráneo se solicita porque son estudios que se hacen desde el ingreso y durante la hospitalización para hacer seguimiento y evaluar cómo evolucionan las lesiones que inicialmente se diagnosticaron. Esto va a depender de la cantidad de exámenes y la frecuencia con que se hagan.

Se solicitó colocar Hielo porque el principio físico de que el frio contrae el aire, es una medida local que se puede usar con pacientes con neumoencefalo.

Se solicito vigilar la curva termina porque la curva térmica sirve para evaluar la temperatura, eso se hace en los registros de enfermería, se evalúa con termómetros. La fiebre es un signo indirecto que puede indicar un proceso inflamatorio o infeccioso.

Se indica vigilancia estricta de signos vitales porque los signos vitales en todo paciente hospitalizado que esté bajo observación neurológica son medidas para el control clínico y evaluación de su evolución. Incluyen: tensión arterial, frecuencia cardiaca, pulso y frecuencia respiratoria.

Se indican medidas de seguridad porque Las medidas de seguridad y riesgos identificados son necesarios para evitar que el paciente se lastime durante su hospitalización como una caída, retiro de venoclisis, sondas etc. Verificación de cambios de posición, protección de zonas de presión para la cual se indica usar barandas en las camas, sujeción de extremidades para evitar retiros involuntarios por el paciente.

5
315

AL HECHO SEPTIMO. NO ES CIERTO: a grandes rasgos la parte demandante manifiesta en este hecho que no se realizó nada cuando el Señor Hernando Benavides presento segrego fluidos nasales, y esta es una situación contraria a lo realizado y consignado en la historia clínica por los siguiente.

Nota del 23 de Marzo de 2017 a las 13.55.00

NOTA MEDICA 23/03/2017 13:55:00

Diagnosticos

S602 CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MUÑECA Y DE LA MANO

S097 TRAUMATISMOS MULTIPLES DE LA CABEZA

NOTA MEDICA

PONER TIRILLA REACTIVA DE GLUCOMETRIA EN CASO DE SALIDA DE LIQUIDO POR LA NARIZ PARA IDENTIFICAR SI CORRESPONDE A LCR.

JOSE FERNANDO ARANGO VILLA
Especialidad: NEUROCIRUGIA
Registro Profesional: 1269

Se puede observar en esta nota que ante la salida de líquido por la nariz se solicita poner tirilla reactiva de glucometria porque de esta manera se podía evaluar la presencia de azúcar en el líquido corporal y se utiliza en los casos de sospecha de fístula considerando que el líquido cefalorraquídeo (LCR) tiene contenido de glucosa proporcional a la glicemia sérica.

También en esta nota del 23 de Marzo de 2017 se puede observar que se describe hemograma que muestra un aumento de las células blancas asociadas a un aumento del PCR (que orientan al diagnóstico de procesos infecciosos) como reactante de fase aguda propios de cualquier traumatismo craneoencefálico como respuesta al proceso inflamatorio, estrés, dolor.

INTERPRETACION DE PARACLINICOS

HEMOGRAMA: L:14.100, N:82.7, L:6.35, HB:12.7, HTO:37.2, P:165.000 PCR:319.2

Se sospecho de fistula, motivo por el cual se solicito valoración a medicina interna,
Recordemos que el paciente presentaba espontáneamente salida de escasos coágulos por nariz y boca muy relacionados al trauma de base de cráneo que confunden si se tratara de una verdadera fístula. Es normal que

6
316

durante la hospitalización se pida apoyo de otras especialidades como medicina interna, considerando el antecedente o la patología de base del paciente (diabetes).

ANALISIS

PACIENTE HOSPITALIZADO EN EL CONTEXTO DE TCE, EN EL MOMENTO CON EVOLUCION CLINICA ESTACIONARIA, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SIN SIRS, NO PICOS FEBRILES, FAMILIAR REFIERE PERSISTENCIA SALIDA DE COAGULOS POR BOCA Y SANGRADO NASAL NEUROCIRUGIA SOSPECHA QUE PACIENTE ESTE CURSANDO CON POSIBLE FISTULA (RINORRAQUIA?) LA CUAL APARENTEMENTE NO ES CLARA, POR LO CUAL SE SOLICITA VALORACION POR MEDICINA INTERNA, HEMOGRAMA CONTROL Y GLUCOMETRIA ESTRICTA POR PATOLOGIA DE BASE.

Después de lo anteriormente manifestado, NO ES CIERTO QUE NO SE REALIZARAN ACCIONES, para el diagnostico y tratamiento del señor HERNANDO BENAVIDES, puesto que en el presente caso ante la presencia de una posible fístula por trauma frontal se prefiere manejo conservador considerando que el proceso inflamatorio resuelve esta situación en la mayoría de los casos.

Es preferible que se cierre en forma espontánea a que se haga un abordaje quirúrgico por la morbi mortalidad que esto conlleva.

En la mayoría de los casos estas fístulas se detienen espontáneamente y con respecto al antibióticoterapia preventiva no hay consenso acerca de este tratamiento en términos legales no se hallan diferencias en la incidencia de la morbilidad por ejemplo de presentar infecciones del sistema nervioso central entre los pacientes sometidos a tratamientos y aquellos que no recibieron ningún tratamiento además el riesgo de seleccionar cepas resistentes es real y de modo que suele evitarse la antibioticoterapia preventiva.

AL HECHO OCTAVO. NO NOS CONSTA, porque no hace parte de la actividad médica desarrollada por mi poderdante, es decir el Doctor Jose Fernando Arango, no realizo el ingreso a UCI, el día 26 de Marzo de 2017.

Este 26 de Marzo de 2017 a las 11.13 mi poderdante si realizo una anotación en la historia clínica y por ende existió una atención por parte del Doctor Arango que a continuación se relaciona.

7
317

CONSORCIO NUEVA CLINICA RAFAEL URIBE
IMPRESION DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS MEDICOS

4/28/17 16:28 Page 32 of 44

NOTA EVOLUCION DIARIA 26/03/2017 11:13:00

Diagnosticos

S602 CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MUÑECA Y DE LA MANO

S097 TRAUMATISMOS MULTIPLES DE LA CABEZA

DIAGNOSTICO ACTUAL

NEUROCIRUGIA
HERNANDO BENAVIDES PARRA
75 AÑOS

DIAGNÓSTICO:
1.TCE
2. NEUMONIA POR CUIDADOS DE LA SALUD
ASPIRATIVA ?
3.DM 2

SUBJETIVO

PACIENTE CON SOPORTE VENTILATORIO MECANICO, BAJO SEDACION.

EXAMEN FISICO

PACIENTE MALAS CONDICIONES GENERALES, SIGNOS VITALES: T:35.2ºC FC:103 LPM, FR:22RPM, TA:98/59MMHG, TAM: 146 , PEEP:6, FIO2:100.
C/C:NORMOCEFALO, HERIDA EN REGIÓN FRONTAL, EDEMA EN TEJIDO BLANDO TEMPORAL IZQUIERDO, PUPILAS PUNTIFORMES, NO REACTIVAS, ESCLERAS ANICTERICAS, MUCOSAS SECAS, PALIDEZ MUCOCUTANEA, ESTIGMAS DE SANGRADO NASAL.
C/P: TORAX SIMETRICO, PATRON EQUIMOTICO DIFUSO QUE PALIDECE A LA DIGITOPRESION EN EL HEMITORAX DERECHO, DETERIORO PATRON RESPIRATORIO, A LA AUSCULTACION HIPOVENTILACION EN PULMON IZQUIERDO, ESTERTORES GRUESOS, TIRAJES INTERCONSTALES, RUIDOS CARDIACO RITMICOS, SIN SOPLOS.
ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.
EXTREMIDADES:SIMETRICAS, SIN EDEMA, LLENO CAPILAR <3SEG, NO RESPUESTA AL DOLOR.
SNC: PACIENTE BAJO SEDACION, GLASGOW 3/15, PUPILAS PUNTIFORMES NO REACTIVAS, CORNEANO NEGATIVO, LEVE PRESENCIA OCULOCEFALOGIRO, NO RESPUESTA AL DOLOR, REFLEJO NAUSEOSO POSITIVO.

INTERPRETACION DE PARACLINICOS

PARACLINICOS (25.3.17)
L:23.000, N:91, L:7, HB:14.4, HTO:42.2, PLAQUETAS:213.000.
UROANALISIS NO PATOLOGICO, GRAM -
ACIDOSIS METABOLICA NO COMPENSADA.
CREATININA:0.71, BUN:14.7
CLORO:101.5, POTASIO: 3.12, SODIO:140.7.
PCR: 346.65

ANALISIS

PACIENTE CON DETERIORO DE SU ESTADO DE CONCIENCIA, QUE REQUIERE PROTECCION DE LA VIA AEREA MEDIANTE ARM, EN UN CONTEXTO DE UNA INFECCION DEL TRACTO RESPIRATORIO SUPERIOR (PROBABLE BRONCOASPIRACION) AL MOMENTO DEL EXAMEN ENCONTRAMOS UN PACIENTE BAJO SEDACION, CON INOTROPIA, CURB65 SCORE: 4, PUPILAS PUNTIFORMES NO REACTIVAS, CORNEANO NEGATIVO, LEVE PRESENCIA OCULOCEFALOGIRO, NO RESPUESTA AL DOLOR.
SE REVISA EL TAC DE CONTROL SIN CAMBIOS AL DE INGRESO OBSERVANDO CISTERNAS BASALES PERMEABLES, VENTRICULOS SIMETRICOS NO DILATADOS, QUE NO ESTAN ACORDE CON UN CUADRO DE HERNIACION, SE OBSERVA ADEMAS UN PATRON EQUIMOTICO DIFUSO QUE PALIDECE A LA DIGITOPRESION EN EL HEMITORAX DERECHO, QUE PUEDE CORRESPONDER A UNA COAGULOPATIA.
PACIENTE CON PRONOSTICO OMINOSO DESDE EL PUNTO DE VISTA NEUROLOGICO, SE LE EXPLICA AL FAMILIAR.

PLAN

1.BOLO COMO PRUEBA TERAPEUTICA DE MANITOL 200CC BOLO. PREVIA ADMINISTRACION DE UNA AMPOLLA DE FUROSEMIDA
2.TAC DE CONTROL SI LAS CONDICIONES HEMODINAMICAS LO PERMITEN.
3. INFORMAR CAMBIOS.

RIESGOS IDENTIFICADOS

...

Para el día 26 de Marzo la valoración del paciente indica que el paciente ha deteriorado su estado de conciencia en forma importante situación que se asocia a la infección importante de su sistema respiratorio de origen neumónico. Esto hace que el patrón respiratorio la hipoxemia generen edema y alteraciones neurológicas el paciente entra en coma, por lo tanto, requiere asistencia respiratoria.
Se evidencian patrones de shock (hipotensión, hipotermia, taquicardia y taquipnea).
El estudio imagenológico cerebral descarto hipertensión endocraneana, colecciones intra y extra axiales sin efectos de masa.
Debido a la situación neurológica del paciente y a su deterioro tan importante, el manejo con el manitol y la furosemida en estos casos son para reducir el probable edema cerebral que se haya podido desarrollar en el contexto de la sepsis en curso.

AL HECHO NOVENO. NO NOS CONSTA, porque no hace parte de la actividad medica desarrollada por mi poderdante, esta es una actuación realizada por el Doctor Edgar Felipe Barbetti.

AL HECHO DECIMO. NO NOS CONSTA, porque no hace parte de la actividad medica desarrollada por mi poderdante, esta es una actuación realizada por el Doctor Edgar Felipe Barbetti.

AL HECHO ONCE. NO ES CIERTO, se optó por el mejor tratamiento frente al accidente que tuvo el señor Hernando Benavides, puesto que el tratamiento no podía ser quirúrgico, recordemos que el paciente era un paciente diabético, y esta situación agudizaba mucho más las complicaciones y riesgos.

Es importante resaltar que los riegos quirúrgicos superan ampliamente los riesgos frente a un tratamiento conservador.

AL HECHO DOCE. ES CIERTO, es el reporte de medicina legal y ciencias forenses el cual consigna.

ANÁLISIS Y OPINIÓN PERICIAL

CONCLUSIÓN PERICIAL: Se trata el caso de un hombre adulto mayor, identificado fehacientemente con apoyo de dactiloscopia como HERNANDO BENAVIDES PARRA , quien de acuerdo a los hallazgos en el procedimiento de necropsia médico legal muestra edema cerebral con material purulento con reporte histológico de meningitis bacteriana, mecanismo que explica su muerte.

Causa de muerte: Meningitis bacteriana debido a trauma cráneo encefálico contundente con historia de caída.

Manera médico legal de muerte: Violenta- accidental.

Es importante resaltar que si se lee el análisis y opinión pericial de manera completa el medico forense escribe como causa de muerte Meningitis bacteriana, que tiene su origen en un trauma craneoencefálico contundente con historia de caída, de hay se desprende que el hecho generador del fallecimiento del señor Benavides no es la atención medica desarrollada por los médicos sino por el contrario la misma caída.

Con respecto a la meningitis se puede decir que una meningitis se puede presentar de forma atípica todo depende del sistema inmune del paciente, de la carga bacteriana del microorganismo entre otros aspectos y cuando las enfermedades se presentan de forma atípica, es donde se vuelve mas complejo realizar un diagnostico.
Sin embargo, aunque este paciente presento unas manifestaciones clínicas complejas el Doctor Arango solicito valoración por medicina interna por que si sospecho de un proceso infeccioso y si bien no se registró de forma

JAIRO FRAGA ROSAS
ABOGADO

explicita la palabra meningitis si había concomitantemete una neumonía porque si se registró pus en pulmones, y en la clínica una infección puede ser más visible o expresarse más en un organismo frente a otra.

AL HECHO TRECE: NO ES CIERTO, el hecho de que no se haya escrito de manera taxativa meningitis no significa que no haya sido tenido en cuenta, porque en la historia clínica siempre se hablo de un proceso infeccioso.
Hablar de meningitis única y exclusivamente cerraba las posibilidades ante otras variables que pudiesen existir.

AL HECHO CATORCE, NO NOS CONSTA, porque como abogado no tuve conocimiento de que se haya realizado la denuncia ante la jurisdicción penal del presente caso, sin embargo debe tenerse en cuenta que según lo relatado por los demandantes la Fiscalía decidió archivar el proceso y necesariamente tuvo que ser porque no encontraron merito para continuar con el proceso y pretender imputarle el delito de homicidio culposo a mi poderdante.

AL HECHO QUINCE. ES PARCIALMENTE CIERTO, lo cierto es que aparece en el traslado de la demanda el dictamen pericial del médico JOSE AIMER MORENO RODRIGUEZ.
Sin embargo el hecho de encontrar la causa de muerte no significa que el doctor Arango haya actuado de manera imprudente, imperita y negligente y más cuando la persona que está emitiendo el dictamen pericial no es un par de mi poderdante.

AL HECHO DIECISÉIS. NO ES CIERTO. Efectivamente se aplicaron los antibióticos en el momento en que los síntomas indicaban que el paciente cursaba con un proceso infeccioso, ahora es importante resaltar que ver el caso en retrospectiva siempre será mucho más sencillo que ver el caso hacia adelante.

AL HECHO DIECISIETE. NO ES UN HECHO, Es la transcripción y el análisis plasmado por los demandantes frente a un dictamen pericial emitido por un médico que no es neurocirujano.

AL HECHO DIECIOCHO. NO ES UN HECHO, Es la transcripción y el análisis plasmado por los demandantes frente a un dictamen pericial emitido por un médico que no es neurocirujano.

AL HECHO DIECINUEVE. NO ES UN HECHO, Es la transcripción y el análisis plasmado por los demandantes frente a un dictamen pericial emitido por un médico que no es neurocirujano.

AL HECHO VEINTE. NO ES UN HECHO, Es la transcripción y el análisis plasmado por los demandantes frente a un dictamen pericial emitido por un médico que no es neurocirujano.

AVENIDA 4 NORTE # 7-46 LOCAL 335 YOFFICE
CENTRO COMERCIAL CENTENARIO
5240655 EXT 117- 3123975637
CALI - COLOMBIA

AL HECHO VEINTIUNO. NO ES UN HECHO, Es la transcripción y el análisis plasmado por los demandantes frente a un dictamen pericial emitido por un médico que no es neurocirujano.

AL HECHO VEINTIDÓS. NO ES UN HECHO, Es la transcripción y el análisis plasmado por los demandantes frente a un dictamen pericial emitido por un médico que no es neurocirujano.

AL HECHO VEINTITRÉS NO NOS CONSTAN, las relaciones familiares plasmadas en este hecho porque no hacen parte de la actividad medica desarrollada por mi poderdante.

FRENTE A LOS FUNDAMENTOS DE DERECHO.

Frente al artículo 11 y 49 de la Constitución Nacional, se puede decir con total firmeza que se realizaron todas las acciones necesarias para preservar la vida del paciente, sin embargo el equilibrio de la vida es tan frágil que con todo el tratamiento recibido por parte de la Clínica y de mi poderdante, lastimosamente no se puede garantizar porque confluyen otras variables de las que nos e tiene control, como es la forma de evolucionar y asimilar el tratamiento el señor Benavides.

Frente a la jurisprudencia citada por la parte activa en el proceso, es importante decir que la Jurisdicción ordinaria no es igual a la jurisdicción contencioso administrativa y en ese orden de ideas para esta jurisdicción ordinaria las infecciones nosocomiales no son consideradas dentro del régimen objetivo.
También deberá probarse que la meningitis es una infección nosocomial.

FRENTE A LAS PRETENSIONES.

No se observa en la actuación del doctor JOSE FERNANDO ARANGO, impericia, imprudencia o negligencia que haya llevado a obtener el resultado lesivo que se pretende reclamar.

La Corte Suprema de Justicia se ha pronunciado en tal sentido:

"Se ha de indicar que la diligencia debida ha de ser la adecuada a la prestación de los servicios médicos requeridos, medida por la lex artis ad hoc, esto es, juzgada según aspectos como los riesgos usuales, el estado del conocimiento, los protocolos aconsejados por la buena práctica.

Como lo enseña la doctrina la dilucidación de la responsabilidad médica no puede estar sujeta a modelos prefigurados de responsabilidad, ni a estándares predeterminados de culpa; pues aquí no se trata de una culpa ordinaria sino de una profesional que debe ser estimada a la luz de la complejidad de la ciencia, y a su estado para el momento en que se aplicó. Bajo la categoría de la prestación médica caben los más disímiles procedimientos o intervenciones, contra una innumerable variedad de males, cuyas causas, síntomas y tratamientos, son unos aceptablemente esclarecidos, y sobre otros la ciencia aún anda a oscuras, ninguno exento del alea terapéutica, todos sometidos a múltiples y variables factores endógenos y exógenos"[1].

Es así, que no cabe duda que cualquier profesional médico que actuase dentro de los parámetros de la *lex artis*, hubiese actuado tal como lo hizo el doctor JOSE FERNANDO ARANGO, habida cuenta de su experiencia, sin que se pueda entonces afirmar que ha existido IMPERICIA, IMPRUDENCIA O NEGLIGENCIA por ello.

Dice la Corte Suprema de Justicia:

"Tratándose de la responsabilidad civil extracontractual médica, indispensable demostrar sus elementos, en particular el acto o hecho dañoso, imputable a título de dolo o culpa, el daño y la relación de causalidad, cuya carga probatoria corresponde al demandante, sin admitirse "un principio general encaminado a establecer de manera absoluta una presunción de culpa de los facultativos"[2]

En general corresponde al acusador probar que el profesional actúo en forma errónea e incurrió en alguna de las causales de culpa.

Las disposiciones especiales de las leyes son, tratándose de responsabilidad, las que contienen el mismo Código Civil al desarrollar el principio de "*Actori incumbit onus probandi*", donde disponen:

---

[1]Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Laboral. Magistrado ponente Eduardo López Villegas. Referencia: Expediente No. 30621

[2]Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Magistrado ponente William Namén Vargas. Bogotá, D. C., diecisiete (17) de noviembre de dos mil once (2011)Exp. No.11001-3103-018-1999-00533-01 20

JAIRO FRAGA ROSAS
ABOGADO

- " *Incumbe probar las obligaciones o su extinción al que alega aquellas o esta*" (C Civil art. 1757).
- *"Incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen*" (Código de Procedimiento Civil, art 177).

1.5. Inexistencia de responsabilidad por ausencia de culpa y cumplimiento de guías y protocolos de atención en la conducta médica del Dr. JOSE FERNANDO ARANGO

En ésta caso se trata de un paciente que tenia de base un trauma craneoencefálico, presentando fracturas lineales y el tratamiento indicado era un tratamiento conservador, que lastimosamente presento una meningitis fulminante y aunque se le aplicaron los antibióticos el antibiótico no tuvo efecto por la rapidez en que evoluciono esta enfermedad.
La utilización del antibiótico profiláctico no era viable tal como se prueba mediante la literatura científica aportada en el proceso, exactamente en el articulo USO PREVENTIVO DE ANTIBIOTICOS, donde manifiestan en la pagina 2, donde recomiendan la no utilización de antibióticos antes de adquirir infección.

Revisadas las atenciones, encontramos que para los casos, como el acá estudiado, no era eficiente el uso de antibiótico de manera temprana, como tampoco existía la necesidad de realizar cirugía puesto que se exponía al paciente a un riesgo mucho mayor.

Por todas las razones anteriormente descritas, soportadas en datos de medicina basada en la evidencia, podemos concluir que el Dr. JOSE FERNANDO ARANGO- actuó correctamente y cumplió a cabalidad con sus obligaciones como médico neurocirujano y que el acto médico realizado fue pertinente, oportuno y acertado.

Por lo anteriormente manifestado presentamos oposición A QUE SE DECLARE CIVILMENTE RESPONSABLE al doctor Jose Fernando Arango y por ende presentamos oposición al pago del DAÑOS MATERIALES, QUE CONCIERNEN A DAÑO EMERGENTE Y LUCRO CESANTE solicitado por la parte activa en este proceso.

De la misma forma presentamos OPOSICIÓN A QUE SE DEBA PAGAR PERJUICIOS MORALES.

JAIRO FRAGA ROSAS
ABOGADO

A LAS PRUEBAS DE LA PARTE ACTORA

En lo que se refiere a las pruebas documentales solicito al Despacho sean tenidas en cuenta en su justo valor probatorio. Ninguna de las pruebas arrimadas por la demandante, acredita los hechos de la demanda, con respecto al dictamen pericial debe tenerse en cuenta que es emitido por un médico que no es par del Doctor Arango, Por el contrario demuestran la diligencia, prudencia y pericia en el actuar del médico neurocirujano.

FRENTE AL JURAMENTO ESTIMATORIO

Es importante resaltar que en el traslado de la demanda no se encuentra juramento estimatorio, sin embargo ante las pretensiones materiales plasmadas en la demanda presentamos oposición.

A.- PRUEBA DOCUMENTAL:

1. Historia Clínica, Folios
2. Hoja de vida delo. 55 Folios, incluye diplomas.
3. Literatura científica, fistula de liquido cefalorraquídeo postraumático, 11 Folios.
4. Literatura científica, neumoenfefalo, 3 Folios.
5. Literatura científica de uso preventivo de antibiótico en trauma, 7 folios.
6. Literatura científica de lineamiento para el abordaje integral de brotes de enfermediad meningocoica en el contexto de atencion integral. 20 folios.
7. Literatura científica de patología forense y neurología asociada a traumatismos craneoncefalicos, 32 Folios.

B. DICTAMEN PERICIAL.

Con el presente escrito solicito, un plazo para presentar dictamen pericial el cual será rendido por medico NEUROCIRUJANO.
Los motivos por los cuales se anuncia y se solicita plazo, es por el hecho que los neurocirujanos son un gremio bastante pequeño en Colombia que tienen multiples compromisos académicos y con sus pacientes, en ese orden de ideas se solicita plazo y se anuncia un dictamen pericial que será presentado en el presente proceso.

AVENIDA 4 NORTE # 7-46 LOCAL 335 YOFFICE
CENTRO COMERCIAL CENTENARIO
5240655 EXT 117- 3123975637
CALI - COLOMBIA

De conformidad con el ***"ARTÍCULO 227. DICTAMEN APORTADO POR UNA DE LAS PARTES.*** *La parte que pretenda valerse de un dictamen pericial deberá aportarlo en la respectiva oportunidad para pedir pruebas. Cuando el término previsto sea insuficiente para aportar el dictamen, la parte interesada podrá anunciarlo en el escrito respectivo y deberá aportarlo dentro del término que el juez conceda, que en ningún caso podrá ser inferior a diez (10) días. En este evento el juez hará los requerimientos pertinentes a las partes y terceros que deban colaborar con la práctica de la prueba.*

INTERROGATORIO DE PARTE.

1. Solicito me permita interrogar a los demandantes:

- SONIA BENAVIDES SEGURA
- HERNANDO BENAVIDES SEGURA
- LADY SEGURA DE BENAVIDES

2. Solicito me permita interrogar al codemandado.

- MEDICO NEUROCIRUJANO JOSE FERNEY NAVARRO.

D. PRUEBA TESTIMONIAL PRESENCIAL QUIENES POR TENER CONOCIMIENTOS TÉCNICOS Y CIENTÍFICOS Y ESTAR ALTAMENTE CALIFICADOS PODRÁN EMITIR CONCEPTOS A LAS LUCES 220 DEL CÓDIGO GENERAL DEL PROCESO, PRUEBA QUE SE LLEVARÁ A CABO CON RECONOCIMIENTO DE DOCUMENTOS (HISTORIA CLÍNICA).

1. Sírvase citar al **Dr. EDGAR FELIPE BARBETTI VARGAS**, quien conoció de manera personal el caso que nos ocupa, fue el especialista que realizo atención a la paciente en UCI, es relevante el testigo porque puede dar testimonio de las condiciones de la paciente y puede hablar desde el punto de vista científico frente a la neumonía como causa de muerte, este testimonio dará luces relevantes al juez, para poder decidir en el proceso podrá ser citado en la Clínica DESA en la Calle 76 No 13-46 **Cali**, Colombia.
2. Sírvase citar al **Dr. GUSTAVO ADOLFO LEMOS LOZANO**, quien conoció de manera personal el caso que nos ocupa, fue el medico general que realizo atencion a la paciente durante su estancia en clínica DESA, es relevante el testigo porque puede dar testimonio de las condiciones de la paciente y puede hablar desde el punto de vista científico frente a la neumonía como causa de muerte, este testimonio dará luces relevantes al juez, para poder decidir en el proceso podrá ser citado en la Clínica DESA en la Calle 76 No 13-46 **Cali**, Colombia.
3. Sírvase citar al **Dra. MAYERLI LOPEZ CEROMECA**, quien conoció de manera personal el caso que nos ocupa, fue la medico general que realizo atencion a la paciente durante su estancia en clínica DESA, es relevante el testigo porque puede dar testimonio de las condiciones de la paciente y puede hablar desde el punto de vista científico frente a la

neumonía como causa de muerte, este testimonio dará luces relevantes al juez, para poder decidir en el proceso podrá ser citado en la Clínica DESA en la Calle 76 No 13-46 **Cali**, Colombia.

NOTIFICACIONES

Mi poderdante en la que obra en el proceso y yo la recibiré en mi oficina ubicada en la Avenida 4 Norte # 7-46 Local 335 Yoffice, en el Centro Comercial Centenario de la ciudad de Cali y personalmente en la Secretaría de su Despacho.

ANEXOS

Los documentos citados como prueba, copia de Literatura Científica sobre el tema y poder a mi favor.

DEPENDENCIA JUDICIAL

Autorizo y solicito reconozca como dependientes judiciales ha:

PAOLA A. PEREZ, estudiante de la Universidad Santiago de Cali, Facultad de Derecho. 1.144.174.379

CAMILA CRUZ, estudiante de la Universidad Santiago de Cali, Facultad de Derecho. Cedula de ciudadanía No 1.144.095.690

Acredito a los dependientes para realizar la revisión del expediente. Igualmente le autorizo para solicitar información, reclamar copias, notificaciones y traslados.

EXCEPCIONES.

EXCEPCION POR EL CUMPLIMIENTO DE LA OBLIGACION DE MEDIO.

Al Paciente Hernando Benavides Parra, se le ofreció el mejor tratamiento dentro de lo que se puede ofrecer de acuerdo a los avances actuales de la ciencia médica.

Es así como tuvo valoraciones de la siguiente manera:

1. 20 de marzo del 2017 a las 14:26 donde el Doctor Jose Ferney Navarro encuentra al señor Benavides, estable sin ningún síntoma que llevara a pensar sobre una meningitis.
2. 21 de marzo del 2017 a las 19:56 horas valorado por neurocirugía continúa en proceso de revisión se agrega diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2

JAIRO FRAGA ROSAS

ABOGADO

3. 22 de marzo del 2017 a las 20:14 horas colocan que está estable Glasgow 15 sobre 15 alerta elocuente y orientado
4. El día 23 de marzo del 2017 a las 12:53 el paciente refiere somnolencia persistencia de sangrado nasal cefalea la bipedestación tolera vía oral diuresis y deposiciones positivas... Al examen físico el doctor encuentra frecuencia cardíaca 89 frecuencia respiratoria de 20 presión arterial 135 69 temperatura de 35.8 pacientes en aceptables condiciones generales sin sirs sin signos de dificultad respiratoria herida en región frontal de aproximadamente 4 cm, edema en tejido blando temporal izquierdo sin signos de infección local, pupilas isocoricas, normorreactivas más de sangrado nasal glasgow 15 sobre 15 orientada en tiempo persona pero desorientado en lugar, ese día sospechan de rinorraquia por posible fístula por lo cual inicia acetazolamida 250 mg cada 6 horas y el momento en que el paciente presente escurrimiento poner tirilla reactiva de glucometría para identificarse el líquido que sale por nariz es líquido cefalorraquídeo se solicita hemograma vsg... Dipirona Tramadol Tac de senos paranasales y Tac de cráneo en 72 horas poner hielo en región frontalcontinuar con el resto de ordenes iguales... Agnósticos 1 trauma craneoencefálico 2 diabetes mellitus tipo 2. firma Doctor José Fernando Arango neurocirugía.
5. Valoración del 24 de marzo del 2017 a las 12:41 horas paciente que persiste con somnolencia cefalea hiporexia el doctor registra que el paciente kakuna evolución clínica estacionaria o estable no pico febril es familiar refiere para asistencia salida de coágulos por boca y sangre nasal neurocirugía sospecha que el paciente está cursando con posibles fístula rinorraquia, la cual Aparentemente no es clara por lo que se solicita valoración por medicina interna hemograma de control glucometría estricta por patología de base y suspende dipirona. Firma Doctor José Fernando Arango neurocirugía.
6. Nueva nota médica el 24 de marzo 2017 a las 16:18 horas paciente que persiste con sangrado oral y sangrado nasal Por lo cual solicitó tiempos de coagulación. Dr. Jose Arango neurocirujano.
7. Valoración 25 de marzo del 2017 a las 14:39 horas paciente en mal estado general, persiste con somnolencia cefalea hiporexia diuresis sin control de esfínteres en ocasiones. Signos vitales temperatura 36.2 frecuencia cardíaca de 115 frecuencia respiratoria 25 por minuto tensión arterial 167 90... Encuentra edema en tejido temporal izquierdo herida en región frontal a nivel cardiopulmonar se escuchan roncus estertores en la inspiración y espiración taquipneico presenta deterioro glasgow 14 /15, paciente desorientado en lugar y tiempo pero orientado en persona somnoliento agitado kurama con leucocitos de 13200 neutrófilos de 82.8 hemoglobina 12.9 escrito 39 plaquetas 179,00 pcr 346 se solicita paraclínicos para buscar posible foco infeccioso por taquicardia y taquipnea con síntomas respiratorios el doctor decida interconsulta por medicina interna doctor josé Fernando Arango neurocirugía.
8. 25 de marzo del 2017 a las 18:43 el doctor José Fernando Arango neurocirujano antibiótico piperacilina tazobactam 4.5 G intravenosos cada 6 horas a tomar para químicos.

AVENIDA 4 NORTE # 7-46 LOCAL 335 YOFFICE

CENTRO COMERCIAL CENTENARIO

5240655 EXT 117- 3123975637

CALI - COLOMBIA

9. El 26 de marzo del 2017, Paciente continúa el deterioro hemodinamico y el 26 de Marzo 2017 a las 7:56 intubar por alto riesgo de falla ventilatoria se Comenta a UCI.
10. En la UCI se valora con neurocirugía que indica posible compromiso protuberancial por probable edema cerebral que podría estar produciendo herniación indica prueba terapéutica con bolos osMorín 200 cc hora, previa colocación de furosemida intravenosa tac cerebral de ayer persisten encéfalo igual que el primero firma doctor Jaime Raúl León medico general.
11. El 26 de Marzo del 2017 a las 11:13 horas es de nuevo valorado por neurocirugía quién indica los diagnósticos de trauma craneoencefálico neumonía por cuidado de la salud aspirativa diabetes mellitus tipo 2. Plan voló como prueba terapéutica de manitol 200s bolo de administración de una ampolla de furosemida. Tac de control si las condiciones hemodinámicas lo permiten e informar cambios firma Doctor José Fernando Arango neurocirugía.
12. Valoración por neurocirugía 27 de marzo del 2017 a las 15:17 horas paciente con soporte ventilatorio mecánico soporte vasoactivo TAC de control del 27 de marzo del 2017 reporta importante neumoencefalo y frontal, colecciones extra axiales subdurales laterales hipodensas derecha que corresponde a hematoma subdural crónico no compresivo, fractura oblicua completa pronto antero lateral derecha compromete pared anterior y posterior del seno frontal ipsilateral.
13. Paciente que continúa con deterioro del Estado neurológico se explica la familia el pronóstico ominoso del paciente firma Doctor José Ferney Navarro neurocirujano. Nota médica del 28 de marzo del 2017 a las 7:08 horas reportan que la paciente entra en asistolia de realizar la reanimación durante 20 minutos y declaran fallecimiento a las 7 AM firma doctor Edgar Barbetti medicina especializada.

De esta manera se puede observar que inicialmente el paciente no presentaba ningún síntoma que hiciera pensar que tuviese algún germen que pudiese llegar a una meningitis.
Ante estas circunstancias es importante resaltar que según la literatura científica aportada con la contestación de la demanda el tratamiento indicado era un tratamiento conservador donde se debía observar al paciente porque en general cerca del 80% de las fistulas cierran espontáneamente y someter al paciente a una cirugía aumenta los riesgos frente al tratamiento conservador.
Ante la observación realizada por los neurocirujanos y personal médico se observó que se debía aplicar antibiótico y se realizó el día 25 de Marzo de 2017.
Ante los reproches plasmados en las pretensiones de la demanda se puede observar que manifiestan que no se le aplico antibiótico con anterioridad pero con la literatura científica aportada en este proceso se prueba que el uso de antibióticos profilácticos no hay evidencia de que su uso disminuya la incidencia de infecciones meníngeas y el uso es optativo.

Las fracturas lineales no son quirúrgicas.
Y para que sea eventualmente llevada a cirugia es que haya trasncurrido de dos a tres semanas con salida de liquido cefaloraquidia.

El germen que causa la meningitis tiene su origen en el centro hospitalario o lo traía el mismo paciente?

INEXISTENCIA DE CULPA MÉDICA Y CORRECTO EJERCICIO DE LA *LEX ARTIS AD HOC*

La responsabilidad en general, está construida sobre la existencia de un hecho, un daño, y un nexo de causalidad entre éstos, sin embargo, cuando nos encontramos frente a la responsabilidad médica, es requisito indispensable que el hecho generador del daño consista en una conducta culposa, es decir, que el médico no cumpla con la correcta técnica exigida para el caso concreto, situación que como será expuesto, no sucede en el presente asunto, ya que mi poderdante empleó la *lex artis ad hoc* adecuada y exigida para el caso en cuestión, actuando con total diligencia, prudencia y pericia, lo cual en ningún momento admite reproche de culpabilidad alguno ni permite señalar que haya existido una falla en prestación de los servicios médicos por ella ofrecidos.

En el presente caso, vemos que se trató de la atención brindada por el neurocirujano JOSER FERNANDO ARANGO, donde realizo un tratamiento conservador, teniendo en cuenta que era lo indicado para las condiciones de este paciente frente al trauma craneoencefálico que presentaba.
Con todo lo relatado, se observa con claridad que el neurocirujano JOSE FERNANDO ARANGO, actuó conforme a la *lex artis ad hoc*, y por lo tanto, no hubo un deficiente y errado procedimiento en la atención médica como lo alega la parte demandante, quedando plenamente demostrado que cumplió correctamente con su obligación de realizar una adecuada atención al paciente. , además de cumplir con los protocolos médicos establecidos para el caso.

Finalmente, vale la pena recordar que el neurocirujano está en la obligación de aplicar todo su conocimiento en busca de un resultado beneficioso para el paciente, pero no está sujeto a que el resultado tenga que ser el esperado, pues escapa a su esfera de responsabilidad que pese a aplicar la correcta *lex artis ad hoc*, se produzcan eventos inevitables que son consecuencia de casusas ajenas al actuar del profesional o inherentes a la evolución orgánica del paciente, es decir, la obligación del médico es de medio y no de resultado,

razón por la que resulta ajeno al neurocirujano JOSE FERNANDO ARANGO, que pese a haber realizado correctamente la atención al paciente y haberse brindado atención oportuna, hayan mediado circunstancias extrañas que le hayan causado la muerte a la mismO.

Así lo ha respaldado la jurisprudencia al decir que *"En relación con el acto médico propiamente dicho se señala que los resultados fallidos en la prestación del servicio médico, tanto en el diagnóstico, como en el tratamiento o en la cirugía no constituyen una falla del servicio, cuando esos resultados son atribuibles a causas naturales, como aquéllos eventos en los cuales el curso de la enfermedad no pudo ser interrumpido con la intervención médica, bien porque el organismo del paciente no respondió como era de esperarse a esos tratamientos, o porque en ese momento aún no se disponía de los conocimientos y elementos científicos necesarios para encontrar remedio o paliativo para esas enfermedades, o porque esos recursos no están al alcance de las instituciones médicas del Estado"*[3].

Igualmente ha manifestado el Consejo de Estado que *"En tal sentido, creemos que el mero contacto físico o material entre el actuar profesional y el resultado, no siempre ha de ser decisivo para tener configurada la relación causal, pues en la actividad médica el daño no es, de suyo, en todos los casos, revelador de culpa o de causalidad jurídica (adecuada). En rigor, a partir de la evidencia de que el enfermo acude al médico por lo común con su salud desmejorada, a veces resulta difícil afirmar que existe un daño y, en otras oportunidades, los tropiezos se localizan en el establecer si ciertamente el daño (existente), obedece al actuar médico o si deriva de la evolución natural propia del enfermo. Esta última afirmación nos conduce de la mano a reiterar que en tema de la responsabilidad galénica, el contacto físico entre un profesional y un paciente que experimenta daños, no permite indefectiblemente imputar estos daños al susodicho profesional, pues las pruebas aportadas al proceso, con suma frecuencia, suscitan dudas acerca de si el obrar médico fue en verdad el que ocasionó los perjuicios"*[4].

Del señor Juez, Atentamente,

JAIRO FRAGA ROSAS
C.C. No 80.222.227 de Bogotá D.C
T.P. No. 183.193 del C.S. de la J.

---

[3] Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Terera, Sentencia del 27 de abril de 2011, Rad. 08001-23-31-000-1993-07622-01(19846), Cp. Ruth Stella Correa Palacio.

[4] Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Sentencia del 11 de mayo de 1999, Rad. 11949, Cp. Daniel Suarez Hernández.

HISTORIA CLINICA.

Folios: 45

330

20

CONSORCIO NUEVA CLINICA RAFAEL URIBE

TRIAGE

Paciente: HERNANDO BENAVIDES PARRA Docto: 17082293 Registro: 260859

Fecha y Hora Atención: 20/03/2017 11:02:00 | **Historia Clínica Nro:** 17082293

Paciente: HERNANDO BENAVIDES PARRA | **Registro:** 260859

F. Nacimiento: 07/12/1941 | **Edad:** 75 años 3 meses 13 dias

Fecha Hospitalización: 20/03/2017 | **Dias Hospitalización:** 0 dias

Direccion: CRA 48 # 4 - 71 EL LIDO | **Telefono:** 40379803

Empresa: | **Triage:** 2

NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A. | **Plan:** NUEVA EPS CONTRIBUTIV CNRUU (CAPITACION)

Motivo de Consulta

Trauma frontal por caida de su propia altura, con perdida de la conciencia, mareo, sangrado nasal.

Antecedentes Relevantes

DM

Necesita aislamiento: ____
Tipo de aislamiento: ____

Examen Fisico

Temperatura	36.10	Peso(kg)	65.00	Frecuencia cardiaca	102.00	Frecuencia Respirato	18.00
Sistolica	121.00	Diastolica	68.00	Saturacion(%)	93.00	Escala Dolor	00

Conducta T

DIEGO FERNANDO CHAMORRO SCARPETTA
Especialidad: ENFERMERA(O) JEFE

Fecha Impresión: 28/04/2017 16:28:17 Impreso por: SHIRLEY JOHANA VALENCIA MORENO

ORIGINAL

CONSORCIO NUEVA CLINICA RAFAEL URIBE
IMPRESION DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS MEDICOS

INGRESO URGENCIAS 20/03/2017 11:14:00

Diagnosticos

S602 CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MUÑECA Y DE LA MANO

S097 TRAUMATISMOS MULTIPLES DE LA CABEZA

Motivo de Consulta

" SE CAYO DE LA CAMA"

Enfermedad Actual

PACIENTE QUE INGRESA A URGENCIAS EN COMPAÑIA DE LA HIJA QUIEN REFIERE QUE LO ENCONTRARON LA MAÑANA DE HOY EN EL PISO DE SU CUARTO CON TRAUMA EN REGION FRONTAL + SANGRADO NASAL, POR PRESUNTA CAIDA DE LA CAMA, REFEIRE PERDIDA DE CONOCIMIIENTO + DESORIENTACION + AMNESIA POSTERIOR AL TRAUMA. PRESENTA ADEMAS TRAUMA EN MUÑECA IZQUIERDA Y REGION LUMBAR.

Revision por Sistema

REFEIRE CEFALEA DE MODERADA INTENSIDAD. + DOLOR LUMBAR + DOLOR EN MUCÑECA IZQUIERDA.

Antecedentes Personales

PENSIONADO - VIVE CON LA ESPOSA.

Antecedentes Patológicos

DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN TRATAMIENTO.

Antecedentes Quirúrgicos

APENDICECTOMIA HACE 20 AÑOS.

Antecedentes Alergicos

NIEGA.

Antecedentes Farmacológicos

GLIBENCLAMIDA 5 MG CAD A12 HORAS

Antecedentes Toxicos

FUMO DURANTE 20 AÑOS. NIEGA CONSUMO DE ALOHOL.

Antecedentes Ginecológicos

NO APLICA.

Antecedentes Familiares

NIEGA.

Examen Fisico

Talla (cm)	170.00	Sistolica	121.00	Diastolica	68.00	Frecuencia Cardiaca	102.00
Frec. Respiratoria	18.00	Sat Oxigeno(O2)%	93.00	Temperatura	36.10	Peso (Kg)	65.00

Estado General

CONCIENTE ALERTA ORIENTADO EN TIEMPO ESPACIO Y PERSONA. TOLERANDO EL OXIGENO AMBIENTE

Cabeza y Cuello

CUELLO MOVIL. NO DOLOROSO.NO MASAS NO ADENOPATIAS. MUCOSA ORAL HUMEDA. HERIDA EN REGION FRONTAL DE 4 CM APROX. CON PUNTOS DE SUTURA SIMPLES SEPARADOS NUMERO 3. SIN SIGNOS DE INFECCION LOCAL. ESTIGNA DE SANGRADO NASAL. NO OTORAGIA NO OTOLIQUIA.

Cardiopulmonar

PULMONES VENTILADOS MORMULLO VESICULAR PRESENTE NO SOBREAGREGADOS. RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS NI AGREGADOS.

Abdomen

BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO. NO MASAS NO MEGALIAS.NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.

CONSORCIO NUEVA CLINICA RAFAEL URIBE
IMPRESION DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS MEDICOS

Genito Urinario

SE OMITE.

Extremidades

EUTROFICAS NO EDEMA. LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEGUNDOS. PULSOS DISTALES PRESENTES DE BUENA INTENSIDAD. DOLOR A A LA MOVILIZACION Y PAPLPACION DE MUÑECA IZQUIERDA.

Examen Neurológico

NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE. NO SIGNOS DE IRRITACION MENINGEA. GLASGOW 15/15 PUPILAS REACTIVAS A ALA LUZ ISOCORICAS.

Análisis

PACIENTE CON TRAUMA CRANEOENCEFALICO MODERADO + TRAUMA EN MUÑECA IZQUIERDA DE EVOLUCION INDERTEMINADA EN EL MOMENTO NO SIGNOS DE DETERIORO NEUROLOGIC, DADO EL SANGRADO NASAL SE CONCIDERA PERTINENTE TOMOGRAFIA SIMPLE DE CRANEO PARA DERCARTAR FRACTURA + HEMATOMAS. SE SOLITA ADEMA RADIOGRAFIA DE MUÑECA IZQUIEDA. SE INSTAURA MANEJO ANALGESICO. SE DEJA EN OBSERVACION PARA REVALORAR CON REPIORTES SE EXPLICA AL ACONDUTA MEDICA A SEGUIR FAMILIAR ENTIENDE Y ACEPTA.

Recomendaciones y Signos de Alarma

PLAN
CANALIZAR CON SSS 80 CC HRA,
DIPRINA 2 GRAMOS CADA 8 HORAS.
TRAMADOL 50 MG CADA 12 HORAS.
TAC DE CRANEO SIMPLE
HOJA NEUROLOGICA.
RADIOGRAFIA DE MUÑECA IZQUIERDA.
CSV AVISAR NOVEDAD.

MEDICAMENTOS

101. DIPIRONA SODICA SOL INY 1G/2 ML
Cant.: 1 2 Gramo C 08 Horas INTAVENO

101. DIPIRONA SODICA SOL INY 2.5G/ 5 ML
Cant.: 3 2 Gramo C 08 Horas INTAVENO

102. TRAMADOL 50 MG/ML SOL.INY.AMPOLLA 1ML
Cant.: 2 50 Miligramo C 12 Horas INTAVENO

103. (BAXTER) SOLUCION SALINA INY BOLSA X 500 ML
Cant.: 1 80 Mililtros C 01 Hora INTAVENO

ORDENES

Concepto	Servicio
IMAGENOLOGIA	RADIOGRAFIA DE MUÑECA IZQUIERDA
TOMOGRAFIAS	TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA DE CRANEO SIMPLE

Conducta Urgencias Pendiente nueva valoración

Estado a la Salida Vivo

Richard Gomez

RICHARD JOSE GOMEZ DE LA ROSA
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Registro Profesional: 1079658978

CONSORCIO NUEVA CLINICA RAFAEL URIBE
IMPRESION DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS MEDICOS

NOTA MEDICA 20/03/2017 13:30:00

Diagnosticos

S602 CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MUÑECA Y DE LA MANO

S097 TRAUMATISMOS MULTIPLES DE LA CABEZA

NOTA MEDICA

PACIENTE EN OBSERVACION DE URGENCIAS CON DIAGNOTICO DE: 1. TCE MODERADO 2. TRAUMA DE MUÑECA DERECHA. S// REFIERE MEJORIA DE CEFALEA. COMENTA DOLOR MODERADO EN MUÑECA DERECNA. NO VOMITO EN PROYECTIL O// CONCIENTE ALERTA ORIENTADO EN TIEMPO ESPACIO Y PERSONA . GLASGOW 15/15 NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO . PUPILAS REACTIVAS A LA LUZ. ISOCORICAS. NO DETERIOR NEUROLOGICO.
TAC DE CRANEO: NEUMOENCEFALO BIFRONTAL
RADIOGRAFIA DE MANO: NO EVIDENCIO TRAZO DE FRACTURA
A: PACIENTE CON TRAUMA CRANEAL CON TAC QUE DEMUESTRA NEUMOENCEFALO, SE SOLITA VALORACION POR NEUROCIRUGIA SE SOLICITA TAC DE SENOS PARANASALES. SE DEJA BAJO ESTRICTA VIGGILANCIA NEUROLOGICA. SE EXPLICA A FAMILIAR LA CONDUTA A SEGUIR DICE ENTENDER Y ACEPTAR.
PLAN
1. VALORACION POR NEUROCIRUGIA
2. TAC DE SENOS PARANASALES.
3. HOJA NEUROLOGIA
4. CONTOL DE SIGNOS VITALES AVISAR NOVEDAD.

ORDENES

Concepto	Servicio
HONORARIOS MEDICOS	INTERCONSULTA POR NEUROCIRUGIA
TOMOGRAFIAS	TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA DE SENOS PARANASALES O CARA (CORTES AXIALES Y CORONALES)

Conducta Urgencias Observacion
Estado a la Salida Vivo

Richard Gómez

RICHARD JOSE GOMEZ DE LA ROSA
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Registro Profesional: 1079658578

CONSORCIO NUEVA CLINICA RAFAEL URIBE
IMPRESION DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS MEDICOS

NOTAS MEDICAS 20/03/2017 13:34:00

Diagnosticos

S602 CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MUÑECA Y DE LA MANO

S097 TRAUMATISMOS MULTIPLES DE LA CABEZA

NOTA MEDICA

SE SOLICITA TAC CEREBRAL DE CONTROL MAÑANA INDICADO POR NEUROCIRUGÌA

MEDICAMENTOS

101. DIPIRONA SODICA SOL INY 1G/2 ML
Cant.: 6 C 04 Horas INTAVENO

102. (BAXTER) SODIO CLORURO SOL INY 0.9% BOLSA 1000ML
Cant.: 2 C 12 Horas INTAVENO

ORDENES

Concepto	Servicio
TOMOGRAFIAS	TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA DE CRANEO SIMPLE SE SOLICITA TAC DE CONTROL MAÑANA 21 A LAS 7 AM POR FAVOR

SEBASTIAN YARA MUÑOZ
Especialidad: MEDICO GENERAL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO

Medico Tratante: SEBASTIAN YARA MUÑOZ
Especialidad: MEDICO GENERAL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO

CONSORCIO NUEVA CLINICA RAFAEL URIBE

IMPRESION DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS MEDICOS

INTERCONSULTAS 20/03/2017 14:26:00

Diagnosticos

S602 CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MUÑECA Y DE LA MANO

S097 TRAUMATISMOS MULTIPLES DE LA CABEZA

Interconsulta

***** NEUROCIRUGIA *****

PACIENTE QUE CONSULTA POR UN CUADRO CLINICO DE 01 DIA D EVOLUCION CONSISTENTE EN CAIDA DESDE SU PROPIA ALTURA CON POSTERIOR TRAUMA CRANEO ENCEFALICO + FRONTAL +, POSTERIOR A ESTO NO EPISODIOS CONVULSIVOS , NO RELJACION DE ESFINTERES , NO EPISODIOS CONVULSIVOS, NO DESVIACION DE LA MIRADA NI DESVIACION DE LA CONISURA LABIAL ,
AL INGRESO PACIENTE DORIENTADO +AMNESIA PSOTERIO AL TRAUMA , TOMAN TAC CEREBAL DONDE EVIDENCIARON NEUMOENCÉFLO POR LO QU EITNRECONSULTA.
ENCUENTRO PACIENT EHEMODICAMENT EESTABLE NO SIRS NO DIFICULTAD RESPIRATORIA NO EMESIS TOLERNADO AMBIETNE Y VIA ORAL , ORIENTADO EN TIEMPO LUGAR Y PERSONA NO FOCALIZACION . TAC EREBAL CAMBIOS ATROFICOS PARA LA EDAD , SISTEM VENTRICULAR COMEPNSADO , NEUMOENCEFALO BIFRONTAL POR AHORA CONSIDERO MANEJO MEDICO + TAC CEREBAL SIEMPLE EN 24 HORAS + TAC DE SENORS PARANALES EL DIA DE MAÑANA RESTO IGUAL
.

Interconsulta.

PLAN

- TAC CEREBAL SIMPLE EN 24 HORAS
-TAC DE SENOS PARANSALES EL DIA DE MANAÑANA
-MANEJO EMDICO
-EN CASO DE CIDA DEL GLASGOW 2 PUNTOS AVISAR Y TOMAR TAC CEREBAL URGENTE
-RESTO IGUAL

ORDENES

Concepto	Servicio
TOMOGRAFIAS	TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA DE CRANEO SIMPLE MAÑANA
	TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA DE SENOS PARANASALES O CARA (CORTES AXIALES Y CORONALES) MAÑANANZA<

JOSE PERNEY NAVARRO ARIAS
Especialidad: NEUROCIRUGIA
Registro Profesional: 05844

CONSORCIO NUEVA CLINICA RAFAEL URIBE
IMPRESION DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS MEDICOS

NOTAS MEDICAS 21/03/2017 10:05:00

Diagnosticos

S602 CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MUÑECA Y DE LA MANO

S097 TRAUMATISMOS MULTIPLES DE LA CABEZA

NOTA MEDICA

FORMULACION

MEDICAMENTOS

101. (BAXTER) SODIO CLORURO SOL INY 0.9% BOLSA 1000ML
Cant.: 3 Mililitros C 06 Horas INTAVENO

102. TRAMADOL 50 MG/ML SOL.INY.AMPOLLA 1ML
Cant.: 3 Miligramo C 08 Horas SUBC

FREDY ARMANDO ALVAREZ RODRIGUEZ
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Registro Profesional: 1032420034

INTERCONSULTAS 21/03/2017 19:56:00

Diagnosticos

S602 CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MUÑECA Y DE LA MANO

S097 TRAUMATISMOS MULTIPLES DE LA CABEZA

Interconsulta

***** NEUROCIRUGIA *****
PACIENTE QUE CONSULTA POR UN CUADRO CLINICO DE 01 DIA D EVOLUCION CONSISTENTE EN CAIDA DESDE SU PROPIA ALTURA CON POSTERIOR TRAUMA CRANEO ENCEFALICO + FRONTAL +, POSTERIOR A ESTO NO EPISODIOS CONVULSIVOS
,
NO RELIACION DE ESFINTERES , NO EPISODIOS CONVULSIVOS, NO DESVIACION DE LA MIRADA NI DESVIACION DE LA COMISURA LABIAL .
AL INGRESO PACIENTE DORIENTADO +AMNESIA PSOTERIO AL TRAUMA ; TOMAN TAC CEREBAL DONDE EVIDENCIARON NEUMOENCEFLO POR LO QU EITNRECONSULTA;
ENCUENTRO PACIENT EHEMODICAMENT EESTABLE NO SIRS NO DIFICULTAD RESPIRATORIA NO EMESIS TOLERNADO AMBIETNE Y VIA ORAL , ORIENTADO EN TIEMPO LUGAR Y PERSONA NO FOCALIZACION . TAC EREBAL CAMBIOS ATROFICOS PARA LA EDAD , SISTEM VENTRICULAR COMEPNSADO , NEUMOENCEFALO BIFRONTAL POR AHORA CONSIDERO MANEJO MEDICO

Interconsulta.

PLAN

-MANEJO MEDICO
- TAC DE SENOS PARANASALES EN 72 HORAS
- TAC CEREBAL EN 72 HORAS
-HOSPITALIZAR ACARGO DE NEUROCIRUGIA
- REMISION A CLINICA DESA

JOSE FERNEY NAVARRO ARIAS
Especialidad: NEUROCIRUGIA
Registro Profesional: 05844

Medico Tratante: JOSE FERNEY NAVARRO ARIAS
Especialidad: NEUROCIRUGIA
Registro Profesional: 05844

CONSORCIO NUEVA CLINICA RAFAEL URIBE
INPRESION DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS MEDICOS

NOTAS MEDICAS 22/03/2017 09:15:00

Diagnosticos

S602 CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MUÑECA Y DE LA MANO

S097 TRAUMATISMOS MULTIPLES DE LA CABEZA

NOTA MEDICA

FORMULACION

MEDICAMENTOS

101. DIPIRONA SODICA SOL INY 1G/2 ML
Cant.: 4 1 Gramo C 06 Horas INTAVENO

102. TRAMADOL 50 MG/ML SOL.INY.AMPOLLA 1ML
Cant.: 4 50 Miligramo C 06 Horas INTAVENO

DIANA CAROLINA BELTRAN GOMEZ
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Registro Profesional: 522229-12

NOTAS MEDICAS 22/03/2017 15:36:00

Diagnosticos

S602 CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MUÑECA Y DE LA MANO

S097 TRAUMATISMOS MULTIPLES DE LA CABEZA

NOTA MEDICA

Paciente con Dx de neumoencéfalo, ya comentado en clínica DESA, aceptado. En el momento estable hemodinámicamente sin signos de dificultad respiratoria, Glasgow 15/15. Se solicita traslado.

ORDENES

Concepto	Servicio
TRASLADOS	TRASLADO BASICO SIMPLE CALI

SEBASTIAN YARA MUÑOZ
Especialidad: MEDICO GENERAL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO

Medico Tratante: SEBASTIAN YARA MUÑOZ
Especialidad: MEDICO GENERAL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO

CONSORCIO NUEVA CLINICA RAFAEL URIBE
IMPRESION DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS MEDICOS

NOTA MEDICA 22/03/2017 17:33:00

Diagnosticos

S602 CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MUÑECA Y DE LA MANO

S097 TRAUMATISMOS MULTIPLES DE LA CABEZA

NOTA MEDICA

MC: POR LA CAIDA
EA:
PACIENTE QUE CONSULTA EL DIA 20/03/201 A NUEVA CLINICA RAFEL URIBE URIBE DEBIDO A QUE FAMILIARES ENCUENTRAN PACIENTE EN PISO CON TRAUMA EN REGION FRONTAL+ EPISTAXIS, PRESUNTA CAIDA DE CAMA, CON PERIDA DE LA CONSCIENCIA, DESORIENTACION Y AMNESIA DEL EVENTO. DECIDEN TOMAR TAC ECERBEAL EN EL CUAL SE EVIDENCIA NEUMOENCEFALO POR LOC UAL SOLICITAN TAC DE SENOS PARANASALES Y SOLICITAN VALORACION POR NEUROCIRUGIA. CONSIDERAN QUE PACIENTE REQUIERE MANEJO CONSERVADOR Y NUEVO TAC EN 24 HORAS. EL CUAL ES NORMAL. VALORA NUEVAMENTE NEUROCIRUGIA QUIENES DECIDEN HOSPITALIZAR PACIENTE Y REVALORAR CON NUEVO TAC EL 24/03/2017.

ANTECEDENTES: DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN TRATAMIENTO.
APENDICECTOMIA HACE 20 AÑOS.
GLIBENCLAMIDA 5 MG CAD A12 HORAS
FUMO DURANTE 20 AÑOS. NIEGA CONSUMO DE ALCOHOL.

REVISION POR SISTEMAS: LO REFERIDO EN LA ENFERMEDAD ACTUAL

EXAMEN FISICO: MUCOSAS ROSADAS E HIDRATADAS, ESCLERAS ANICTERICAS, CUELLO SIN MASAS NI ADENOPATIAS. TORAX NORMOEXPANSIVO, MURMULLO VESICULAR PRESNET, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS Y REGULARES, SIN SOPLOS NI SOBREAGREGADOS, ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALAPCION, SIN MASAS NI VISCEROMEGALIAS. EXTREMIDADES MOVILES, SIN EDEMA, LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEGUNDOS. PULSOS DISTALES CONSERVADOS

ANALISIS: PACIENTE QUIEN PRESENTA CAIDA DE CAMA CON TRAUMA CRANEOENCEFALICO SEVERO CON TAC EN EL QUE SE EVIDENCIA NEUMOENCEFALO AUNQUE PACIENTE SE ENCUENTRA CON EVOLUCION CLINICA SATISFACTORIA. NEUROCIRUGIA DECIDE HOSPITALIZAR Y TOMA D ENUEVO TAC DE CONTROL EN 72 HORAS.

PLAN:
HOSPITALIZAR POR NEUROCIRUGIA
LEV SSN 0.9% PASAR A 80 CC/HORA
TRAMADOL AMPOLA X 50 MG. PONER UNA AMPOLLA CADA 12 HORAS
DIPIRONA AMPOLLA X 1 GRAMO. PONER 2 AMPOLAL EV CADA 8 HORAS
CONTROL DE SIGNOS VITALES
AVISAR CAMBIOS
PENDIENTE TAC CRANEO SIMPLE DE CONTROL 24/03/2017

MEDICAMENTOS

101. (BAXTER) SOLUCION SALINA INY BOLSA X 500 ML
Cant.: 2 80 Centimetros Cubicos C 01 Hora INTAVENO

102. TRAMADOL 50 MG/ML SOL.INY.AMPOLLA 1ML
Cant.: 2 1 Unidad C 12 Horas SUBC

103. DIPIRONA SODICA SOL INY 1G/2 ML
Cant.: 6 2 Unidad C 08 Horas INTAVENO

GUSTAVO ADOLFO LEMOS LOZANO
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Registro Profesional: 1143834386

CONSORCIO NUEVA CLINICA RAFAEL URIBE

IMPRESION DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS MEDICOS

INTERCONSULTAS 22/03/2017 20:14:00

Diagnosticos

S602 CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MUÑECA Y DE LA MANO

S097 TRAUMATISMOS NULTIPLES DE LA CABEZA

Interconsulta

***** NEUROCIRUGIA *****
PACIENTE QUE CONSULTA POR UN CUADRO CLINICO DE 01 DIA D EVOLUCION CONSISTENTE EN CAIDA DESDE SU PROPIA ALTURA CON POSTERIOR TRAUMA CRANEO ENCEFALICO + FRONTAL +, POSTERIOR A ESTO NO EPISODIOS CONVULSIVOS

NO RELJACION DE ESFINTERES , NO EPISODIOS CONVULSIVOS, NO DESVIACION DE LA MIRADA NI DESVIACION DE LA COMISURA LABIAL .
AL INGRESO PACIENTE DORIENTADO +AMNESIA PSOTERIO AL TRAUMA , TOMAN TAC CEREBAL DONDE EVIDENCIARON NEUMOENCEFLO POR LO QU ETTNRECONSULTA.
ENCUENTRO PACIENT EHEMODICAMENT EESTABLE NO SIRS NO DIFICULTAD RESPIRATORIA NO EMESIS TOLERNADO AMBIETNE Y VIA ORAL , ORIENTADO EN TIEMPO LUGAR Y PERSONA NO FOCALIZACION . TAC EREBAL CAMBIOS ATROFICOS PARA LA EDAD , SISTEM VENTRICULAR COMEPNSADO , NEUMOENCEFALO BIFRONTAL POR AHORA CONSIDERO MANEJO MEDICO
-AHORA EN PISO ESTABLE HEMODICAMENTE NO SIRS NO DIFICULTAD RESPIRATORIA NO EMESIS , GLASGOW 15 15 ALERTA ELOCUENTE ORIETNADO

Interconsulta.

PLAN

-MANEJO MEDICO

- TAC DE SENOS PARANASALES EN 72 HORAS
- TAC CEREBAL EN 72 HORAS
-HOSPITALIZAR ACARGO DE NEUROCIRUGIA
- REMISION A CLINICA DESA

JOSE FERNEY NAVARRO ARIAS
Especialidad: NEUROCIRUGIA
Registro Profesional: 05844

Medico Tratante: JOSE FERNEY NAVARRO ARIAS
Especialidad: NEUROCIRUGIA
Registro Profesional: 05844

CONSORCIO NUEVA CLINICA RAFAEL URIBE

IMPRESION DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS MEDICOS

NOTA MEDICA 23/03/2017 01:09:00

Diagnosticos

S602 CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MUÑECA Y DE LA MANO

S097 TRAUMATISMOS MULTIPLES DE LA CABEZA

NOTA MEDICA

FORMULA DE 24 HORAS

MEDICAMENTOS

101. (BAXTER) SOLUCION SALINA INY BOLSA X 500 ML
Cant.: 2 80 Centimetros Cubicos C 01 Hora INTAVENO

102. TRAMADOL 50 MG/ML SOL.INY.AMPOLLA 1ML
Cant.: 2 1 Unidad C 12 Horas SUBC

103. DIPIRONA SODICA SOL INY 1G/2 ML
Cant.: 6 2 Unidad C 08 Horas INTAVENO

MARYSOL AVILA VILLEGAS
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Registro Profesional: 762029

CONSORCIO NUEVA CLINICA RAFAEL URIBE
IMPRESION DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS MEDICOS

NOTA EVOLUCION DIARIA 23/03/2017 12:53:00

Diagnosticos

S602 CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MUÑECA Y DE LA MANO

S097 TRAUMATISMOS NULTIPLES DE LA CABEZA

DIAGNOSTICO ACTUAL

NEUROCIRUGIA
HERNANDO BENAVIDES PARRA
75 AÑOS

DIAGNÓSTICO:
1.TCE
2.DM 2

SUBJETIVO

PACIENTE REFIERE SENTIRSE EN BUEN ESTADO GENERAL, REFIERE SOMNOLENCIA, PERSISTENCIA DE SANGRADO NASAL, CEFALEA A LA BIPEDESTACION, TOLERA VIA ORAL, DIURESIS Y DEPOSICIONES +.

EXAMEN FISICO

PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, SIN SIRS, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, CON LOS SIGUIENTES SIGNOS VITALES: T:35.8 ºC FC: 89LPM, FR:20RPM, TA:135/69MMHG.
C/C:NORMOCEFALO, HERIDA EN REGIÓN FRONTAL DE APROX 4CM, EDEMA EN TEJIDO BLANDO TEMPORAL IZQUIERDO, SIN SIGNOS DE INFECCION LOCAL, PUPILAS ISOCORICAS, NORMOREACTIVAS, ESCLERAS ANICTERICAS, MUCOSAS HUMEDAS Y ROSADA, ESTIGMAS DE SANGRADO NASAL
C/P: SIN ALTERACIONES
ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.
EXTREMIDADES:SIMETRICAS, MOVILES, BUEN TONO MUSCULAR, SIN EDEMA, BUENA COORDINACION, LLENO CAPILAR <2SEG.
SNC: GLASGOW 15/15, ORIENTADO EN TIEMPO, PERSONA, DESORIENTADO EN LUGAR, PARES CRANEALES SIN ALTERACIONES, SENSIBILIDAD SUPERFICIAL Y PROFUNDA CONSERVADA, REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS ++, FUERZA MUSCULAR MSD:5/5, MSI:3/5, MIEMBRO INFERIOR:5/5.

INTERPRETACION DE PARACLINICOS

NO NUEVOS.

ANALISIS

PACIENTE HOSPITALIZADO EN EL CONTEXTO DE TCE, EN EL MOMENTO CON ADECUADA EVOLUCION CLINICA, CON TAC DE CRANEO SIMPLE QUE REPORTA NEUMOENCEFALO EL CUAL ES DEBIDO A FRACTURAS FRONTALES DERECHAS Y FRACTURA ANTERIOR DE CELDILLAS EDMOIDALES DERECHAS CON EXTENSIÓN NASAL DEL MISMO LADO, EN EL MOMENTO PACIENTE REFIERE SANGRADO ACUOSO POR NARIZ, SE SOSPECHA DE RINORRAQUIA POR POSIBLE FISTULA, POR LO CUAL INICIO ACETAZOLAMIDA 250MG C/6HORAS Y EN EL MOMENTO QUE EL PACIENTE PRESENTE ESCURRIMIENTO PONER TIRILLA REACTIVA DE GLUCOMETRIA PARA IDENTIFICAR SI EL LIQUIDO QUE SALE POR NARIZ ES LCR. SE SOLICITA HEMOGRAMA Y VSG. CONTINUAR CON EL RESTO DE ORDENES IGUALES, BAJO ESTRICTA VIGILANCIA MÉDICA.

PLAN

1. HOSPITALIZACION POR NEUROCIRUGIA
2. DIETA HIPOGLUSIDA.
3. LEV 80CCC/H
4.***ACETAZOLAMIDA 250MG C/6HORAS***
5.DIPIRONA 2G C/8H
6.TRAMADOL 50MG C/12HÇ
7. SE SOLICITA HEMOGRAMA Y VSG
8. TAC DE SENOS PARANASALES Y TAC CRANEO EN 72 HORAS
9. *PONER HIELO EN REGIÓN FRONTAL*.
10.CURVA TERMICA
11.VIGILAR SIGNOS VITALES.

RIESGOS IDENTIFICADOS

...

MEDIDAS DE SEGURIDAD

...

Primera nota: Jose Fernando Arango

CONSORCIO NUEVA CLINICA RAFAEL URIBE
IMPRESION DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS MEDICOS

JOSE FERNANDO ARANGO VILLA
Especialidad: NEUROCIRUGIA
Registro Profesional: 1269

Medico Tratante: JOSE FERNANDO ARANGO VILLA
Especialidad: NEUROCIRUGIA
Registro Profesional: 1269

NOTA MEDICA 23/03/2017 13:55:00

Diagnosticos

S602 CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MUÑECA Y DE LA MANO

S097 TRAUMATISMOS MULTIPLES DE LA CABEZA

NOTA MEDICA

PONER TIRILLA REACTIVA DE GLUCOMETRIA EN CASO DE SALIDA DE LIQUIDO POR LA NARIZ PARA IDENTIFICAR SI CORRESPONDE A LCR.

JOSE FERNANDO ARANGO VILLA
Especialidad: NEUROCIRUGIA
Registro Profesional: 1269

Segunda Nota Jose Fernando Arango

NOTA MEDICA 23/03/2017 21:36:00

Diagnosticos

S602 CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MUÑECA Y DE LA MANO

S097 TRAUMATISMOS MULTIPLES DE LA CABEZA

NOTA MEDICA

MEDICACION FALTANTE

MEDICAMENTOS

101. ACETAZOLAMIDA TABLETA 250 MG
Cant.: 4 INFUSION ORAL

101. (BAXTER) SODIO CLORURO SOL INY 0.9% BOLSA 1000ML
Cant.: 1 INFUSION INTAVENO

RAFAEL ERNESTO DAU CORPUS
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Registro Profesional: 2275

CONSORCIO NUEVA CLINICA RAFAEL URIBE
IMPRESION DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS MEDICOS

NOTA MEDICA 23/03/2017 21:46:00

Diagnosticos

S602 CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MUÑECA Y DE LA MANO

S097 TRAUMATISMOS MULTIPLES DE LA CABEZA

NOTA MEDICA

SE ABRE FOLIO PARA FORMULAR MEDICAMENTOS DEL DIA (24 MAR 17)

MEDICAMENTOS

101. ACETAZOLAMIDA TABLETA 250 MG
Cant.: 4 INFUSION ORAL

101. (BAXTER) SODIO CLORURO SOL INY 0.9% BOLSA 1000ML
Cant.: 2 80 Centimetros Cubicos C 01 Hora INTAVENO

102. TRAMADOL 50 MG/ML SOL.INY.AMPOLLA 1ML
Cant.: 2 1 Unidad C 12 Horas SUBC

103. DIPIRONA SODICA SOL INY 1G/2 ML
Cant.: 6 2 Unidad C 08 Horas INTAVENO

ORDENES

Concepto	Servicio
LABORATORIO CLINICO	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RE
	PROTEINA C REACTIVA CUANTITATIVO

RAFAEL ERNESTO DAU CORPUS
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Registro Profesional: 2275

CONSORCIO NUEVA CLINICA RAFAEL URIBE

IMPRESION DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS MEDICOS

JOSE FERNANDO ARANGO VILLA
Especialidad: NEUROCIRUGIA
Registro Profesional: 1260

Medico Tratante: JOSE FERNANDO ARANGO VILLA
Especialidad: NEUROCIRUGIA
Registro Profesional: 1260

EVOLUCIÓN FONOAUDIOLOGIA 24/03/2017 13:20:00

Diagnosticos

S602 CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MUÑECA Y DE LA MANO

S097 TRAUMATISMOS MULTIPLES DE LA CABEZA

EVOLUCIÓN

EDUCACIÓN
Paciente que requiere obligatorio manejo compensatorio

Posterior a la valoración se brindó educación en salud a familiar de paciente a quien se explicó:

-Posturas de alimentación y reposo
-Signos de alarma durante y postdeglución
-Importancia de la higiene de la cavidad oral
-Según deterioro de la enfermedad posibilidad de nutrición enteral permanente a futuro

::::DR MAURICIO CIFUENTES CUARTAS
ESPECIALISTA EN DISFAGIA OROFARINGEA
UNIVALLE

IVAN MAURICIO CIFUENTES CUARTAS
Especialidad: FONOAUDIOLOGIA
Registro Profesional: 767283

CONSORCIO NUEVA CLINICA RAFAEL URIBE
IMPRESION DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS MEDICOS

TERAPIA EVOLUCION FONO ADULTOS 24/03/2017 13:21:00

PARAMETROS DE EVALUACION

Se respondió interconsulta de paciente masculino, con antecedentes de traumatismos multiples de la cabeza y contusión de otras partes de muñeca. Se evidencia paciente acompañado de esposa, interactuando moderadamente con el entorno por medio de comunicación verbal, poco responsivo, con vía oral habilitada dieta común.

MAS PARAMETROS DE EVALUACION

Se realizó valoración física con énfasis en cabeza- cuello a nivel estático y dinámico, reflejos orofaringeos, sensibilidad -coordinación de OFA; función de la deglución con auscultación cervical; técnica de 5 dedos a nivel cervical, posición fowler

OBSERVACIONES

No se conocen antecedentes de realización de cinevideodeglución.

Al examen estático hay variaciones osteomusculares a nivel de cabeza-cuello acordes a una persona de su edad, estructuras faciales asimétricas, movilidad en MI, movilidad de MS. A nivel dinámico los arcos de movilidad cervical y mandibular están moderadamente conservados; labios, lengua y velo del paladar móviles al tacto, y a la orden verbal las praxias OLF están coordinadas. Reflejos orofaringeos de arcada y tos presentes, moderadamente efectivos, RDD moderadamente activo.

DIAG MIOFUNCIONAL

IMO

OBJETIVO DE TRATAMIENTO

Manejar maniobras compensatorias durante la ingesta de alimentos para facilitar la seguridad y efectividad de la función deglutoria

PLAN DE TRATAMIENTO

PLAN:

1. Cabecera entre 60 y 90º
2. Alimentación DLE, asistida y supervisada por enfermería y familia
3. Brindar alimentación con cuchara pequeña, fraccionada, con alineación postural en fowler.
4. Educación en salud a familiares sobre medidas anti RGE por favor
5. Pautas de maniobras compensatorias para ingesta de alimentación
6. Manejo orofaringeo según evolución

::::DR MAURICIO CIFUENTES CUARTAS
ESPECIALISTA EN DISFAGIA OROFARINGEA
UNIVALLE

IVAN MAURICIO CIFUENTES CUARTAS
Especialidad: FONOAUDIOLOGIA
Registro Profesional: 767283

CONSORCIO NUEVA CLINICA RAFAEL URIBE
IMPRESION DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS MEDICOS

NOTA EVOLUCION DIARIA 24/03/2017 12:41:00

Diagnosticos

S602 CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MUÑECA Y DE LA MANO

S097 TRAUMATISMOS MULTIPLES DE LA CABEZA

DIAGNOSTICO ACTUAL

NEUROCIRUGIA
HERNANDO BENAVIDES PARRA
75 AÑOS

DIAGNÓSTICO:
1.TCE
2.DM 2

SUBJETIVO

PACIENTE REFIERE SENTIRSE EN BUEN ESTADO GENERAL, PERSISTE CON SOMNOLENCIA, CEFALEA , HIPOREXIA, DIURESIS Y DEPOSICIONES +.

EXAMEN FISICO

PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, SIN SIRS, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, CON LOS SIGUIENTES SIGNOS VITALES: T:36.5 ºC FC: 86LPM, FR:20RPM, TA:156/82MMHG.
C/C:NORMOCEFALO, HERIDA EN REGIÓN FRONTAL, EDEMA EN TEJIDO BLANDO TEMPORAL IZQUIERDO, SIN SIGNOS DE INFECCION LOCAL, PUPILAS ISOCORICAS, NORMOREACTIVAS, ESCLERAS ANICTERICAS, MUCOSAS HUMEDAS Y ROSADA, ESTIGMAS DE SANGRADO NASAL.
C/P: SIN ALTERACIONES
ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.
EXTREMIDADES:SIMETRICAS, MOVILES, BUEN TONO MUSCULAR, SIN EDEMA, BUENA COORDINACION, LLENO CAPILAR <2SEG.
SNC: GLASGOW 15/15, ORIENTADO EN TIEMPO, PERSONA, DESORIENTADO EN LUGAR, PARES CRANEALES SIN ALTERACIONES, SENSIBILIDAD SUPERFICIAL Y PROFUNDA CONSERVADA, REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS ++, FUERZA MUSCULAR MSD:5/5, MSI:3/5, MIEMBRO INFERIOR:5/5.

INTERPRETACION DE PARACLINICOS

HEMOGRAMA: L:14.100, N:82.7, L:6.35, HB:12.7, HTO:37.2, P:165.000
PCR:319.2

ANALISIS

PACIENTE HOSPITALIZADO EN EL CONTEXTO DE TCE, EN EL MOMENTO CON EVOLUCION CLINICA ESTACIONARIA, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SIN SIRS, NO PICOS FEBRILES, FAMILIAR REFIERE PERSISTENCIA SALIDA DE COAGULOS POR BOCA Y SANGRADO NASAL, NEUROCIRUGIA SOSPECHA QUE PACIENTE ESTE CURSANDO CON POSIBLE FISTULA (RINORRAQUIA?) LA CUAL APARENTEMENTE NO ES CLARA, POR LO CUAL SE SOLICITA VALORACION POR MEDICINA INTERNA, HEMOGRAMA CONTROL Y GLUCOMETRIA ESTRICTA POR PATOLOGIA DE BASE.

PLAN

1. HOSPITALIZACION POR NEUROCIRUGIA
2. DIETA HIPOGLUSIDA.
3. LEV 80CCC/H
4.ACETAZOLAMIDA 250MG C/6HORAS
5. ***SUSPENDER DIPIRONA***
6.TRAMADOL 50MG C/12H (EN CASO DE DOLOR)
7.SI HAY SALIDA DE LIQUIDO POR NARIZ PONER TIRILLA REACTIVA DE GLUCOMETRIA PARA IDENTIFICAR SI CORRESPONDE A SALIDA DE LCR.
8. SE SOLICITA HEMOGRAMA DE CONTROL Y PCR
9. PENDIENTE TAC DE SENOS PARANASALES Y TAC CRANEO EN 72 HORAS (24.3.17)
9. PONER HIELO EN REGIÓN FRONTAL
10.GLUCOMETRIA
11.CURVA TERMICA
12.VIGILAR SIGNOS VITALES.

RIESGOS IDENTIFICADOS

...

MEDIDAS DE SEGURIDAD

...

Tercera Nota: Jose Fernando Arango

CONSORCIO NUEVA CLINICA RAFAEL URIBE
IMPRESION DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS MEDICOS

NOTA MEDICA 24/03/2017 15:33:00

Diagnosticos

S602 CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MUÑECA Y DE LA MANO

S097 TRAUMATISMOS MULTIPLES DE LA CABEZA

NOTA MEDICA

SE ABRE FOLIO PARA CARGAR ORDEN DE NEUROCIRUGIA
- SI HAY SALIDA DE LIQUIDO POR NARIZ PONER TIRILLA REACTIVA DE GLUCOMETRIA PARA IDENTIFICAR SI CORRESPONDE A SALIDA DE LCR.
- SE SOLICITA HEMOGRAMA DE CONTROL Y PCR
- PENDIENTE TAC DE SENOS PARANASALES Y TAC CRANEO EN 72 HORAS (24.3.17)

ORDENES

Concepto	Servicio
LABORATORIO CLINICO	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RE
	TOMAR A LAS 2 AM
	PROTEINA C REACTIVA CUANTITATIVO
TOMOGRAFIAS	TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA DE SENOS PARANASALES O CARA (CORTES AXIALES Y CORONALES)
	TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA DE CRANEO SIMPLE

MAYERLY LOPEZ CEROMECA
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Registro Profesional: 1107067637

NOTA MEDICA 24/03/2017 16:18:00

Diagnosticos

S602 CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MUÑECA Y DE LA MANO

S097 TRAUMATISMOS MULTIPLES DE LA CABEZA

NOTA MEDICA

PACIENTE HOSPITALIZADO EN EL CONTEXTO DE TCE, EN EL MOMENTO CON PERSISTENCIA DE SANGRADO ORAL Y SANGRADO NASAL POR LO CUAL SOLICITO TIEMPOS DE COAGULACION (PT, PTT).

ORDENES

Concepto	Servicio
LABORATORIO CLINICO	TIEMPO DE PROTROMBINA (PT)
	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL (PTT)

JOSE FERNANDO ARANGO VILLA
Especialidad: NEUROCIRUGIA
Registro Profesional: 1269

Cuarta Nota: Jose Fernando Arango

CONSORCIO NUEVA CLINICA RAFAEL URIBE
IMPRESION DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS MEDICOS

NOTA MEDICA 24/03/2017 22:00:00

Diagnosticos

S602 CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MUÑECA Y DE LA MANO

S097 TRAUMATISMOS MULTIPLES DE LA CABEZA

NOTA MEDICA

FORMULACION 25/03/2017 24 HORAS

MEDICAMENTOS

101. (BAXTER) SODIO CLORURO SOL INY 0.9% BOLSA 1000ML
Cant.: 2 80 Centimetros Cubicos C 01 Hora INTAVENO

102. TRAMADOL 50 MG/ML SOL.INY.AMPOLLA 1ML
Cant.: 2 1 Unidad C 12 Horas SUBC

103. DIPIRONA SODICA SOL INY 1G/2 ML
Cant.: 6 2 Unidad C 08 Horas INTAVENO

101. ACETAZOLAMIDA TABLETA 250 MG
Cant.: 4 INFUSION ORAL

101. ACETAZOLAMIDA TABLETA 250 MG
Cant.: 4 INFUSION ORAL

101. (BAXTER) SODIO CLORURO SOL INY 0.9% BOLSA 1000ML
Cant.: 1 INFUSION INTAVENO

GUSTAVO ADOLFO LEMOS LOZANO
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Registro Profesional: 1143834386

CONSORCIO NUEVA CLINICA RAFAEL URIBE
IMPRESION DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS MEDICOS

EVOLUCIÓN FONOAUDIOLOGIA 25/03/2017 10:58:00

Diagnosticos

S602 CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MUÑECA Y DE LA MANO

S097 TRAUMATISMOS MULTIPLES DE LA CABEZA

EVOLUCIÓN

SEGUIMIENTO

PACIENTE HOY HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, CON DIAGNÓSTICOS ANOTADOS, FLUCTUANTE EN SU ESTADO DE CONCIENCIA.
PACIENTE TOLERANDO PORTALECIMIENTO DE INSUFICIENCIA DE SELLO PALATOGLOSO CON MODERADA EFICIENCIA EN DINÁMICA LARINGEA Y CERVICAL. ENFERMERÍA REFIERE QUE PACIENTE RECIBE ALIMENTACIÓN VÍA ORAL CON TOLERANCIA A LA CONSISTENCIA INDICADA.

PLAN:

-CONTINUAR ALIMENTACIÓN VÍA ORAL TIPO COMPOTA, EXCLUSIVAMENTE
-COMENTAR CAMBIOS DE ESTADO DE CONCIENCIA QUE FACILITEN BRONCOASPIRACIÓN.
-CONTROL OROFARINGEO DIARIO

:::::DR MAURICIO CIFUENTES CUARTAS
ESPECIALISTA EN DISFAGIA OROFARINGEA
UNIVALLE

IVAN MAURICIO CIFUENTES CUARTAS
Especialidad: FONOAUDIOLOGIA
Registro Profesional: 767283

CONSORCIO NUEVA CLINICA RAFAEL URIBE
IMPRESION DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS MEDICOS

NOTA EVOLUCION DIARIA 25/03/2017 14:39:00

Diagnosticos

S602 CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MUÑECA Y DE LA MANO

S097 TRAUMATISMOS MULTIPLES DE LA CABEZA

DIAGNOSTICO ACTUAL

NEUROCIRUGIA
HERNANDO BENAVIDES PARRA
75 AÑOS

DIAGNÓSTICO:
1.TCE
2.DM 2
-

SUBJETIVO

PACIENTE REFIERE SENTIRSE EN MAL ESTADO GENERAL, PERSISTE CON SOMNOLENCIA, CEFALEA , HIPOREXIA, DIURESIS SIN CONTROL DE ESFINTERES EN OCASIONES.

EXAMEN FISICO

PACIENTE REGULARES CONDICIONES GENERALES, SIN SIRS, CON LOS SIGUIENTES SIGNOS VITALES: T:36.2 ºC FC: 115LPM, FR:25RPM, TA:167/90MMHG.
C/C:NORMOCEFALO, HERIDA EN REGIÓN FRONTAL, EDEMA EN TEJIDO BLANDO TEMPORAL IZQUIERDO, SIN SIGNOS DE INFECCION LOCAL, PUPILAS ISOCORICAS, NORMOREACTIVAS, ESCLERAS ANICTERICAS, MUCOSAS SEMIHUMEDAS, PALIDEZ MUCOCUTANEA, ESTIGMAS DE SANGRADO NASAL.
C/P: TORAX SIMETRICO, NORMOEXPANSIBLE, MV PRESENTE, SE AUSCULTA RONCUS Y ESTERTORES A LA INSPIRACION Y ESPIRACION, EN EL MOMENTO TAQUIPNEICO, RUIDOS CARDIACO RITMICOS, SIN SOPLOS,
ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.
EXTREMIDADES:SIMETRICAS, MOVILES, BUEN TONO MUSCULAR, SIN EDEMA, BUENA COORDINACION, LLENO CAPILAR <3SEG.
SNC: PACIENTE DESORIENTADO EN LUGAR Y TIEMPO, PERO ORIENTADO EN PERSONA, PRESENTA DETERIORO DE SU GLASGOW 14/15 EN 24 HORAS, SOMNOLIENTO, AGITADO, PARES CRANEALES SIN ALTERACION, SENSIBILIDAD SUPERFICIAL Y PROFUNDA CONSERVADA, REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS ++, FUERZA MUSCULAR MSD:5/5, MSI:3/5, MIEMBRO INFERIOR:5/5.

INTERPRETACION DE PARACLINICOS

HEMOGRAMA LEUCOCITOS:13.200, N:82.8, K:7.27, HB:12.9, HTO:39, P:179.000.
PCR:346.65
PT: 14.7, CONTROL:13.2, INR:1.09. PTT:28.5, C:28.9

ANALISIS

PACIENTE HOSPITALIZADO EN EL CONTEXTO DE TCE, EN EL MOMENTO CON TORPIDA EVOLUCION CLINICA, GLASGOW 14/15 CON RESPUESTA VERBAL CONFUSA Y DESORIENTADA, PERSITE SOMNOLIENTO, Y CONFUSION DESDE LA MADRUGADA, SOLICITO PARACLINICOS PARA BUSCAR POSIBLE FOCO INFECCIOSO, AL EXAMEN FISICO PACIENTE TAQUICARDICO Y TAQUIPNEICO CON SINTOMAS RESPIRATORIOS CON CURB 65 SCORE:3, POR LO CUAL SE SOLICITA RADIOGRAFIA DE TORAX E INTERCONSULTA POR MEDICINA INTERNA.

CONSORCIO NUEVA CLINICA RAFAEL URIBE
IMPRESION DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS MEDICOS

PLAN

1. HOSPITALIZACION POR NEUROCIRUGIA
2. DIETA HIPOGLUSIDA.
3. LEV SSN 0.9% 80CCC/H
4.ACETAZOLAMIDA 250MG C/6HORAS
5. *SUSPENDER TRAMADOL*
6.*ACETAMINOFEN 1GR C/8H (EN CASO DE DOLOR)*
7.SE SOLICITA UROANALISIS
8.SE SOLICITA CREATININA Y BUN
9.SE SOLICITA ELECTROLITOS (POTASIO, SODIO, CLORO)
10.SE SOLICITA TAC CRANEO
11.SE SOLICITA PLACA DE TORAX AP Y LATERAL
12.***VALORACION POR MEDICINA INTERNA***
13.TIRILLA REACTIVA DE GLUCOMETRIA EN CASO DE SANGRADO POR NARIZ
14.SE SOLICITA HEMOGRAMA DE CONTROL
15 PONER HIELO EN REGIÓN FRONTAL
16.GLUCOMETRIA
17.CURVA TERMICA Y VIGILAR SIGNOS VITALES.

RIESGOS IDENTIFICADOS

...

MEDIDAS DE SEGURIDAD

...

ORDENES

Concepto	Servicio
HONORARIOS MEDICOS	INTERCONSULTA MEDICINA INTERNA
IMAGENOLOGIA	RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P.Y LATERAL DECUBITO LATERAL OBLICUAS O LATERAL CON BARIO)
	A.P Y LATERAL
LABORATORIO CLINICO	UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA
	POR SONDA
	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA AUTOMATICO) (112)
	TOMA POR SONDA
	COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA
	ORINA
	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RE
	UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA
	CON GRAM
	CREATININA EN SUERO ORINA U OTROS
	NITROGENO UREICO (BUN)
	SODIO
	POTASIO
	CLORO (CLORURO)
PROCEDIMIENTOS QUIRUR	PUNCION LUMBAR SOD
TOMOGRAFIAS	TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA DE CRANEO SIMPLE

JOSE FERNANDO ARANGO VILLA
Especialidad: NEUROCIRUGIA
Registro Profesional: 1269

Medico Tratante: JOSE FERNANDO ARANGO VILLA
Especialidad: NEUROCIRUGIA
Registro Profesional: 1269

Quinta Nota: Jose fernando Arango

CONSORCIO NUEVA CLINICA RAFAEL URIBE
IMPRESION DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS MEDICOS

NOTA MEDICA 25/03/2017 15:52:00

Diagnosticos

S602 CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MUÑECA Y DE LA MANO

S097 TRAUMATISMOS MULTIPLES DE LA CABEZA

NOTA MEDICA

SE ABRE NOTA POR ERROR

MAYERLY LOPEZ CEROMECA
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Registro Profesional: 1107067637

NOTA MEDICA 25/03/2017 15:55:00

Diagnosticos

S602 CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MUÑECA Y DE LA MANO

S097 TRAUMATISMOS MULTIPLES DE LA CABEZA

NOTA MEDICA

SE ABRE FOLIO PARA CANCELAR PUNCION LUMBAR

JOSE FERNANDO ARANGO VILLA
Especialidad: NEUROCIRUGIA
Registro Profesional: 1269

Sexta Nota: Jose Fernando Arango

CONSORCIO NUEVA CLINICA RAFAEL URIBE
IMPRESION DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS MEDICOS

NOTA MEDICA 25/03/2017 18:43:00

Diagnosticos

S602 CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MUÑECA Y DE LA MANO

S097 TRAUMATISMOS MULTIPLES DE LA CABEZA

Inician Antibiotico.

NOTA MEDICA

SE ABRE FOLIO PARA FORMULACION

INICIAR ANTIBIOTICO POSTERIOR A TOMA DE PARACLINICOS

***PIPERACILINA TAZOBACTAM 4.5 GRAMOS IV C/6 HORAS

JOSE FERNANDO ARANGO VILLA
Especialidad: NEUROCIRUGIA
Registro Profesional: 1268

NOTA MEDICA 25/03/2017 18:49:00

Diagnosticos

S602 CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MUÑECA Y DE LA MANO

S097 TRAUMATISMOS MULTIPLES DE LA CABEZA

NOTA MEDICA

SE ABRE FOLIO PARA CARGAR ORDEN DE NEUROCIRUGIA
- PIPERACILINA TAZOBACTAM 4.5 GR EV CADA 6 HORAS
- SS HEMOCULTIVO PREVIO INICIO DE ANTIBIOTICO

MEDICAMENTOS

101. PIPERACILINA+TAZOBACTAM POLVO ESTERIL PARA INYECCION 4.5G
Cant.: 4 C 06 Horas INTAVENO

ORDENES

Concepto	Servicio
LABORATORIO CLINICO	HEMOCULTIVO AEROBIO POR METODO AUTOMATICO 2 MUESTRAS

MAYERLY LOPEZ CERONECA
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Registro Profesional: 1107067637

CONSORCIO NUEVA CLINICA RAFAEL URIBE

IMPRESION DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS MEDICOS

NOTA MEDICA 25/03/2017 21:37:00

Diagnosticos

S602 CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MUÑECA Y DE LA MANO

S097 TRAUMATISMOS MULTIPLES DE LA CABEZA

NOTA MEDICA

SE ABRE FOLIO PARA FORMULAR MEDICAMENTOS DEL DIA (26 MAR 17)

MEDICAMENTOS

101. ACETAZOLAMIDA TABLETA 250 MG
Cant.: 4 INFUSION ORAL

102. PIPERACILINA+TAZOBACTAM POLVO ESTERIL PARA INYECCION 4.5G
Cant.: 4 INFUSION INTAVENO

103. SODIO CLORURO SOL INY 0.9% BOLSA 100ML
Cant.: 4 INFUSION INTAVENO



RAFAEL ERNESTO DAU CORPUS
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Registro Profesional: 2275

CONSORCIO NUEVA CLINICA RAFAEL URIBE
IMPRESION DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS MEDICOS

NOTA MEDICA 26/03/2017 00:14:00

Diagnosticos

S602 CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MUÑECA Y DE LA MANO

S097 TRAUMATISMOS MULTIPLES DE LA CABEZA

NOTA MEDICA

SE ATIENDE LLAMADO DE FAMILIAR
PACIENTE QUE PRESENTA PRURITO GENERALIZADO

AL Ex FISICO
SE APREISA LESIONES ERITROPRURIGINOSAS GENERALIZADAS
SE AUSCULTA RUIDOS RESPIRAORIOS RUDOS CON GRAN MOVILIZACION DE SECRECIONES ESTERTORES SIN SIBILANTES NI ESTRIDORES

PLAN

DEXAMETASONA 16 MG +100 CC SSN IV AHORA
FUROSEMIDA 20 MG IV C/8H
CSV A Y AC

MEDICAMENTOS

101. DEXAMETASONA 8 MG/2ML SOL.INY.AMPOLLA X 2 ML
Cant.: 2 INFUSION INTAVENO

102. SODIO CLORURO SOL INY 0.9% BOLSA 100ML
Cant.: 1 INFUSION INTAVENO

103. FUROSEMIDA SOL INY 20 MG/2ML
Cant.: 1 INFUSION INTAVENO

RAFAEL ERNESTO DAU CORPUS
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Registro Profesional: 2278

CONSORCIO NUEVA CLINICA RAFAEL URIBE
IMPRESION DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS MEDICOS

NOTA MEDICA 26/03/2017 02:11:00

Diagnosticos

S602 CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MUÑECA Y DE LA MANO

S097 TRAUMATISMOS MULTIPLES DE LA CABEZA

NOTA MEDICA

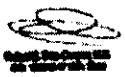
SE RECIBE "K" EN 3.1

PLAN

ION K 15 CC VO C/8H

MEDICAMENTOS

101. POTASIO GLUCONATO 31% ELIXIR FCO X 180 ML
Cant.: 1 INFUSION ORAL



RAFAEL ERNESTO DAU CORPUS
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Registro Profesional: 2275

CONSORCIO NUEVA CLINICA RAFAEL URIBE
IMPRESION DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS MEDICOS

NOTA MEDICA 26/03/2017 06:11:00

Diagnosticos

S602 CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MUÑECA Y DE LA MANO

S097 TRAUMATISMOS MULTIPLES DE LA CABEZA

NOTA MEDICA

SE RECIBE LAB DE CONTROL
Cl:101.5 K:3.12 Na:140.7 Cr:0.71 BUN:14.7
CH:LEU:23 PLQ:213 NEU:91% LIN:7% HB:14.1 HTO:42.2 VSG: 71

PACIENTE QUE HA PRESENTADO DERTERIORO DE SU PATRON RESPIRATORIO CON ESTERTORES GRUESOS TIRAJES INTERCOSTALES SIN SIBILANTES

PACIENTE EN MAL ESTADO GENERAL

PLAN

SE SUSPENDE ION K
SE INICIA REOSICION IV ASI:
SSN 475 CC + 25 CC KATROL PASAR A 30 CC H
SS GASES ARTERIALES

MEDICAMENTOS

101. (BAXTER) SOLUCION SALINA INY BOLSA X 500 ML
Cant.: 2 INFUSION INTAVENO

102. POTASIO CLORURO SOL INY 20MEQ/ML AMPOLLA 10 ML
Cant.: 6 INFUSION INTAVENO

ORDENES

Concepto	Servicio
LABORATORIO CLINICO	GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCICIO)



RAFAEL ERNESTO DAU CORPUS
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Registro Profesional: 2275

CONSORCIO NUEVA CLINICA RAFAEL URIBE
IMPRESION DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS MEDICOS

NOTA MEDICA 26/03/2017 07:44:00

Diagnosticos

S602 CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MUÑECA Y DE LA MANO

S097 TRAUMATISMOS MULTIPLES DE LA CABEZA

NOTA MEDICA

PACIENTE QUIEN PRESENTO DEFICULTAD RESPIRATORIA QUIEN REQUIRIO MANEJO CON INTUBACION OROTRAQUEAL, SE PASA A UCI

MEDICAMENTOS

101. FENTANILO CITRATO SOL INY 0.05 MG/ML (0.005%) AMPOLLA 10 ML
Cant.: 1 C 24 Horas INTAVENO

101. FENITOINA 250 MG SOL.INY. AMPOLLA X 5 ML
Cant.: 1 C 24 Horas INTAVENO

102. MIDAZOLAM SOL INY 15 MG 3ML
Cant.: 1 C 24 Horas INTAVENO

MAYERLY LOPEZ CIROMECA
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Registro Profesional: 1107067637

NOTA MEDICA 26/03/2017 07:56:00

Diagnosticos

S602 CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MUÑECA Y DE LA MANO

S097 TRAUMATISMOS MULTIPLES DE LA CABEZA

NOTA MEDICA

HORA DE ATENCION: 6:30 HORAS
SE RECIBE GASES ARTERIALES QUE EVIDENCIA ACIDOCIS METABOLICA NO COMPENZADA CON Rx DE TORAX QUE EVIDENCIA CONSOLIDADOS EN BASE PULMONAR DERECHA CON ATELECTASIA E INFILTRDOS INTERSTICIALES Y BRONCOGRAMA AEREO.
SE DECIDE INTUBAR POR ALTO RIESGO DE FALLA VENTILATORIA Y SE COMENTA A UCI DONDE ES ACEPTADO EN CUBICULO 36 POR Dr LEON

RAFAEL ERNESTO DAU CORPUS
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Registro Profesional: 2275

50

360

CONSORCIO NUEVA CLINICA RAFAEL URIBE
INPRESION DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS MEDICOS

INGRESO UCI 26/03/2017 09:54:00

Diagnosticos

S602 CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MUÑECA Y DE LA MANO

S097 TRAUMATISMOS MULTIPLES DE LA CABEZA

Motivo de Consulta

Remitido de Hospitalizacion

Enfermedad Actual

Paciente HERNANDO BENAVIDEZ PARRA de 75 años que ingresa por el servicio de urgencias hace 6 dias , indican lo encuentran sin sentido en el piso con TCE frontal y sangrado nasal (presunta caida de la cama) , amnesia posterior a trauma , edema tenia contusion de muñeca izquierda y espalda region lumbar.Toman TAC cerebral que informa neumoencefalo bifrontal , es valorado por Neurocirugia que indica vigilancia y hospitalizacion ,toman ademas tac de senos paranasales por sangrado acuoso por fosas nasales . Trac de control fracturas frontales derechas y fx anterior de celdillas etmoidales derechas con extension nasal del mismo lado , se sospencha por rinorraquia probable fistula , se inio acetazolamida 250 mg cada 6 horas .
Hoy lo observan con eritema generalizado ademas con disnea , movilizacion de secreciones - paraclinicos : Cl:101.5 K:3.12 Na:140.7 Cr:0.71 BUN:14.7 CH:LEU:23 PLQ:213 NEU:91% LIN:7% HB:14.1 HTO:42.2 VSG: 71
se recibe gases arteriales que evidencia acidocis metabolica no compenzada con rx de torax que evidencia consolidados en base pulmonar derecha con atelectasia e infiltrdos intersticiales y broncograma aereo. se decide intubar por alto riesgo de falla ventilatoria
¡Al ingreso hipotenso se recibe gases arteriales que evidencia acidocis metabolica no compenzada con rx de torax que evidencia consolidados en base pulmonar derecha conatelectasia e infiltrdos intersticiales y broncograma aereo. se decide intubar por alto riesgo de falla ventilatoria¡
Paciente inestable se coloca CVC mediante tecnica de Seldinger Subclavia Izquierda en primer intento sin complicaciones se verifica retorno venoso positivio y se fije a piel se pide rx de torax portatil .

Antecedentes Personales

Patologicos: Dm tipo II
QX: Apendicectomia hace 20 años
Farmacologicos : glibenclamida 5 mg cada 12 horas

Examen Fisico

Peso (kg)	70.00	Talla (cm)	160.00	Fr. resp (res/min)	35.50	Frec. Cardiaca	99.00
Sat. Oxigeno(%)	93.00	Sistolica	78.00	Diastolica	58.00		

Estado General

¡Paciente que ingresa hipotenso , inestable con TOT recien colocado
al ingreso habia pupilas iguales levemente reactivas , pero en nueva valoracion disminuye respuesta con reflejos comprometidos

Cabeza y cuello

edema cuello lado derecho , leve equimosis

Cardiopulmonar

ruidos cardiacos ritmicos no soplos , pulmones hipoventilado ,mas campo pulmonar izquierdo
En el hemitorax derecho se observa eritema parcheado con quimosis

Abdomen

blando depresible no dolor

GenitoUrinario

no

Extremidades

buena perfusion distal

Piel y Faneras

palido

Examen Neurológico

bajo sedacion rass-2

CONSORCIO NUEVA CLINICA RAFAEL URIBE
IMPRESION DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS MEDICOS

Diagnostico de Ingreso

Insuficienca respiratoria aguda
Neumonia por cuidados de la salud
TCE
- neumoencefalo
- fractura de senos paranasales
DM tipo II

Plan :
Manejo UCI
Ventilacion mecanica invasiva en asocio de terapia respiratoria
Nutricion según indicacion de nutricionista
LEV SSN 0.9 A 70 cc/h
Norepinefrina amp 4mg/125 cc DEX 5 % AD si lo requiere para lograr PAM 70-75 Mm de Hg.
Lev solucion hipertonica Manitol en bolo de 200 cc IV ahora
Midazolam 60mg/60 cc ssn a 4 cc/h
Fentanilo 500 ugr/50 cc ssn a 4 cc/h
Furosemida amp 20 mg , aplicar ahora unida dosis
Piperacilina tazobactam amp 4.5 mg , aplicar 1 amp cada 6 horas IV
Ranitidina amp 50 mg , alicar 1 amp cada 6 horas IV
Acetazolamida tab 250 mg , dar 1 tab cada 8 horas
ss rx de torax portatil
ss tac cerebral simple
seguimiento por neurocirugia
csv/ac

Analisis

Paciente HERNANDO BENAVIDEZ PARRA de 75 años que ingresa por el servicio de urgencias hace 6 dias , indican lo encuentran sin sentido en el piso con TCE frontal y sangrado nasal (presunta caida de la cama) , amnesia posterior a trauma , edema tenia contusion de muñeca izquierda y espalda region lumbar.Toman TAC cerebral que informa neumoencefalo bifrontal , es valorado por Neurocirugia que indica vigilancia y hospitalizacion , toman ademas tac de senos paranasales por sangrado acuoso por fosas nasales . Tac de control fracturas frontales derechas y fx anterior de celdillas etmoidales derechas con extension nasal del mismo lado , se sospecha por rinorraquia probable fismtula , se inio acetazolamida 250 mg cada 6 horas .
Hoy lo observan con eritema generalizado ademas con disnea , movilizacion de secreciones - paraclinicos : Cl:101.5 K:3.12 Na:140.7 Cr:0.71 BUN:14.7 CH:LEU:23 PLQ:213 NEU:91% LIN:7% HB:14.1 HTO:42.2 VSG: 71
se recibe gases arteriales que evidencia acidosis metabolica no compensada con rx de torax que evidencia consolidados en base pulmonar derecha con atelectasia e infiltrdos intersticiales y broncograma aereo. se decide intubar por alto riesgo de falla ventilatoria!
Al ingreso hipotenso se recibe gases arteriales que evidencia acidocis metabolica no compenzada con rx de torax que evidencia consolidados en base pulmonar derecha con atelectasia e infiltrados intersticiales y broncograma aereo.
Paciente inestable se coloca CVC mediante tecnica de Seldinger Subclavia izquierda en primer intento sin complicaciones se verifica retorno venoso positivio y se fija a piel se pide rx de torax portatil .
Se evalua con Dr Castro y Dr rider que indican seguir cubrimiento antibiotico instaurado en piso con Piptazo y requirio por inestabilidad inicio de vasopresor , se pide medicion de PVC se considera que por posibilidad de fistula se deberia descartar compromiso de snc infeccioso .Se indica necesario Puncion Lumbar LCR .
Se valora con Neurocirugia Dr. Arango que indica posible compromiso protuberencial por probable edema cerebral que podria estar produciendo herniacion , indica prueba terapeutica con bolo de osmorin 200 cc ahora, previa colocacion de furosemida IV.
En tac cerebal de el dia de ayer pesiste neumoencefalo igual a el 1 tac sin cambio ,
Ss solicita tac cerebral simple ahora dado el deterioro neurologico de esta mañana .Indica no PL por sx de herniacion que lo comprometeria mas .se difiere.

Justificacion Estancia

ventilacion mecanica no invasiva

MEDICAMENTOS

101. (BAXTER) SODIO CLORURO SOL INY 0.9% BOLSA 1000ML
Cant.: 3 1000 Mililitros INFUSION INTAVENO

102. (BAXTER) SOLUCION SALINA INY BOLSA X 500 ML
Cant.: 2 100 Mililitros INFUSION INTAVENO

103. SODIO CLORURO SOL INY 0.9% BOLSA 100ML
Cant.: 4 100 Mililitros INFUSION INTAVENO

CONSORCIO NUEVA CLINICA RAFAEL URIBE

IMPRESION DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS MEDICOS

MEDICAMENTOS

104. MIDAZOLAM SOL INY 15 MG 3ML
Cant.: 16 3 Mililitros INFUSION INTAVENO

105. FENTANILO CITRATO SOL INY 0.05 MG/ML (0.005%) AMPOLLA 10 ML
Cant.: 4 10 Mililitros INFUSION INTAVENO

106. NOREPINEFRINA 4MG SOL.INY. AMPOLLA X 4 ML **
Cant.: 12 4 Mililitros INFUSION INTAVENO

107. DEXTROSA 5% A.D.SOL.INY.BOLSA X 500 ML
Cant.: 3 500 Mililitros INFUSION INTAVENO

108. MANITOL (OSMORIN) 20% SOL.INY. BOLSA X 500 ML
Cant.: 1 500 Mililitros INFUSION INTAVENO

109. RANITIDINA SOL INY 50 MG/2ML AMPOLLAS 2ML
Cant.: 3 50 Miligramo C 08 Horas INTAVENO

110. AGUA ESTERIL PARA INYECCION 10ML
Cant.: 1 10 Mililitros INFUSION INTAVENO

111. LIDOCAINA (ROXICAINA) JALEA 2% TUBO 30 ML
Cant.: 1 30 Miligramo INFUSION URETR

ORDENES

Concepto	Servicio
IMAGENOLOGIA	RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P.Y LATERAL DECUBITO LATERAL OBLICUAS O LATERAL CON BARIO)
	PORTATIL PARA ESTUDIOS RADIOLOGICOS SIMPLES
TOMOGRAFIAS	TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA DE CRANEO SIMPLE CONTROL

JAIME RAUL LEON MEDINA
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Registro Profesional: 001351-94

Medico Tratante: JAIME RAUL LEON MEDINA
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Registro Profesional: 001351-94

CONSORCIO NUEVA CLINICA RAFAEL URIBE
IMPRESION DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS MEDICOS

NOTA EVOLUCION DIARIA 26/03/2017 11:13:00

Diagnosticos

S602 CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MUÑECA Y DE LA MANO

S097 TRAUMATISMOS MULTIPLES DE LA CABEZA

DIAGNOSTICO ACTUAL

NEUROCIRUGIA
HERNANDO BENAVIDES PARRA
75 AÑOS

DIAGNÓSTICO:
1.TCE
2. NEUMONIA POR CUIDADOS DE LA SALUD
±ASPIRATIVA ?
3.DM 2

SUBJETIVO

PACIENTE CON SOPORTE VENTILATORIO MECANICO, BAJO SEDACION.

EXAMEN FISICO

PACIENTE MALAS CONDICIONES GENERALES, SIGNOS VITALES: T:35.2ºC FC:103 LPM, FR:22RPM, TA:98/59MMHG, TAM: 146 , PEEP:6, FIO2:100.
C/C:NORMOCEFALO, HERIDA EN REGIÓN FRONTAL, EDEMA EN TEJIDO BLANDO TEMPORAL IZQUIERDO, PUPILAS PUNTIFORMES, NO REACTIVAS, ESCLERAS ANICTERICAS, MUCOSAS SECAS, PALIDEZ MUCOCUTANEA, ESTIGMAS DE SANGRADO NASAL.
C/P: TORAX SIMETRICO, PATRON EQUIMOTICO DIFUSO QUE PALIDECE A LA DIGITOPRESION EN EL HEMITORAX DERECHO, DETERIORO PATRON RESPIRATORIO, A LA AUSCULTACION HIPOVENTILACION EN PULMON IZQUIERDO, ESTERTORES GRUESOS, TIRAJES INTERCONSTALES, RUIDOS CARDIACO RITMICOS, SIN SOPLOS.
ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.
EXTREMIDADES:SIMETRICAS, SIN EDEMA, LLENO CAPILAR <3SEG, NO RESPUESTA AL DOLOR.
SNC: PACIENTE BAJO SEDACION, GLASGOW 3/15, PUPILAS PUNTIFORMES NO REACTIVAS, CORNEANO NEGATIVO, LEVE PRESENCIA OCULOCEFALOGIRO, NO RESPUESTA AL DOLOR, REFLEJO NAUSEOSO POSITTVO.

INTERPRETACION DE PARACLINICOS

PARACLINICOS (25.3.17)
L:23.000, N:91, L:7, HB:14.4, HTO:42.2, PLAQUETAS:213.000.
UROANALISIS NO PATOLOGICO, GRAM -
ACIDOSIS METABOLICA NO COMPENSADA.
CREATININA:0.71, BUN:14.7
CLORO:101.5, POTASIO: 3.12, SONDIO:140.7.
PCR: 346.65

ANALISIS

PACIENTE CON DETERIORO DE SU ESTADO DE CONCIENCIA, QUE REQUIERE PROTECCION DE LA VIA AEREA MEDIANTE ARM, EN UN CONTEXTO DE UNA INFECCION DEL TRACTO RESPIRATORIO SUPERIOR (PROBABLE BRONCOASPIRACION)Ł AL MOMENTO DEL EXAMEN ENCONTRAMOS UN PACIENTE BAJO SEDACION, CON INOTROPIA, CURB65 SCORE: 4, PUPILAS PUNTIFORMES NO REACTIVAS, CORNEANO NEGATIVO, LEVE PRESENCIA OCULOCEFALOGIRO, NO RESPUESTA AL DOLOR.
SE REVISA EL TAC DE CONTROL SIN CAMBIOS AL DE INGRESO OBSERVANDO CISTERNAS BASALES PERMEABLES, VENTRICULOS SIMETRICOS NO DILATADOS, QUE NO ESTAN ACORDE CON UN CUADRO DE HERNIACION, SE OBSERVA ADEMAS UN PATRON EQUIMOTICO DIFUSO QUE PALIDECE A LA DIGITOPRESION EN EL HEMITORAX DERECHO, QUE PUEDE CORRESPONDER A UNA COAGULOPATIA.
PACIENTE CON PRONOSTICO OMINOSO DESDE EL PUNTO DE VISTA NEUROLOGICO, SE LE EXPLICA AL FAMILIAR.

PLAN

1.BOLO COMO PRUEBA TERAPEUTICA DE MANITOL 200CC BOLO, PREVIA ADMINISTRACION DE UNA AMPOLLA DE FUROSEMIDA
2.TAC DE CONTROL SI LAS CONDICIONES HEMODINAMICAS LO PERMITEN.
3. INFORMAR CAMBIOS.

RIESGOS IDENTIFICADOS

...

CONSORCIO NUEVA CLINICA RAFAEL URIBE

IMPRESION DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS MEDICOS

MEDIDAS DE SEGURIDAD

...

Septima Nota: Jose fernando Arang

JOSE FERNANDO ARANGO VILLA
Especialidad: NEUROCIRUGIA
Registro Profesional: 1269

Medico Tratante: JOSE FERNANDO ARANGO VILLA
Especialidad: NEUROCIRUGIA
Registro Profesional: 1269

SOLICITUD PARACLINICOS 26/03/2017 11:56:00

JAIME RAUL LEON MEDINA
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Registro Profesional: 001351-94

NOTA MEDICA 26/03/2017 12:05:00

Diagnosticos

S602 CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MUÑECA Y DE LA MANO

S097 TRAUMATISMOS MULTIPLES DE LA CABEZA

NOTA MEDICA

NEUROCIRUGIA

SE EVALUA 20 MINUTOS DESPUES DEL BOLO DE MANITOL COMO PRUEBA TERAPEUTICA Y NO SE OBSERVA REFLEJOS DEL TALLO, PACIENTE CON MAL PRONÓSTICO. SE CONVERSA CON LA FAMILIA.

JOSE FERNANDO ARANGO VILLA
Especialidad: NEUROCIRUGIA
Registro Profesional: 1269

Octava Nota: Jose fernando Arango

CONSORCIO NUEVA CLINICA RAFAEL URIBE
INPRESION DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS MEDICOS

SOLICITUD PARACLINICOS 26/03/2017 12:15:00

MEDICAMENTOS

101. FUROSEMIDA SOL INY 20 MG/2ML
Cant.: 1 Miligramo C 24 Horas INTAVENO

JAIME RAUL LEON MEDINA
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Registro Profesional: 001351-94

Medico Tratante: JAIME RAUL LEON MEDINA
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Registro Profesional: 001351-94

SOLICITUD PARACLINICOS 26/03/2017 12:52:00

MEDICAMENTOS

101. PIPERACILINA+TAZOBACTAM POLVO ESTERIL PARA INYECCION 4.5G
Cant.: 4 4.5 Miligramo C 06 Horas INTAVENO

JAIME RAUL LEON MEDINA
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Registro Profesional: 001351-94

CONSORCIO NUEVA CLINICA RAFAEL URIBE
IMPRESION DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS MEDICOS

EVOLUCION SOPORTE NUTRICIONAL 26/03/2017 14:29:00

Diagnosticos

S602 CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MUÑECA Y DE LA MANO

S097 TRAUMATISMOS MULTIPLES DE LA CABEZA

GRUPO DE SOPORTE NUTRICIONAL

MIPRES: 20170326103000356296
PACIENTE CON DX MEDICO: TRAUMA CRANEOENCEFALICO, NEUMONIA, DIABETES MELLITUS 2, HTA, VENTILACION MECANICA, CONDICION QUE LE IMPOSIBILITA PARA AL VIA ORAL, REQUIERE TERAPIA DE REMPLAZO NUTRICIONAL COMO UNICA ALTERNATIVA DE ALIMENTACION, FORMULA NUTRICIONAL ESPECIAL BAJA EN CARBOHIDRATOS GLUCERNA1.5LPC POR 1000ML FORMULA ADECUADA PARA LA PACIENTE DEBIDO A DIABETES DE BASE
ESTADO NUTRICIONAL: MALNUTRICION TIPO SOBREPESO
REQUERIMEINTO: 2000 KCAL
VIA: ENTERAL SONDA
METODO: INFUSION CONTINUA
META: 56 CC/HORA

PLAN
1-NVO
2-GLUCERNA 30CC/h
3-EVALUAR TOLERANCIA ALIMENATRIA
4-SEMISENTADO

MEDICAMENTOS

101. NUTR POLIM BAJA CARBOHID ALTA DENS CALORICA PAC CON INTOL A GLUCOSA FCO LPC 1000ML 1.5KCAL GLUCERNA
Cant.: 1 30 Mililitros C 01 Hora SNG

MARIA ISABEL BILBAO PARRA
Especialidad: NUTRICION

CONSORCIO NUEVA CLINICA RAFAEL URIBE

IMPRESION DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS MEDICOS

NOTAS MEDICAS 26/03/2017 21:53:00

Nota Medica

Evolucion UCI Noche

Paciente HERNANDO BENAVIDES PARRA de 75 años con dx anotados el dia de hoy

Paciente en condicion critica con deterioro neurologico sin reflejos de tallo
en ventilacion mecanica y soporte vasoactivo con norepinefrina
sv tension 101/47 fc : 62 lpm fr : 18 so2 : 97 %
pupilas mioticas sin reaccion a la luz no reflejos oculo motor
ruidos cardiacos ritmicos
pulmones hipoventilados ambos campos pulmonares
Abdomen blando depresible
piel moteado violaceo en piel de abdomen y torax
ext perfusion disminuida > 3 seg
snc galsgow 3/15

Paciente en deterioro neurologico con;cuadro infeccioso pulmonar en tto inestable hemdinamicamente con soporte vasoactivo a altas dosis
p/ tac cerebral , no se ha podido mover por inestabilidad hemodinamica
Paciente de pronostico reservado alto riesgo de fallecimiento se informa a familiares (hijos)
ss paraclinicos

ORDENES

Concepto	Servicio
IMAGENOLOGIA	RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P.Y LATERAL DECUBITO LATERAL OBLICUAS O LATERAL CON BARIO)
	PORTATIL PARA ESTUDIOS RADIOLOGICOS SIMPLES
LABORATORIO CLINICO	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RE
	CREATININA EN SUERO ORINA U OTROS
	NITROGENO UREICO (BUN)
	SODIO
	POTASIO
	GASES ARTERIALES EN MAQUINA DE GASES

JAIME RAUL LEON MEDINA
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Registro Profesional: 001351-94

Medico Tratante: JAIME RAUL LEON MEDINA
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Registro Profesional: 001351-94

CONSORCIO NUEVA CLINICA RAFAEL URIBE
IMPRESION DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS MEDICOS

SOLICITUD PARACLINICOS 26/03/2017 23:38:00

MEDICAMENTOS

101. PIPERACILINA+TAZOBACTAM POLVO ESTERIL PARA INYECCION 4.5G
Cant.: 3 4.5 Miligramo C 08 Horas INTAVENO

102. RANITIDINA SOL INY 50 MG/2ML AMPOLLAS 2ML
Cant.: 3 50 Miligramo C 08 Horas INTAVENO

103. ACETAZOLAMIDA TABLETA 250 MG
Cant.: 4 250 Miligramo C 08 Horas ORAL

104. NOREPINEFRINA 4MG SOL.INY. AMPOLLA X 4 ML **
Cant.: 4 4 Mililitros INFUSION INTAVENO

105. SODIO CLORURO SOL INY 0.9% BOLSA 100ML
Cant.: 1 100 Mililitros INFUSION INTAVENO

106. DEXTROSA 5% A.D.SOL.INY.BOLSA X 500 ML
Cant.: 1 500 Mililitros INFUSION INTAVENO

107. (BAXTER) SODIO CLORURO SOL INY 0.9% BOLSA 1000ML
Cant.: 2 1000 Mililitros INFUSION INTAVENO

JAIME RAUL LEON MEDINA
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Registro Profesional: 001351-94

Medico Tratante: JAIME RAUL LEON MEDINA
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Registro Profesional: 001351-94

CONSORCIO NUEVA CLINICA RAFAEL URIBE
IMPRESION DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS MEDICOS

EVOLUCION DIARIA UCI 27/03/2017 12:20:00

Diagnosticos

S602 CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MUÑECA Y DE LA MANO

S097 TRAUMATISMOS MULTIPLES DE LA CABEZA

DIAGNOSTICOS ACTUALES

HERNANDO BENAVIDEZ

HERNANDO BENAVIDEZ

IInsuficienca respiratoria aguda
Neumonia por cuidados de la salud
TCE
- neumoencefalo secundario
- fractura de senos paranasales
DM tipo II
NAC BRONCOASPIRATIVA

SUBJETIVO

PACIENTE EN ESTADO CRITICO

HEMODINAMICO

RUIDOS CARDIACOS DE BAJA TONALIDAD CON SOPORTE DE VASOACTIVO ALTOS REQUERIMIENTOS TA 113 / 48 mmHG PAM 69 FC 111LXM

RESPIRATORIO

MURMULLO VESICULAR PRESENTE EN AMBOS CAMPOS PULMONARES CON VM MODO VC VCP 400 FIO2 80 % PEEP 6 FIO2 80 %
GSA PH 6.9 PC02 49 P02 141 HC03 11
RX TORAX CON INFILTRADOS PARAHILIARES BILATERALES CON TENDENCIA A LA CONSOLIDACION

RENAL

OLIGURICO HACE 12 HORAS RATA URINARIA 0.3 CC / KG / HORA
BALANCE DIA + 3683 CC

HEMATO INFECCIOSO

SIN ALZAS TERMICAS
SIN SANGRADOS ACTIVOS
T 36

GASTROINTESTINAL - METABOLICO

ABD DEPRESIBLE BLANDO NO MASAS PERISTALTISMO PRESENTE GLUCOMENTRIA 101 / 98 MG / DL

NEUROLOGICO

GLASGOW 3 / 15

PARACLINICOS

CH LEU 23.000 NEU 91 % HB 14 HCT 42 PLT 213.000 SODIO 139 POTASIO 4.7

INTERPRETACION

CH LEU 23.000 NEU 91 % HB 14 HCT 42 PLT 213.000 SODIO 139 POTASIO 4.7

ANALISIS

PACIENTE HOSPITALIZADO EN EL CONTEXTO DE FALLA RESPIRATORIA AGUDA SECUNDARIO A DETERIORO NEUROLOGICO POR TCE RESULTADO DE TAC CEREBRAL SE EVIDENCIA ABUNDANTE CONTENIDO GASEOSO SUBARACNOIDEO FRONTAL CON FX ANTERIOR FRONTAL DERECHA ACTUALMENTE EN ESTADO CRITICO ALTO RIESGO DE FALLECER EN LAS PROXIMAS HORAS CON SOPORTE DE VASOACTIVOS REQUERIMIENTOS ALTOS SIGNOS DE HIPOPERFUSION DISTAL RECIENDO ESQUEMA DE ANTIBIOTICOTERAPIA POR FOCO INFECCIOSO PULMONAR NAC BRONCOASPIRATIVA EN ESPERA DE NUEVO CONTROL POR NEUROCIRIGIA SE HABLA CON FAMILIAR / HIJO / SOBRE LA CONDICION ACTUAL DEL PACIENTE

CONSORCIO NUEVA CLINICA RAFAEL URIBE
IMPRESION DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS MEDICOS

PLAN

Plan :
Manejo UCI
Ventilacion mecanica invasiva en asocio de terapia respiratoria
Nutricion según indicacion de nutricionista
PIPERACILINA / TAZOBACTAM 4,5 GRAMOS CADA 6 HORAS
HIDROCORTISONA 50 mg iv cada 6 HORAS
SUSPENDER ACETAZOLAMIDA
RANINTIDINA 50 MG CADA 8 HORAS
Midazolam 60mg/60 cc ssn a 4 cc/h
Fentanilo 500 ugr/50 cc ssn a 4 cc/h
CONTROL CON NEUROCIRUGIA
VIGILANCIA HEMONIDAMICA

JUSTIFICACION UCI

VENTILACION MECANICA / DETERIORO NEUROLOGICO

MEDICAMENTOS

101. HIDROCORTISONA SUCCINATO SODICO POLVO PARA INYECCION 100 MG
Cant.: 4 1 Unidad C 06 Horas INTAVENO

102. NOREPINEFRINA 4MG SOL.INY. AMPOLLA X 4 ML **
Cant.: 12 1 Unidad C 24 Horas INTAVENO

103. DEXTROSA 10% A.D. SOL.INY.BOLSA X 500 ML
Cant.: 1 1 Unidad C 24 Horas INTAVENO

104. DEXTROSA 5% A.D.SOL.INY.BOLSA X 500 ML
Cant.: 3 1 Unidad C 24 Horas INTAVENO

EDGAR FELIPE BARBETTI VARGAS
Especialidad: MEDICINA ESPECIALIZADA
Registro Profesional: 768702

Medico Tratante: EDGAR FELIPE BARBETTI VARGAS
Especialidad: MEDICINA ESPECIALIZADA
Registro Profesional: 768702

SOLICITUD PARACLINICOS 27/03/2017 13:28:00

MEDICAMENTOS

101. NUTR POLIM BAJA CARBOHID ALTA DENS CALORICA PAC CON INTOL A GLUCOSA FCO LPC 1000ML 1.5XCAL GLUCERNA
Cant.: 1 56 Millitros C 01 Hora SNG

MARIA ISABEL BILBAO PARRA
Especialidad: NUTRICION

CONSORCIO NUEVA CLINICA RAFAEL URIBE
IMPRESION DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS MEDICOS

NOTA EVOLUCION DIARIA 27/03/2017 15:17:00

Diagnosticos

S602 CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MUÑECA Y DE LA MANO

S097 TRAUMATISMOS MULTIPLES DE LA CABEZA

DIAGNOSTICO ACTUAL

NEUROCIRUGIA
HERNANDO BENAVIDES PARRA
75 AÑOS

DIAGNÓSTICO:
1.TCE
2.FRACTURA DE SENOS SENOS PARANASALES
3. NEUMONIA POR CUIDADOS DE LA SALUD
-ASPIRATIVA ?
3.DM 2

SUBJETIVO

PACIENTE CON SOPORTE VENTILATORIO MECANICO, BAJO SEDACION, SOPORTE VASOACTIVO

EXAMEN FISICO

PACIENTE MALAS CONDICIONES GENERALES, SIGNOS VITALES: T:35.2ºC FC:101LPM, FR:14RPM, TA:112/44MMHG, TAM: 64, PEEP:6, FIO2:80.
C/C:NORMOCEFALO, HERIDA EN REGIÓN FRONTAL, ANISOCORIA, PUPILAS REACTIVAS, ESCLERAS ANICTERICAS, MUCOSAS SECAS, PALIDEZ MUCOCUTANEA.
C/P: TORAX SIMETRICO, MOTEADO VIOLACEO EN TORAX, MV PRESENTE, HIPOVENTILACION EN AMBOS CAMPOS PULMONARES, ESTERTORES GRUESOS, TIRAJES INTERCONSTALES, RUIDOS CARDIACO RITMICOS, SIN SOPLOS.
ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.
EXTREMIDADES: PATRON MOTEADO VIOLACEO EXTREMIDADES, EXTREMIDADES SIMETRICAS, SIN EDEMA, LLENO CAPILAR >3SEG, NO RESPUESTA AL DOLOR.
SNC: PACIENTE BAJO SEDACION, GLASGOW 3/15, ANISOCORIA, PUPILAS REACTIVAS AL REFLEJO FOTOMOTOR, CORNEANO NEGATIVO, LEVE PRESENCIA OCULOCEFALOGIRO, NO RESPUESTA AL DOLOR, REFLEJO NAUSEOSO POSITIVO.

INTERPRETACION DE PARACLINICOS

TAC CONTROL 27.03.17 QUE REPORTA IMPORTANTE NEUMOENCEFALO BIFRONTAL, COLECCIONES EXTRAAXIALES SUBDURALES ANTERO-LATERALES HIPODENSAS DERECHA:10MM, IZQUIERDA: 9MM CORRESPONDEN A HEMATOMA SUBDURALES CRONICOS NO COMPRESIVOS, FRACTURA OBLLICUA COMPLETA FROTO ANTERO-LATERAL DERECHA COMPROMETE PARED ANTERIO Y PSTERIOR DEL SENO FRONTAL IPSILATERAL..

ANALISIS

PACIENTE EN CONDICIONES CRITICAS, HEMODINAMICAMENTE INESTABLE, CON DETERIORO DEL ESTADO DE NEUROLOGICO QUE REQUIERE VENTILACION MECANICA Y NOREPINEFRINA ALTAS DOSIS, HOSPITALIZADO EN EL CONTEXTO DE TCE Y NEUMONIA BRONCOASPIRATIVA, EN MOMENTO CON MANEJO ANTIBIOTICO CON PIPARACILINA TAZOBACTAM, AL EXAMEN FISICO PUPILAS REACTIVAS AL REFLEJO FOTOMOTOR, CORNEANO NEGATIVO, LEVE PRESENCIA DE OCULOCEFALOGIRO, REFLEJO NAUSEOSO +, CON SIGNOS DE HIPOPERFUSION GENERALIZADA, OLIGURICO HACE 12 HORAS. TAC CONTROL 25.03.17 CON NEUMOENCEFALO EN REABSORCION, EN EL MOMENTO CONTINUAR IGUAL MANEJO EN CONJUNTO CON UCI, SE EXPLICA A LA FAMILIA PRONOSTICO OMINOSO DEL PACIENTE.

PLAN

1 MANEJO EN CONJUNTO CON UCI
2. TAC CONTROL EN CASO DE ESTABILIDAD HEMODINAMICA
3.IGUAL MANEJO MEDICO INSTAURADO
4. VIGILANCIA DE SIGNOS VITALES, AVISAR CAMBIOS.

RIESGOS IDENTIFICADOS

...

MEDIDAS DE SEGURIDAD

...

/ /

/ /

CONSORCIO NUEVA CLINICA RAFAEL URIBE
IMPRESION DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS MEDICOS

JOSE FERNEY NAVARRO ARIAS
Especialidad: NEUROCIRUGIA
Registro Profesional: 05844

Medico Tratante: JOSE FERNEY NAVARRO ARIAS
Especialidad: NEUROCIRUGIA
Registro Profesional: 05844

SOLICITUD PARACLINICOS 27/03/2017 19:53:00

MEDICAMENTOS

101. NOREPINEFRINA 4MG SOL.INY. AMPOLLA X 4 ML **
Cant.: 16 4 Unidad INFUSION INTAVENO

102. DEXTROSA 10% A.D. SOL.INY.BOLSA X 500 ML
Cant.: 2 500 Mililitros C 12 Horas INTAVENO

103. DEXTROSA 5% A.D.SOL.INY.BOLSA X 500 ML
Cant.: 3 500 Mililitros INFUSION INTAVENO

104. (BAXTER) SODIO CLORURO SOL INY 0.9% BOLSA 1000ML
Cant.: 3 1000 Mililitros C 08 Horas INTAVENO

Dr. Rafael Garfinkel
Universidad El Bosque
Cel. 7555555

EDGAR FELIPE BARBETTI VARGAS
Especialidad: MEDICINA ESPECIALIZADA
Registro Profesional: 768702

CONSORCIO NUEVA CLINICA RAFAEL URIBE
IMPRESION DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS MEDICOS

NOTAS MEDICAS 27/03/2017 22:01:00

Nota Medica

Evolucion UCI Noche

PACIENTE EN ESTADO CRITICO ALTO RIESGO DE FALLECER

sv tension 110/ 46tam 69 fc. 79 fr : 20 so2:81 %
mucosas humedas
no ingurgitacion yugular
Cardiaco : ruidos cardiacos ritmicos no soplos , soporte vasoactivo alto requerimientos
Pulmonar : bien ventilados no ruidos agregados , buena excursion toracica con vm vc sat 87 % vcp 500 peep 6
Abdomen: blando depresible no dolor no masas
Ext : no edemas perfusion distal < 3 seg
Snc: alerta, glasgow 15/15

metabolico: glucometria: 110mg/dl
infeccioso: no picos febriles
diuresis: rata urinaria 0,4 cc/kg/h
hematologia: no sx hemorragicos mayores y menores

PACIENTE HOSPITALIZADO EN EL CONTEXTO DE FALLA RESPIRATORIA AGUDA SECUNDARIO A DETERIORO NEUROLOGICO POR TCE RESULTADO DE TAC CEREBRAL SE EVIDENCIA ABUNDANTE CONTENIDO GASEOSO SUBARACNOIDEO FRONTAL CON FX ANTERIOR FRONTAL DERECHA ACTUALMENTE EN ESTADO CRITICO ALTO RIESGO DE FALLECER EN LAS PROXIMAS HORAS CON SOPORTE DE VASOACTIVOS REQUERIMIENTOS ALTOS SIGNOS DE HIPOPERFUSION DISTAL RECIENDO ESQUEMA DE ANTIBIOTICOTERAPIA POR FOCO INFECCIOSO PULMONAR NAC BRONCOASPIRATIVA ;EN ESPERA DE NUEVO CONTROL POR NEUROCIRIGIA SE HABLA CON FAMILIAR / HIJO / SOBRE LA CONDICION ACTUAL DEL PACIENTE

Dr. Felipe Barbetti
Unidad de Cuidados Intensivos
R.M.: 768702

EDGAR FELIPE BARBETTI VARGAS
Especialidad: MEDICINA ESPECIALIZADA
Registro Profesional: 768702

Dr. Felipe Barbetti
Unidad de Cuidados Intensivos
R.M.: 768702

Medico Tratante: EDGAR FELIPE BARBETTI VARGAS
Especialidad: MEDICINA ESPECIALIZADA
Registro Profesional: 768702

SOLICITUD PARACLINICOS 27/03/2017 22:21:00

ORDENES

Concepto	Servicio
LABORATORIO CLINICO	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RE
	SODIO
	POTASIO
	CLORO (CLORURO)
	GASES ARTERIALES EN MAQUINA DE GASES

Dr. Felipe Barbetti
Unidad de Cuidados Intensivos
R.M.: 768702

EDGAR FELIPE BARBETTI VARGAS
Especialidad: MEDICINA ESPECIALIZADA
Registro Profesional: 768702

CONSORCIO NUEVA CLINICA RAFAEL URIBE
IMPRESION DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS MEDICOS

SOLICITUD PARACLINICOS 28/03/2017 01:09:00

MEDICAMENTOS

101. RANITIDINA SOL INY 50 MG/2ML AMPOLLAS 2ML
Cant.: 4 1 Unidad C 24 Horas INTRAMUSCU

102. PIPERACILINA+TAZOBACTAM POLVO ESTERIL PARA INYECCION 4.5G
Cant.: 4 1 Unidad C 24 Horas INTAVENO

103. HIDROCORTISONA SUCCINATO SODICO POLVO PARA INYECCION 100 MG
Cant.: 6 1 Unidad C 24 Horas INTAVENO

EDGAR FELIPE BARBETTI VARGAS
Especialidad: MEDICINA ESPECIALIZADA
Registro Profesional: 768702

NOTAS MEDICAS 28/03/2017 07:08:00

Nota Medica

NOTA MEDICA ATIENDO LLAMADO DE ENFERMERIA PACIENTE EN RITHO DE ASISTOLIA SE REALIZAN MANIOBRAS DE REANIMACION CARDIOPULMONAR DURANTE 20 MINUTOS SE VERIFICAN PULSOS CAROTIDEOS FEMORALES RUIDOS CARDIACOS LOS CUALES SE ENCUENTRAN AUSENTES HORA DE FALLECIMIENTO 7 :00 AM

EDGAR FELIPE BARBETTI VARGAS
Especialidad: MEDICINA ESPECIALIZADA
Registro Profesional: 768702

Medico Tratante: EDGAR FELIPE BARBETTI VARGAS
Especialidad: MEDICINA ESPECIALIZADA
Registro Profesional: 768702

CONSORCIO NUEVA CLINICA RAFAEL URIBE

IMPRESION DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS MEDICOS

EPICRISIS UCI AUTOMATICA 28/03/2017 07:14:00

Diagnosticos

S097 TRAUMATISMOS MULTIPLES DE LA CABEZA

S602 CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MUÑECA Y DE LA MANO

S063 TRAUMATISMO CEREBRAL FOCAL

PLAN

NOTA MEDICA ATIENDO LLAMADO DE ENFERMERIA PACIENTE EN RITMO DE ASISTOLIA SE REALIZAN MANIOBRAS DE REANIMACION CARDIOPULMONAR DURANTE 20 MINUTOS SE VERIFICAN PULSOS CAROTIDEOS FEMORALES RUIDOS CARDIACOS LOS CUALES SE ENCUENTRAN AUSENTES HORA DE FALLECIMIENTO 7 :00 AM

Conducta Urgencias Alta de Hospitalizacion

Estado a la Salida Muerto

Dr. Felipe Barbetti
Unidad de Cuidados Intensivos
Reg. 768702

EDGAR FELIPE BARBETTI VARGAS
Especialidad: MEDICINA ESPECIALIZADA
Registro Profesional: 768702

Dr. Felipe Barbetti
Unidad de Cuidados Intensivos
Reg. 768702

Medico Tratante: EDGAR FELIPE BARBETTI VARGAS
Especialidad: MEDICINA ESPECIALIZADA
Registro Profesional: 768702

Fecha Impresión: 28/04/2017 16:28:03 Impreso por: SHIRLEY JOHANA VALENCIA MORENO

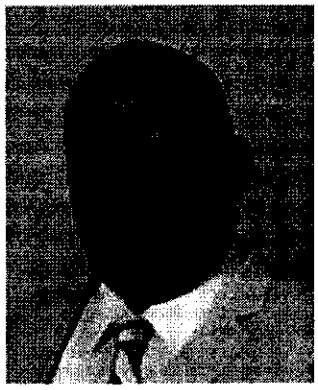
HOJA DE VIDA

Jose Fernando Arango

55 Folios de hoja de Vida
Incluye diplomas.

346

JOSE FERNANDO DEL C. ARANGO VILLA



Datos Personales

NOMBRE:	***JOSE FERNANDO DEL C. ARANGO VILLA***
LUGAR DE NACIMIENTO:	*Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia*
FECHA DE NACIMIENTO:	*Noviembre 03 de 1960*
ESTADO CIVIL:	*Casado*
IDENTIFICACIÓN:	*Cédula de Ciudadanía No. 16.448.919*
PROFESIÓN:	*Médico* ***NEUROCIRUJANO*** *Cirugía Neurológica, Columna vertebral*
MATRICULA PROFESIONAL:	*No. 13130-91 (Nacional)*
REGISTRO MEDICO:	*No. 18243 Valle del Cauca,*
CONVALIDACION I.C.F.E.S.	*Resolución No. 001805 del 15 oct. 2002*
DIRECCIÓN:	*Calle 18 No. 152-160 Casa 13 Condominio guaduales del rio, pance Cali - Valle*
TELÉFONOS:	*Casa: 3428905* Celular: 310-8297105

Estudios Realizados

PRIMARIA: *Colegio "San Francisco Javier" Yumbo, Valle del Cauca - Colombia*

SECUNDARIA: *Colegio Mayor de Yumbo Bachillerato Académico,* Valle del Cauca – Colombia

UNIVERSITARIOS: ***Universidad del cauca*** *Facultad de ciencias de la salud Medicina 13 semestres Popayán, cauca – Colombia Obtuve 5 medias matrículas de honor en los semestres I, III, VII, VIII, IX. Ocupe el 3er puesto entre 43 egresados de la promoción.*

Universidad del valle internado rotatorio por 12 meses hospital Univ. "Evaristo garcía" Cali, valle del cauca – Colombia

Universidad libre de Cali rotación extramural como médico interno en los servicios de cirugía y urgencias por 5 meses *Clínica "Rafael Uribe Uribe" del ISS Cali, valle del cauca - Colombia.*

Hospital Escuela De la ***Universidad de Buenos aires*** *"Cosme Argerich" Con el Ministerio de Salud de la Rep. Argentina.* ***Neurocirugía***

Rotación en Terapia ***Endovascular*** *Eneri Buenos Aires Arg.*

Cursos de entrenamiento en el Centro Latinoamericano de Investigación y CMI ***CLEMI*** *- Bogotá*

Sociedades Científicas

- *Miembro de la Sociedad Colombiana de Neurocirugía desde Nov-04*
- *Miembro de la federación mundial de neurocirugía*
- *Miembro Colegio Médico Colombiano Feb-05*
- *Grupo de Cirugía de la Epilepsia (Capítulo Huila)*
- *Promedico (Cali)*
- *Coomeva (Cali)*
- *Fepasde (Neiva)*
- *FundComa (Instructor)*

Otras Actividades Académicas

ARTES PLASTICAS — Instituto popular de cultura Dibujo – pintura – escultura – Cerámica – serigrafia 4 años Cali, valle del cauca – Colombia

INGLES: — Centro colombo americano 8 niveles básicos 1981-*1982 Cali, valle del cauca -Colombia* Asociación Argentina de cultura inglesa Curso elemental de aptitud, tercer año Dic-2000, Buenos aires - Argentina

COMPUTACIÓN: — Nivel básico Windows 95 Comfenalco 1996 Cali, valle del cauca -,Colombia Curso de Internet básico Roche-link Noviembre 1999 Buenos aires - Argentina

Escritos

1. ***TEMA:*** *"Estudio descriptivo sociodemográfico, ambiental, ocupacional y de morbilidad en el marco muestral de usuarios del CAB-ISS" Sector II casco Urbano del municipio de Yumbo, Valle del Cauca, Colombia. Mayo - Junio de 1989. Archivos en el CAB-ISS Yumbo; En el Dpto. de medicina social de la Universidad del Valle.*

2. ***TEMA:*** *"Informe médico sobre caso de intoxicación masiva al cloro gaseoso" Municipio de Yumbo Junio/92 Archivos en Smurfit Cartón de Colombia; Secretaria de Salud Municipal- Alcaldía de Yumbo; Hospital local de Yumbo; Junta Comunal del sector; y grupo toxicológico del Hospital Universitario del Valle.*

3. ***TEMA:*** *"Protocolos de Urgencias médicas Comfenalco E.P.S. Valle" Servicio de urgencias I Y II nivel, Cali, Valle del Cauca, Col.*

4. ***TEMA:*** *"Plan interno de Emergencias externas e internas" Proyecto Comfenalco Cali, Valle del Cauca - Colombia.*

5. ***TEMA:*** ***"PLANIFICACION DEL COLGAJO CUTANEO CON RADIOISOTOPOS"*** *Drs. Prof. León Turjansk i, I. Barrenechea, J.F.Arango PINAMAR 1999, Arg.*

6. ***TEMA:*** *PRESENTACION DE UN CASO Y REVISION DE LA LITERATURA* ***MELANOCITOM A MENINGEO PRIM ARIO DE C2-C3,*** *CURSO DE NEUROONCOLOGIA EN LA PLATA, Arg. Drs. Barrenec hea, Amante, Arango, Gidek el*

7. ***TEMA:*** *PRESENTACION POSTER No. 5* ***"EMBOLIZ ACION INTRA-OPERATORIA CON COLA BIOLOGICA"*** *Drs. Gidek el, Miranda, Barrenechea, Arango. PINAMAR 2000, Arg.*

8. TEMA: ***"EXPERIENCIA CON EL USO DE JAULAS INTERSOMATICAS CERVICALES CON PLACA INCORPORADA"***
Drs. Shilton J, Goldenberg N, Morales J, Arango J F
Bs.As. Año 2001

9. TEMA: ***"OSTEOFITOS CERVICALES Y ENFERMEDAD DE FORESTIER: UNA CAUSA POCO FRECUENTE DE TRASTORNOS DEGLUTORIOS "***
Drs. Shilton J, Goldenberg N, Morales J, Arango JF
Bs.As. Año 2001

10. TEMA: ***"ACTUALIZACION PROTOCOLOS DE URGENCIAS EN TEC, TRQM Y HSA "*** *Hospital Universitario De Neiva*
Drs. Arango JF Sarmiento O, Camargo K, Rubiano A.
2004

11. TEMA: *AUTOR, REVISION* ***RECOMENDACIONES DEL MANEJO DE HEMATOMAS SUBDURALES CRONICOS***
Libro de Neurotrauma y Neurointensivismo Pág. 219 editores Andrés Rubiano. Editorial Distribuna

Actualizaciones en Neurocirugía

1. *CURSO DE NEUROCIRUGIA IV MODULO, CATEDRA DE NEUROCIRUGÍA CURSO SUPERIOR DE LA U.B.A. Y ASOCIACION ARGENTINA DE NEUROHOSPITAL DE AGUDOS "Dr. COSME ARGERICH" DIRIGIDA POR EL PROF. DR. LEON TURJANSKI.*
LA BOCA, BUENOS AIRES, AGOSTO 4-5-6-7/97.
2. *I MODULO DE LA CATEDRA DEL CURSO SUPERIOR DE NEUROCIRUGIA U.B.A.- Y DE LA ASOCIACION DE NEUROCIRUGIA ARG. HOSPITAL DE CLINICAS "JOSE DE SAN MARTIN" DIRIGIDA POR EL PROF DR. ARMANDO BASSO.*
BUENOS AIRES, NOVIEMBRE 10, 11, 12, 13,14/97.
3. *I CONGRESO DE LA SOCIEDAD DE CIRUGIA NEUROLOGICA DEL CONO SUR.*
BUENOS AIRES, AGOSTO 7-8-9/97.
4. *CONGRESO ARGENTINO DE NEUROPINAMAR*
PINAMAR, BUENOS AIRES DICIEMBRE 10-11-12-13/97.
5. *CURSO DE PATOLOGIA RAQUIMEDULAR*
ASOCIACION DE NEUROCIRUGIA CAPITULO DE COLUMNA
BUENOS AIRES, JUNIO/97 A DICIEMBRE/98.
6. *CURSO DE POSTGRADO EN ANATOMIA NEUROESTESIOLOGICA APLICADA Y NEUROANATOMIA PARA ABORDAJE QUIRURGICO.*
U.B.A. DIRIGIDA POR EL PROF. DR. CONESA.
7. *CURSO DE ACTUALIZACION EN TUMORES DEL S.N.C.*
HOSPITAL INTERZONAL DE AGUDOS "EVA PERON" ExCASTEX.
SAN MARTIN SEPTIEMBRE A NOVIEMBRE/97.
8. *ROTACION POR NEUROLOGIA CLINICA*
BAJO REGIMEN DE RESIDENCIA
HOSPITAL DE AGUDOS "J.M. RAMOS MEJIA" SERVICIO DE NEUROLOGIA
PROF. DR. ROBERTO SICA.
BUENOS AIRES, SEPTIEMBRE, OCTUBRE Y NOVIEMBRE/97.
9. *CURSO DE SEMIOLOGIA DEL S.N.C.*
DR. JUAN CARLOS FUSTINONI.
VIDEOTECA CENTRAL DE LA U.B.A.
BUENOS AIRES OCTUBRE A NOVIEMBRE/97.
10. *CURSO DE NEUROLOGIA PARA CLINICOS.*
DR. JUAN CARLOS FUSTINONI Y LABORATORIO ROUX OCEFA
BUENOS AIRES NOVIEMBRE/97.
11. *1er.SIMPOSIO DE NEUROCIENCIAS*
ASOCIACION PSIQUIATRICA DE ARGENTINA
BUENOS AIRES OCTUBRE/97.
12. *TERCER CURSO DE ACTUALIZACION EN RNM ENCEFALOCRANEAL FUNAP U.B.A. BUENOS AIRES, AGOSTO/97.*
13. *CURSO DE ACTUALIZACION ACADEMICA EN NEUROCIRUGIA POR LA ASOCIACION Y LA U.B.A. PROF. DR. LEON TURJANSKI.*

BUENOS AIRES, MARZO A NOVIEMBRE/97.

14. CONSULTOR PERMANENTE DEL CENTRO DE TECNOLOGIA EDUCATI - VA DE LA U.B.A...
VIDEOTECA CENTRAL U.B.A.

15. CURSO DE NEURO-ONCOLO GIA ANUAL EN LA PLATA Drs. TURJANSKY, CURSIO, PERRY. ABRIL 1999

16. CURSO DE ACTUALIZACION PARA RESIDENTES DE NEUROCIRUGIA, ABRIL 1999 BUENOS AIRES C.F

17. CURSO DE NEUROCIRUGIA BASICA PARA NEUROCIRUJANOS EN FORMACION, POR A.A.N. PRIMER MODULO ABRIL-JUNIO DE 1999 BUENOS AIRES C.F.

18. PRIMER CONGRESO DE CAPACITACION EN SERVICIO EN SALUD MENTAL EN EL AMBITO PUBLICO.
SECRETARIA DE SALUD GCBA
6 Y 7 De MAYO /99 UBA Bs.As.

19. CRUZ ROJA ARGENTINA SEDE CENTRAL PARTICIPACION COMO COLABORADOR DOCENTE INDEPENDIENTE EN EL CURSO DE NEUROCIRUGIA ESCUELA DE INSTRUMENTACION
DR. AMERIO ATILIO2º CUATRIMESTRE AÑO 2000

20. CURSO DE NEURORRADIOLOGIA POR LA FUNDACION CIENTIFICA DEL SUR
Drs. MANUEL MARTINEZ, BRUNO Y MORALES
LOMAS DE ZAMORA
ABRIL A DIC/ 2000

21. 1a REUNION ANUAL DEL CAPITULO DE PATOLOGIA RAQUIMEDULAR
AUDITORIO BIO-SIDUS
2 DE JUNIO DE 2001-11-27 Bs.As.

22. CURSO OFICIAL PARA GRADUADOS EN NEUROCIRUGIA
4º CURSO- Iº MODULO
HOSPITAL SANTA LUCIA 12-16 DE NOV/2001 Bs.As.

23. JORNADA INTERNACIONAL DE NEUROENDOCRI NOLOGIA
HOSPITAL SANTA LUCIA
Bs.As. 21 MAYO/2001

24. ROTACION EXTRAMURAL HOSPITAL DE PEDIATRIA JUAN M GARRAHAM
SERVICIO DE NEUROCIRUGIA
Bs.As. FEB – MAY/2001
PROF. DR. JORGE MONGES

25. ROTACION EXTRAMURAL HOSPITAL OFTALMOLOGICO SANTA LUCIA
SERVICIO DE NEUROCIRUGIA
Bs.As. SEPT – OCT/2001
PROF. DR. ANTONIO G. CARRIZO

26. ROTACION EXTRAMURAL ENERI SERVICIO DE NEUROCIRUGIA ENDOVASCULAR
DIC/2001 Y ENERO FEBRERO 2002 Bs.As.
PROF. DR. PEDRO LYLYK

27. CURSO DE ACTUALIZACION EN NEUROCIRUGIA UNIVESIDAD DEL VALLE
CALI, NOV 2003 Col.

28. ACTUALIZACION JORNADAS PEDIATRICAS DEL HUILA COMO **EXPOSITOR**
Agosto 2004

29. XXI CONGRESO NACIONAL DE NEUROCIRUGIA
ARMENIA 24-27 Nov 2004 Col.

30. II CONGRESO VALLECAUCANO DE EPILEPSIA
Cali, Mayo 6 y 7 2005

31. CURSO PARA INSTRUCTORES EN TRAUMA DE CRANEO
FUNDCOMA, Bogotá 2 de Julio 2005

32. ACTUALIZACION EN EMERGENCIAS Y DESASTRES
Octubre 2005 Neiva
Expositor

33. SIMPOSIO INTERNACIONAL DE NEUROCIRUGIA
ACN Cartagena Dic 2005

34. III CONGRESO DE EPILEPSIA
Cali, marzo 2006

35. SIMPOSIO INTERNACIONAL DE COLUMNA
ACN, Bogotá Mayo 26-27 2006

36. CURSO DE ARTROPLASTIA CERVICAL Y LUMBAR
México, Marzo 22-24 de 2007

37. IV LATIN AMERICAN FORUM (LAF -2007)
Miami, June 22-23, 2007

38. CURSO INTERACTIVO DE LA AOSpine
Melgar – Septiembre 27-29 de 2007

39. XXI SIMPOSIO INTERNACIONAL DE LA ASOCIACION COLOMBIANA DE NEUROCIRUGIA
SANTA MARTA, 1-5 Nov. – 2007

40. CURSO TALLLER. EL FUTURO DE LA ESPINA
CENTRO CENTINELA MARINA DEL REY
Los Ángeles USA – May 2008

41. SEMINARIO AVANCES EN PATOLOGIA DE COLUMNA LUMBAR FUSION vs NO FUSION
SSLS – Cartagena Octubre 2-4 de 2008

42. CONGRESO LATINOAMERICANO DE NEUROCIRUGIA
Bogotá, Octubre 26-30 de 2008

43. CURSO – TALLER INTERSTIM (SACROMODULADOR)
Puerto Rico, Marzo 28 de 2009

44. II CURSO EN CIRUGIA DE COLUMNA POR MINIMA INVASION

SCCOT – CLEMI, Bogotá, mayo 22-24 de 2009

45. TALLER EN ENFERMEDAD DEGENERATIVA – DISC-FX CLEMI
Bogotá, Julio 10 de 2009
46. XXII SIMPOSIO NACIONAL DE NEUROCIRUGIA ACN
CALI, Nov.- 12-15 de 2009
47. CURSO ENTRENAMIENTO EN TECNICA DE DISCOLISIS PERCUTANEA CON OZONO
Dr. SERGIO VITI
San Cristóbal – Venezuela Agosto 24-28 de 2009
48. CURSO DE ENTRENAMIENTO cirugía de columna lumbar CMI - ORTHOFIX
Bogotá, Mayo 8 de 2010
49. ENTRENAMIENTO PARA IMPLANTE DEL VNS EN CIRUGIA DE LA EPILEPSIA CON MEDIHUMANA
50. CONGRESO AMERICANO DE EPILEPSIA
San Antonio Texas, Diciembre 2010
51. SIMPOSIUM DE CIRUGIA MINIMAMENTE INVASIVA EN COLUMNA ESPINAL
MIAMI DEL 4-8 DE AGOSTO 2011
52. WORK SHOP EN CADAVER SOBRE TECNICAS DE MINIMA INVASION POR SYNTHES
ANSPACH – MIAMI AGOSTO 8 DE 2011
61 CURSO DE ACTUALIZACION EN NEUROCIRUGIA PARA MEDICOS Y ESPECIALISTAS NO NEUROCIRUJANOS, la asociación colombiana de neurocirugía, May 25/18, Cartagena
62 XXVII SIMPOSIO INTERNACIONAL DE NEUROCIRUGIA, la asociación colombiana de neurocirugía Mar 7, 8 ,9/ 19 , Cartagena

MEDICO NEUROCIRUJANO DEL HOSPITAL Dr. COSME ARGERICH, Hospital escuela de la Universidad de Buenos Aires Arg. Prof. Dr. León Turjanski, Título otorgado por el MINISTERIO DE SALUD ARGENTINO Dic 2001.

Cursos de Actualización en Medicina

1. *SIMPOSIO SOBRE NUTRICION, FISIOPATOLOGIA Y MANEJO DE LAS*
2. *FISTULAS INTESTINALES: Popayán, Sept. 6-7/85.*
3. *SIMPOSIO SOBRE BIOLOGIA Y MANEJO DE LAS HERIDAS Cali, Sept/85.*
4. *PRIMER CURSO REGIONAL DE URGENCIAS MEDICAS; Universidad del Cauca, Popayán Nov.22-23/85.*
5. *IX SIMPOSIO ANUAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA; Santafé de Bogotá, Jul.29/86.*
6. *II SEMINARIO MEDICO INTERNACIONAL; Universidad Libre de Cali y Mercy Hospital. Cali Sept. 10-11-12/86.*
7. *II CURSO REGIONAL DE URGENCIAS MEDICAS, Universidad del Cauca, Popayán Nov. 7-8/86.*
8. *III JORNADA DE ACTUALIZACION EN CARDIOLOGIA SIBIC, Cali Nov.24-25/86.*
9. *1ª JORNADA DE ACTUALIZACION MÉDICA, Universidad del Cauca, Popa-Yán, feb.11-12-13/87.*
10. *IICURSO DE ACTUALIZACION SOBRE REUMATOLOGIA, Cali Marzo/87.*
11. *VI CURSO DE ACTUALIZACION EN MEDICINA INTERNA, Santafé de Bogotá, Mayo 7-8-9/87.*
12. *CURSO DE POSTGRADO EN TRAUMA Y QUEMADURAS, Universidad Del Valle, Cali Julio 24-25/87.*
13. *ACTUALIZACION EN GASTROENTEROLOGIA, Cali, Sept.15/87.*
14. *X JORNADA PEDIATRICA DE ACTUALIZACION EN DERMATOLOGIA, Buga, Oct. 2-3/87.*
15. *CONGRESO NACIONAL EN MEDICINA EN CIENCIAS APLICADAS AL*
16. *DEPORTE, Universidad del Cauca, Popayán Oct.29-30-31/87.*
17. *CURSO DE DERMATOLOGIA PARA MEDICOS GENERALES, Universidad Del Valle, Cali, Junio 18/88.*
18. *SIMPOSIO SOBRE AVANCES DE HEPATOLOGIA Y NUTRICION, Cali, Sept. 9-10/88.*
19. *III JORNADA MEDICA EN URGENCIAS MEDICO QUIRURGICAS, Univer-Sidad Libre, Cali, Sept.24/88.*
20. *CURSO DE URGENCIAS QUIRURGICAS, Universidad del Valle, Cali, Marzo 2-3-4/88.*
21. *JORNADAS PEDIATRICAS, Universidad del Cauca, Popayán, Mayo14-15/88.*
22. *ACTUALIZACION EN ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES, ASO-CIACION COLOMBIANA DE NEUROLOGIA, Cali, Oct./88.*
23. *ACTUALIZACION DE ANTIBIOTICOS, ISS, Cali, Octubre /88.*
24. *ACTUALIZACION EN TERAPIA CON BLOQUEADORES ALFA, Sociedad De Medicina Interna del Valle, Cali, Oct.26/88.*
25. *AVANCES EN EL MANEJO ANTIBIOTICO, Hotel Intercontinental, Cali, Marzo /88.*
26. *CURSO DE ACTUALIZACION MÉDICA, Popayán, Abril/88.*
27. *ACTUALIZACION CON QUINOLONAS, Cali, Abril 29/88.*
28. *CURSO DE INFECCIONES EN PEDIATRIA, Buga, Mayo/88.*
29. *ALERGIA E INMUNOLOGIA, Auditorio Hospital Universitario del Valle, Cali*

Junio/88.

30. *V CURSO DE ACTUALIZACION TERAPEUTICA EN DIURETICOS, Cali, Junio25/88.*
31. *ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES EN NIÑOS Y ADULTOS, Audi-Torio Cámara de Comercio de Cali, Julio/88.*
32. *JORNADAS PSIQUIATRICAS, Cali, Junio 5/89.*
33. *CONFERENCIA SOBRE LIPIDOS, Cali, Junio10/87.*
34. *ENFERMEDADES INFECCIOSAS DE TRANSMISION SEXUAL, Popayán, Junio/87.*
35. *ACTUALIZACION EN SIDA, Universidad Javeriana de Cali, Cali, Agosto 21/87.*
36. *JORNADAS OFTALMOLOGICAS-URGENCIAS, Cali, Octubre/87.*
37. *ACTUALIZACION EN PEDIATRIA, Buga, Hospital local/88.*
38. *ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES ALFA, Club San Fernando de Cali, Cali, Octubre/89.*
39. *ACTUALIZACION MEDICA ASMEDAS VALLE, Cali, Hotel Intercontinental, Nov. 2-3-4/89.*
40. *ACTUALIZACION EN DIABETES MELLITUS, Club San Fernando de Cali, Cali, Agosto 11/90.*
41. *CURSO DE REUMATOLOGIA ACTUAL, Cali, Agosto/90.*
42. *ACTUALIZACION EN GASTROENTEROLOGIA, Club San Fernando de Cali, Nov/90.*
43. *XI. CONGRESO NACIONAL DE MEDICINA INTERNA, Hotel intercontinental De Cali, Octubre 12-13-14-15/90.*
44. *SIMPOSIO SOBRE MANEJO TERAPEUTICO DE LA HIPERTENSION ARTERIAL, Hotel Torre de Cali, Nov, 30/90.*
45. *TEMAS SELECTOS EN MEDICINA INTERNA, I SIMPOSIO DE ACTUALI-ZACION ACMI-91, Club San Fernando, Cali, Marzo16/91.*
46. *PROGRAMA DE INDUCCION A MEDICOS RURALES, Departamento del Valle del Cauca, Medicina Forense, Hospital Universitario Evaristo García, Cali, Feb.26-27-28/91.*
47. *SIMPOSIO INTERNACIONAL H.T.A. VISION ACTUAL, Cali, Mayo 28/91.*
48. *SEGUNDO CURSO DE URGENCIAS EN MEDICINA INTERNA, Hospital Universitario del Valle, Cali, Feb. 27-28-29/92.*
49. *SEGUNDO CURSO DE TOXICOLOGIA "EMERGENCIAS TOXICOLOGICAS" Hospital Universitario del Valle, Cali, Mayo 15-16/92.*
50. *SEGUNDO CURSO DE URGENCIAS MÉDICAS, Hospital Universitario Del Valle, Cali, Feb18/92.*
51. *CURSO TALLER DE E.C.G. PARA MEDICOS GENERALES, Hospital Uni-Versitario del Valle, Cali, Sept.25-26/92.*
52. *IV CURSO DE URGENCIAS QUIRURGICAS Y II CONGRESO COLOMBIA-NO DE TRAUMA, Hotel Intercontinental, Cali, Abril 15-16-17/93.*
53. *XV CURSO DE POSTGRADO EN H.T.A. Cali, Junio 10-11-12/93.*
54. *CURSO DE INMUNOTERAPIA Y ALERGIAS, Cali, Julio 10/93.*
55. *SEMINARIO TALLER DE URGENCIAS, Hospital san Vicente de Paúl Medellín, Octubre 4-5-6-7-8-9-10/93.*
56. *CURSO DE ACTUALIZACION EN URGENCIAS, Hospital Universitario del Valle, Cali/94.*
57. *CURSO DE SOCORRISTA PLAN DE EMERGENCIA CUERPO DE BOMBE-ROS DE CALI, Oct. Y Nov. /96.*
58. *CURSO DE ACTUALIZACION DE PROTOCOLOS DE URGENCIAS, Secre-Taría de Salud Mpal. De Cali y el ISS.-CRUU, Cali, Dic.12/96.*
59. *ACTUALIZACION PARA MEDICOS GENERALES, Comfenalco, Cali/96.*
60. *XIV JORNADAS CIENTIFICAS INTERDISCIPLINARIAS. Hospital General de Agudos Dr. J. M. Ramos Mejía, Buenos Aires, Nov.26-27-28./97.*

Experiencia Laboral

1. CLINICA PSIQUIATRICA SAN JOSE, Cali Valle, Nov-Dic/89.

2. HOSPITAL "JULIO FIGUEROA VILLA" 6 meses de Medicatura Rural de Febre Ro a Julio/90, Bahía Solano, Choco, Col.

3. HOSPITAL LOCAL DE YUMBO "LA BUENA ESPERANZA" 14 Meses de me-Dicatura rural, desde Julio/90 a Septiembre/91.
Médico auxiliar de consulta externa, hospitalización y Urgencias médico-quirúr Gicas hasta marzo/97.
Coordinador de los programas de H.T.A.; T.B.C; DIABETES; Coordinador de Apoyo en las emergencias de Dengue y Cólera.

4. COMFENALCO E.P.S. VALLE; Desde 1993 como médico de Urgencias médi-co-quirúrgicas, hasta marzo/97.

5. CLINICA RAFAEL URIBE URIBE DEL I.S.S. CALI, SECCIONAL VALLE, Desde Nov. /93 hasta Feb/96 como médico del servicio de Urgencias III nivel.

6. CLINICA RAFAEL URIBE URIBE DEL I.S.S. CALI, SECCIONAL VALLE, Des-De Marzo/96 a Marzo/97 (Un año), como Médico Hospitalario del Servicio de

74

384

0016 05 15 OCT. 2012

RESOLUCION NUMERO ____ DE 20__ HOJA No. ____

por la cual se convalida un título obtenido en el exterior a JOSE FERNANDO DEL [illegible] ARANGO VILLA

RESUELVE :

ARTICULO PRIMERO.- Convalidar y reconocer para todos los efectos académicos y legales en Colombia, el CERTIFICADO DE ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGIA, otorgado el 19 de diciembre de 2001, por el MINISTERIO DE SALUD, Buenos Aires, Argentina, a JOSE FERNANDO DEL CARMEN ARANGO VILLA, ciudadano colombiano, con cédula de ciudadanía 16.448.919 de Yumbo (Valle), como equivalente al título de ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGIA que otorgan las instituciones colombianas de educación superior, de acuerdo con la ley 30 de 1992.

ARTICULO SEGUNDO.- La presente resolución rige a partir de su expedición y contra la misma procede el recurso de reposición interpuesto, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su notificación de conformidad con el Código Contencioso Administrativo.

NOTIFÍQUESE Y CUMPLASE

Dada en Bogotá, D. C. a los 15 OCT. 2012

LILIA EUGENIA ORTIZ GARCIA
Subdirector(a) de Monitoreo y Vigilancia

NOTIFICACION PERSONAL El [illegible] Jose Fernando del C. Arango Villa

C.C. Nº 16448919

75

365

ICFES

RESOLUCION Nº 6 0 1 8 6 5 DE 20

( )

15 OCT. 2002

Por la cual

Se convalida un título obtenido en el exterior

LA SUBDIRECTORA DE MONITOREO Y VIGILANCIA del
INSTITUTO COLOMBIANO PARA EL FOMENTO DE LA EDUCACIÓN SUPERIOR
ICFES

En uso de sus atribuciones legales y en especial las que le confiere la ley 30 de 1992, el decreto 2662 de 1999 y la resolución 649 del 2002 del ICFES.

CONSIDERANDO :

Que JOSE FERNANDO DEL CARMEN ARANGO VILLA, ciudadano colombiano, con cédula de ciudadanía 16.448.919 de Yumbo (Valle), presentó ante este instituto el CERTIFICADO DE ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGIA, otorgado el 19 de diciembre de 2001, por el MINISTERIO DE SALUD, Buenos Aires, Argentina para su convalidación, mediante solicitud radicada con el No. 056602/2002 en el folder 19384/02;

Que además presenta el título de MEDICO Y CIRUJANO, expedido el 29 de noviembre de 1989, por la Universidad del Cauca, con domicilio en Popayán, Colombia.

Que los estudios fueron evaluados por la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud;

Que de conformidad con las consideraciones anteriores y después de haber estudiado la documentación presentada en forma legal se llega a la conclusión de que es procedente la convalidación solicitada;



ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE NEUROCIRUGÍA

Asociación Colombiana de Neurocirugía

Certifica que:

Fernando Arango

Asistió al

XXI SIMPOSIO INTERNACIONAL DE LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE NEUROCIRUGÍA

SANTA MARTA

Realizado del 1o. al 5 de Noviembre de 2007
con una intensidad de 35 horas.

Firmado a los cinco días del mes de
Noviembre de dos mil siete

VÁLIDO PARA EL PROCESO DE RECERTIFICACIÓN DE LA ESPECIALIDAD

Dr. Salvador Mateo Díaz
Presidente
Asociación Colombiana de Neurocirugía

Dr. Carmen Ramos A.
Secretaria
Asociación Colombiana de Neurocirugía

Scanned by CamScanner

77

387

LA FUNDACIÓN LIGA COLOMBIANA
CONTRA LA EPILEPSIA CAPITULO DEL VALLE
HELENA NADER DE ZACCOUR

C E R T I F I C A

QUE

JOSÉ FERNANDO ARANGO

PARTICIPÓ EN EL II CONGRESO VALLECAUCANO DE EPILEPSIA
MAYO 6 Y 7 DE 2005

Comprometidos...
Con la Vida.

PRESIDENTE

DIRECTORA EJECUTIVA



Fundcoma
Fundación Colombiana para el Manejo del Trauma Cerebral

Certifican que:

JOSE ARANGO

C.C. No.

Completó y aprobó el curso:

Manejo Inicial de Pacientes con Trauma Cráneo Encefálico

Intensidad 6 horas

Julio 2/05
Fecha

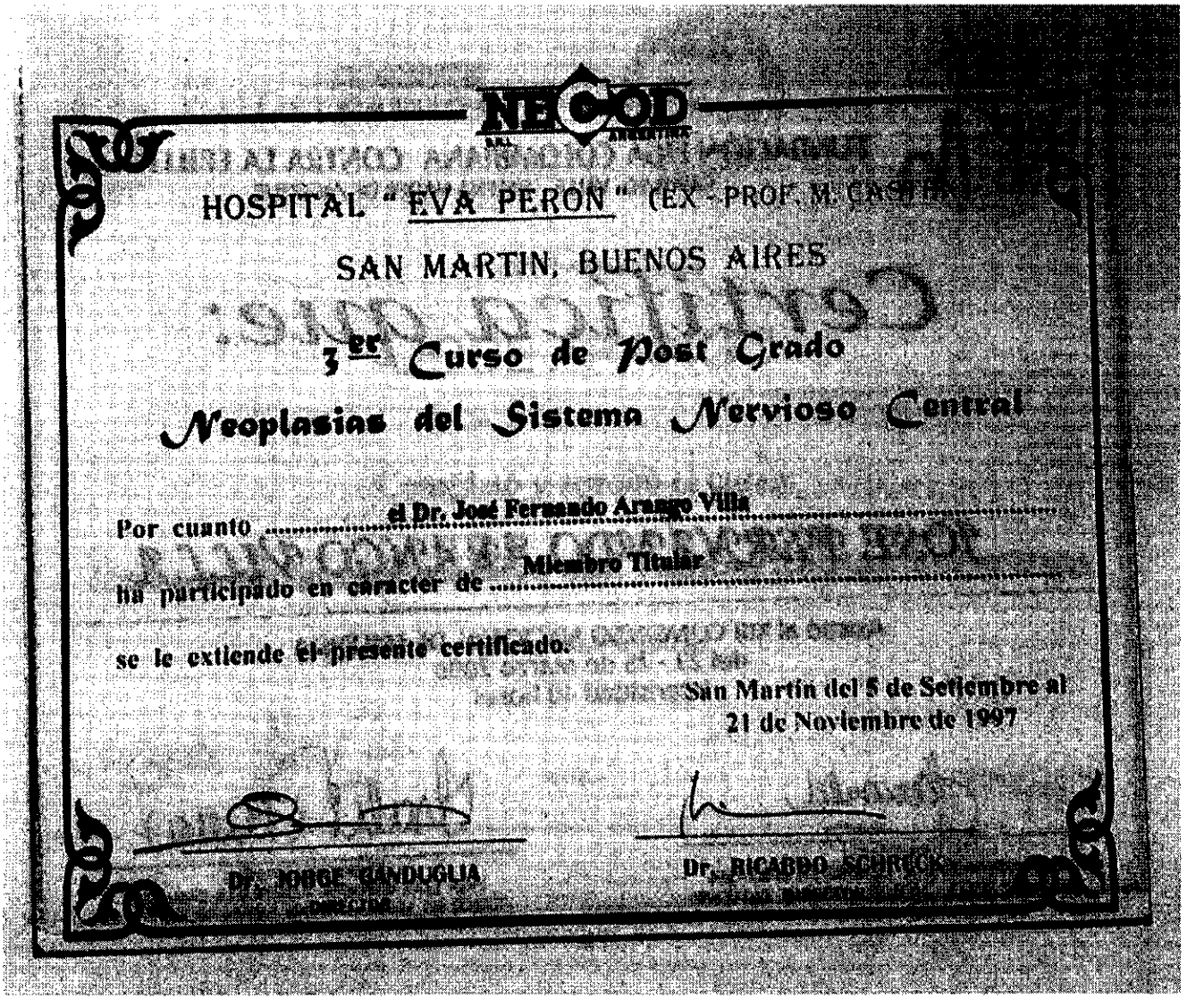
Instructor

Coordinador

Director Educación Médica Fundación

79

389



NEUROD ARGENTINA S.R.L.

HOSPITAL "EVA PERON" (EX - PROF. M. CASTEX)

SAN MARTIN, BUENOS AIRES

3er Curso de Post Grado

Neoplasias del Sistema Nervioso Central

Por cuanto el Dr. José Fernando Arango Villa

ha participado en caracter de Miembro Titular

se le extiende el presente certificado.

San Martin del 5 de Setiembre al 21 de Noviembre de 1997

Dr. JORGE CANDUGLIA
DIRECTOR

Dr. RICARDO SCHRUCK

80

390



Cerifican que

JOSE FERNANDO ARANGO

Asistió al

Seminario Avances en patología de Columna Lumbar
Fusión Vs No Fusión

Celebrado en Cartagena del
2 al 4 de Octubre de 2008

Dr. Robert Gunzburg
Director Internacional

Dr. William Marras
Director Internacional

Dr. Germán Ochoa Arango
Director Local

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE NEUROCIRUGÍA

CERTIFICA QUE

DR. JOSE FERNANDO ARANGO VILLA

Asistió al "XXI CONGRESO NACIONAL DE NEUROCIRUGIA", con una intensidad de 32 horas, realizado en la ciudad de Armenia Quindío del 12 al 15 de Noviembre de 2004.

DR. HIMMLER SERRATO
PRESIDENTE A.C.N.

DR. JUAN CARLOS OVIEDO C.
PRESIDENTE COMITÉ ORGANIZADOR

DR. OSCAR GERARDO APONTE
SECRETARÍA A.C.N.

CURSO DE ACTUALIZACION EN NEUROCIRUGÍA PARA MEDICOS Y ESPECIALISTAS NO NEUROCIRUJANOS

LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE NEUROCIRUGÍA

Certifica que

JOSE FERNANDO DEL CARMEN ARANGO VILLA

Participó en el
Curso de Actualización de Neurocirugía para Médicos y Especialistas no Neurocirujanos

EN CALIDAD DE ASISTENTE

Realizado el día 25 de Mayo de 2018 en la ciudad de Cali – Colombia
Con una intensidad de 8 horas.

Antonio Montoya Casella MD.
Presidente
Asociación Colombiana de Neurocirugía

C. A. Acevedo V.

Carlos Acevedo MD.
Director de curso

Andrés Escobar Vidarte MD.
Co. Director de Curso


XXVII SIMPOSIO
INTERNACIONAL DE NEUROCIRUGÍA
LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE NEUROCIRUGÍA
Certifica que
JOSE FERNANDO ARANGO
el XXVII Simposio Internacional de Neurocirugía
EN CALIDAD DE ASISTENTE
Realizado los días 7, 8 y 9 de Marzo de 2019
en la ciudad de Cartagena - Colombia
Intensidad Horaria : 20 Horas (75 puntos)
Rubén Sabogal Barrios
Presidente
XXVII Simposio Internacional de Neurocirugía
Andrés M. Narváez Escobar MD
Secretario
Asociación Colombiana de Neurocirugía

Latin American Society of Neurosurgery
USA - CANADA

Certifies that

Jose F. Arango, M.D.

Has attended the

Minimally Invasive Spine Surgery Symposium

on

August 04 - 08, 2011

"M/V DESTINY" Carnival Cruises

Key West - Cozumel

Alda Berti M.D.
Symposium Director

Miguel Melgar M.D.
Vice-President

Fernando Diaz M.D. FACS.
President

85

UNIVERSIDAD DEL CAUCA

ACTA DE GRADO

JOSE FERNANDO DEL CARMEN ARANGO VILLA, con 16.440.919 de [illegible]
El Secretario General de la Universidad del Cauca expide la siguiente copia:

ACTA DE GRADO NUMERO 34 DE noviembre DE 1989

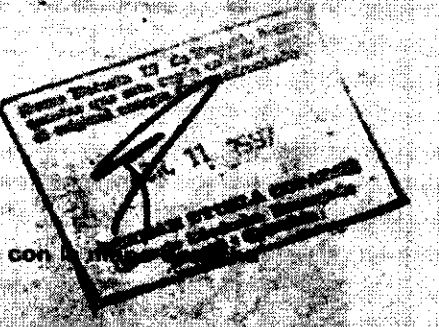
"En Popayán, capital del Departamento del Cauca, a las 8:00 A.M. del día 29 de noviembre de 19 89 y dando cumplimiento de la Resolución 3215/11/23/89 expedida por el Rector del Establecimiento, se celebró el acto solemne de entrega de Diplomas de acuerdo con el orden del día establecido por la Rectoría.

El Presidente declaró abierto el acto. El Secretario General dió lectura a la Resolución en la cual se hace constar que el graduando ha cumplido con los requisitos exigidos por la Ley y los Reglamentos de la Universidad y se confiere el título de:

MEDICO Y CIRUJANO

A:

JOSE FERNANDO DEL CARMEN ARANGO VILLA



A continuación el Presidente tomó el Juramento Universitario al graduando con la [illegible] puesta sobre los Santos Evangelios.

Por último se hizo entrega al graduando ARANGO VILLA, del Diploma que acredita su idoneidad para ejercer la Profesión de MEDICO Y CIRUJANO.

A las 8:30 A.M. se declaró terminado el acto".

Para constancia se expide la presente copia de Acta de Grado, (fdo) HERNAN OTONIEL FERNANDEZ UBAQUE, Rector; (fdo) ALBERTO VALLEJO LAMAN, Decano de la Facultad de CIENCIAS DE LA SALUD; (fdo) GUILLERMO MUÑOZ VELASQUEZ, Secretario General.

Es fiel copia tomada de su original y se expide a solicitud del interesado en Popayán, a los veintinueve (29) días del [illegible] de mil novecientos ochenta y nueve (1989).

[illegible]

GUILLERMO MUÑOZ VELASQUEZ
SECRETARIO GENERAL
UNIVERSIDAD DEL CAUCA

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE NEUROCIRUGÍA

CERTIFICA QUE EL DOCTOR

Arango Villa José Fernando

ES ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGÍA
Y CIRUGÍA DE COLUMNA

FIRMADO A LOS 2 DÍAS DEL MES DE MAYO DE 2007

Dr. Salvador Mattar Díaz
PRESIDENTE

Dr. Gustavo Orlando Alvarez Alvarez
SECRETARIO

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE NEUROCIRUGÍA

CERTIFICA QUE EL DOCTOR

Arango Villa José Fernando

ES MIEMBRO ACTIVO

Dr. Salvador Mattar Díaz
PRESIDENTE

Dr. Gustavo Adolfo Alvarez Alvarez
SECRETARIO

87

88

El Rector de la Universidad de Buenos Aires certifica que por Resol. (C.S.) Nº 687 del 27 de agosto del corriente año y en virtud de lo establecido en la Convención Sobre Ejercicio de Profesiones Liberales suscripta en Montevideo en 1889 (ratificada por Ley 3192 del 11 de diciembre de 1894) se ha revalidado el título de Médico y Cirujano de la Universidad del Cauca - Popayán - República de Colombia - de José Fernando del Carmen Arango Villa (D.N.I. p/extranj. Nº 93669926) como equivalente al título de Médico de la Facultad de Medicina de esta Universidad.

Buenos Aires, 1º de septiembre de 1999.

ALICIA R. W. de CAMILLONI
Secretaria de Asuntos Académicos

SUSANA L. [illegible]
VICERRECTORA

MIGUEL A. F. DE FURFARO
DIRECTORA

ASOCIACION COLOMBIANA
DE MEDICINA INTERNA
CAPITULO VALLE, CAUCA, NARIÑO

ESCUELA COLOMBIANA
DE MEDICINA

SEMINARIO-TALLER
"REANIMACION CEREBRO-CARDIOPULMONAR"

JOSE FERNANDO ARANGO

Asistió al Seminario-Taller de 7 horas de intensidad realizado en Cali el día 11 de Septiembre de 1993.

Dr. Hernando Nariz Camacho
Presidente ACMI Nacional

Dr. Adolfo Vera Delgado
Presidente ACMI Capítulo
Valle, Cauca, Nariño

- 10 Créditos Premio Excelencia en Medicina Interna -

XIV JORNADAS CIENTIFICAS INTERDISCIPLINARIAS DEL HOSPITAL ASOCIADO J.M.RAMOS MEJIA

Certificado

Por cuanto el Dr./a. JOSE ARANGO VILLA

ha concurrido a las XIV Jornadas Interdisciplinarias sobre "El Hospital en la Emergencia" realizadas los días 26, 27 y 28 de Noviembre de 1997.

Dr. EDUARDO PICCINNO

Secretario

Dr. ABEL OTTAVIANO

Presidente del Hospital

Dr. ARMANDO J. DURANDEAU

Presidente de las Jornadas

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE NEUROCIRUGÍA

A QUIEN INTERESE

Con la presente me permito certificar que el doctor JOSE FERNANDO DEL CARMEN ARANGO VILLA, identificado con cédula de ciudadanía número 16.448.919 de Yumbo Valle, es miembro de la ASOCIACION COLOMBIANA DE NEUROCIRUGÍA, quien la acredita como miembro de la FEDERACIÓN LATINOAMERICANA DE SOCIEDADES DE NEUROCIRUGÍA Y DE LA WORLD FEDERATION OF NEUROSURGICAL SOCIETIES.

Expedido en Bogotá, D. C. A los 03 días del mes de Mayo de 2005.

Atentamente,

HUMBERTO BURGOS DE LA ESPRIELLA
Presidente ACNC

Calle 69 No. 20-64 Oficina 602 Teléfonos: 610 60 20 - 610 07 07 - 630 07 48 Fax: 630 72 32
E-mail: asocneurocirugia@unete.com.co - www.neurowebcol.com Bogotá D.C.

402

I CONGRESO DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA NEUROLÓGICA DEL CONO SUR

PAISES INTEGRANTES DEL MERCOSUR CIRUGIA NEUROLOGICA CONO SUR

7, 8 y 9 de Agosto de 1997
Buenos Aires, Argentina

CIRUGÍA NEUROLÓGICA DEL CONO SUR

Por cuanto *José Fernando Arango Villa*

ha asistido a las Sesiones Científicas del I CONGRESO DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA NEUROLÓGICA DEL CONO SUR, realizado en la ciudad de Buenos Aires, del 7 al 9 de Agosto de 1997.

Se le extiende el presente CERTIFICADO que así lo acredita.

Dr. Antonio Carrizo
Secretario General



Certifica que:

JOSE FERNANDO ARANGO VILLA

Participó en calidad de

PARTICIPANTE

en el

XXII SIMPOSIO NACIONAL DE NEUROCIRUGÍA DE LA:

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE NEUROCIRUGÍA

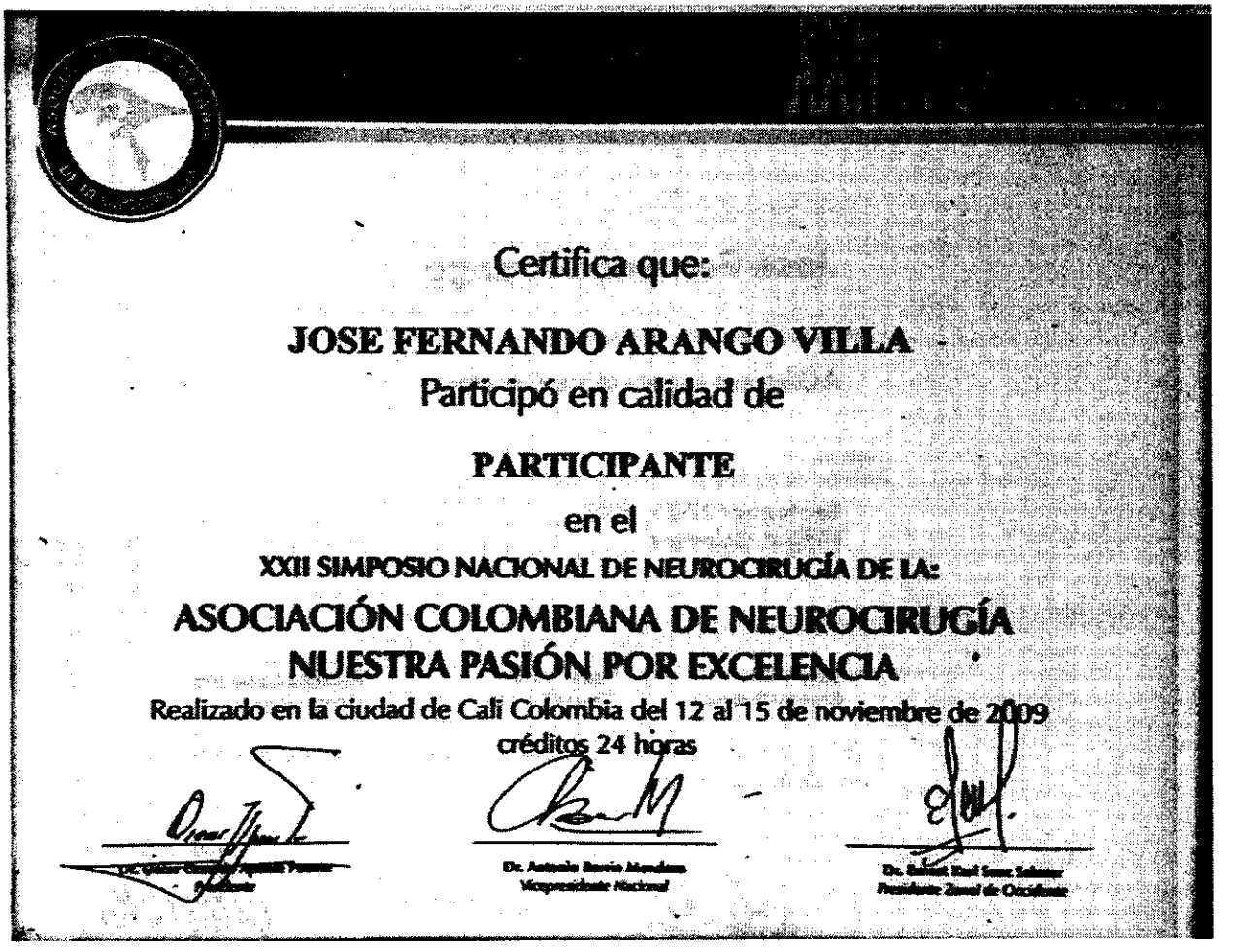
NUESTRA PASIÓN POR EXCELENCIA

Realizado en la ciudad de Cali Colombia del 12 al 15 de noviembre de 2009

créditos 24 horas

Dr. Antonio Barrio Mendoza
Vicepresidente Nacional

Dr. Eduard Ruiz Suez Salazar
Presidente Zonal de Occidente



Certifica que:

JOSE FERNANDO ARANGO VILLA

Participó en calidad de

PARTICIPANTE

en el

XXII SIMPOSIO NACIONAL DE NEUROCIRUGÍA DE LA:

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE NEUROCIRUGÍA

NUESTRA PASIÓN POR EXCELENCIA

Realizado en la ciudad de Cali Colombia del 12 al 15 de noviembre de 2009

créditos 24 horas

Dr. Antonio Bravo Mendoza
Vicepresidente Nacional

Dr. Eduardo Raúl Sosa Salazar
Presidente Zonal de Occidente

AOSPINE
LATIN AMERICA

COURSE PARTICIPANT

THIS IS TO CERTIFY THAT

José Fernando Arango

ATTENDED AND COMPLETED THE

AOSpine Interactive Course

FROM / IN

September 27-29, 2007
Melgar, Colombia

COURSE CHAIRPERSON(S)

Luiz Vialle	Pablo Vela	Ricardo Londoño
Course Chairman	Course Director	Course Director

THE COURSE PROVIDED INSTRUCTION AND CASES IN SPINE SURGERY
FOLLOWING AO PRINCIPLES

Dr Marcelo Gruenberg	Dr Michael E Janssen	Prof Chris van der Werken
Chairman AOSpine Latin America	Chairman AOSpine International	President AO Foundation

95

406

Certificate

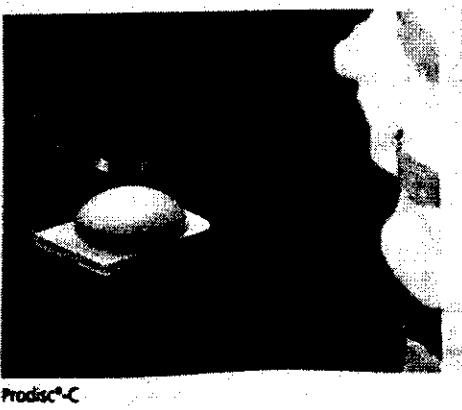
This is to certify that

José Fernando Arango Villa

participated in the Combined Prodisc® Lumbar and Cervical Spine Arthroplasty Course in México City from March 22 to 24, 2007.

Scientific Chairman
Dr. Alejandro Reyes-Sanchez

Business Unit Manager Latin America Spine
Roman Isekin



Prodisc®-C



Prodisc®-L

SYNTHES®

www.synthes.com

96

407



ASOCIACION ARGENTINA DE RESIDENTES DE NEUROCIRUGIA

Miembro de la Asociación Argentina de Neurocirugía

4º Congreso Anual de la Asociación Argentina de Residentes de Neurocirugía

III Curso de Microanatomía Quirúrgica

Buenos Aires, 21 al 23 de Abril de 1999

Por lo cuanto el Dr./a Fernando Aranda

ha participado como: *Miembro Titular*

Se le extiende el presente DIPLOMA que así lo acredita.

Dr. PABLO CARTOLANO
PRESIDENTE

Dr. FERNANDO ABITANTE
VICE-PRESIDENTE

AUSPICIA: PARKE-DAVIS

UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE MEDICINA
HOSPITAL DE CLINICAS
"JOSE DE SAN MARTIN"

Córdoba 2351 - Buenos Aires

Buenos Aires, 14 de noviembre de 1987.

Certificamos que

el Dr. ....José.Fernando.ARANGO.VILLA.....

ha cursado el PRIMER MODULO del "CURSO OFICIAL PARA GRADUADOS EN NEUROCIRUGIA" que se realizó en el HOSPITAL DE CLINICAS "JOSE DE SAN MARTIN" del 10 al 14 de noviembre de 1987, siendo su duración de 40 horas.

Prof.Dr. Armando Basso
Director

Dr. Jorge Salvat
Director Asociado

Dr. Carlos Ottino
Director Asociado

98

409

ASOCIACIÓN DE RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS DE BOGOTÁ

Certifica

Que, Dr. José Fernando Arango V.
c.c. 16.448919

Participo en el 1er. Seminario Surcolombiano de Radiología realizado en la ciudad de Neiva, el día 3 de septiembre de 2005 con una intensidad de 8 horas

Dr. Mauricio Lozano B.
Presidente Asociación de Radiología e Imágenes Diagnosticas de Bogotá

Dr. Jorge E. Espinel
Radiólogo Coordinador de Seminario

Dra. Mireya Duarte Q.
Radióloga Coordinadora de Seminario

Avalado por el Programa de Promoción y Mejoramiento de la Calidad de la Asociación Colombiana de Radiología

460



Certificado de Participación

por la presente se certifica que

FERNANDO ARANGO, MD

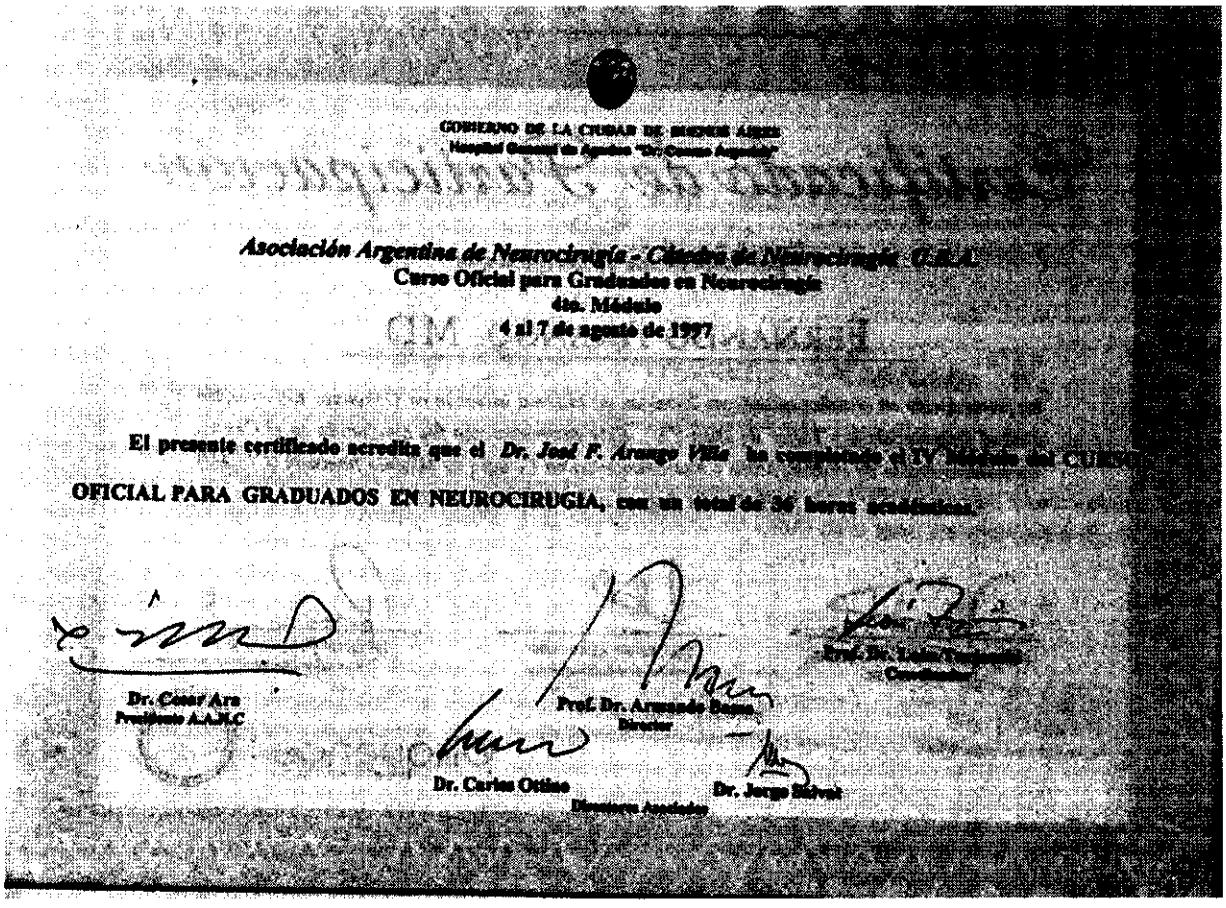
ha participado en el taller educativo Técnicas de Mínima Invasión en Columna: Enfermedad Discal Degenerativa y Taller de Disc-FX®. Este entrenamiento fue conducido en el Centro Latinoamericano de Investigación y Entrenamiento en Cirugía de Mínima Invasión (CLEMI) en la ciudad de Bogotá el 10 de Julio del 2009.

DR. JORGE FELIPE RAMIREZ
Presidente CLEMI

MAURICIO ALARCON
Director para Latinoamérica

DR. JOSE F. RUEDLES
Instructor Clínico

elliquence



GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES
Hospital General de Agudos "Dr. Cosme Argerich"

Asociación Argentina de Neurocirugía - Cátedra de Neurocirugía U.B.A.
Curso Oficial para Graduados en Neurocirugía
4to. Módulo
4 al 7 de agosto de 1997

El presente certificado acredita que el *Dr. José F. Arango Ville* ha cumplimentado el IV Módulo del CURSO OFICIAL PARA GRADUADOS EN NEUROCIRUGIA, con un total de 36 horas académicas.

Dr. César Ara
Presidente A.A.N.C

Prof. Dr. Armando Basso
Director

Prof. Dr. Isidro Pomposiello
Coordinador

Dr. Carlos Ottino
Director Asociado

Dr. Jorge Silvini

101

912

Dr. Sergio Viti
RIE V - 03805347-3 - C.I. 3.805.347
Traumatología y Ortopedia
Discolisis Percutánea, Ozono Terapia



CONSTANCIA

SE HACE CONSTAR QE EL DR: JOSE FERNANDO ARANGO VILLA CI 16.448 .919 ASISTIO A ENTRENAMIENTO EN LA TECNICA DE DISCOLISIS PERCUTANEA CON OZONO CERVICAL Y LUMBAR , DURANTE LOS DIAS 24-08-2009 AL 28-08-2009 . REALIZANDO ACTIVIDAD TEORICA Y PRACTICA EN LÁ CIUDAD DE SAN CRISTOBAL EDO TACHIRA VENEZUELA

Dr. Sergio Viti
RIF.: V-03806347-3
M.S.A.S. 20195 C.M.T. 2266
Traumatología y Ortopedia
Discolisis Percutánea, Ozono Terapia

SAN CRISTOBAL 28-08-2009.

Centro Médico Quirúrgico El Samán - Ofic. 9 PB. - San Cristóbal
Directo. 0276 - 511.87.62 - Central. 0276 - 510.62.00
San Cristóbal - Estado Táchira
e-mail: sergiovit@hotmail.com - WEB: www.sweet.com.ve

M.S.A.S. 20195 - C.M.T 2266

102

413

UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE MEDICINA
CATEDRA DE NEUROCIRUGIA

CURSO OFICIAL PARA GRADUADOS EN NEUROCIRUGIA
4° CURSO - 1° MODULO
20 horas de duración

HOSPITAL SANTA LUCIA
12 AL 16 DE NOVIEMBRE DE 2001
DIRECTORES
PROF. DR. ARMANDO BASSO
PROF. DR. JULIO C. SUAREZ

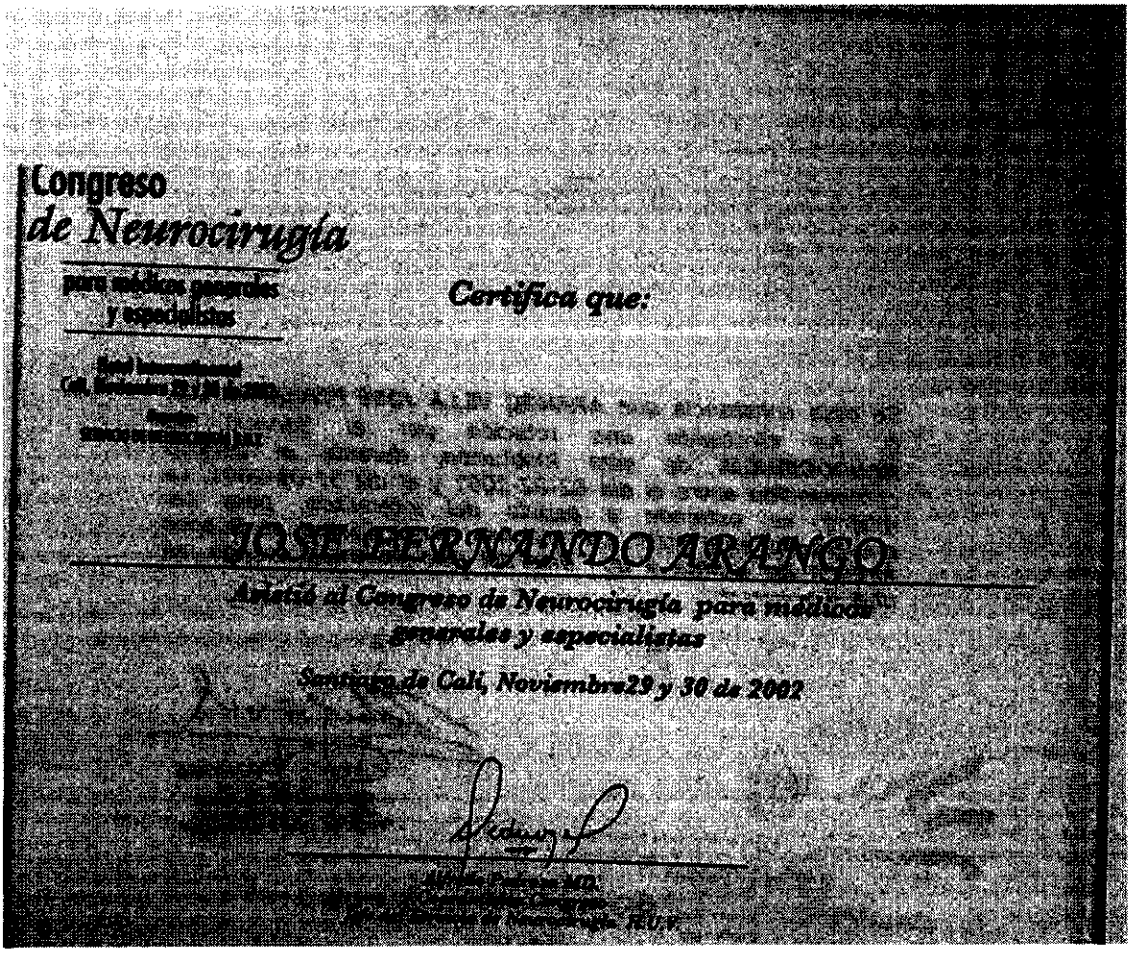
POR CUANTO EL DR./A *JOSE ARANGO VILLA*

HA CURSADO EL MODULO EN CALIDAD DE ASISTENTE SE LE EXTIENDE EL PRESENTE CERTIFICADO QUE ASI LO ACREDITA.-

DRA. SILVIA BERNER
COORDINADORA

DR. ANTONIO G. CARREZO
DIRECTOR ASOCIADO

Callao 441 8° F - C1022AAE Bs As Argentina - Tel/Fax: 4317-1256 - Tel: 4372-3651
E-mail: asnc@intramed.net.ar - E mail: asnc@drwebsa.com.ar



Congreso
de Neurocirugía

para médicos generales
y especialistas

Certifica que:

JOSE FERNANDO ARANGO

Asistió al Congreso de Neurocirugía para médicos generales y especialistas

Santiago de Cali, Noviembre 29 y 30 de 2002

4° CURSO - 1° MODULO NEUROCIRUGIA

ENERI
NEUROCIRUGIA ENDOVASCULAR
RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA
Dr. Pedro Lylyk

Buenos Aires, Enero 31 del 2002

CERTIFICACION

Por la presente y en calidad de Director Médico del equipo de Neurocirugía Endovascular y Radiología Intervencionista, dejo constancia de que el ***Dr. José Fernando Del C. Arango Villa*** *Médico de Nacionalidad Colombiana Con Pasaporte No. 16 448 919, ha desarrollado un programa de entrenamiento en la especialidad.*

Dr. Pedro Lylyk
Director Médico ENERI
MN 44976

ENERI
NEUROCIRUGIA ENDOVASCULAR
RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA
Dr. PEDRO LYLYK

105



FACULTAD DE MEDICINA

Videoteca Central

CENATES

La Videoteca Central de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, acredita que JOSE FERNANDO DEL CARMEN ARAUJO VELIZ

ha asistido al Curso de Semiología Neurológica en Video;

se le otorga este certificado que así lo acredita,

en Buenos Aires, NOVIEMBRE 06 DE 1997

Dr. Juan Carlos Fustinoni
Director del Curso

Alejandro Stern
Director Videoteca Central

106

417

FUNDACION ROUX-OCEFA

CURSOS PARA GRADUADOS

Certificamos que El Dr. JOSE FERNANDO ARANGO

ha asistido al curso NEUROLOGIA 1997 PARA INTERNISTAS (10 Hs.)

_____ *dictado en esta*

Fundación, desde el 27 al 31 de octubre _____ *de 19* 97

Buenos Aires, Octubre de 1997

CURSO
Director

CONSEJO CIENTIFICO EJECUTIVO
Director

107

CERTIFICATE

This is to acknowledge and certify that

FERNANDO ARANGO VILA

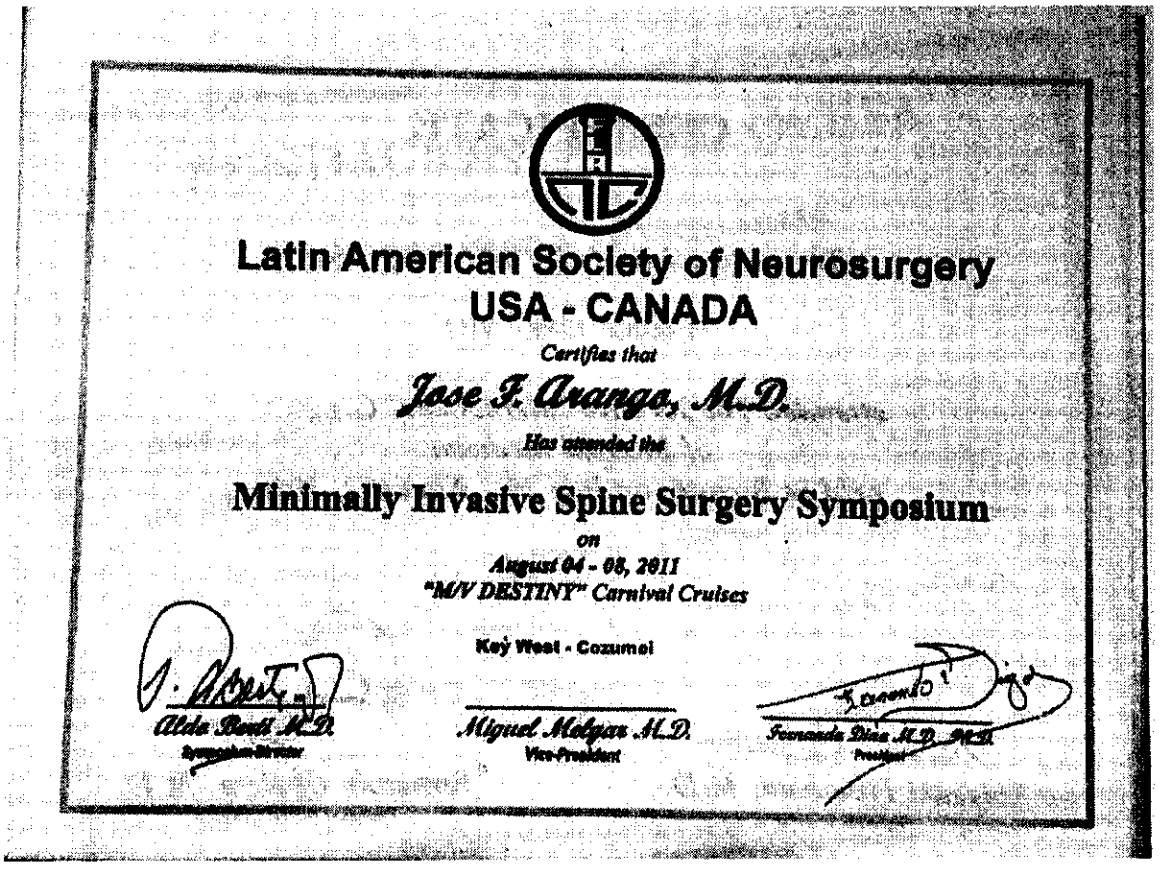
attended The XVIIIth International Congress of Internal Medicine held in Bogotá, on July 29 - August 2, 1986

Shigeaki Hinohara, M.D.
President of ISIM

Fernando Chalem, M.D.
President of the Congress

Rolf A. Streuli, M.D.
Secretary General of ISIM

Jaime Campos, M.D.
Secretary General of the Congress



Latin American Society of Neurosurgery
USA - CANADA

Certifies that

Jose F. Aranga, M.D.

Has attended the

Minimally Invasive Spine Surgery Symposium

on

August 04 - 08, 2011
"M/V DESTINY" Carnival Cruises

Key West - Cozumel

Alda Rendi M.D.
Symposium Director

Miguel Melgar M.D.
Vice-President

Fernando Diaz M.D. FACS
President

Certificate

This is to certify that

Dr. José Fernando Arango

Participated in the

Cadaver workshop: Minimal invasive surgical solutions for the lumbar spine

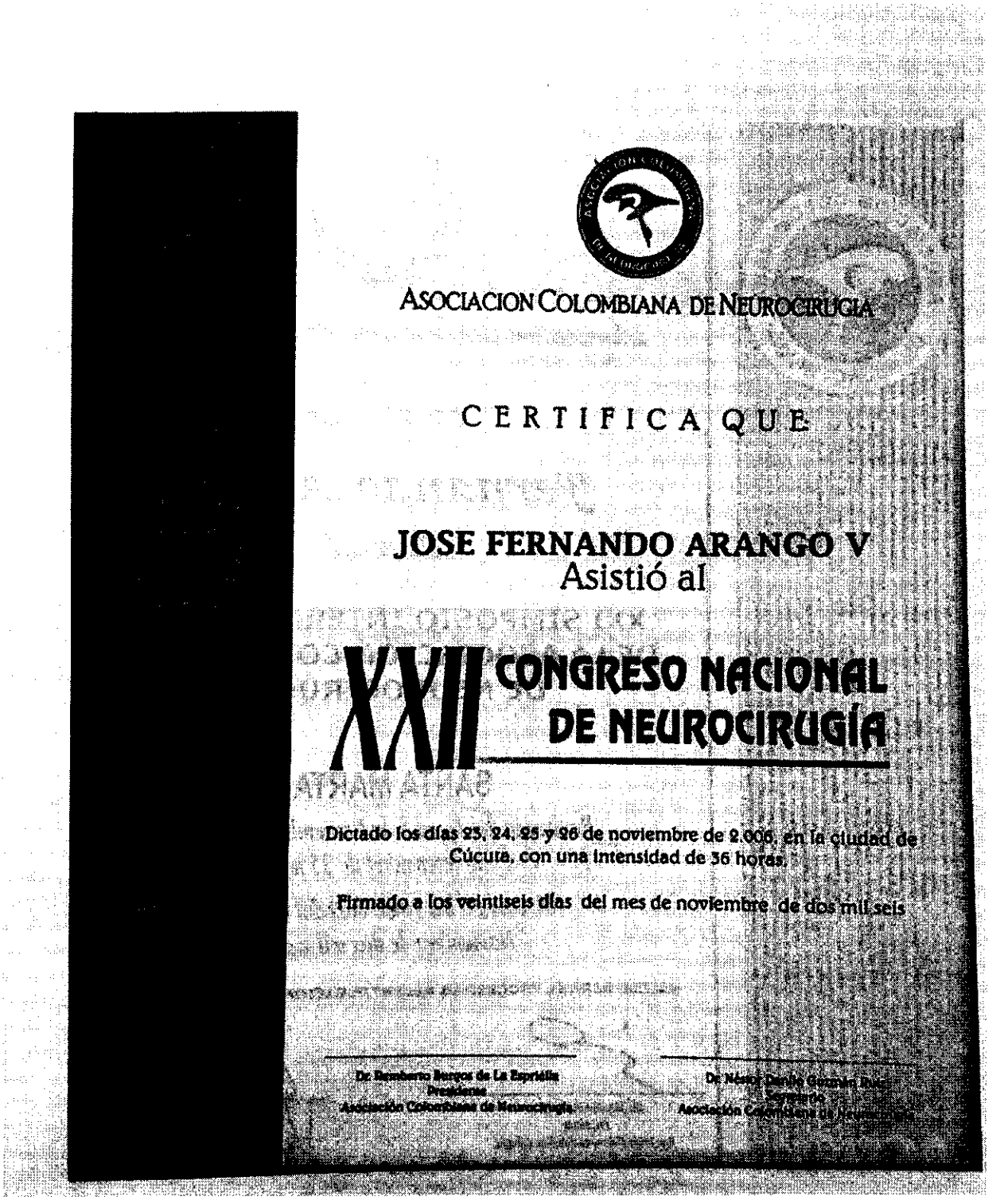
Miami August 8, 2011

Dr. N. Taboada	Dr. C. Sola	Dr. J. Fonnegra
UNIMEC Barranquilla, CO	Hospital Italiano Buenos Aires, AR	Fundación clínica Shaio Bogotá, CO

SYNTHES®

110

42



ASOCIACION COLOMBIANA DE NEUROCIRUGIA

CERTIFICA QUE

JOSE FERNANDO ARANGO V
Asistió al

XXII CONGRESO NACIONAL DE NEUROCIRUGÍA

Dictado los días 23, 24, 25 y 26 de noviembre de 2.006, en la ciudad de Cúcuta, con una intensidad de 36 horas.

Firmado a los veintiseis días del mes de noviembre de dos mil seis

Dr. Bienvenido Barajas de La Espriella
Presidente
Asociación Colombiana de Neurocirugía

Dr. Mario Danilo Gonzalez Ruiz
Secretario
Asociación Colombiana de Neurocirugía

111

422

Asociación Argentina de Neurocirugía

MIEMBRO DE LA FEDERACIÓN LATINOAMERICANA DE NEUROCIRUGÍA (CLANC)
MIEMBRO DE LA WORLD FEDERATION OF NEUROSURGICAL SOCIETIES (WFNS)

COMISIÓN DIRECTIVA

Presidente
Dr. Julio César Suarez

Vicepresidente
Dr. Fernando Knezevich

Secretario
Dr. Angel Melchior

Prosecretario
Dra. Silvia Berner

Tesorero
Dr. Francisco Papalini

Protesorero
Dr. Eduardo Vanni

CAPÍTULO DE PATOLOGÍA RAQUIMEDULAR

COORDINADORES
DR. MARCELO PLATAS - DR. GUILLERMO AJLER
DR. JUAN J. MEZZADRI - DR. JORGE LAMBRE

2 DE JUNIO DE 2001
AUDITORIO BIO SIDUS

POR CUANTO EL

DR. JOSE ARAUCO

SE LE EXTIENDE EL PRESENTE CERTIFICADO DE ASISTENTE A LA "I REUNIÓN ANUAL DEL CAPÍTULO DE PATOLOGÍA RAQUIMEDULAR"

DR. MARCELO PLATAS
COORDINADOR



33

CERTIFICA

Que el (la) Doctor (a)

JOSE FERNANDO ARANGO

Asistió al 33 Congreso Latinoamericano de NEUROCIRUGÍA

Que se realizó del 26 al 30 de octubre de 2008, en Bogotá D.C.

R. BUNGOS

Dr. Rafael[illegible]

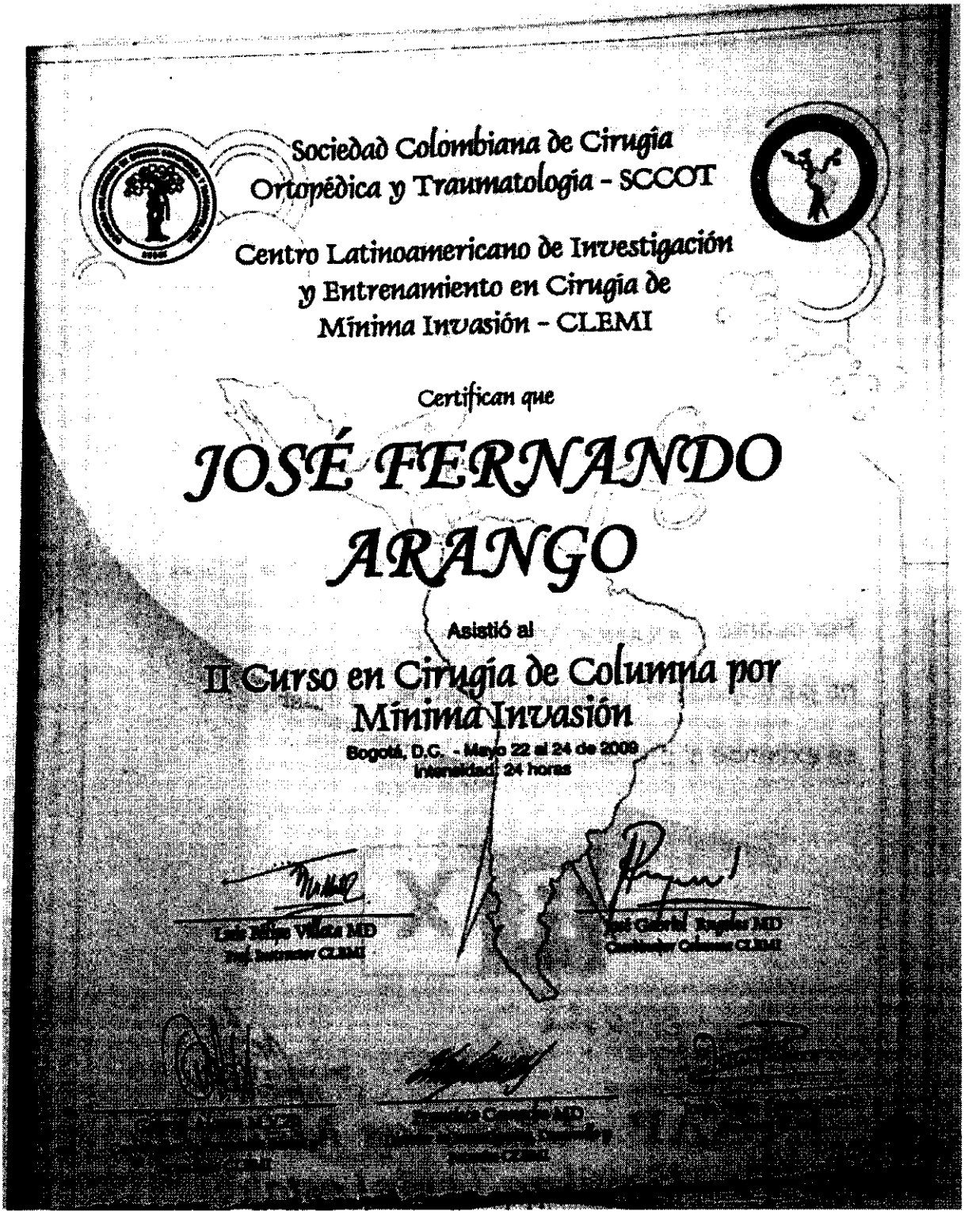
Dr. Héctor Darío Cuenca

SECRETARIO CLAN 2008

Dr. Armando Vergara Gómez

113

424



Sociedad Colombiana de Cirugía Ortopédica y Traumatología - SCCOT

Centro Latinoamericano de Investigación y Entrenamiento en Cirugía de Mínima Invasión - CLEMI

Certifican que

JOSÉ FERNANDO ARANGO

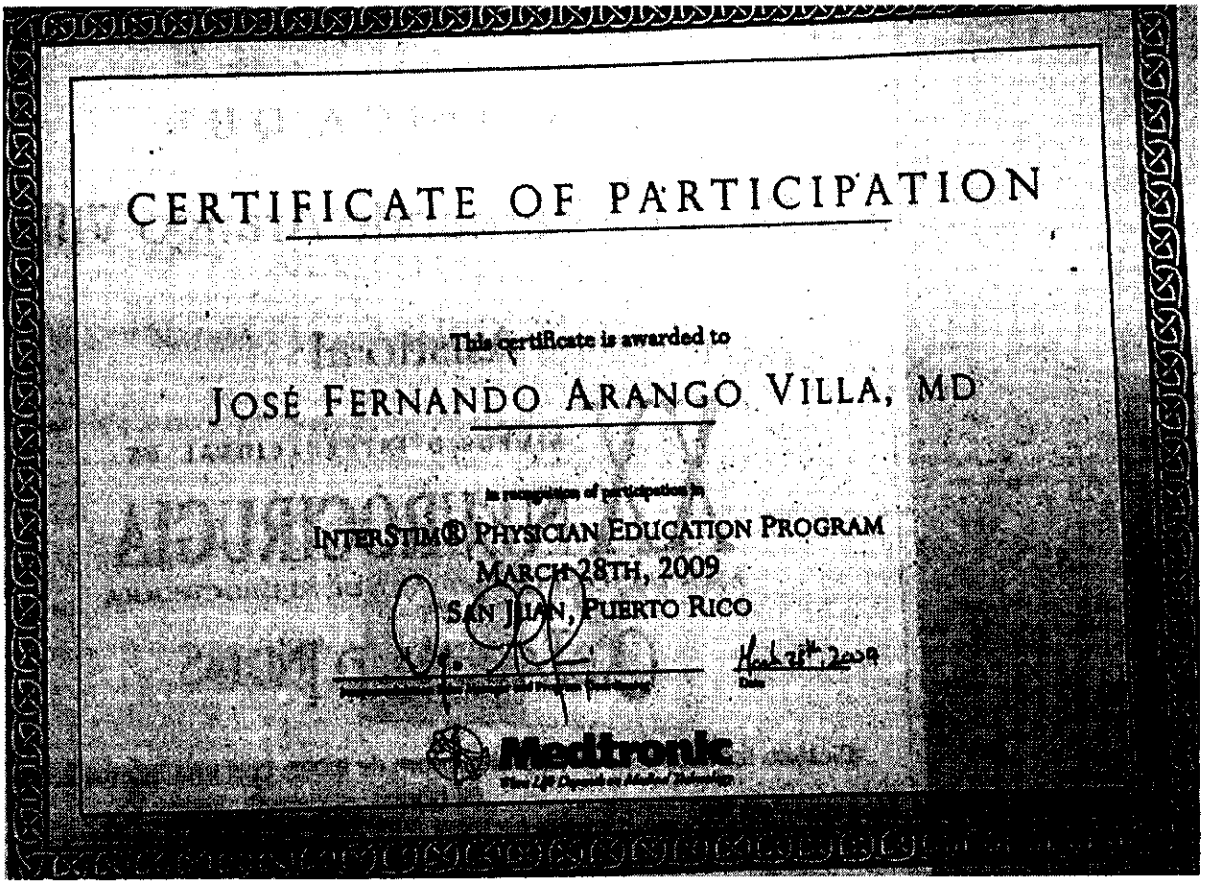
Asistió al

II Curso en Cirugía de Columna por Mínima Invasión

Bogotá, D.C. - Mayo 22 al 24 de 2009
Intensidad: 24 horas

Luis Felipe Villate MD
Prof. Instructor CLEMI

José Gabriel Rugeles MD
Coordinador Colombia CLEMI



CERTIFICATE OF PARTICIPATION

This certificate is awarded to

JOSÉ FERNANDO ARANGO VILLA, MD

in recognition of participation in

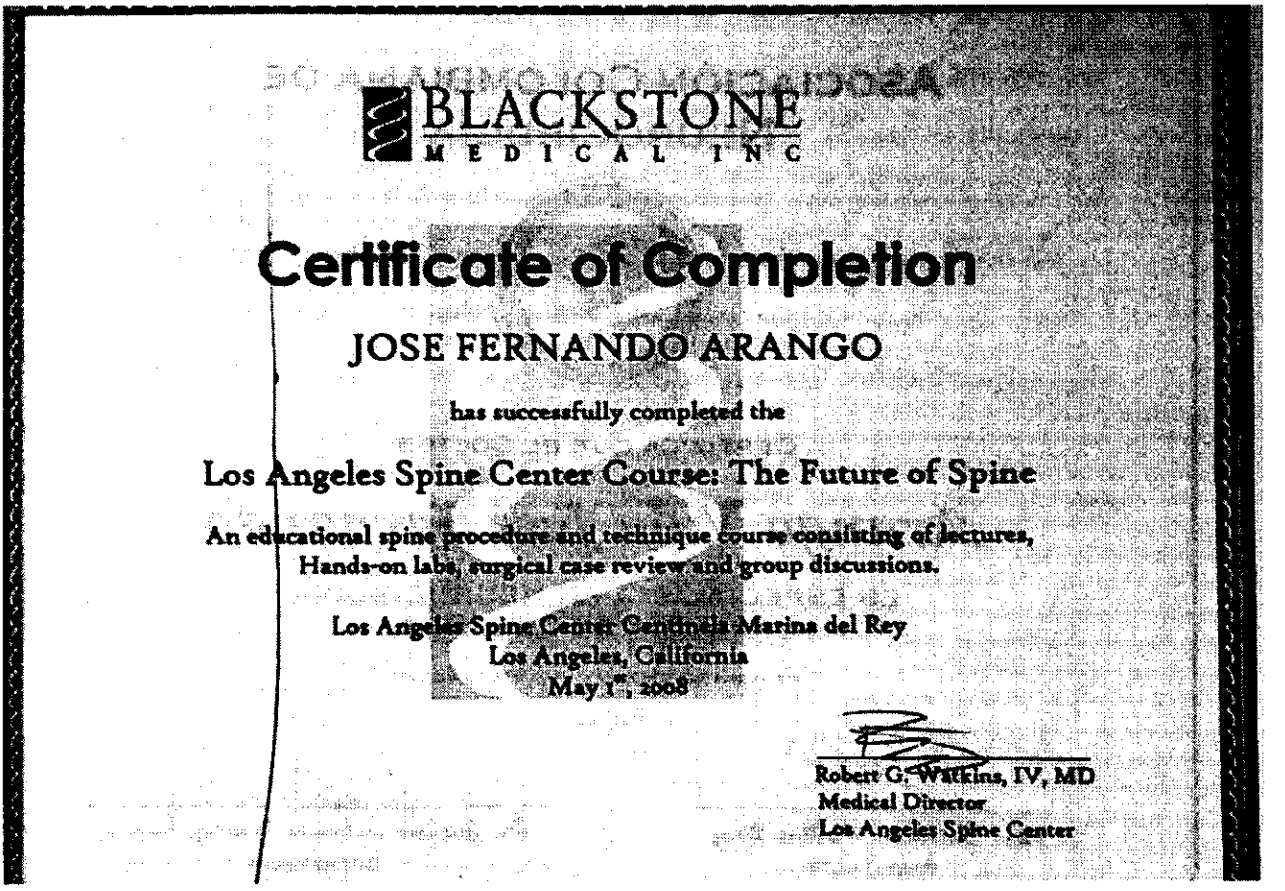
INTERSTIM® PHYSICIAN EDUCATION PROGRAM

MARCH 28TH, 2009

SAN JUAN, PUERTO RICO

March 28th 2009

Medtronic



BLACKSTONE MEDICAL INC

Certificate of Completion

JOSE FERNANDO ARANGO

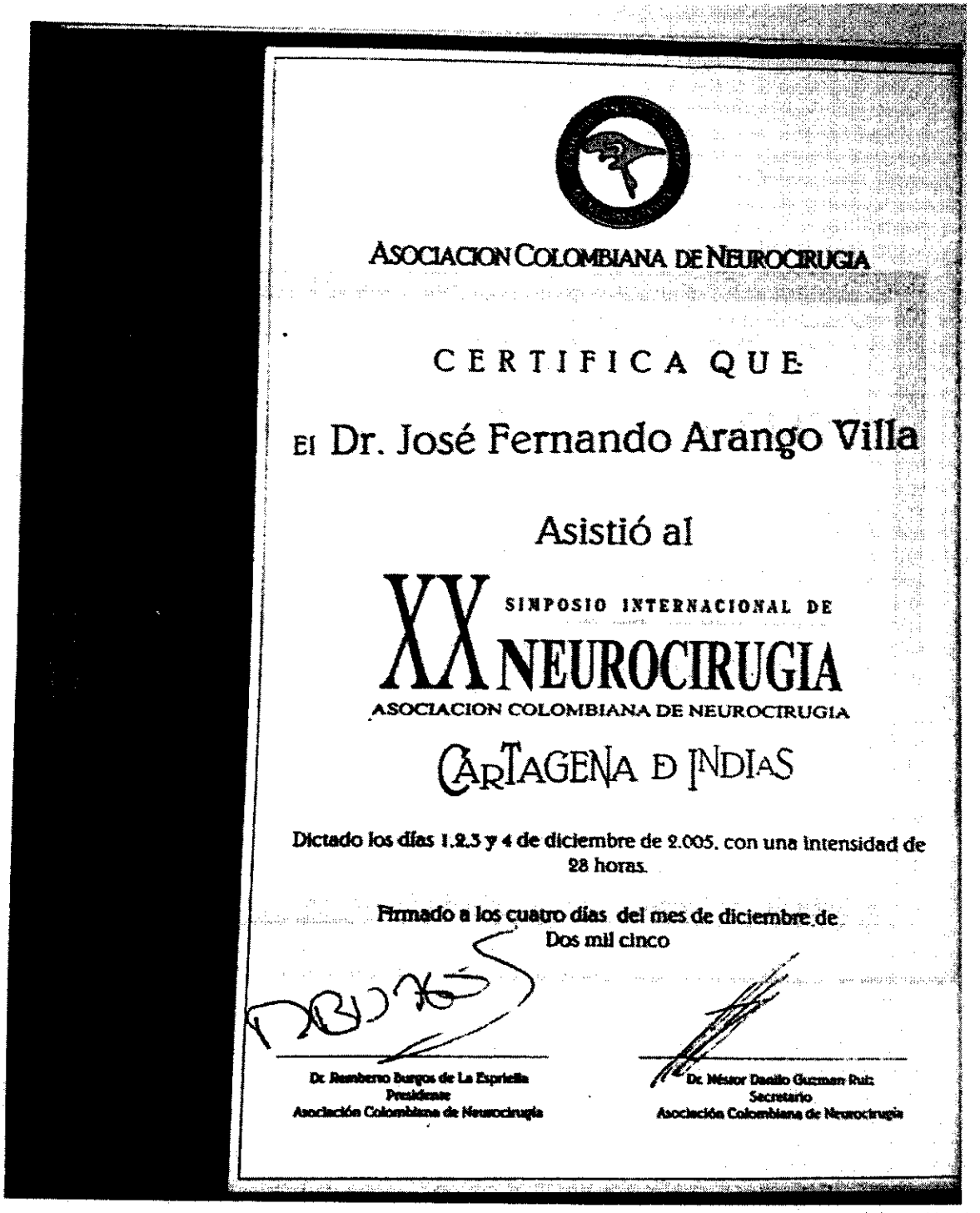
has successfully completed the

Los Angeles Spine Center Course: The Future of Spine

An educational spine procedure and technique course consisting of lectures, Hands-on labs, surgical case review and group discussions.

Los Angeles Spine Center Centinela Marina del Rey
Los Angeles, California
May 1st, 2008

Robert G. Watkins, IV, MD
Medical Director
Los Angeles Spine Center



ASOCIACION COLOMBIANA DE NEUROCIRUGIA

CERTIFICA QUE:

El Dr. José Fernando Arango Villa

Asistió al

XX SIMPOSIO INTERNACIONAL DE NEUROCIRUGIA

ASOCIACION COLOMBIANA DE NEUROCIRUGIA

CARTAGENA DE INDIAS

Dictado los días 1.2.3 y 4 de diciembre de 2.005. con una intensidad de 28 horas.

Firmado a los cuatro días del mes de diciembre de Dos mil cinco

Dr. Ramberto Burgos de La Espriella
Presidente
Asociación Colombiana de Neurocirugia

Dr. Néstor Danilo Guzman Ruiz
Secretario
Asociación Colombiana de Neurocirugia

FACULTAD DE MEDICINA
Universidad de Buenos Aires

3º CURSO DE RESONANCIA MAGNETICA POR IMAGENES

Buenos Aires, 8, 10 y 11 de Julio de 1997

Por cuanto **ARANGO VILLA JOSE**

ha participado en calidad de miembro **Titular**

se extiende el presente diploma.

RX

FUNAP
COMISION ORGANIZADORA

Dra. Mónica Rodríguez
DIRECTORA

FUNAP - *Ciencias Médicas*

Gentileza Temis Lostaló

Congress of Neurological Surgeons

RECIPIENT:

Jose Arango
Calle 8 No 36-91, Casa #8
Condominio Casa de Campo
Neiva, Huila
Columbia

15565

CERTIFICATE of ATTENDANCE

2006 CNS Annual Meeting
October 7-12, 2006
Chicago, Illinois

The Congress of Neurological Surgeons is accredited by the Accreditation Council for Continuing Medical Education (ACCME) to sponsor continuing medical education for physicians. The CNS designates this continuing medical education activity for CME credit hours in Category 1 of the Physician's Recognition Award of the American Medical Association. The number of credit hours earned is set forth below. In addition, this program is approved by the Congress of Neurological Surgeons for credit applicable toward the Continuing Education Award in Neurosurgery.

This certifies participation in the following activity.

2006 Congress of Neurological Surgeons Annual Meeting	24
Total Hours	24

PLEASE RETAIN THIS RECORD OF CERTIFIED ATTENDANCE FOR FUTURE VERIFICATION.

119

930

ASOCIACION COLOMBIANA DE NEUROCIRUGIA

CERTIFICA QUE

FERNANDO ARANGO

Asistió al

II CURSO INTERNACIONAL DE COLUMNA

ENCUENTRO IBERO-LATINOAMERICANO

NUEVAS TENDENCIAS EN CIRUGIA DE COLUMNA

Hotel Casa Dann Carlton - Bogotá D.C.

Dictado los días 26 y 27 de Mayo de 2.006. con una intensidad de 16 horas.

Firmado a los veintisiete días del mes de mayo de dos mil seis

Dr. Bienvenido Burgos de La Espriella
Presidente
Asociación Colombiana de Neurocirugía

Dr. Néstor Danilo Guzmán Ruiz
Secretario
Asociación Colombiana de Neurocirugía

Neurocirugía en Urgencias. Jefe Dr. Antonio Montoya Casella.
7. MEDICO NEUROCIRUJANO DEL HOSPITAL ESCUELA DE LA U.B.A., "Dr. COSME Argerich" Jefe Prof. Dr. León Turjansk i. BsAs Arg.
8. MEDICO NEUROCIRUJANO DEL ISS – CALI COLOMBIA DESDE Feb.- 2002 a Feb. - 2003
8. MEDICO NEUROCIRUJANO COMO COORDINADOR DEL SERVICIO, HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO DE LA UNIV. SURCOLOMBIANA
9. Neurocirujano corporación Comfenalco-Unilibre desde septiembre 2013, médico adscrito al servicio en las clínicas: Esensa, Remedios, Hospitales San Juan De Dios, Mario Correa Rengifo y SOS trauma, clínica Rafael uirbe, clínica dessa
10. UNIVERSIDAD LIBRE SECCIONAL CALI, docencia Catedra Decimo, actualidad
11 UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI, docencia Catedra Decimo actualidad

Referencias Personales

Dr. JORGE ALBERTO ANGARITA. MD Neurólogo Clínico. Hospital /Universidad/ISS , Neiva
Dr. Oswaldo coral gueron, Líder neurocirugía corporación Comfenalco-Unilibre

Dr. José Fernando Arango V. MD.
CC. 16 448 919
TP 13130-91 RM 1145
Neurocirujano

LITERATURA CIENTÍFICA QUE SE APORTA AL PROCESO

FISTULA DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO POSTRAUMATICA: 11 folios

935
122

123

434

Archivos de Medicina Interna
versión impresa ISSN 0250-3816*versión On-line* ISSN 1688-423X

Arch. Med Int vol.37 no. 1 Montevideo mar. 2015

ARCHIVOS DEL INSTITUTO DE NEUROLOGÍA

Fístula de líquido cefalorraquídeo postraumática: propuesta de algoritmo diagnóstico y terapéutico

**Post-
traumatic cerebrospinal fluid fistula: proposal of diagnosticand therapeutic al gorithm**

Dra. Alejandra Jaume

Residente de Neurocirugía. Hospital de Clínicas. Facultad de Medicina. UdelaR. Montevideo.

Dr. Federico Salle

Residente de Neurocirugía. Hospital de Clínicas. Facultad de Medicina. UdelaR. Montevideo.

Dra. Andrea Devita

Neurocirujano, Asistente. Hospital de Clínicas. Facultad de Medicina. UdelaR. Montevideo.

Dr. Fernando Martínez

Neurocirujano, Profesor Adjunto, Servicio de Neurocirugía, Hospital de Clínicas. Facultad de Medicina. UdelaR. Montevideo.

Dr. Nicolás Sgarbi

Médico imagenólogo. Profesor Adjunto, Servicio de Imagenología, Hospital de Clínicas. Facultad de Medicina. UdelaR. Montevideo.

Recibido: 24/11/14 - Aceptado: 10/03/15

Correspondencia: Dra. Alejandra Jaume. Agrigento 2473. CP: 11500. Montevideo, Uruguay. (00598) 26041778 - (00598) 99273939. Correo electrónico: ale.jaume@hotmail.com

Los autores del presente trabajo declaran no tener conflicto de interés.

RESUMEN: Arch Med Interna 37(1): 47-52

Introducción: la fístula de líquido céfalorraquídeo (LCR) se define como la salida anormal de líquido desde el cráneo al exterior a través de una brecha osteomeníngea, constituyendo una puerta de entrada de gérmenes al endocráneo y sus espacios con potencial riesgo infeccioso y en ocasiones vital. Es una patología relativamente frecuente, la cual clásicamente se divide en fístulas traumáticas y no traumáticas, siendo un gran desafío para el neurocirujano su resolución. Objetivo: presentar el primer caso de fístula de LCR postraumática en Uruguay, estudiado con cisterno-RNM, como método diagnostico. Caso clínico: se presenta el caso clínico de un paciente asistido en el Hospital de Clínicas. A través de este caso clínico ilustrativo, se busca realizar una puesta al día con respecto a los principales puntos de controversia, en vistas a plantear un algoritmo diagnostico y terapéutico. Discusión: encontramos como principales puntos de controversia: el comienzo de tratamiento (tto) antibiótico (ATB) profiláctico una vez realizado el diagnostico; que estudios paraclínicos imagenológicos son necesarios para el diagnostico, y, el tipo de tratamiento indicado. Conclusiones: de la bibliografía analizada, podemos concluir, que para un correcto diagnostico, se deben solicitar de rutina TC y RMN, y, si hay dudas: cisterno-RNM, endoscopía, o cisterno-TC. En cuanto al algoritmo terapéutico, concluimos que se debe realizar tratamiento conservador, con tratamiento medico por dos a cuatro semanas, y, si persiste fístula se debe indicar tratamiento quirúrgico. El tto. ATB es una opción y no una recomendación.

Palabras clave: fístula, LCR, rinorraquia, otorraquia, meningitis, fractura de base de cráneo, cirugía.

ABSTRACT:: Arch Med Interna 37(1): 47-52

Introduction: the cerebrospinal fluid (CSF) fistula is defined as the abnormal leak of fluid from the skull to outside the body through an osteomeningeal gap, which allows the passage of organisms to the intra-cranial space, with the risk of infection, potentially life-threatening. Divided as traumatic and non-traumatic, the condition is relatively common, and poses great challenges to neurosurgeons. Objective: to

present the first case of post-traumatic CSF fistula in Uruguay, assessed with cistern MRI with diagnostic purposes. Case report: the case described is that of a patient that received treatment at the University Hospital (Hospital de Clínicas). The case is used to illustrate the condition and review the latest controversial issues involved in the algorithms for the diagnosis and therapy of the condition. Discussion: the main controversial issues found included the following: when to start prophylactic antibiotic (ATB) therapy following diagnosis; imaging tests requested for diagnosis, and type of therapy prescribed. Conclusions: the review of literature leads us to conclude that a correct diagnosis requires the routine use of CT and MRI; if doubts persist, cistern MRI, endoscopy, or cistern CT are indicated. With regards the therapeutic algorithm, we conclude that therapy should be conservative, applying medical therapy for two to four weeks; surgery will be prescribed if the fistula persists after that. Antibiotic therapy is an option and not a recommendation.

Keywords: fistula, CSF, nasal CSF leaks, ear CSF leaks, meningitis, skull base fracture, surgery.

INTRODUCCIÓN

La fístula de líquido cefalorraquídeo (LCR) es relativamente frecuente en pacientes con fractura de base de cráneo. Se define fístula a la salida anormal hacia el exterior de LCR, siendo producido en general por un desgarro de aracnoides y duramadre, permitiendo una comunicación del espacio subaracnoideo con el exterior. Es así, que se produce una solución de continuidad entre la barrera ósea, y las meninges (brecha ósteomeníngea), generando una comunicación entre el endocráneo y el exocráneo. Dicha comunicación se da principalmente hacia las cavidades relacionadas con la base de cráneo: senos frontal y esfenoidal, celdillas etmoidales, trompa de Eustaquio, y celdillas mastoideas[1-5]. Si bien no es muy frecuente, la brecha osteomeníngea puede generarse de forma "espontánea" (por debilidad congénita de las barreras anatómicas), lo que permite clasificar las fístulas en traumáticas y espontáneas[5,6].

Las fístulas traumáticas pueden ser secundarias a traumatismos o procedimientos quirúrgicos (iatrogénicas).

A continuación se discuten los aspectos clínicos, diagnósticos y terapéuticos más importantes de las fístulas traumáticas accidentales, por sus implicancias clínicas, que ponen en riesgo de infección a los pacientes portadoras de las misma[1-8]. Planteamos un algoritmo de estudio y tratamiento poniendo como ejemplo un caso clínico.

CASO CLÍNICO

Paciente de 28 años, sin antecedentes personales a destacar.

En 2009 sufre accidente en moto, sin casco, al chocar contra automóvil. Sufre un traumatismo encéfalocraneano(TEC) moderado con buena evolución.

A los tres meses del trauma, se diagnosticó meníngoencefalitis aguda supurada (MEAS) a neumococo, cumpliendo tratamiento antibiótico con buena evolución clínica.

Desde entonces, refiere rinorraquia intermitente por narina izquierda. Se estudia con tomografía computada (TC) (Figura 1) y resonancia nuclear magnética (RMN), siendo enviado para valoración por parte del servicio de Neurocirugía del Hospital de Clínicas.

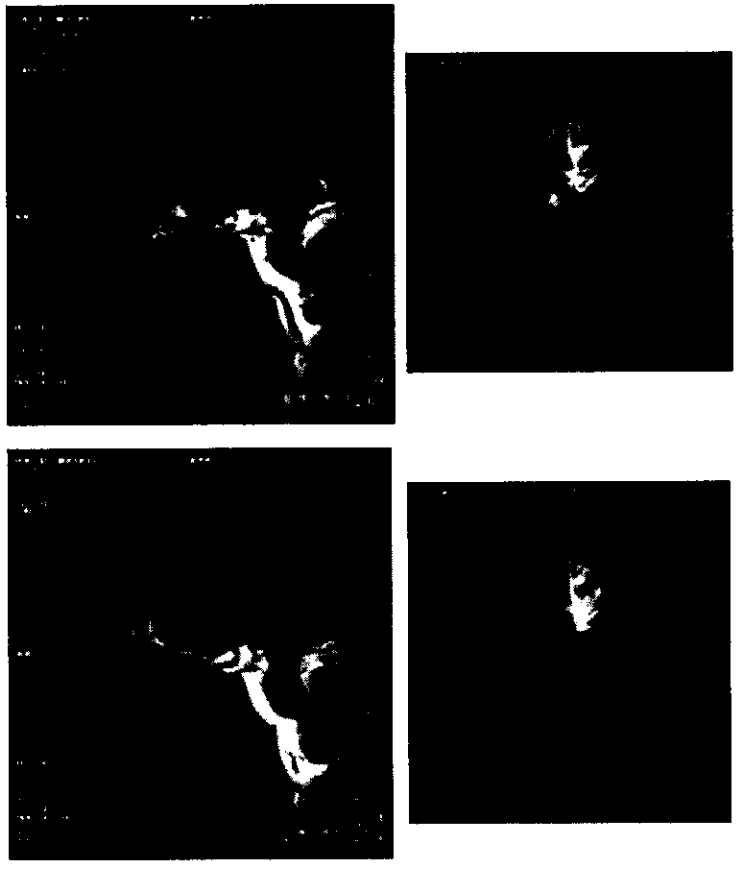


Fig. 1. Se observan cortes coronales de TC del piso anterior de base de cráneo. Las flechas indican múltiples puntos en donde hay brechas en el mismo de forma bilateral.

Es ingresado para estudio, haciéndose una cisterno-RMN. Dado que en nuestro país los equipos de RMN son pocos, tenemos la certeza de que éste fue el primer estudio de cisterno-RMN hecha en Uruguay. El resultado informa dos brechas ósteomeníngeas a nivel del piso anterior de base cráneo, una izquierda y otra derecha (Figura 2).

Dado que la brecha es bilateral con fracturas de piso anterior de base de cráneo, se discute en conjunto con Servicio de Otorrinolaringología y se decide cirugía a cielo abierto, abordaje transcraneano extradural.

Se realizó un abordaje bicoronal en piel, colgajo óseo libre y exposición del piso anterior de la base del cráneo. Se encontró un desgarro dural bilateral que se reparó con periostio, sellante biológico en base a fibrina (Tissucol®) y hemostáticos en base a gelatina natural absorbible (Gelfoam®).

La evolución postoperatoria fue satisfactoria, sin agregar ningún déficit y sin fístula.

Al año de seguimiento no se constató fístula activa ni procesos infecciosos meníngeos.

A partir de este caso clínico ilustrativo se realizó una revisión bibliográfica enfocada en las fístulas de LCR postraumáticas,
en Pubmed (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/), así como en las dos publicaciones neuroquirúrgicas con mayor impacto, tanto en inglés como en español: Neurosurgery y Journal of Neurosurgery, seleccionando un total de 23 publicaciones entre los años 2000 y 2011.

DISCUSIÓN

La fístula de LCR postraumática tiene una incidencia del 10 al 30% de todas las fracturas de base de cráneo[4]. La topografía más frecuente es a nivel del piso anterior de la base de cráneo, que constituyen hasta un 80% de los casos.

Por la anatomía del piso anterior del cráneo, las fracturas que más frecuentemente se asocian a fístula son: la lamina cribosa del etmoides, la pared posterior del seno frontal, el techo de la orbita, y el seno esfenoidal[4-6]. En el piso medio la topografía más frecuente es el hueso temporal[2,9].

En general, cerca de un 80% de las fístulas cierran espontáneamente en las primeras 48 horas, pero si persisten, se pueden asociar a infecciones intracraneanas hasta en un 20% de los casos[4].

Es importante destacar que el riesgo de meningitis es proporcional al tiempo de duración de la fístula, alcanzando hasta un 57% si la fístula permanece por meses[4]. Es por esto que es fundamental lograr un rápido diagnóstico y una correcta conducta terapéutica.

Para realizar diagnóstico de fístula de LCR son importantes dos ítems: el diagnostico clínico de fístula y el diagnostico topográfico del punto en donde se da la fístula. Este último es fundamentalmente imagenológico[5].

Para el diagnóstico clínico es necesaria una correcta anamnesis y un completo examen físico. Clínicamente el LCR se caracteriza por ser claro, transparente, tener sabor salado, y no causar excoriación de la piel. Los pacientes con fístula activa pueden

presentar cefalea postural y "signo del reservorio" (salida de LCR en determinadas posiciones). En otros casos, puede consultar por meningitis en varios episodios de fístula, con gasto indetectable[7].

Una vez que se realiza el diagnóstico clínico de fístula de LCR, se debe (si presenta actividad) tomar una muestra del líquido para test de glucosa y b-transferrina.

En lo que respecta al diagnóstico imagenológico, existen varias modalidades de imagen y diferentes protocolos de estudio. Entre dichos estudios tenemos: TC, RNM, cisterno-TC, cisterno-RNM y exploración endoscópicatransnasal.

La mayoría de los centros, por su costo, accesibilidad, y sensibilidad, utilizan de rutina dos estudios imagenológicos: 1) la TC (para valorar principalmente el componente óseo), y 2) la RNM (para valoración de la fístula y el parénquima)[3,4,6,8-10].

La cisterno-RNM hoy en día es un estudio de primera línea para el diagnóstico de fístula de LCR. Es una técnica segura que requiere para su realización de la inyección intratecal, de medio de contraste a base de gadolinio, a través de una punción lumbar tradicional. Si bien existen pocas evidencias su utilización, ha aumentado en los últimos años, sobre todo por su baja tasa de complicaciones, elevada resolución anatómica y excelente rendimiento diagnóstico.

A su vez, la cisterno-RNM no utiliza radiaciones ionizantes a diferencia de los métodos tradicionales como la tomografía computada, evitando la utilización de medio de contraste iodado, los cuales producen más frecuentemente reacciones adversas por esta vía de administración.

Su resolución anatómica es claramente superior a la cisternografía tradicional, método que no visualiza directamente la anatomía; y, si bien no estudia en detalle la anatomía de la base del cráneo como la TC, permite a diferencia de ella, un análisis integral del cráneo y su contenido, el trayecto de la fístula, la alteración meníngea acompañante o saco y su contenido.

Por las características propias del gadolinio su tasa de distribución en el LCR es más homogénea con menor volumen, generando mayor contraste que en TC, y sin requerir de tiempos prolongados de espera para obtener imágenes o de utilizar maniobras adicionales. Su tasa de falsos negativos se reporta menor comparada con la cisterno-TC.

Su tasa de complicaciones es baja reportándose la cefalea como la más frecuente, siendo posible la aparición de vómitos y en algunos casos convulsiones. Se han reportado reacciones de mecanismo alérgico pero se consideran excepcionales en comparación con otros medios de contraste. Su principal motivo de falso negativo es el gasto extremadamente bajo de la fístula o aquellas que se detienen de forma espontánea si bien en estos casos puede igualmente detectarse el trayecto y sobre todo la alteración meníngea, lo que es una clara ventaja sobre la TC. Algunos autores utilizan de rutina secuencias potenciadas en T2 con efecto cisternografico sin medio de contraste lo que mejora su rendimiento global.

Por todo esto creemos que sin dudas la cisterno-RNM, constituye el método de elección y de primera línea en pacientes con sospecha de fístula de LCR[10-15].

En el caso clínico analizado se solicito TC y RNM. Al constatar múltiples fracturas en el piso anterior de base de cráneo, quedaron dudas sobre la topografía exacta de la fístula por lo que se decidió realizar una cisterno-RMN. Este estudio fue el primero que se realizó en Uruguay y puso en evidencia dos brechas: una izquierda anterior y otra derecha posterior.

Una vez obtenido el diagnostico de fístula de LCR y la topografía de la misma, se debe definir la conducta terapéutica.

En la mayoría de los centros, el tratamiento inicial de las fístulas de LCR es conservador[1-4,6], ya que las mismas se resuelven de manera espontánea en el 77 al 90% de los casos en las primeras dos a cuatro semanas postraumatismo[2,3]. Es por esto, que no se indica ningún procedimiento invasivo en el período inicial, realizándose solo control clínico evolutivo, y tratamiento médico destinado a disminuir la presión intracraneana(PIC) y permitir que la brecha osteomeníngea se cierre. Dicho tratamiento consta de: reposo semisentado, laxantes, para disminuir los esfuerzos a glotis cerrada, y por ende la PIC, y acetazolamida, que disminuye la formación de LCR (750 mg día).

El uso de antibióticos profilácticos es discutido y no hay evidencia de que su uso disminuya la incidencia de infecciones meníngeas[4,5,16]. Por lo tanto, su uso es optativo, dependiendo de cada centro.

El uso de antibiotico es optativo. no hay evidencia que disminuya infecciones meningeas

En el caso de que a las 2 semanas aproximadamente del traumatismo, la fístula no se haya resuelto, y permanezca con gasto, se puede optar por la colocación de un drenaje lumbar continuo, el cual es un procedimiento mínimamente invasivo, con muy baja taza de complicaciones, que puede complementar el tratamiento médico, con el objetivo de drenar LCR, disminuir la PIC, permitiendo que la brecha se cierre. Es una opción válida y recomendada, que debe ser evaluada en cada paciente según: fístula, gasto de la misma, tiempo de transcurrido trauma-fístula, y topografía.

En nuestro caso, el trauma había sido tres meses antes y presentaba una fístula intermitente con bajo gasto, por lo que se definió no colocar drenaje lumbar continuo.

Si el tratamiento médico fracasa, y la fístula persiste, se debe indicar su tratamiento quirúrgico. Aquí existen dos grandes líneas de tratamiento: el abordaje endoscópico transnasal, o el abordaje transcraneano extra o intradural, siendo los protocolos de tratamiento diferentes según los centros de referencia.

Para definir una correcta conducta debe valorarse principalmente en cada paciente: la topografía y característica de la fractura o brecha ósteomeníngea.

El abordaje endoscópico transnasal es el tratamiento de elección en el caso de fístulas cuya topografía se sitúa a nivel de la línea media de base de cráneo[1,6]. La ventaja de este procedimiento es que, mediante una cirugía mínimamente invasiva, con baja taza de complicaciones, se puede lograr el cierre de la brecha ósteomeníngeacon menor tiempo de internación para el paciente. El mayor porcentaje de complicación, es la recidiva de fístula, requiriendo reintervención. A su vez, dicha técnica tiene sus limitaciones cuando la fístula es de topografía lateral, dado el campo de trabajo y la visión del endoscopio. Es por esto que la endoscopía transnasal es el tratamiento de primera línea solo en el caso de fístulas a nivel del etmoides o seno esfenoidal[8,17].

Por el contrario, el abordaje transcraneano es mas invasivo, pero es el tratamiento de primera línea en pacientes con lesiones intracraneales, en fracturas complejas, conminutas, fracturas laterales del piso anterior de base de cráneo o del seno frontal[4,5]. También se utiliza este abordaje cuando la cirugía endoscópica transnasal no tiene éxito. La cirugía es un procedimiento que requiere mayor tiempo de internación, con riesgo de complicaciones intracraneanas posoperatorias que, a pesar de ser un porcentaje bajo, es mayor que en el procedimiento endoscópico. Sin embargo, es una técnica, que permite identificar bajo microscopio, la brecha ósteo-meníngea, así como tratar en el caso de que se visualice un embudo cerebral a dicho nivel, logrando una reparación tanto de la brecha, como realización de plastia, teniendo un mayor porcentaje de éxito quirúgico[4,5].

En nuestro caso, dado que presentaba múltiples fracturas y por las características de las mismas, se definió el tratamiento transcraneal como primera elección. El resultado inmediato y en la evolución fue excelente, con cierre de la fístula sin recidiva.

En base a la revisión bibliográfica, planteamos el algoritmo diagnóstico-terapéutico (Figura 3) que intenta racionalizar el manejo de los pacientes con fístula traumática accidental.

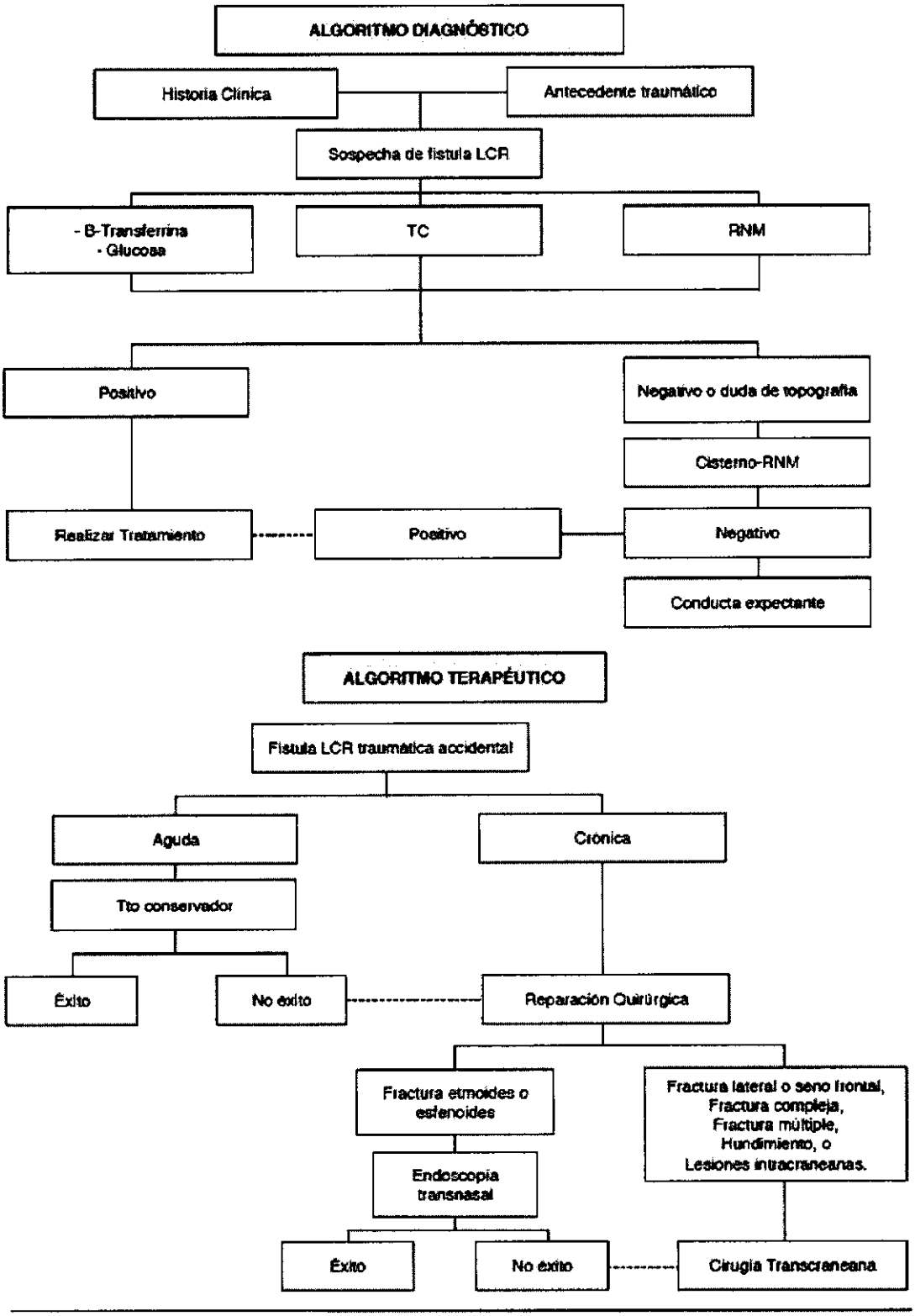


Fig. 3. Algoritmo diagnóstico-terapéutico.

CONCLUSIÓN

En base a lo analizado podemos concluir que, para realizar un correcto diagnóstico de fístula traumática, debemos, mediante la anamnesis y el examen físico, pesquisar la sospecha de fístula y solicitar de rutina TC y RMN. Como estudio de primera elección para completar valoración o en el caso que queden dudas diagnósticas, se debe realizar la cisterno-RMN.

En cuanto al tratamiento, podemos concluir que, en las fístulas postraumáticas accidentales agudas, se debe tratar de forma conservadora en primera instancia, realizando tratamiento médico y eventualmente, drenaje lumbar continuo. De fallar estas estrategias se pasa al tratamiento quirúrgico, que dependerá de las características de la fístula, pudiéndose optar entre tratamiento endoscópico o quirúrgico a cielo abierto.

En cuanto al tratamiento uso de antibióticos profilácticos, no hay evidencia científica de que disminuyan la morbimortalidad, por lo tanto su uso queda a criterio del médico tratante.

BIBLIOGRAFÍA

1. M. Komatsu, F. komatsu, L. Cavallo, D. Solari, V. Stagno, T. Inoue, P. Cappabianca: Purely endoscopicRepair of Traumatic Cerebrospinal Fluid Rhinorrhea from the Anterior Skull Base. Neurol Med Chir (Tokio): 51, 222-225, 2011.

2. G. Nazar, R. Iñiguez S, R. Iñiguez C: fístula de líquido cefalorraquídeo en oído. Rev. Otorrinonaringol cir cab-cuello. 2001, 61, 125-132.

3. K. Aydin, E.Terzibasioglu, S. Sencer, A. Sencer, Y. Souglu, A. Karasu, T. Kiris, M. Turantan: Localization of Cerebrospinal Fluid Leaks By Gadolinium-Enhanced Magnetic Resonance Cisternography: A 5-Year Single-Center Experience. Neurosurgery 62: 584-589, 2008.

4. M. Scholsem, F. Scholtes, F. Collignon, P. Robe, A. Dubuisson, B. Kaschten, J. Lenelle, D. Martin: Surgical Magnament of Anterior Cranial Base Fractures with Cerebrospinal Fluid Fistulae: A single-Institution Experience. Neurosurgery, 62, 463-471, 2008.

5. P. Liu, S. Wu, Z. Li, B. Wang: Surgical Strategy for Cerebrospinal Fluid Rhinorrhea Repair. Neurosurgery, 66, ons281-ons286, 2010.

6. D. Locatelli, F. Rampa, I. Acchiardi, M. Bignami, F. De Bernardi, P. Castelnuovo: Endoscopic EndonasalApproaches for Repair of Cerebrospinal Fluid Leaks: Nine-Year Experience. Neurosurgery 58 (ONS suppl2): ONS-246-ONS-257, 2006.

7. O. Arbolay, J. González: Fístula de líquido Cefalorraquídeo.

8. V. La Fata, N. McLean, S. Wise, J. DelGaudio, P. Hudgins: CSF Leaks: Correlations of High-Resolution CT and Multiplanar Reformations with Intraoperative Endoscopics Findings. AJNR, 29, 2008.

9. S. Ferrara, D. Samarrtano, P. Ferrara: Tratamiento quirúrgico de las fístulas de líquido cefalorraquídeo otomastoideas. ORL-DIPS, 33, 12-15, 2006.

10. O. Algin, B. Hakyemez, G. Gokalp, T. Ozcan, E. Korfali, M. Parlak: The Contributions 3D-CISS and Contrast-enhanced MR Cisternography in detectin Cerebrospinal Fluid Leak in patients with Rhinorrhea. The British Journal of Radiology, 83, 225-232, 2010.

11. O. Algin, B. Turkbey: Intrathecal Gadolinium-Enhanced MR Cisternography: A Comprehensive Review. American Society of Neuroradiology, January 2012.

12. H. Selcuk, S. Albayram, H. Ozer, S. Ulus, G. Sanus, M. Kaynar, N. Kocer, C. Islak: IntrathecalGadolinium-Enhanced MR Cisternography in the Evaluation of CSF Leakage. AJNR, 31, 71-75, 2010.

13. B. Mostafa, A. Khafagi: Combined HRCT and MRI in the Detection of CSF Rhinorrhea. Skull Base: an Interdisciplinary Approach, volume 14, number 3, 154-162, 2004.

14. F. Domengie, J. Cottier, E. Lescanne, B. Aesch, C. Vinikoff-Sonier, S. Gallas, D. Herbetreau: Strategie Dexploration Dune Breche Osteomeningee. Journal Neuroradiology, 31, 47-59,2004.

15. K. Lloyd, J. DelGaudio, P. Hudgins: Imaging of Skull Base Cerebrospinal Fluid Leaks in Adults. Radiology, volume 248, number 3, 2008.

16. N. Bir, B. Unitesinde, V. Takip, K. Kirigi, D. Sonuclari: Basilar Skull Fracture: Outcome of Acute Care without Antibiotics Prophylaxis in an Nigerian Neurosurgical unit. Turkish Neurosurgery, vol 20, Num 4, 430-436, 2010.

17. S. Nakajima, T. Fukuda, M. Hasue, Y. Sengoku, J. Haraoka, T. Uchida: New Technique for Application of Fibrin Sealant: Rubbing Method Devised to Prevent Cerebrospinal Fluid Leakage from Dura Mater Site Repaired with Expanded Polytetrafluoroethylene Surgical Membranes. Neurosurgery, Vol 49, n1, 117-123, 2001.

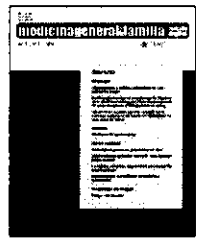
NEUMOENCEFALO: 3 folios

MED GEN Y FAM. 2016;5(2):56-58

SEMG Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

medicina general y de familia
edición digital

www.elsevier.es/mgyf



Clínica cotidiana

Neumoencéfalo

Francisco Javier Pérez Delgado[a,*] y *Niege Jacó Batista*[b]

[a] *Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital SAS La Línea de la Concepción, Cádiz, España*
[b] *Residencia de Medicina Familiar y Comunitaria, Unidad Docente del Campo de Gibraltar, Cádiz, España*

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:
Recibido el 17 de agosto de 2015
Aceptado el 2 de diciembre de 2015
On-line el 18 de enero de 2016

Palabras clave:
Traumatismo craneoencefálico
Radiografía simple de cráneo
Neumoencéfalo
Diagnóstico
Tratamiento

R E S U M E N

En el abordaje del traumatismo craneoencefálico existe una gran desproporción entre el número de radiografías simples de cráneo que se solicitan y la indicación sujeta a criterios científicos. Esta circunstancia puede ser explicada por multitud de factores: el desconocimiento del profesional de sus indicaciones, el aspecto legal inherente a este tipo de asistencias, la propia presión asistencial con gran demanda de estos estudios, estén o no indicados (desconocimiento del paciente).

Por otro lado, la lectura de una radiografía simple de cráneo, en la que hay una gran superposición de estructuras, suele ser bastante dificultosa, con lo que no es infrecuente el pasar por alto algunas lesiones.

A pesar de todo esto, de la controversia y de la limitación actual de su uso, es una práctica habitual en los servicios de urgencias.

Presentamos el caso de una paciente de 43 años de edad, atendida tras una caída de su motocicleta, a baja energía y sin criterios de gravedad. Tras ser evaluada se le solicita una radiografía simple de cráneo en la que se evidencia una imagen compatible con neumoencéfalo.

© 2015 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Pneumocephalus

Keywords:
Head injury
Skull radiography
Pneumocephalus
Diagnosis
Treatment

A B S T R A C T

In the management of head injury there is a great disparity between the number of single skull radiographs being requested and the indication subject to scientific criteria. This may be explained by many factors: lack of professional training, the legal aspect inherent to this type of care, the care burden with high demand for these studies themselves, whether or not indicated (ignorance of the patient). Moreover reading a skull radiography, in which there is a large overlap of structures, is usually quite difficult, so it is not uncommon to overlook

* *Autor para correspondencia.*
Correo electrónico: javiperez72@hotmail.com (F.J. Pérez Delgado).
http://dx.doi.org/10.1016/j.mgyf.2015.12.002
1889-5433/© 2015 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

some injuries. Despite all this, and the controversy and current limitations of its use, it is a common practice in the emergency department. The case is presented on a patient of 43 years, who was seen after a low energy fall from his motorcycle, and with no severity criteria. After being evaluated, a skull x-ray was requested that showed an image compatible with pneumoencephalus.

© 2015 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Mujer de 43 años de edad, sin alergias medicamentosas ni antecedentes personales de interés.

Acude por sus propios medios a urgencias del hospital demandando la realización de una radiografía de cráneo tras haberse caído accidentalmente de su motocicleta, a baja velocidad, al iniciar su entrada en una rotonda. Llevaba el casco puesto y refiere haberse golpeado en la hemicara izquierda. No refiere pérdida de conciencia ni vómitos y recuerda en todo momento lo sucedido.

En la exploración física se aprecia un discreto hematoma en la zona malar izquierda, y dolor reproducible en la región infraorbitaria de ese mismo lado, sin hallar crepitación ósea ni ningún otro hallazgo significativo.

El facultativo que la atiende solicita estudio radiográfico anteroposterior de cráneo (fig. 1). En ella se objetiva una imagen radiotransparente frontal izquierda.

Se consulta el caso con la sala de observación de urgencias. La paciente ingresa en la misma. Se solicita una TAC craneal, que constata finalmente la presencia de aire intraventricular e intraparenquimatoso y la presencia de una fractura en la base del cráneo.



Figura 1 – Imagen radiotransparente frontal izquierda.

Con estos hallazgos se realiza interconsulta telefónica con el neurocirujano de guardia del hospital de referencia. Se acepta el traslado, que se realiza en ambulancia medicalizada.

Durante todo este tiempo la paciente permanece neurológica y hemodinámicamente estable.

En el momento de la elaboración de este documento la paciente continúa ingresada con medidas terapéuticas conservadoras y no ha presentado incidencia alguna durante su asistencia.

Comentarios[1-4]

El neumoencéfalo es una entidad poco frecuente, definida por la presencia de aire en la cavidad intracraneal, ya sea ventricular, parenquimatoso, subaracnoideo, subdural (el más frecuente) o epidural.

Según algunas series se encuentra hasta en el 0,3 % de las TAC practicadas; su localización más frecuente es la frontal.

Su causa principal, tal y como veremos algo más adelante, suelen ser los traumatismos. El espectro clínico oscila entre la ausencia de síntomas y el cortejo clínico secundario al aumento de volumen y la hipertensión intracraneal; en este último caso se define como neumoencéfalo a tensión. Entre ambos extremos puede existir una sintomatología vaga e inespecífica, como cefalea, náuseas, vómitos y letargia.

El neumoencéfalo puede ser precoz si se presenta dentro de los primeros 7 días, o tardío si lo hace después de este tiempo.

Se han descrito varios mecanismos de formación. Entre las probables causas podemos encontrar:

- Traumatismos.
- Intervenciones quirúrgicas (neurocirugía, ORL).
- Infecciones intracraneales por gérmenes productores de gas.
- Tumores.
- Barotraumas.
- Defectos congénitos.

En los traumatismos craneoencefálicos (TCE) el neumoencéfalo se produce por fracturas a través de los senos paranasales o por fracturas de la base del cráneo, tal y como sucede con la paciente que presentamos en este caso. Si el gas intracraneal eleva la presión intracraneal se produce un efecto de válvula: se permite la entrada de aire pero no su salida y se desarrolla un neumoencéfalo a tensión.

La TAC está considerada el método de imagen de elección, ya que es capaz de detectar cantidades de hasta 0,5 cc de aire en la cavidad intracraneal. En ocasiones, tal y como

presentamos en nuestro caso, ya es apreciable en una radiografía de cráneo.

El neumoencéfalo es una urgencia cuyo pronóstico depende del estado neurológico, de la rapidez de su formación y de la existencia de complicaciones. El tratamiento es en la mayor parte de los casos conservador, con observación clínica y radiológica. En un alto porcentaje de casos se alcanza la fase de resolución.

La opción quirúrgica se reserva para el neumoencéfalo a tensión o para los neumoencéfalos que cursan de forma muy sintomática. En estos casos el tratamiento pasa por encontrar no solo el punto de acceso del aire al interior del cráneo, sino también las causas que han favorecido que el neumoencéfalo adopte características de alta presión.

Aunque actualmente está disminuyendo la tendencia de emplear la radiografía simple para la evaluación del traumatismo craneoencefálico, todavía es muy frecuente su uso indiscriminado. Hay multitud de razones para ello: el desconocimiento por parte de los profesionales y de los pacientes de sus indicaciones reales, el aspecto legal de la asistencia que en ocasiones nos empuja a solicitar pruebas de imagen, la presión asistencial y la necesidad de darle agilidad... Pero hay ocasiones en las que, tal y como presentamos en nuestro trabajo, nos llevamos alguna sorpresa. La sospecha y la posterior confirmación del neumoencéfalo pueden suponer una gran dosis de estrés para el profesional con respecto a su abordaje, dado que no se trata de un proceso patológico frecuente. El objetivo de este trabajo no era otro que ofrecer sencillas pinceladas sobre esta entidad.

Confidencialidad de los datos

Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Satgunaseelan L. Extensive craniocervical pneumocranium. Case report. J Neurosurg. 2011;114:497–504.
2. González-Bonet LG, Goig-Revert FA, Rodríguez Mena R, Barcia-Mariño C. Neumoencéfalo a tensión tras herida en cuero cabelludo en portadora de válvula de derivación ventrículo-peritoneal: caso clínico y revisión de la literatura. Neurocirugía. 2009;20:152–8.
3. Venkatesh SK, Bhargava V. Clinics in diagnostic imaging (119). Post-traumatic intracerebral pneumatocele. Singapore Med J. 2007;48(11):1055–9.
4. Ortega M, Rueda JR, López-Ruiz JA. Análisis del uso de la radiología simple de cráneo, tórax y abdomen en los servicios de urgencia hospitalarios. Investigación comisionada. Vitoria-Gasteiz. Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco, 2001. Informe n.º Osteba D-0104.

USO PREVENTIVO DE ANTIBIÓTICOS EN TRAUMA: 7 folios

medigraphic Artemisa en línea

TRAUMA

Artículo de revisión

Vol. 11, No. 2
Mayo-Agosto 2008
pp 47-53

Uso preventivo de antibióticos en trauma

Mario Napoleón Méndez Rivera*

Palabras clave: Trauma, infección.

Key words: Trauma, infection.

Resumen

En la época actual el trauma ha ocupado un lugar preponderante como causa de muerte y morbilidad en la población mundial, especialmente en Latinoamérica, siendo Guatemala un país donde la violencia ha tomado un nivel extremo. Tan es así la situación, que la Organización Mundial de la Salud ha virado su atención a la enfermedad traumática como una patología que cobra día con día importancia. La muerte inmediata por trauma es causada por choque hipovolémico, asfixia y lesiones exanguinantes cardiacas o de grandes vasos. En las primeras 72 horas la muerte temprana se debe en general a lesiones del sistema nervioso central y choque. La muerte tardía es debida a falla orgánica múltiple, respuesta inflamatoria sistémica e *infección*.[1] El paciente con trauma lleva consigo riesgo de adquirir procesos infecciosos, por el simple hecho del trauma; por lo tanto, el trauma es en sí un factor de riesgo para un proceso infectivo, que, cuando no produce la muerte, provoca prolongación de estancia hospitalaria, retardo en incorporación a la sociedad y gastos tanto institucionales como individuales. Por ello, el tomar medidas para evitar los procesos infecciosos en el paciente traumatizado es de vital importancia.

Abstract

In actual times trauma have a site very important how cause of death and morbility in the population in world wide, specially in Latinoamerica, in particulary Guatemala a country where the violence has a extreme level. The World Organization of the Health have your attention in a patology more important each day. The immediately death by trauma is caused for hipovolemic shock, asphyxia and exanguinants wounds, cardiacs or greath vessels. Death early into 72 h is caused a brain trauma and shock. Multiple organic failure, inflammatory systemic response and *infection* are associated with late death. The trauma patient lie the

* Sociedad Panamericana de Trauma. Departamento de Emergencia, San Juan de Dios. Facultad de Medicina, Universidad de San Carlos. Ciudad de Guatemala.

Dirección para correspondencia:
Mario Napoleón Méndez Rivera
napoleonmendez1@intelnett.com, napoleonmendez1@yahoo.com

risk of acquire infectious process, for the trauma per se and is a risk factor for infection no only is cause of death, also is cause of prolonged stay, delayed restitution at the society and costs incremented. Take actions for avoid infection in trauma is mandatory.

Infección y trauma

Es bien sabido que para que un proceso infeccioso se instaure, debe haber interrelación de una serie de factores, tanto del huésped como del ambiente y el microorganismo infectivo. También en el contexto del manejo de herida operatoria existen factores particulares en ese ámbito que pueden favorecer el aparecimiento de una infección.

Hay algunos factores que predisponen a infección y no son modificables, como edad, enfermedades previas debilitantes (diabetes, aterosclerosis, enfermedades de la colágena, etc.), y algunos que son del todo modificables, entre ellos el buen manejo de los tejidos, la limpieza temprana de la herida, la extracción de cuerpos extraños, el tiempo quirúrgico, etc. Además, el buen uso de antibióticos.[2-5]

El uso correcto de antibióticos no es el único factor que evita el aparecimiento de la infección; sin embargo, no deja de ser importante; y es indispensable que los médicos que atienden patología quirúrgica tengan dominio del uso adecuado de antibiótico-terapia, sin que por ello se olviden aspectos vitales de buena técnica quirúrgica y del manejo de tejido, confiando equivocadamente en que el administrar antibióticos es un factor determinante en la prevención de infecciones.

Conceptos básicos: Profilaxis, terapia temprana y curación

Como principio básico, debe de tenerse claro cuál o cuáles son los objetivos de administrar antibióticos. Entonces, el clínico deberá realizar algunas preguntas: ¿se pretende curar una determinada infección?, ¿existen factores altos de riesgo para una infección, y entonces se quiere evitarla?, ¿hay una obvia contaminación de herida y si no se interviene adecuadamente habrá infección y con el fármaco se pretende evitarla? Por ello, el conocer esta terminología de profilaxis, terapia temprana o presuntiva y curación, así como las diferencias entre cada uno, es la base para la buena elección de antibióticos *(Figura 1)*. Mostramos una herida intestinal con contaminación.

El término *profilaxis* se refiere a la administración del antibiótico antes de que se dé la contaminación de una herida, como típico ejemplo de uso de antibióticos previo a una incisión quirúrgica planificada. En los pacientes traumatizados, definitivamente el término de profilaxis no es viable, debido a que la totalidad de los pacientes han sufrido heridas con diversos grados de contaminación antes de su llegada al hospital, y por tanto la profilaxis no puede realizarse, si consideramos con estricto rigor esta terminología.

A la administración de un antibiótico tan pronto se ha realizado el diagnóstico de contaminación, sin tener una evidencia clínica de proceso infeccioso, se ha llamado *terapia temprana* o *presuntiva,* que es lo usual en el contexto de trauma.[6,7]

En algunas circunstancias vemos pacientes con trauma que ya tienen obvios procesos infecciosos, ya sea en herida operatoria quirúrgica o en los sitios de lesión, manifestando fiebre, leucocitosis, dolor, eritema, calor y supuración en los sitios de herida operatoria o en cavidades. El tratamiento de este proceso infeccioso con antibióticos se le llama *curación o terapia curativa.*

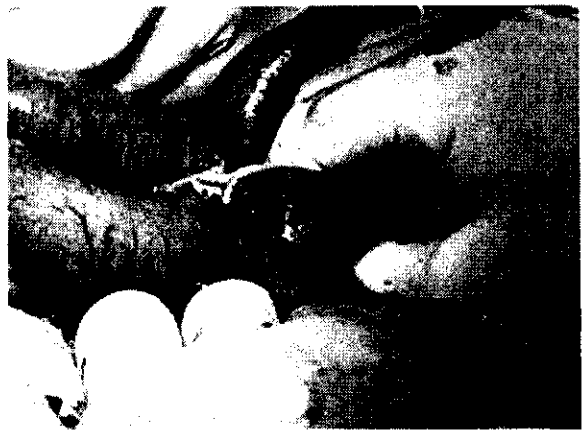


Figura 1. Lesión intestinal con contaminación mínima de cavidad abdominal.

A través del tiempo se ha demostrado el beneficio del uso de antibióticos en heridas limpia-contaminadas, por tener éstas mayor riesgo de infección que las heridas limpias. También se utilizan antibióticos profilácticos en las heridas limpias donde a pesar del bajo riesgo de infección, el aparecimiento de procesos infecciosos tiene consecuencias desastrosas. O también se utilizan en heridas limpias ante pacientes con factores de riesgo propios como obesidad, lupus, diabetes, etc., en los cuales sus mecanismos de defensa no son ideales o se considera cierto grado de inmunosupresión.

La *profilaxis* guarda los siguientes preceptos:

- Administración 30-60 minutos antes del acto quirúrgico,
- Debe ser activo el fármaco contra las bacterias a las cuales será expuesta la herida, por ejemplo estafilococos y estreptococos en piel, anaerobios en orofaringe, enterobacterias en tracto gastro-intestinal, etc.
- El fármaco de elección no debe ser de primera línea, es decir, drogas de amplio espectro, y los niveles del antibiótico deben de permanecer activos mientras dure la intervención.
- Se acepta universalmente que la profilaxis es de *dosis única*, o una dosis extra en pacientes con factores de riesgo propios al mismo o a la herida operatoria, o cuando el tiempo del acto quirúrgico rebasa la duración del fármaco en sangre o tejido donde quiere evitarse la infección.

Para la elección del fármaco deben de considerarse aspectos microbiológicos, famacológicos y quirúrgicos

Los aspectos microbiológicos a considerar son: cobertura de bacterias de flora transitoria, flora endógena, exógena o mixta, flora resistente hospitalaria, el grado de inóculo bacteriano.

El espectro del antibiótico, la distribución, absorción, metabolismo y eliminación, vida media, efectos colaterales, disponibilidad y costos son aspectos farmacológicos.

En cuanto a los aspectos quirúrgicos, los más importantes a considerar son:

Heridas limpias *versus* limpia-contaminada.

Factores inherentes al huésped como enfermedades que deprimen la inmunidad, edad, tabaquismo, obesidad, etc.

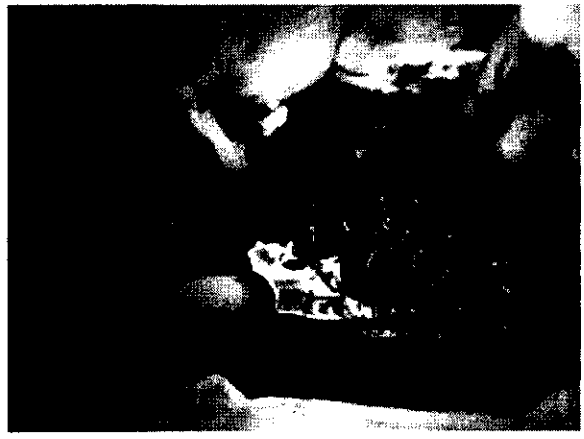


Figura 2. Contaminación severa de cavidad, con gran cantidad de material hematopurulento libre.

Factores de la herida como la zona anatómica, tiempo de evolución, tiempo operatorio, hemostasia adecuada, contaminación esperable de la herida, adecuada técnica operatoria, presencia de cuerpos extraños, violación de técnica operatoria, etc. *(Figura 2)*. Apreciamos contaminación severa de cavidad por una úlcera perforada, con 24 h de evolución; es esperado que este paciente perpetúe la infección o se agrave de no hacer una selección cuidadosa de antibióticos, aunado a las técnicas quirúrgicas adecuadas de reparación y aseo abdominal.

Las siguientes cirugías tienen evidencia A-1 como aceptadas para profilaxis:

- Cirugía de implantes de cadera u otros materiales protésicos como válvulas cardiacas
- Cirugía vascular de grandes vasos o en las que se utilicen prótesis
- Cirugía de cabeza y cuello
- Resecciones pulmonares
- Penetración a cavidad gastrointestinal
- Histerectomía y cesáreas
- *Trauma*
- Fracturas expuestas
- Opcional en hernias, cirugía de mama, cirugía de mínimo acceso

A pesar de la utilidad del uso de profilaxis, ésta también lleva implícito algunas desventajas como selección de flora, selección de cepas resistentes, efectos tóxicos, alto costo y sobre todo falsa sen-

sación de «seguridad» en el clínico y el paciente, lo que puede llevar a descuidar otras medidas importantes para evitar infección. Por ello, el uso de *profilaxis* debe de basarse en principios académicos sólidos basados en evidencia.[2-6]

En el contexto de *trauma*, no tiene cabida el concepto de *profilaxis* por razones obvias; por ello, el uso de antibióticos en cuanto se dé el diagnóstico de contaminación es llamado *terapia temprana*. En estos casos no estamos *curando* una infección sino *previniéndola*. La terapia temprana, preventiva o presuntiva, guarda los mismos preceptos que revisamos sobre *profilaxia*, a excepción del momento de administración del antibiótico que en este caso es cuando se realiza el diagnóstico de contaminación.

En la *terapia temprana* deben de considerarse algunos conceptos inherentes al *trauma* mismo:

Factores de huésped: patologías previas asociadas, estado nutricional del paciente, estado inmunológico.

Factores del trauma: presencia de hipovolemia, choque, transfusiones, hipotermia.

Factores de la lesión: lesiones destructivas y no destructivas, reparaciones satisfactorias o no satisfactorias, lesiones únicas o múltiples (índice de trauma abdominal penetrante PATI mayor de 25), lesiones de colon.

Factores del foco de contaminación: endógena, exógena, mixta, control quirúrgico.

Se ha demostrado en diversos estudios que los factores antes mencionados como presencia de hipotermia, choque o lesiones destructivas llevan consigo una alta probabilidad de aparecimiento de complicaciones infecciosas, independientemente del manejo integral que se dé al paciente, incluyendo el buen uso de antibióticos.

Antibióticos en trauma

Tejidos blandos

Deben de valorarse la condición del trauma, el mecanismo lesional, el tiempo de evolución, etc. La mayoría de heridas limpias contaminadas de tejidos blandos es cubierta con el uso de una dosis de cefalosporinas de primera generación, para cubrir gérmenes de piel: estreptococo y estafilococo a razón de 1 g como dosis única, o máximo prolongar por 24 horas, y de penicilina ante el riesgo de *Clostridium;* esto ante una herida contaminada pero sin signos de infección. Obviamente, en heridas de tiempo de evolución mayor con signos de infección esta terapia deberá prolongarse como terapia curativa. No debe de olvidarse también la inmunización pasiva y activa para *Clostridium*, cuando la situación lo amerite.

Cabeza y cuello

Johnson y Mayer, en un estudio publicado en 1984, recomiendan que no hay diferencias entre utilizar 1 ó 5 días de antibióticos;[8] Rodrigo y Álvarez, en otro estudio publicado en 1997, demuestran que puede utilizarse como elección cefazolina en lesiones de cabeza y cuello.[9]

Varios protocolos recomiendan entonces la utilización de cefazolina solamente por 24 horas o la asociación de clindamicina y gentamicina por 24 horas.

En cuanto a lesiones de la base de cráneo, al revisar la base de estudios de COCHRANE[10] encontramos un meta-análisis en 1998 de 12 estudios que demuestra que el uso de antibióticos en fracturas de la base de cráneo no previene el riesgo de meningitis; por lo anterior, no se recomiendan; ello se refiere a aquellas lesiones en que ha sido violada la base del cráneo sin exposición al exterior. Las fracturas de la base penetrantes, como en el caso de heridas cortocontundentes o por bala, deben de tratarse como fracturas expuestas, con antibióticos que tengan buena penetrancia al sistema nervioso central como cefalosporinas de tercera por 72 horas.

Fractura expuesta

El riesgo potencial de osteomielitis se incrementa conforme es mayor el grado de fractura en la clasificación de Gustillo y Anderson, así como también se ve incrementada al intervenir sobre ella más allá de las 6 horas; mecanismos de lesión como arma de fuego, lesiones extensas asociadas a altos grados de contaminación, trauma múltiple, son factores de riesgo para infección.

La principal acción que el clínico debe realizar es el lavado extenso y copioso con adecuada técnica quirúrgica y la cobertura de tejido sobre el sitio de lesión en forma temprana, así como la administración de un adecuado antibiótico.

La East Work Group da las pautas para el tratamiento de fracturas expuestas en base a revisión de literatura; estas recomendaciones son de clase 1 de Medicina Basada en Evidencia. Para las fracturas de grado I y II de Anderson y Gustillo se puede utilizar cefalosporinas de 1ª generación por 24 horas. Cuando ha habido contaminación con tierra en una granja o instrumentos contaminados como machete debe agregarse penicilina. Las fracturas grado III deben de intervenirse en sala de operaciones tan pronto como sea posible; para realizar un exhaustivo y extenso lavado, cobertura cutánea sana, se administran cefalosporinas de primera generación asociadas a un aminoglucósido, o monoterapia con cefalosporinas de tercera generación o quinolonas, durante 72 horas.

El tratamiento de una osteomielitis crónica conlleva el uso de antibióticos entre 8 y 24 semanas, además de otras intervenciones; por ello, es esencial tomar todas las medidas para evitar su aparecimiento; estas medidas preventivas tomadas a tiempo son mucho más simples y de corta duración que el tratamiento de osteomielitis.

Trauma de tórax

Una de las complicaciones del trauma torácico es la infección; por ello, las medidas que se tomen para evitarla son muy importantes. Una de las complicaciones de la contusión pulmonar es la sobreinfección; sin embargo, está demostrado que el uso de antibióticos no la previene y generalmente está asociada al uso de ventilación mecánica. En cuanto a los pacientes con hemoneumotórax, la utilización de antibióticos es controversial; sin embargo, se ha encontrado que el hemotórax mal drenado es la principal causa de infección, evitando con los antibióticos la presencia de neumonía y no de empiema.

Mandol y Le Blanc, en estudios publicados en 1985, no favorecen el uso de antibióticos;[11,12] sin embargo, Nichols y Smith en un estudio de 1994,[13] así como González, en 1998,[14] sí favorecen el uso de antibióticos hasta el retiro de toracostomía. El grupo de Demetriades no encontró beneficio en la prolongación del uso de ampicilina por más de 24 horas al comparar esquemas menores y mayores de 24 horas para reducir el riesgo de infección en trauma torácico que requirió toracostomía.

En base a una seria revisión de la literatura, los protocolos de la East Group de Trauma encuentran evidencia clase I en donde no hay suficiente información para recomendar como estándar el uso de antibióticos en trauma torácico cuando se usa tubo de toracostomía, y tampoco hay suficiente información clase I que demuestre que el uso de antibióticos en estos casos disminuye el aparecimiento de empiema. Hay suficiente información de Clase I y II que recomienda el uso de cefalosporinas de primera generación no más de 24 horas en trauma torácico al colocar tubo de toracostomía, y ello disminuye la incidencia de neumonía y no de empiema.[7,11-17]

Traumatismo abdominal cerrado y penetrante

Desde los estudios de Fulen y Thadepalli se encuentra beneficio del uso de antibióticos en traumatismos abdominales. Tradicionalmente se trataban las lesiones intraabdominales con esquemas de combinaciones diversas de antibióticos por periodos prolongados (mayores de 5 días), con la falsa sensación de «seguridad» del uso de los mismos para evitar los procesos infecciosos. Múltiples estudios han demostrado que independientemente del uso de antibióticos existen factores de riesgo que incrementan los procesos infecciosos, como: presencia de choque, hipotermia, lesiones múltiples, lesiones destructivas, lesiones de colón, contaminación endógena y exógena. Es muy importante la rapidez en la intervención quirúrgica para evitar contaminación; también la técnica quirúrgica y el control del daño con corrección satisfactoria de fugas. Todos estos factores quizás sean de mayor importancia que el uso o no de antibióticos, como se ha demostrado a través del tiempo.

A partir de 1985, hay una tendencia a disminuir la duración de la terapia antibiótica. Gentry, Feliciano y Mattox en 1984, así como Jones y Johnson en 1985, utilizan esquemas más cortos por 48 horas, reconociendo el rol de los antibióticos que cubren tanto bacterias anaerobias y aerobias.[18,19]

Varios estudios comparativos entre diversas combinaciones de antibióticos han demostrado que determinadas combinaciones no hacen la diferencia en el rol de prevención de infección y son otros factores los que al final lo determinan, tales como el adecuado y apropiado uso de la técnica quirúrgica, como fue demostrado en los estudios de Rouland y Ericcson (COCRANE,[20]).

Nichols, Smith y Trunkey, en 1984, reconocen el preponderante papel del choque, lesiones de colon, número de órganos lesionados, PATI mayor de 25 años de edad y lesiones asociadas de sistema nervioso central como factores que incrementan los procesos infecciosos. También esto puede evidenciarse en un estudio publicado en 1993 en la revista Am Surgeon, en donde utilizaron antibióticos por 12 horas y se evidenció que los pacientes con PATI de 8 tenían procesos infecciosos en un 10%, comparado con 43% en los pacientes con puntuación de 28; esto nuevamente recalca que otros factores favorecen la infección, y el prolongar la terapia antibiótica no la evitará.[21,23]

En 3 diversos estudios realizados por Ericsson, Borzorpzadeh y Fabián se compararon terapias de 1 día de duración y mayor de 1 encontrando que los pacientes con 1 día se infectaban en un 8% *vs* 10.3% en los que se utilizó más de 1 día. Si bien esto no es estadísticamente significativo, demuestra que no es útil la administración por largo periodo y sólo crea esa falsa sensación de *«Seguridad»*. Además, en estos estudios se evalúa nuevamente el PATI (índice de trauma abdominal penetrante) como predictor de infección, encontrando que una puntuación mayor de 25 lleva inherente mayor riesgo de infección, independientemente del uso prolongado de antibióticos.

Diferentes autores como Fabián. Ferrada, Hishber, Mattox favorecen ahora *una sola dosis* de antibióticos en trauma abdominal. Además se han realizado estudios de costo-beneficio, como el publicado en Chemotherapy 1999 que arrojan resultados de costos mayores ($ 41 *vs* $ 172) sin beneficio cuando se utiliza más de una dosis.

El East Work Group público una guía de uso de antibióticos en trauma abdominal que puede revisar en el J de trauma del 2,000. Esta guía tiene soporte serio de medicina basada en evidencia que nos muestra que existe evidencia 1 A que favorece el uso de *dosis única* en trauma abdominal sin lesión de víscera hueca, y evidencia I y II de la prolongación por 24 horas ante factores de riesgo o lesiones de víscera hueca, y evidencia III que no hay suficiente información que favorezca el uso de antibióticos en choque.

En el 2002 también aparece un estudio de la revista J Trauma donde se compara y se hace un análisis de costo-beneficio. De acuerdo a esa publicación, no se encuentra beneficio al utilizar más de una dosis, y siguiendo las recomendaciones de las guías de la East Work Group el costo fue significativamente menor.[24-29]

En resumen, en este momento la *evidencia* nos indica utilizar *dosis única* en trauma abdominal penetrante, prolongándose *no más* de 24 horas en presencia de lesiones de víscera hueca. Esto tiene suficiente soporte de literatura actual. Sin embargo, más que el uso de antibióticos, el cirujano que se enfrenta al trauma debe tener claro que la diferencia puede estar en la prontitud del diagnóstico y la intervención, la adecuada técnica quirúrgica, el control efectivo de fugas por medio de reparaciones satisfactorias, la eliminación de cuerpos extraños, el temprano reconocimiento y control de contaminación; es decir: durante el acto operatorio existe la posibilidad o no de asegurar la curación del paciente y evitar la infección.

Entonces, es importante reconocer que el uso de antibióticos no es el único factor en la prevención de infecciones; el momento del acto quirúrgico con buena técnica puede hacer la verdadera diferencia.

Referencias

1. Burke JF. The effective period of preventive antibiotic action in experimental incisions and dermal lesions. *Surgery* 1961; 10: 161-168.
2. García-Rodríguez JA, Prieto J, Gobernadom, Conis, Aranza JR, Domínguez-Gil Hurlé A, Lozano F, Dávila D, Caínzos M. Documento de consenso sobre quimoprofilaxis quirúrgica. *Rev Espeaños Quimio* 2000; 13(2): 205-213.
3. Fonse DA, Kam B, Macklean LD, Cristov NV. Antibiotic prophylaxis for surgery in morbidly obese patients. *Surgery* 1989; 106: 750-757.
4. Bratzler DW, Hovk PM. Surgical infection prevention guideline writers workgroup. Antimicrobial prophylaxis for surgery: an advisory statement from the national surgical infection prevention project. *Am Surg* 2005; 189: 395-404 .
5. Pascuale M, Fabián TM. Practice management guidelines for trauma from the Eastern association for the surgery of trauma. *J Trauma* 1998; 44(6): 941-956.
6. Luchette FA, Barrie PS, Oswanski MF, Spain DA. Practice management guidelines for prophylactic antibiotic use in tube thoracostomy for traumatic hemopneumothorax. *J Trauma* 2000; 4: 753-757.
7. Johnson, Myers. *Laryngoscop*: 1984; 94: 46-55.
8. Álvarez JRJ, Gómez J. Comparison of tree prophylactic antibiotic regimen in homodynamic surgery, head and neck 1997; 19: 185-193.
9. Villalobos, Kubilis, Rothera. Antibiotic prophylactic after basilar skul fractures a meta analysis. *Clinical Infection Disease* 1998; 27(2): 364-369.
10. Mandol, Montano. Prophylactic antibiotic and no antibiotic compared in penetrating chest trauma. *J of Trauma* 1985; 25-7: 639-643.

11. Le Black, Tuker. Prophylactic antibiotic and closed tube toracostomy surgery. *Gynecology Obstetric* 1985; 166(3): 259-263.
12. Nichols, Smith, Muzick. Preventive antibiotic usage in traumatic thoracic injuries. *Chest* 1994; 106(5): 1493-1498.
13. González, Halever. Role of prophylactic antibiotics for tube toracostomy in chest trauma. *An Surgeons* 1998; 64(7): 617-620.
14. Stone HH, Symbas PN, Hooper CA. Cefamandole for prophylaxis against infection in closed tube toracostomy. *J Trauma* 1981; 21: 975-977.
15. Fallon WF Jr, Wears RL. Prophylactic antibiotics for the prevention of infections complication include emphyema following tube toracostomy for trauma. Results of meta-analysis. *J Trauma* 1992; 33: 110-117.
16. Evans JT, Green JD, Carlin PE, Barret LO. Meta-analysis of antibiotics in tube thoracostomy. *Am Surg* 1995; 61: 215-219.
17. Gentry, Feliciano, Mattox, Jordan. Perioperative antibiotic therapy of penetrating injuries of the abdomen. *An J Surgery* 1994; 200(5): 561-566.
18. Jones, Thal, Johnson. Evaluation of antibiotic therapy following penetrating abdominal trauma. *Ann Surgery* 1985; 201(5): 576-585.
19. Rouland, Ericson. Comparative studies of antibiotic after penetrating abdominal trauma. *Am J of Surgery* 1984; 148(6): 791-795.
20. Nichols, Smith, Trunkey. Risk of infection after penetrating abdominal trauma. *New England J of Medicine* 1984; 311(17): 10065-10070.
21. Tyburski, Wilson: A trail of ciprofoxacino. Metronidazol *vs* gentamicina-metronidazol for penetrating abdominal trauma. *Archives of Surgery*; 1998; 133-12: 1289-1296.
22. Griswold, Muakkassa, Betcher. Injury severity dictates individualized therapy in penetrating abdominal trauma. *An Surgeons* 1993; 59(1): 34-39.
23. Smidt, Roding, Windoff. A prospective randomized comparison of single *versus* multiple doses antibiotic prophylactic in penetrating trauma. *Chemotherapy* 1999; 45(5): 380.
24. Delgado, Barletta, Kanji. Characteristic of prophylactic antibiotics strategies after P.A.T. at a level 1 trauma center: a comparison with the East Guidelines. *J of Trauma* 2002; 53(4): 673.
25. Donnenberg M. Enterobacteriaceae. In: Mandell G, Benet J, Dolin R. editors. Mandel, Douglas, and Bennettt's. *Principles and practice of infection diseases*. Philadelphia Elservier Churchill Livingstone; 2005: 2567-2586.
26. Sitges-Serra A, López M, Girvent M, Almirral S, Sancho J. Postoperative enterococcal infection after treatment of complicated intra-abdominal sepsis. *BJ Surg* 2002; 89: 361-367.
27. Krobot K, Yind D, Zhanag Q, Sens, Alterndorf-Hofmann A, Sheele J et al. Effect of inappropriate initial empiric antibiotic therapy on outcome of patients with community acquired intraabdominal infections requiring surgery. *Eu J Microbiol Infec Dis* 2004; 23: 682-687.
28. Mazusky J, RGS, Nathens A, Dipiro J, Shein M, Kuksk K et al. The surgical infection society guidelines on antimicrobial therapy for intraabdominal infections: an executive summary. *Surg Infect* 2002; 3(3): 163-173.

LINEAMIENTOS PARA EL ABORDAJE INTEGRAL DE BROTES DE ENFERMEDAD MENINGOCOCICA EN EL CONTEXTO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD : 20 folios

454

146

147

458

MINSALUD

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

LINEAMIENTOS PARA EL ABORDAJE INTEGRAL DE BROTES DE ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA EN EL CONTEXTO DE LA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD

Colombia - marzo 2016

Carrera 13 No.32-76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C
Teléfono:(57-1)3305000 - Linea gratuita: 018000952525 Fax: (57-1)3305050 -
www.minsalud.gov.co

MINSALUD

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACION

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social

FERNANDO RUIZ GÓMEZ
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

CARMEN EUGENIA DÁVILA GUERRERO
Viceministra de Protección Social

GERARDO BURGOS BERNAL
Secretario General

ELKIN DE JESÚS OSORIO SALDARRIAGA
Director de Promoción y Prevención

DIEGO ALEJANDRO GARCÍA LONDOÑO
Asesor del Despacho del Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios – Coordinador del Programa Ampliado de Inmunizaciones

MARTHA LUCIA OSPINA MARTINEZ
Directora Instituto Nacional de Salud (E)

Carrera 13 No.32-76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C
Teléfono:(57-1)3305000 - Linea gratuita: 018000952525 Fax: (57-1)3305050 -
www.minsalud.gov.co

MINSALUD | INSTITUTO NACIONAL DE SALUD | TODOS POR UN NUEVO PAÍS PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES
Grupo de asistencia técnica
Ana del Carmen Castañeda Carvajalino
Brigitte Neffer Forest Duque
Carmen Elisa Ojeda Jurado
Clara Lucía Bocanegra Cervera
Jacqueline Palacios González
Juanita Corral Castillo
Lely Stella Guzmán Barrera
Marta Eugenia Marín González

Sistema de información
Camilo Moreno Cangrejo
Manuel José Ladino Pedraza
Erika María Vargas

Cadena de frío y control de insumos
Natalia Andrea Zuluaga Salazar
Luz Marina Duque Torres

OFICINA DE PRESTACION DE SERVICIOS
Sandra Eugenia Gallegos Mejía

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
Grupo trasmisibles
José Orlando Castillo Pabón
Jeniffer Nataly Álvarez
Helena Patricia Salas Suspes

Grupo de gestión del riesgo y respuesta inmediata
Jorge Luis Díaz Moreno

MINSALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Carrera 13 No.32-76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C
Teléfono:(57-1)3305000 - Línea gratuita: 018000952525 Fax: (57-1)3305050 -
www.minsalud.gov.co

MINSALUD | INSTITUTO NACIONAL DE SALUD | TODOS POR UN NUEVO PAÍS PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCION 5

3. OBJETIVO 7

4. DESCRIPCION DE LAS ACCIONES A REALIZAR, RESPONSABILIDADES Y ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS A LA CONTENCIÓN DEL BROTE EN EL MARCO DE LA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD 7

4.1. Ministerio de la Protección Social 7
4.2. Instituto Nacional de Salud (INS) 7
4.3. Dirección Departamental, Distrital y Municipal de Salud 8
4.4. Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, Entidades Responsables de Regímenes Especiales y de Excepción 10
4.5. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas y Privadas 11
4.6. Trabajadores de la Salud 12
5. Acciones complementarias - Vacunación emergente (bloqueo/operación barrido) 13

5.1. Población objeto 13
5.2. Objetivo de la operación emergente (bloqueo/ operación barrido) 13
5.3. Aspectos generales de la vacuna a utilizar 13
5.3.1. Vacuna a utilizar 13
5.3.2. Descripción de la vacuna 13
5.3.3. Vía de aplicación 14
5.3.4. Esquema de vacunación y dosis 14
5.3.5. Presentación de la vacuna 14
5.3.6. Conservación de la vacuna 14
5.3.7. Aplicación simultánea con otras vacunas 15
5.3.8. Contraindicaciones 15
5.3.9. Advertencias 15
5.3.10. Precauciones 15
5.3.11. Embarazo y lactancia 16
5.4. Instrucciones para la administración, uso y manejo 17
5.5. Vigilancia de eventos supuestamente atribuidos a vacunación o inmunización (Esavi) 18
6. BIBLIOGRAFIA 20

Carrera 13 No.32-76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C
Teléfono:(57-1)3305000 - Línea gratuita: 018000952525 Fax: (57-1)3305050 -
www.minsalud.gov.co

MINSALUD | INSTITUTO NACIONAL DE SALUD | TODOS POR UN NUEVO PAÍS PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

1. INTRODUCCION

La meningitis corresponde a la inflamación de las membranas que recubren el cerebro y la médula espinal y que reciben en su conjunto el nombre de meninges, puede ser ocasionada por diferentes virus o bacterias que ingresan al organismo a través de la nariz o la boca y se trasladan al cerebro. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), las Meningitis Bacterianas Agudas (MBA) son un problema de salud pública debido a que a ésta enfermedad se le atribuyen alrededor de 241.000 muertes al año en el mundo.

Los agentes causales de la meningitis bacterianas están claramente identificados y principalmente corresponden al *Haemophilus influenzae* tipo b, *Streptococus pneumoniae* y *Neisseria meningitidis*; actualmente y de acuerdo a estudios de costo – efectividad, los cuales incluyen análisis de carga de la enfermedad, el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) de Colombia ha introducido las vacunas contra el *Haemophilus influenzae* tipo b y el neumococo, agentes que causan la mayor carga de enfermedad entre las meningitis bacterianas y con las cuales se han logrado disminuir los casos de morbilidad y mortalidad en la población infantil.

De acuerdo a los datos del Instituto Nacional de Salud (INS), durante los años 2010 y 2011, se notificaron como meningitis confirmadas al sistema de vigilancia epidemiológica Sivigila, un total de 241 y 232 casos de meningitis bacterianas respectivamente, lo que corresponde a una tasa de incidencia de 0.53 y 0.50 casos por cada 100.000 habitantes respectivamente, siendo el mayor aporte la meningitis bacteriana por *Streptococcus pneumoniae*. De acuerdo con el informe Regional de la Red del SIREVA (Sistema Regional de Vigilancia de Nuevas Vacunas) para 2011, en Colombia se identificaron 582 aislamientos, de los cuales 400 corresponden a *Streptococcus pneumoniae*, 36 para *Haemophilus influenzae* y 26 a *Neisseria meningitidis*. La proporción de aislamientos en menores de 5 años fue de 30.5%, 58.3% y 50.0% para cada uno de los agentes respectivamente, donde la mayor proporción de aislamientos se realizó en menores de 12 meses[1].

Durante los años 2012 al 2015 y de acuerdo con los informes a periodo epidemiológico XIII del evento de Meningitis Bacterianas del INS, se reportaron como meningitis confirmadas un total de 224, 169, 227 y 262 casos para cada uno de los años respectivamente, siendo el 2015 el año de mayor notificación al sistema de vigilancia, con una tasa de incidencia general de 0.56 casos por 100.000 habitantes, mostrando un aumento en la misma frente a los dos años inmediatamente anteriores, los cuales se reportaron el 0,37 y 1,16 para 2013 y 2014, respectivamente.

De acuerdo con la clasificación de casos notificados en el año 2015 como confirmados de meningitis bacterianas a nivel nacional, se evidencia que los agentes causales más importantes en Colombia para este evento son *Neisseria meningitidis* y *Streptococcus pneumoniae*, lo que es consecuente con la introducción de las vacunas contra el *Haemophilus influenzae* tipo b y el *Streptococus neumoniae* en el esquema nacional de vacunación, lo cual se constituye en un factor importante para el cambio en el comportamiento del principal agente causal de la Meningitis bacteriana.

[1] Instituto Nacional de Salud. Informe Preliminar del Evento Meningitis Aguda Bacteriana (MBA) Periodo Epidemiológico XIII, Colombia, 2015. Consultado 6 marzo de 2016. Disponible: http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/Informe%20de%20Evento%20Epidemiolgico/MENINGITIS%20Periodo%20XIII%202015.pdf

Carrera 13 No.32-76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C
Teléfono:(57-1)3305000 - Línea gratuita: 018000952525 Fax: (57-1)3305050 -
www.minsalud.gov.co

La *Neisseria meningitidis,* es la única bacteria capaz de generar brotes de meningitis. Los serotipos responsables de meningitis son: A, B, C, X, Y y W135. Los serotipos del grupo A han sido los causantes de largas epidemias de meningitis, principalmente en países de África denominado como cinturón de meningitis: Malí, Gambia y Senegal.

En Colombia, en lo corrido de 2016 se han identificado dos brotes de Meningitis causada por *Neisseria meningitidis* del serogrupo C en el distrito de buenaventura, los cuales actualmente se encuentran en proceso de seguimiento, el primero corresponde a un conglomerado de casos ubicado en el área insular del Distrito, en el cual se ha notificado un total de cinco casos en niños menores de 8 años de los cuales un caso se ha confirmado por laboratorio, el segundo brote proveniente del área continental en donde se han reportado dos casos, uno de los cuales confirmado por laboratorio; asimismo, en el municipio de Cali se reportaron tres casos probables de meningitis bacteriana en dos adultos y un niño, los casos se encuentran a la espera de confirmación por laboratorio.

Con respecto al manejo de brotes, el país cuenta con protocolos y guías técnicas para la vigilancia epidemiológica de los eventos de interés en Salud Pública, de cumplimiento obligatorio en todo el territorio nacional, los cuales pueden ser consultados en el link: http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/sivigila/Paginas/protocolos.aspx, aunado a lo anterior es importante resaltar que las medidas para el control de brotes por meningococo se basan principalmente en la educación a la población en los síntomas de la enfermedad para que consulte oportunamente, la identificación oportuna de casos y contactos, el suministro de tratamiento antibiótico profiláctico adecuado de contactos cercanos, medidas higiénico sanitarias tales como el lavado de manos, limpieza de la casa, ventilación adecuada de cuartos y dormitorios, alimentación de buena calidad y la lactancia materna y la vacunación como medida preventiva, es eficaz para controlar los brotes por meningococo A y C, cuando al menos han surgido en un lapso de 90 días 3 casos de enfermedad del mismo subtipo de meningococo C y con una tasa de ataque 10 casos por 100.000 personas[2].

Por lo anterior y con el fin de fortalecer las acciones de contención de este brote y en el marco de la atención integral en salud, apuntando al cumplimiento de los objetivos de desarrollo sostenible, en especial el objetivo No. 3: *"Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades"*, a continuación se presenta el documento *"Lineamientos para la Atención Integral del Brote por Enfermedad meningocócia – Colombia, Marzo de 2016", como una* guía para el desarrollo de acciones complementarias para la contención y prevención del brote de meningitis notificado por el Distrito de Buenaventura y el municipio de Santiago de Cali.

[2] MMWR. Recommendations and Reports / Vol. 62 / No. 2. March 22, 2013. Prevention and Control of Meningococcal Disease Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP); WHO. Prevention and control of epidemic meningococcal disease in Africa. Report of a WHO technical consultation meeting. Ouagadougou, Burkina Faso 23-24 September 2002; Health Protection Agency Meningococcus and Haemophilus Forum. Guidance for public health management of meningococcal disease in the UK Updated March 2012; OPS. El control de las enfermedades transmisibles. 17a edición. OPS, 2001.

Carrera 13 No.32-76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C
Teléfono:(57-1)3305000 - Línea gratuita: 018000952525 Fax: (57-1)3305050 -
www.minsalud.gov.co

MINSALUD | INSTITUTO NACIONAL DE SALUD | TODOS POR UN NUEVO PAÍS PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

3. OBJETIVO

Abordar de manera integral las acciones a desarrollar por parte de los diferentes actores implicados para la contención de los brotes por *Neisseria meningitidis* del serogrupo C, notificados por el Distrito de Buenaventura y el municipio de Santiago de Cali.

4. DESCRIPCION DE LAS ACCIONES A REALIZAR, RESPONSABILIDADES Y ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS A LA CONTENCIÓN DEL BROTE EN EL MARCO DE LA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD

A continuación se presentan las acciones integrales de contención del brote causado por de *Neisseria meningitidis* del grupo serogrupo C, notificado en el Distrito de Buenaventura y Municipio de Santiago de Cali, de acuerdo a las características del mismo y en el marco del protocolo del Instituto Nacional de Salud establecido para este evento.

4.1. Ministerio de la Protección Social

a) Formular la política, dirigir, orientar, adoptar y evaluar la ejecución, planes, programas y proyectos del Gobierno Nacional en materia de salud, salud pública, riesgos profesionales, y de control de riesgos provenientes de enfermedades comunes, ambientales, sanitarias y psicosociales, que afecten a las personas, grupos, familias o comunidades.

b) Dirigir y orientar el sistema de vigilancia en salud pública.

c) Realizar monitoreo, evaluación y notificación de los eventos de salud pública de importancia internacional que se registren en el país a la Organización Mundial de Salud (OMS).

d) Coordinar y orientar la respuesta nacional ante riesgos o emergencias de salud pública en conjunto con las entidades adscritas y las entidades territoriales.

e) Orientar el actuar de los responsables en salud pública con el fin de detectar, diagnosticar y tratar oportunamente los eventos de interés en salud pública.

f) Suministrar la vacuna y demás insumos para la ejecución de la estrategia de vacunación emergente (bloqueo/ operación barrido).

g) Brindar asistencia técnica a las entidades territoriales y demás organismos del sector en el desarrollo, implementación, ejecución, evaluación y seguimiento de la vacunación.

4.2. Instituto Nacional de Salud (INS)

a) Dirigir y coordinar las labores técnicas, científicas y administrativas de vigilancia en salud pública y con la Dirección de Redes en Salud Pública, apoyar a los entes territoriales en el desarrollo de sus

Carrera 13 No.32-76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C
Teléfono:(57-1)3305000 - Línea gratuita: 018000952525 Fax: (57-1)3305050 -
www.minsalud.gov.co

capacidades de vigilancia epidemiológica, investigación y control de las amenazas a la salud de su población.

b) Generar procesos sistemáticos de recolección y captura de datos sobre casos de meningitis bacterianas enfermedad meningocócica.

c) Realizar los diagnósticos que determinen eventuales riesgos en salud pública asociados a eventos o enfermedades de cualquier tipo u origen, dentro de las políticas y lineamientos del reglamento sanitario internacional.

d) Analizar la información del comportamiento y la dinámica del brote de meningitis por meningococo con la información recolectada a través del sistema de vigilancia epidemiológica.

e) Brindar asistencia técnica y asesoría a las entidades territoriales para el desarrollo de acciones con el fin de detectar, diagnosticar y tratar oportunamente los casos probables y confirmados de meningitis bacteriana, implementación de medidas de aislamiento y acciones colectivas para el control del brote.

4.3. Dirección Departamental, Distrital y Municipal de Salud

a) Ajustar y reactivar los planes de contingencia departamentales, distritales y municipales para la atención de enfermedad meningocóccica, articulando sus actividades con otros sectores y actores.

b) Fortalecer el trabajo articulado entre las áreas de prestación de servicios y salud pública, con el fin de ejecutar un trabajo integrado que facilite el abordaje de esta patología en todas sus etapas.

c) Intensificar la vigilancia epidemiológica de acuerdo con los lineamientos y directrices emitidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Salud (INS).

d) Fortalecer las capacidades técnicas al personal de salud en vigilancia epidemiológica y los aspectos clínicos de la meningitis, de acuerdo al protocolo de meningitis bacterianas del Instituto Nacional de Salud (INS) y las guías de atención clínica del Ministerio de Salud y de la Protección Social.

e) Implementar las acciones colectivas para atención de brotes, priorizando la búsqueda activa comunitaria (BAC) en los lugares donde se reporten casos probables de meningitis.

f) Verificar las condiciones de habilitación de los servicios de salud de los prestadores de servicios de salud de la jurisdicción.

g) Asegurar que las instituciones prestadoras de servicios de salud de su jurisdicción cuenten con los planes de contingencia requeridos para garantizar atención integral de los pacientes con enfermedad meningocóccica.

h) Coordinar con los prestadores de servicios de salud la atención integral de los casos con enfermedad meningocóccica, que incluya lo siguiente:

Carrera 13 No.32-76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C
Teléfono:(57-1)3305000 - Línea gratuita: 018000952525 Fax: (57-1)3305050 -
www.minsalud.gov.co

- ✓ Proceso para la detección y vigilancia de los grupos que presentan riesgo de enfermedad grave y complicaciones por la enfermedad meningocóccica.
- ✓ Diagnóstico oportuno e iniciar medidas terapéuticas apropiadas y aplicar las medidas de quimioprofilaxis, tras la identificación de contactos.
- ✓ Transferencia de conocimiento a los trabajadores de la salud sobre la definición de caso de acuerdo al protocolo y guías de atención.

i) Implementar estrategias de comunicación del riesgo en coordinación con las EAPB para los diferentes actores del sistema en salud y comunidad.

j) Evaluar y garantizar la existencia y suficiencia de elementos de protección personal, dispositivos médicos y medicamentos requeridos en la red de servicios de salud, a fin de garantizar una adecuada atención. Esta actividad se debe realizar en conjunto con las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), quienes deben garantizar la suficiencia de red y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas y privadas.

k) Asegurar la oportunidad de la referencia y contra referencia de pacientes, de acuerdo con lo definido en las guías de atención y los protocolos de manejo, en su competencia.

l) Aunque no aplica en situación de brote, es necesario que la entidad realice auditorias periódicas de adherencia a los protocolos y guías para la atención de la enfermedad a los prestadores de servicios de salud y fomente la adopción de acciones de mejoramiento por parte de los mismos, de acuerdo con los hallazgos encontrados; asimismo, realizar seguimiento a las EAPB en su jurisdicción, para garantizar que adelanten estas mismas acciones con su respectiva red contratada de prestadores de servicios de salud.

m) Consolidar la información de las acciones realizadas en el marco de la atención del brote y generar los informes, según lineamientos del INS.

n) Articular acciones entre los diferentes actores que permitan fortalecer la capacidad de respuesta en la estrategia de vacunación emergente (bloqueo y operación barrido); que incluya la logística necesaria y el análisis de resultados que se deben incluir en los informes de atención del brote.

o) En los jardines infantiles impulsar la desinfección diaria de baños, limpieza y desinfección de elementos de cocina para consumo de alimentos, juguetes y otros fómites que pudiesen ser vehículos de transmisión. De igual manera incentivar el aislamiento de personas con sintomatología compatible con la definición de caso, de acuerdo con las recomendaciones establecidas durante la visita por parte del Instituto Nacional de Salud.

p) Liderar con las autoridades nacionales una jornada especial de promoción de la salud y prevención de las enfermedades con participación de todos los sectores que hacen presencia en el Distrito de Buenaventura, que incluyan las medidas para el control de brotes por meningococo.

Carrera 13 No.32-76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C
Teléfono:(57-1)3305000 - Línea gratuita: 018000952525 Fax: (57-1)3305050 -
www.minsalud.gov.co

4.4. Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, Entidades Responsables de Regímenes Especiales y de Excepción

a) Asegurar la oportunidad de la referencia y contra referencia de los pacientes, de acuerdo con lo definido en las guías de atención y los protocolos de manejo, eliminando todas las barreras de acceso.

b) Contar con una red prestadora de servicios de salud contratada que asegure la accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad en la atención para los casos de enfermedad meningocóccica de acuerdo con los protocolos de manejo definidos y garantizar el funcionamiento satisfactorio de su operación, de tal forma que cubra las necesidades de los usuarios en los diferentes niveles de atención.

c) Garantizar la realización de acciones individuales tendientes a confirmar el evento de interés en salud pública (para meningitis deben asegurar la toma de muestras, cultivos, etc., envío de muestras al INS) sujeto a vigilancia y asegurar las intervenciones individuales y familiares del caso (Decreto 3518 de 2006). En este contexto las EAPB deben participar en la intervención de los contactos en lo que se refiere a la QUIMIOPROFILAXIS, destinar recursos para la compra y administración de antibiótico.

d) Contar con planes de contingencia que permitan la ampliación de la capacidad de respuesta de su red ante el incremento de la demanda de servicios de salud en caso de ser necesario.

e) Promover en su red de prestadores de servicios de salud la implementación de estrategias para la atención oportuna de los casos con enfermedad meningocóccica que enfatice el manejo y monitoreo del paciente y sus contactos.

f) Fortalecer la capacitación de los protocolos y guías para la atención de enfermedad meningocóccica a los profesionales, técnicos y auxiliares de los prestadores de servicios de salud de su red contratada, así como en las acciones de prevención, manejo y control, enfatizando en el diagnóstico y tratamiento oportuno, la descripción de la presentación clínica y sus variaciones, el control de infecciones, los esquemas profilácticos ante casos de enfermedad meningocóccica a sus contactos cercanos, la identificación de grupos de riesgo y signos de alarma de enfermedad grave y complicaciones y la aplicación en forma temprana medidas profilácticas tendientes a disminuir el contagio en la comunidad.

g) Aunque no aplica en situación de brote, es necesario realizar auditorías periódicas de adherencia a los protocolos y guías para la atención de enfermedad meningocóccica en los prestadores de su red contratada y fomentar la adopción de acciones de mejoramiento en las IPS de acuerdo a los hallazgos.

h) Desarrollar acciones de coordinación y articulación con las entidades territoriales para la ejecución de estrategias de promoción de la salud y prevención de los riesgos que afectan la salud de la población afiliada.

i) Implementar estrategias de comunicación a sus afiliados frente a los cuidados que se deben tener para evitar la propagación de la enfermedad meningocóccica, su manejo, los signos de alarma para consultar, dirigido a padres y cuidadores.

Carrera 13 No.32-76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C
Teléfono:(57-1)3305000 - Línea gratuita: 018000952525 Fax: (57-1)3305050 -
www.minsalud.gov.co

j) Verificar que los prestadores de su red dispongan de los antibióticos para el tratamiento de los casos de enfermedad meningocóccica y de los contactos que lo requieran.

k) Garantizar el cumplimiento de las estrategias de vigilancia especial planteadas por la autoridad sanitaria territorial de acuerdo con las prioridades de salud pública.

l) Participar activamente en las jornadas especiales de promoción de la salud y prevención de las enfermedades con participación de todos los sectores que hacen presencia en el Distrito de Buenaventura, que incluyan las medidas para el control de brotes por meningococo.

4.5. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas y Privadas

a) Realizar las acciones individuales tendientes a detectar y confirmar el evento de interés en salud pública incluyendo la realización de exámenes de laboratorio y demás procedimientos diagnósticos y asegurar las intervenciones individuales y familiares del caso, que sean de su competencia (Decreto 3518 de 2006). En este contexto las IPS deben participar en la toma de muestras, realización de cultivos, envío de cepas al INS, realización de necropsias cuando sea necesario y en la intervención de los contactos en lo que se refiere a la QUIMIOPROFILAXIS, destinar recursos para la compra y administración de antibiótico.

b) Implementar planes de contingencia para la atención oportuna y adecuada de los casos de enfermedad meningocóccica, garantizando una adecuada infraestructura, disponibilidad de insumos, equipos médicos y suficiencia de talento humano.

c) Garantizar el cumplimiento de los estándares y criterios mínimos de habilitación establecidos por la normatividad vigente.

d) Fortalecer las capacidades técnicas al personal de salud en la identificación oportuna de casos, diagnostico y manejo conforme el protocolo de vigilancia en salud Pública para meningitis bacteriana y guías clínicas de atención del Ministerio de Salud y de la Protección Social.

e) En el marco de la buena práctica obligatoria en el sistema único de habilitación para la seguridad del paciente "Prevenir, reducir y controlar las infecciones asociadas a la atención en salud", deberán fortalecer la implementación del protocolo de uso racional de antibióticos para la mejora del uso prudente de antimicrobianos, velando por un uso adecuado de estos en la prestación de servicios, acogiendo la recomendación de la OMS.

f) Fortalecer la calidad de la atención mediante la provisión de materiales didácticos de consulta rápida, que se puedan emplear en urgencias, unidades de cuidados intensivos o áreas de atención de los pacientes con enfermedad meningocóccica.

g) Coordinar con el laboratorio de referencia territorial el envío de muestras conforme lineamientos de la Dirección de Redes en Salud Pública, así como realimentar los resultados para ajustar el tratamiento antimicrobiano de manera consecuente.

Carrera 13 No.32-76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C
Teléfono:(57-1)3305000 - Línea gratuita: 018000952525 Fax: (57-1)3305050 -
www.minsalud.gov.co

h) Coordinar con las EAPB la realización de las necropsias clínicas a todas las muertes donde se sospeche un evento de interés en salud pública.

i) Asegurar la información oportuna a los pacientes y sus familiares, dada la gravedad de la enfermedad y el pronóstico.

j) Colaborar en la identificación de contactos en el entorno familiar, promoviendo el empleo eficiente de la profilaxis cuando está indicada.

q) Aunque no aplica en situación de brote, es necesario que la entidad realice auditorías periódicas de adherencia a los protocolos y guías para la atención de la enfermedad a los prestadores de servicios de salud y fomente la adopción de acciones de mejoramiento por parte de los mismos, de acuerdo con los hallazgos encontrados

r) Aunque no aplica en situación de brote, es necesario realizar auditorías periódicas de adherencia a los protocolos y guías para la atención de enfermedad meningocóccica en los prestadores de su red contratada y fomentar la adopción de acciones de mejoramiento en las IPS de acuerdo a los hallazgos.

k) Notificar a la dirección departamental, distrital y municipal de salud todo caso de enfermedad meningocóccica, de acuerdo con los lineamientos establecidos por el MSPS y el INS.

l) Participar en las unidades de análisis convocadas por las autoridades locales, departamentales y/o nacionales de salud y aportar la información requerida para caracterización de los casos, o que pueda complementar los estudios de campo requeridos por las autoridades locales y departamentales

m) Intensificar medidas de bioseguridad y garantizar los elementos de protección individual al personal de la institución, insumos para lavado de manos y las demás medidas no farmacológicas.

m) Participar activamente en las jornadas especiales de promoción de la salud y prevención de las enfermedades con participación de todos los sectores que hacen presencia en el Distrito de Buenaventura, que incluyan las medidas para el control de brotes por meningococo.

4.6. Trabajadores de la Salud

a) Desarrollar en lo que les corresponde las actividades del plan contingencia para la atención oportuna y adecuada de los casos de enfermedad meningocóccica.

b) Dar cumplimiento al lineamiento y protocolos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Salud.

c) Usar las medidas de control no farmacológicas como uso de mascarillas de alta eficiencia, lavado de manos y recibir quimioprofilaxis conforme lo planteado por la autoridad sanitaria.

Además de las intervenciones anteriormente mencionadas y de acuerdo al análisis de la situación epidemiológica de los brotes, desde el MSPS se complementarán las acciones de contención, a través de la

Carrera 13 No.32-76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C
Teléfono:(57-1)3305000 - Línea gratuita: 018000952525 Fax: (57-1)3305050 -
www.minsalud.gov.co

estrategia de vacunación emergente (bloqueo/operación barrido), es importante resaltar que esta corresponde a una acción adicional al proceso de contingencia más no a una acción inmediata, debido a que la vacunación es considerada una intervención de prevención específica de la enfermedad.

5. Acciones complementarias - Vacunación emergente (bloqueo/operación barrido)

Para el desarrollo de esta estrategia el MSPS, dispone de la vacuna conjugada contra el Meningococo de los serotipos A, C, W-135, e Y, la cual se aplicará en la población objeto de las áreas priorizadas para la contención del brote. A continuación se presentan los aspectos generales relacionados con la estrategia de vacunación emergente (bloqueo/operación barrido).

5.1. Población objeto

Se define la siguiente población objeto de la intervención, teniendo en cuenta el rango de edad de los casos y la situación epidemiológica presentada en las áreas georreferenciadas, por la presencia de conglomerados de casos confirmados por laboratorio; de acuerdo al comportamiento del brote se ampliaran los grupos de edad y las áreas a intervenir.

- Población de 2 a 8 años, de acuerdo al cerco epidemiológico establecido para este brote.
- Personal de salud de urgencias, epidemiología, patología, laboratorio y otro que tenga contacto directo con los pacientes o sus muestras y/o realice intervenciones específicas en las áreas georreferenciadas, en el marco de la investigación epidemiológica de campo.

5.2. Objetivo de la operación emergente (bloqueo/ operación barrido).

- Aplicar una dosis de vacuna conjugada contra el Meningococo de los serotipos A, C, W-135, e Y a la población objeto como parte de las acciones complementarias a la contención del brote, a través de la estrategia de vacunación emergente (bloqueo/ operación barrido)

5.3. Aspectos generales de la vacuna a utilizar [3]

5.3.1. Vacuna a utilizar

Para esta actividad se utilizará la vacuna conjugada contra Meningococo de los serotipos A, C, W-135, e Y, conocida comercialmente con el nombre de Menveo® del laboratorio por GlaxoSmithKline.

5.3.2. Descripción de la vacuna

La presentación de la vacuna contra el Meningococo disponible, es en polvo liofilizado y solución inyectable.

Una dosis (0,5 ml de la vacuna reconstituida) contiene:

[3] Información para prescribir Menveo® Vacuna conjugada contra meningococo de los serogrupos A, C, W-135 e Y. Novartis - Producto adquirido por GlaxoSmithKline.

Carrera 13 No.32-76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C
Teléfono:(57-1)3305000 - Línea gratuita: 018000952525 Fax: (57-1)3305050 -
www.minsalud.gov.co

- 10 µg de oligosacárido meningocócico grupo A conjugado con 16,7 a 33,3 µg de Proteína CRM197 de Corynebacterium diphtheriae
- 5 µg de oligosacárido meningocócico grupo C conjugado con 7,1 a 12,5 µg de Proteína CRM197 de Corynebacterium diphtheriae
- 5 µg de oligosacárido meningocócico grupo W-135 conjugado con 3,3 a 8,3 µg de Proteína CRM197 de Corynebacterium diphtheriae
- 5 µg de oligosacárido meningocócico grupo Y conjugado con 5,6 a 10,0 µg de Proteína CRM197 de Corynebacterium diphtheriae

La vacuna disponible está indicada en la inmunización activa de niños (desde los 2 meses de edad), adolescentes y adultos, para prevenir la enfermedad meningocócica invasiva causada por los grupos A, C, W-135 e Y de la Neisseria meningitidis. El uso de esta vacuna debe realizarse conforme con las recomendaciones oficiales.

5.3.3. Vía de aplicación

Aplicar como una sola inyección por vía intramuscular en región anterolateral del muslo en niños no caminadores y en región deltoidea del brazo en niños caminadores y población adulta; la dosis corresponde a 0,5 ml. No debe ser administrada por vía intravascular, subcutánea ni intradérmica.

En caso de tener varias vacunas en la misma visita, se deben usar sitios de inyección separados.

El calibre de la aguja a utilizar es 23G x 1 ó 22G x ½ ó ¼, para niños o adultos según sea el caso.

5.3.4. Esquema de vacunación y dosis

Niños a partir de los 2 años, adolescentes y adultos se aplicará dosis única.

5.3.5. Presentación de la vacuna

La vacuna viene en presentación unidosis, liofilizada y provista con diluyente. La administración se realiza reconstituyendo el polvo (en el vial) con la solución (en el vial). Invierta y agite el vial vigorosamente y luego extraiga 0,5 ml del producto reconstituido. Es normal que una pequeña cantidad del líquido permanezca en el vial luego de la extracción de la dosis.

Luego de la reconstitución, la vacuna es una solución transparente, incolora o de color amarillo claro, libre de partículas extrañas visibles. En el caso que se observe algún material particulado extraño y/o variación del aspecto físico, se debe descartar la vacuna.

5.3.6. Conservación de la vacuna

Antes de su utilización, se debe almacenar en el empaque original a temperatura entre +2°C y + 8°C (en refrigeración); después de su reconstitución, la vacuna debe administrarse inmediatamente. Debe conservarse la vacuna en empaque original para proteger de la luz.

Carrera 13 No.32-76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C
Teléfono:(57-1)3305000 - Línea gratuita: 018000952525 Fax: (57-1)3305050 -
www.minsalud.gov.co

No congelar. Descartar la vacuna si esta ha sido congelada.

5.3.7. Aplicación simultánea con otras vacunas

La vacuna puede ser aplicada segura y efectivamente al mismo tiempo que las vacunas de toxoide diftérico, pertussis acelular, toxoide tetánico, *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib), polio inactivada, hepatitis B (HBV), hepatitis A inactivada, antígenos capsulares de la vacuna neumocócica conjugada heptavalente y trecevalente (PVC 7 y PVC 13), rotavirus pentavalente y virus de sarampión, paperas, rubeola y varicela (MMRV). La administración concomitante de la vacuna contra el meningococo y otras vacunas diferentes a las listadas anteriormente no ha sido estudiada. Las vacunas concomitantes siempre deben ser administradas en sitios de inyección separados y preferiblemente contralaterales.

No existe evidencia frente a la intercambiabilidad entre las vacunas de meningococo entre los diferentes laboratorios, por lo que se debe iniciar, continuar y terminar esquemas con la misma vacuna.

5.3.8. Contraindicaciones

Hipersensibilidad al principio activo o a cualquier excipiente de la vacuna, incluyendo el toxoide diftérico (CRM197) o una reacción potencialmente mortal después de la administración previa de una vacuna con componentes similares.

5.3.9. Advertencias

Antes de la inyección de cualquier vacuna, la persona responsable de la administración debe tomar todas las precauciones conocidas para la prevención de reacciones alérgicas o de cualquier otro tipo, incluyendo historia clínica detallada y estado de salud actual. Al igual que con todas las vacunas inyectables, siempre se debe tener disponible de inmediato el tratamiento y supervisión médica apropiada, en el raro caso de presentarse un evento anafiláctico después de la administración de la vacuna.

No se debe administrar por vía intravenosa bajo ninguna circunstancia y esta vacuna no protegerá contra enfermedades causadas por algún otro serogrupo de *N. meningitidis* no incluido en la vacuna. Al igual que sucede con cualquier vacuna, puede que no se produzca una respuesta inmunitaria protectora en todos los vacunados.

No se debe mezclar esta vacuna con cualquier otra vacuna o diluyente en la misma jeringa o vial.

5.3.10. Precauciones

En personas inmunocomprometidas, es posible que la vacuna no produzca una respuesta adecuada de anticuerpos protectores. No ha sido evaluada en individuos inmunocomprometidos, incluyendo individuos con infección por VIH, deficiencias del complemento e individuos con asplenia funcional o anatómica. Estos pueden no lograr respuesta inmune a las vacunas meningocócicas conjugadas de los grupos A, C, W-135 e Y.

Carrera 13 No.32-76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C
Teléfono:(57-1)3305000 - Línea gratuita: 018000952525 Fax: (57-1)3305050 -
www.minsalud.gov.co

Como con otras vacunas, la aplicación de esta vacuna debe ser pospuesta en individuos que sufran de enfermedad febril aguda. La presencia de una infección menor no es una contraindicación.

5.3.11. Embarazo y lactancia

Embarazo. No existen suficientes datos clínicos disponibles sobre la exposición durante el embarazo. Considerando la severidad de la enfermedad meningocócica invasiva causada por Neisseria meningitidis serogrupos, A, C, W-135 e Y, el embarazo no impide la vacunación cuando el riesgo de exposición está claramente definido.

Lactancia. Aunque no existen suficientes datos disponibles sobre el uso de esta vacuna durante la lactancia, es improbable que los anticuerpos secretados en la leche sean dañinos cuando sean ingeridos por el lactante. Por tanto, puede ser administrada durante la lactancia.

5.3.12. Efectos adversos (Reacciones adversas de ensayos clínicos)

Las frecuencias se definen como sigue:

Muy frecuente	(≥1/10)
Frecuente	(≥1/100 a <1/10)
Poco frecuente	(≥1/1.000 a <1/100)
Rara	(≥1/10.000 a <1/1.000)
Muy rara	(<1/10.000)

Niños de 2 a 23 meses de edad

Desórdenes de metabolismo y nutrición:	Muy frecuente: desorden alimenticio
Desórdenes del Sistema Nervioso	**Muy frecuente: llanto persistente, somnolencia**
Desórdenes Gastrointestinales	Muy frecuente: diarrea, vómitos
Desórdenes de la piel y tejido subcutáneo	**Frecuente: erupción cutánea**
Desórdenes Generales y condiciones en el sitio de administración	Muy frecuente: irritabilidad, sensibilidad en el lugar de inyección, eritema en el lugar de inyección (≤50 mm), induración en el sitio de inyección (≤50 mm) Frecuente: sensibilidad severa en el lugar de la inyección, fiebre Poco frecuente: eritema en el sitio de la inyección (>50 mm), induración en el sitio de inyección (>50 mm)

Niños de 2 a 10 años de edad

Desórdenes de metabolismo y nutrición	Muy frecuente: desorden alimenticio
Desórdenes del Sistema Nervioso:	**Muy frecuente: somnolencia, dolor de cabeza**
Desórdenes Gastrointestinales	Frecuente: náuseas, vómitos, diarrea

Carrera 13 No.32-76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C
Teléfono:(57-1)3305000 - Línea gratuita: 018000952525 Fax: (57-1)3305050 -
www.minsalud.gov.co

Desórdenes de la piel y tejido subcutáneo	Frecuente: erupción cutánea
Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conectivo	Frecuente: mialgia, artralgia
Desórdenes Generales y condiciones en el sitio de administración	Muy frecuente: irritabilidad, malestar, dolor en el sitio de inyección, eritema del sitio de inyección (≤ 50 mm), induración del sitio de inyección (≤ 50 mm) Frecuente: eritema del sitio de inyección (>50 mm), induración del sitio de inyección (>50 mm), escalofríos, fiebre ≥38°C Poco frecuente: prurito en el sitio de inyección

Individuos de 11 a 65 años de edad

Desórdenes del Sistema Nervioso:	Muy frecuente: dolor de cabeza Poco frecuente: mareos
Desórdenes Gastrointestinales	Muy frecuentes: náuseas
Desórdenes de la piel y tejido subcutáneo	Frecuente: erupción cutánea
Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conectivo	Muy frecuente: mialgia Frecuente: artralgia
Desórdenes Generales y condiciones en el sitio de administración	Muy frecuente: dolor en el sitio de inyección, eritema del sitio de inyección (≤50 mm), induración del sitio de inyección (≤50 mm), malestar. Frecuente: eritema del sitio de inyección (>50 mm), induración del sitio de inyección (>50 mm), fiebre ≥38°C, escalofríos Poco frecuente: prurito del sitio de inyección

5.4. Instrucciones para la administración, uso y manejo

Antes de vacunar tenga en cuenta las siguientes recomendaciones y verifique:

- Cumplimiento de las normas de bioseguridad
- Normas de asepsia y antisepsia
- Carné (si lo tiene)
- Edad (verificar que cumpla con lo establecido como población objeto)
- Factores de riesgo de acuerdo a indicaciones y contraindicaciones
- Almacenamiento adecuado de la vacuna
- Aspecto de la vacuna
- Si corresponde a la vacuna correcta
- Si corresponde a la dosis correcta
- Vía de administración
- Fecha de vencimiento
- Diluyente correcto

Antes de la administración deberá examinarse visualmente el contenido de la jeringa/vial, tanto antes como después de agitar, en busca de cualquier material particulado y/o aspecto físico anormal. En caso de observar alguna de estas anormalidades, no utilizar la vacuna e informe al coordinador del PAI del punto de vacunación.

Carrera 13 No.32-76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C
Teléfono:(57-1)3305000 - Línea gratuita: 018000952525 Fax: (57-1)3305050 -
www.minsalud.gov.co

Una vez se realice el procedimiento, registre inmediatamente la dosis administrada en el carné y en el formato de registro diario de vacunación y en el sistema utilizado para este fin; así mismo, informe al usuario y familiares sobre las recomendaciones necesarias.

5.5. Vigilancia de eventos supuestamente atribuidos a vacunación o inmunización (Esavi)

Para cumplir con los lineamientos de vacunación segura con esta vacuna como en cualquiera de las otras incluidas en el esquema nacional, se deberá garantizar el tratamiento y seguimiento a las reacciones adversas que se presenten en la población después de la administración, los cuales deben ser notificados en ficha individual al sistema de vigilancia y seguir todos los parámetros establecidos en el protocolo de vigilancia en salud pública de los Esavi del INS disponibles en el siguiente link http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/sivigila/Paginas/protocolos.aspx

Tabla 1. Definiciones de caso: Eventos supuestamente atribuidos a vacunación o inmunización (Esavi)[4]

Caso Sospechoso	Paciente que presenta cualquier trastorno, síndrome, signo o síntoma, después de la administración de una vacuna y que el público, los padres, el paciente o los trabajadores de la salud consideren que está relacionado con la vacunación, pudiendo estar o no relacionado con la vacuna o el proceso de inmunización. Para efectos de la vigilancia, los eventos que deberán ser notificados son: ✓ Abscesos en el sitio de administración. ✓ Eventos que requieren hospitalización ✓ Eventos que ponen en riesgo la vida ✓ Errores relacionados con el programa ✓ Eventos que causan discapacidades ✓ Eventos que estén por encima de la incidencia esperada en un conglomerado de personas. ✓ Cualquier muerte que ocurra dentro de las 4 semanas siguientes a la administración de una vacuna, y se relacione con el proceso de vacunación o inmunización. ✓ Cualquier rumor sobre la seguridad de una vacuna que se genere en medios de comunicación.
Caso relacionado con la vacuna	Caso sospechoso en el cual el evento ha sido descrito como una reacción después de la administración de la vacuna, debido a sus propiedades o componentes, cumpliendo con criterios de causalidad.
Caso relacionado con el programa	Caso sospechoso en el cual se logra identificar uno o varios errores relacionados con el almacenamiento, preparación, manejo y administración de la vacuna como: ✓ Dosificación inadecuada. ✓ Método de administración incorrecto (vía y sitio). ✓ Verificación de empaques que garanticen esterilidad y caducidad. ✓ Manipulación inadecuada de las agujas y jeringas. ✓ Reconstitución de vacunas con el diluyente y cantidad equivocado. ✓ Sustitución de vacunas o diluyentes por medicamentos u otros. ✓ Contaminación de la vacuna o el diluyente. ✓ Almacenamiento indebido de las vacunas y jeringas. ✓ Vacunas y jeringas usadas después de su fecha de caducidad. ✓ Vacunas, jeringas o agujas con sospechas de problemas de calidad de fabricación.

[4] Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública - ESAVI, Colombia, 2015. Pág. 12-14. Consultado 6 marzo de 2016. Disponible: http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/sivigila/Protocolos%20SIVIGILA/PRO%20ESAVI.pdf

Carrera 13 No.32-76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C
Teléfono:(57-1)3305000 - Línea gratuita: 018000952525 Fax: (57-1)3305050 -
www.minsalud.gov.co

MINSALUD | INSTITUTO NACIONAL DE SALUD | TODOS POR UN NUEVO PAÍS PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

Caso Coincidente	Caso en el cual el evento coincide con la vacunación o el proceso de inmunización, y pudo haberse producido incluso si la persona no hubiese recibido la vacuna.
No Concluyente o Desconocido	Caso en el cual el evento no está directamente relacionado a la vacuna, su administración o cualquier otra causa identificable, por lo cual no es posible determinar una relación causal entre la aplicación del biológico y el evento presentado.

Carrera 13 No.32-76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C
Teléfono:(57-1)3305000 - Línea gratuita: 018000952525 Fax: (57-1)3305050 -
www.minsalud.gov.co

MINSALUD INSTITUTO NACIONAL DE SALUD TODOS POR UN NUEVO PAÍS PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

6. BIBLIOGRAFIA

Instituto Nacional de Salud. Informe Preliminar del Evento Meningitis Aguda Bacteriana (MBA) Periodo Epidemiológico XIII, Colombia, 2015. Consultado 6 marzo de 2016. Disponible: http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/Informe%20de%20Evento%20Epidemiolgico/MENINGITIS%20Periodo%20XIII%202015.pdf

MMWR. Recommendations and Reports / Vol. 62 / No. 2. March 22, 2013. Prevention and Control of Meningococcal Disease Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP)

WHO. Prevention and control of epidemic meningococcal disease in Africa. Report of a WHO technical consultation meeting. Ouagadougou, Burkina Faso 23-24 September 2002.

Health Protection Agency Meningococcus and Haemophilus Forum. Guidance for public health management of meningococcal disease in the UK Updated March 2012; OPS. El control de las enfermedades transmisibles. 17a edición. OPS, 2001.

Información para prescribir Menveo® Vacuna conjugada contra meningococo de los serogrupos A, C, W-135 e Y. Novartis - Producto adquirido por GlaxoSmithKline.

Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública - ESAVI, Colombia, 2015. Pág. 12-14. Consultado 6 marzo de 2016. Disponible: http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/sivigila/Protocolos%20SIVIGILA/PRO%20ESAVI.pdf

Carrera 13 No.32-76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C
Teléfono:(57-1)3305000 - Línea gratuita: 018000952525 Fax: (57-1)3305050 -
www.minsalud.gov.co

PATOLOGÍA FORENSE Y NEUROLOGÍA ASOCIADA A TRAUMATISMOS CRANEOENCEFÁLICOS : 32 Folios

yahe

168

479

Patología forense y neurología asociada de los traumatismos craneoencefálicos. Estudio práctico.

Forensic pathology and associated neurology of head injury. Practical aspects.

JL. Palomo Rando[1], V. Ramos Medina[1], I. Palomo Gómez[2], A. López Calvo[1] e IM. Santos Amaya[3]

RESUMEN

Se reúnen en este trabajo de forma sucinta los conocimientos más útiles en la resolución forense de los traumatismos craneoencefálicos (TCE) letales. El estudio está orientado hacia la identificación macroscópica, la causalidad y los mecanismos de producción de las lesiones, con apoyo iconográfico. Se hace especial hincapié en la valoración de las fracturas craneales, las hemorragias subaracnoideas por lesión de la arteria vertebral, el edema y la hiperemia cerebral postraumáticos, así como algunas recomendaciones para la práctica de la autopsia de los fallecidos por trauma cefálico, incluida la retención y fijación del encéfalo. Algunos de estos conocimientos son antiguos y aunque olvidados o desconocidos por muchos han resistido el paso del tiempo, manteniendo plena vigencia. Igualmente se incluyen las características clínicas esenciales de cada trastorno, los nuevos avances en el diagnóstico neuropatológico de los TCE, en su fisiopatología y sus sospechadas relaciones con la posterior aparición de enfermedad degenerativa tipo Alzheimer y las alteraciones genómicas que predisponen a una evolución fatal de TCE ligeros o moderados.

Palabras clave: Traumatismo cráneo-encefálico. Fractura craneal. Hemorragia subaracnoidea. Edema cerebral. Laceración arteria vertebral. Autopsia craneal.

Cuad Med Forense 2008; 14(52):87-118

ABSTRACT

This review summarizes in a brief format the most useful tips in the forensic evaluation of fatal head trauma. This study is aimed at the macroscopic evaluation, causality and production mechanisms of the lesions, with image-based support.

Skull fractures, subarachnoid hemorrhage due to lesion of the vertebral artery, posttraumatic cerebral edema and hyperaemia as well as basic recommendations to carry out the autopsy procedure (including the retention and fixation of the brain) in bodies with a lethal traumatic brain injury (TBI) will be analyzed.

Some of this knowledge has been developed a long time ago, and although sometimes forgotten, their meaning is still fully patent.

This study also points out the essential clinical characteristics of each condition and recent advances in the neuropathological diagnosis of traumatic brain injury (TBI) and its physiopathology. Finally, the suspected relationship of head injuries with the late development of degenerative disorders (Alzheimer-like); as well as new insights relating genomics and fatal evolution of mild to moderate TBIs are included.

Key words: Head injury. Skull fracture. Subarachnoid hemorrhage. Cerebral edema. Vertebral artery injury. Craniocerebral autopsy.

Correspondencia: Dr. José Luis Palomo Rando. Servicio de Patología Forense. IML de Málaga. Ciudad de la Justicia. C./ Fiscal Luis Portero s/n. 29010 MÁLAGA. e-mail: jlpalomo45@telefonica.net

[1] Servicio de Patología Forense. Instituto de Medicina Legal (Málaga).

[2] Sede Comarcal de Marbella. Instituto de Medicina Legal (Málaga).

[3] Área de Medicina Legal y Forense. Universidad de Málaga.

I. INTRODUCCIÓN:

En los países desarrollados los traumatismos constituyen la principal causa de muerte en menores de 40 años, los traumatismos craneoencefálicos (TCE) son responsables de la mitad de estas muertes. Sus causas más frecuentes son: accidentes de tráfico, caídas, agresiones, accidentes de trabajo, domésticos y deportivos.

En EE.UU. cada año se producen unas 52.000 muertes por TCE (18 por 100.000 habitantes). Entre los traumatizados craneales que no fallecen, se producen 100.000 casos que quedan con secuelas permanentes, de ellos 5.000 con epilepsia postraumática y 2.000 en estado vegetativo persistente (EVP) [1 y 2]. En los países industrializados la incidencia es similar.

Los TCE plantean numerosos y complejos problemas médico-legales. Puede ser extraordinariamente difícil ante una herida en el cuero cabelludo o una fractura craneal determinar si se produjo por una caída accidental o una agresión con un objeto contundente; de igual forma, ante una hemorragia subaracnoidea o intraparenquimatosa, establecer si la causa fue una enfermedad o un traumatismo. Con independencia de los antecedentes del sujeto y las circunstancias que condujeron a la muerte, el detenido análisis de las características de las lesiones es imprescindible para la adecuada solución de estos casos. Pese a las dificultades, la cabeza es una de las partes del cuerpo en la que, por las lesiones externas y sobre todo por las internas, mejor se puede deducir el mecanismo de producción de las lesiones.

II. CLASIFICACIÓN:

Aunque se han propuesto muchas clasificaciones de los TCE no hay ninguna universalmente aceptada. Para clasificarlos se atiende a una serie de criterios que combinan las causas, mecanismos y consecuencias, tanto estructurales como funcionales. Una división básica es distinguir los traumatismos contusos de los penetrantes, incluidas las heridas por arma de fuego, una causa principal de TCE en algunos países. Similar distinción se realiza entre TCE abiertos y cerrados.

II. 1. Una clasificación útil de los TCE es la que incide en un factor fundamental del **mecanismo de producción**, como es la existencia o no de impacto sobre la cabeza, es la siguiente [3]:

- LESIONES POR IMPACTO.

Las lesiones resultan del contacto de la cabeza con un objeto.

- Lesiones de partes blandas (erosiones, heridas, etc.)
- Fracturas craneales
- Contusiones cerebrales
- Hematomas epidurales (HED)
- Hemorragias intraparenquimatosas

- LESIONES POR ACELERACIÓN/DESACELERACIÓN. (Sin contacto de la cabeza con un objeto).

La cabeza se ve sometida a un movimiento brusco por una fuerza que ha sido aplicada sobre el tronco o cuello, como cuando el tronco choca con algo y la cabeza se lanza hacia delante.

- Lesión axonal difusa (LAD)
- Hematomas subdurales (HSD)
- Hemorragia subaracnoidea (HSA)
- Contusiones por deslizamiento (Gliding contusions).

Aunque en la mayoría de los casos estas últimas lesiones se producen por un impacto sobre la cabeza, no es imprescindible la existencia del mismo para su producción.

Tipos de aceleración:

El centro de gravedad de la cabeza está situado a nivel de la glándula pineal. Según el desplazamiento de la cabeza en relación con su centro de gravedad el movimiento de aceleración o desaceleración en los traumatismos puede ser *lineal, rotatoria o angular.*

La *aceleración lineal* se produce cuando el centro de gravedad se desplaza en línea recta. El ejemplo más típico es el de una persona que viaja en un automóvil a 50 km/h con respaldo alto y la cabeza apoyada sobre el mismo; si el vehículo sufre un alcance posterior por otro que circula a 90 km/h, la cabeza sufrirá una aceleración lineal. En general este tipo de aceleración pura es poco frecuente, porque la unión cráneo-cervical dificulta este movimiento, no suele producir conmoción y, en función de la existencia o no de impacto, puede producir contusiones, hematomas subdurales, etc.

La *aceleración rotatoria* pura en la práctica es imposible, pues requeriría que la cabeza girara sobre un eje que pasa por su centro de gravedad, ello supondría que todo el cuerpo volteara sobre la cabeza. Puede producirse más fácilmente si la cabeza rota en el plano horizontal, es decir sobre un eje vertical que pase a través de la pineal.

La *aceleración angular* es la más frecuente y es una combinación de las dos anteriores. El ejemplo más típico es el de un sujeto que estando de pie cae hacia atrás y se golpea contra el suelo. Los traumatismos sufridos por este mecanismo se producen generalmente en los planos frontal y sagital y representan los movimientos más lesivos para el encéfalo. Cuando el movimiento es en el plano frontal, impactos laterales en la cabeza, se produce más daño que si el movimiento es anteroposterior. Por este mecanismo se producen la mayoría de los hematomas subdurales y lesiones axonales difusas.

II. 2. Otras clasificaciones de los TCE se basan en el **momento en que se producen las lesiones**; si éstas son inmediatas, tras el traumatismo, o aparecen tardíamente.

- LESIONES PRIMARIAS, INMEDIATAS
  - o Contusiones cerebrales
  - o Laceraciones cerebrales
  - o Lesión axonal difusa (LAD)

- LESIONES SECUNDARIAS
  - o Hemorragias intracraneales
    - Hematoma epidural
    - Hematoma subdural
    - Hemorragia subaracnoidea
    - Hemorragia intraparenquimatosa
    - Hemorragia intraventricular
  - o Edema cerebral e Hiperemia cerebral postraumática (Congestive brain swelling)

II. 3. Una última clasificación atiende al carácter focal (contusiones, laceraciones, etc.) o difuso (lesión axonal difusa,) de las lesiones, el edema cerebral puede ser focal o difuso [4].

III. CLÍNICA GENERAL DE LOS TCE:

El conocimiento de las manifestaciones clínicas que precedieron a la muerte es necesario para un correcto estudio médico-legal del caso, en ocasiones lo más importante es establecer la correlación clínico-patológica, especialmente las actividades que pudo llevar a cabo el sujeto tras el trauma.

La pérdida de conciencia es habitual en los traumatismos por aceleración/desaceleración de cierta intensidad. Sin embargo, cuando se produce un impacto sobre la cabeza, estando en reposo y no sufre importante aceleración tras el mismo, lo que puede ocurrir en lesiones penetrantes (heridas por proyectiles de baja velocidad) y fracturas hundimiento, sorprendentemente la conciencia puede conservarse inicialmente aun existiendo un gran daño focal (fractura hundimiento y laceración cerebral). En estos casos, sólo hay algunos signos focales como hemianopsia y otros sensitivos de la corteza de los lóbulos parietales y occipitales. Si estas lesiones recaen en lóbulos frontales (o zonas mudas del hemisferio no dominante) el sujeto puede permanecer algún tiempo asintomático, en tanto no se produzca lesión cerebral difusa o daño en el tronco cerebral [5]. Tenemos experiencia de una persona que tras recibir un disparo en la cabeza, por el que murió minutos después, pudo realizar una llamada telefónica relatando lo sucedido después de recibir el disparo.

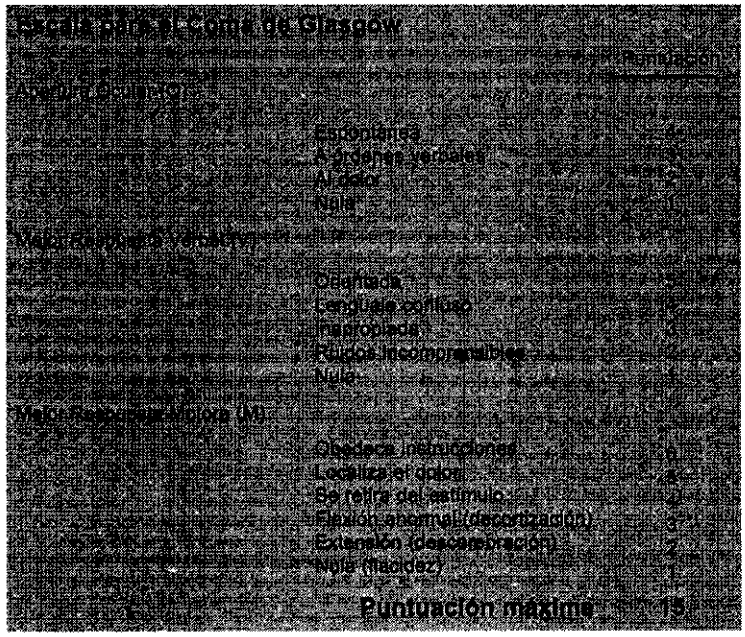
Los hematomas epidurales, subdurales, edema cerebral e hiperemia cerebral postraumática (congestive brain swelling) pueden cursar clínicamente con *intervalos lúcidos*. Es decir, que la conservación de la conciencia tras el traumatismo o su recuperación por un tiempo, en las horas o minutos que siguen al trauma, no es infrecuente en casos fatales [6].

La amnesia postraumática **anterógrada**, también llamada, amnesia postraumática o confusión postraumática, también es un marcador de daño cerebral difuso Es un estado en el que el sujeto muestra un nivel de conciencia aparentemente normal, pero que no disfruta de una memoria continua de los acontecimientos actuales. El sujeto tiene desorientación temporo-espacial y posteriormente no recordará los hechos vividos en esta situación. Esta amnesia puede ser evaluada retrospectivamente en el sujeto vivo mucho tiempo después del accidente. Se le pregunta cuando se dio cuenta por primera vez de donde estaba después del accidente.

La amnesia postraumática **retrógrada** la experimentan casi todas las víctimas de traumatismos que se acompañan de pérdida de conciencia, desde ligeras conmociones hasta las graves y prolongadas. La amnesia comprende el momento real de la lesión y los hechos inmediatamente anteriores al traumatismo y su duración depende de la gravedad de la lesión.

La duración del Coma y la puntuación en la Escala para el Coma de Glasgow son los elementos más utilizados para clasificar clínicamente la gravedad de un TCE. Todo coma de duración superior a 6 horas o puntuación de 8 o menos en la Escala de Glasgow, después de la reanimación, indica la existencia de un TCE **grave**. La puntuación 13-15 y duración de la inconsciencia menor a 15 minutos es expresiva de TCE **leve** y de 9-12 e inconsciencia superior a 15 minutos se corresponde con TCE **moderado**.

La Escala para el Coma de Glasgow es probablemente una de las genialidades de la medicina clínica en las últimas décadas. Desde el año de su publicación, 1974, por Teasdale y Jennet [7], neurocirujanos de la Universidad de Glasgow, a pesar de su uso generalizado en todos los centros médicos del mundo, no sólo no ha sido modificada sino que, habiéndose concebido para el Coma traumático, en la actualidad se emplea también para la valoración del cualquier tipo de coma. El médico forense debe estar familiarizado con la interpretación de sus resultados. La puntuación de 7 o menos indica estado de coma, si la puntuación es de 9 o más no hay estado de coma; el 53 % de los que tienen 8 están en coma.



IV. LESIONES EN LOS TCE:

IV. 1. LESIONES DE PARTES BLANDAS

Las lesiones en el cuero cabelludo y en la cara indican los puntos de impacto, pero su ausencia no excluye la existencia de lesiones internas en los TCE.

Son de especial significación las equimosis o hematomas palpebrales (ojo morado, hematomas en anteojos, ojos de mapache, etc.) y la equimosis mastoidea (signo de battle), ambos pueden indicar la existencia de una fractura de la base craneal (Figuras nº 1 y 2), pero no siempre; un traumatismo directo o la infiltración de una hemorragia pericraneal desde un nivel superior también pueden ocasionarlos. Para que las hemorragias frontales desciendan a los párpados el sujeto tendría que permanecer en decúbito prono o erguido.

En el cuero cabelludo una caída o un golpe con un objeto contuso pueden dar lugar a una herida con los bordes lisos, como si estuviera producida por un instrumento cortante. Solamente el examen detenido de los bordes y fondo de la herida, mejor con lupa, puede aclarar el origen. Igualmente puede producirse una herida estrellada tanto en una caída o como al ser golpeada la cabeza con un objeto contundente (Figura nº 3), en este caso pueden ayudar las lesiones internas (contusiones cerebrales por golpe o contragolpe), la localización y otros datos.

La línea del ala del sombrero [8, 9] es la frontera que separa los traumatismos craneoencefálicos más probablemente producidos por agresión de los más probablemente producidos por caídas (Figura nº 4), aunque con muchas excepciones, ya que en una agresión un sujeto también puede ser golpeado debajo de dicha línea y un sujeto al caer puede, bien en el trayecto o por irregularidad del suelo, lesionarse por encima de dicha línea; lo cierto es que es un

193

484

dato más de probabilidad que debe tenerse siempre en cuenta. La localización en el lado izquierdo de la cabeza (la mayoría de los sujetos son diestros), salvo agresiones por detrás, y la existencia de múltiples traumatismos, son también más frecuentes en las agresiones.

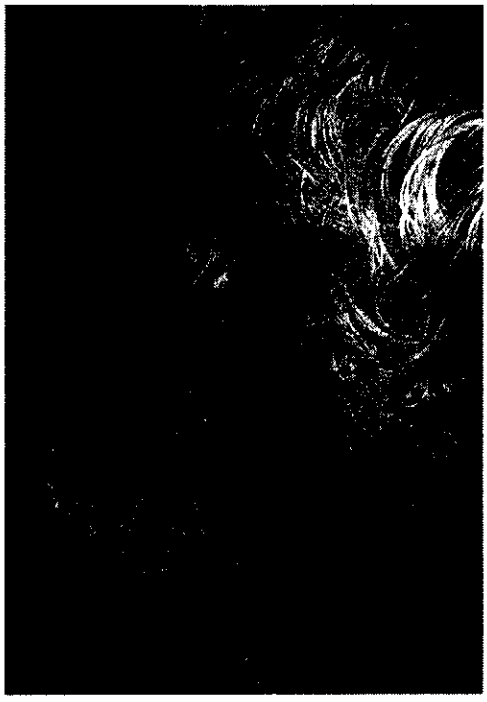


Fig. 1.- *Signo de battle.*

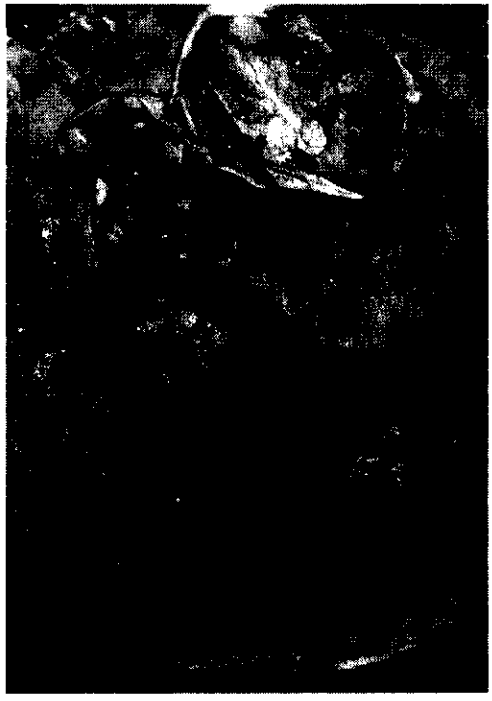


Fig. 2.- *Fractura de la base del mismo caso.*

La línea del ala del sombrero se corresponde con el mayor perímetro horizontal de la cabeza, unos 3 cm. por encima de las cejas y sobre el extremo superior del pabellón auditivo.

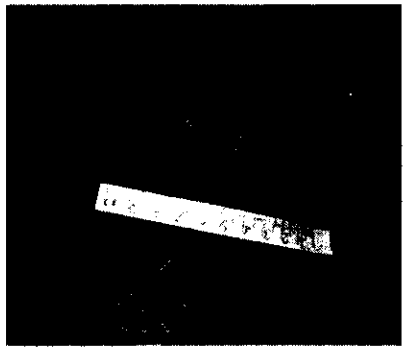


Fig. 3.- *Herida estrellada.*

Hematomas subcutáneos y subgaleales:

Conviene precisar la localización en el plano en que asientan las hemorragias y hematomas pericraneales; los subperiósticos o cefalohematomas prácticamente solo se ven en el traumatismo obstétrico. En los tejidos blandos pericraneales se pueden ver infiltrados hemorrágicos figurados que reproducen la morfología y tamaño del objeto contundente. Muchas de estas lesiones sólo son visibles cuando se despegan los colgajos del cuero cabelludo. En todo caso cuando se busquen equimosis o erosiones figuradas no debe dudarse en rasurar el cuero cabelludo (Figura nº 5).

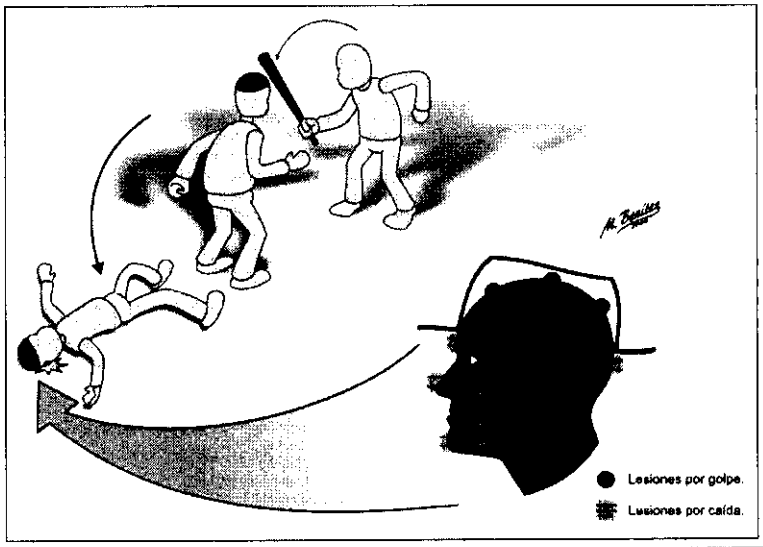


Fig. 4.- *Lesiones por golpe y caída, su relación con la línea del ala del sombrero.*

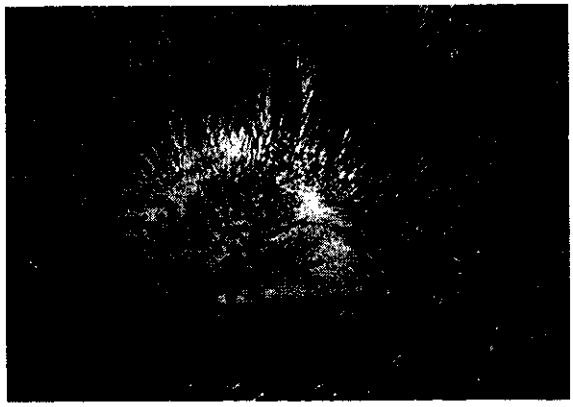


Fig. 5.- *La erosión circular que rodea la herida representa el área de contacto contra el suelo en una caída.*

IV. 2. FRACTURAS CRANEALES:

Los factores determinantes de la producción de las fracturas craneales son: [3 y 9]

- o Características físicas de la cabeza
  - Grosor del cuero cabelludo y cantidad de cabello
  - Grosor y configuración del cráneo
  - Elasticidad del hueso en la zona de impacto
- o Características físicas del objeto impactante.
  - Forma y tamaño de la superficie de contacto
  - Masa del mismo
  - Consistencia, estructura de la superficie, rigidez y agudeza de los bordes.
- o Cinética del contacto
  - Velocidad de la cabeza
  - Velocidad del objeto
  - Angulo de incidencia

IV.2.1. Principios generales del mecanismo de producción de las fracturas.

La valoración de una fractura craneal encaminada a averiguar su causa y mecanismo de producción debe apoyarse en una serie de **principios generales**, siendo los más útiles e importantes los siguientes:

Cuando el cráneo recibe un impacto se comporta como una esfera elástica que se deprime en la zona del impacto y se abomba en las zonas distantes. Si se rebasa el límite de elasticidad se producen las fracturas (Figura nº 6).

El hueso compacto de las láminas externas e internas del diploe es más frágil ante las fuerzas de tracción que ante las de compresión, lo que explica los puntos de inicio de las fracturas (Figura nº 7).

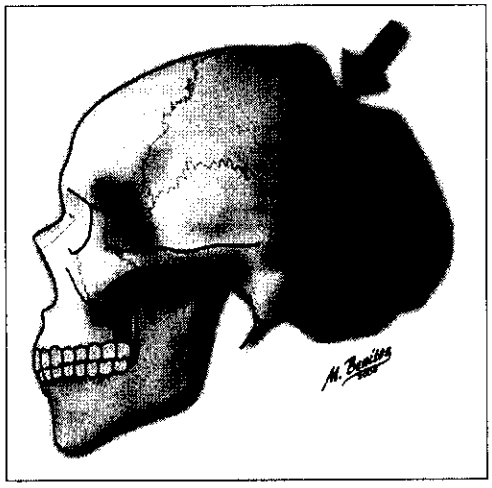


Fig. 6.- *Efecto de un traumatismo contuso sobre el cráneo.*

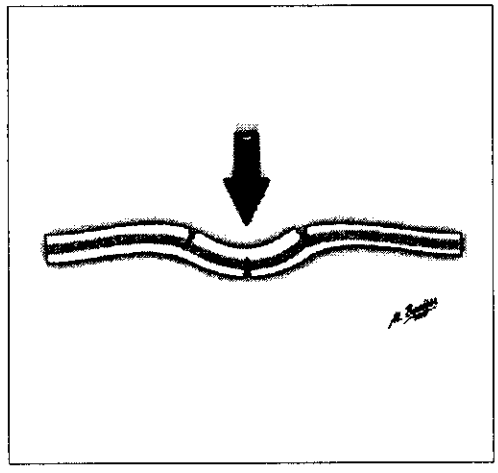


Fig. 7.- *El hueso compacto del diploe es más frágil ante las fuerzas de tracción que ante las de compresión.*

Un impacto de ligera o moderada energía sobre un área amplia de la bóveda produce más probablemente una fractura lineal. La fractura se inicia a distancia del punto de impacto en la zona que se abomba y si la fuerza se agota no llega a alcanzarlo.

Según la zona del cráneo golpeada un impacto con una misma cantidad de energía determina una fractura lineal o una fractura conminuta.

Un impacto de moderada o elevada energía sobre un área pequeña determinará más probablemente una fractura hundimiento (deprimida). La fractura se produce en la zona que se deprime, la del impacto.

El área de impacto límite que determina que, por un impacto de elevada energía, se produzca una fractura hundimiento o una fractura estrellada, polifragmentaria, son 13 cm^2 . Si es mayor, el cráneo en su totalidad se somete a tensión, se deforma y estalla, produciéndose fracturas polifragmentarias (Figura nº 8). Si es menor se produce perforación o hundimiento [9] (Figura nº 9).

Las fracturas estrelladas, polifragmentarias o en "tela de araña", en las que puede haber también hundimiento, se componen de líneas de fractura radiadas que parten del área de impacto y de otras circulares, concéntricas, que lo rodean, lo que es debido al comportamiento de las tablas externas e internas del diploe en las zonas que se abomba y en la que se deprimen [3, 9 y 10].

Las fracturas lineales de la bóveda frecuentemente se irradian a la base. Las líneas de fractura discurren siguiendo las zonas débiles y eludiendo las de refuerzo del cráneo (alas del esfenoides, peñascos y el contrafuerte occipital).



Fig. 8-A y 8-B.- *Fractura estrellada, polifragmentaria, en "tela de araña" e instrumento causante.*

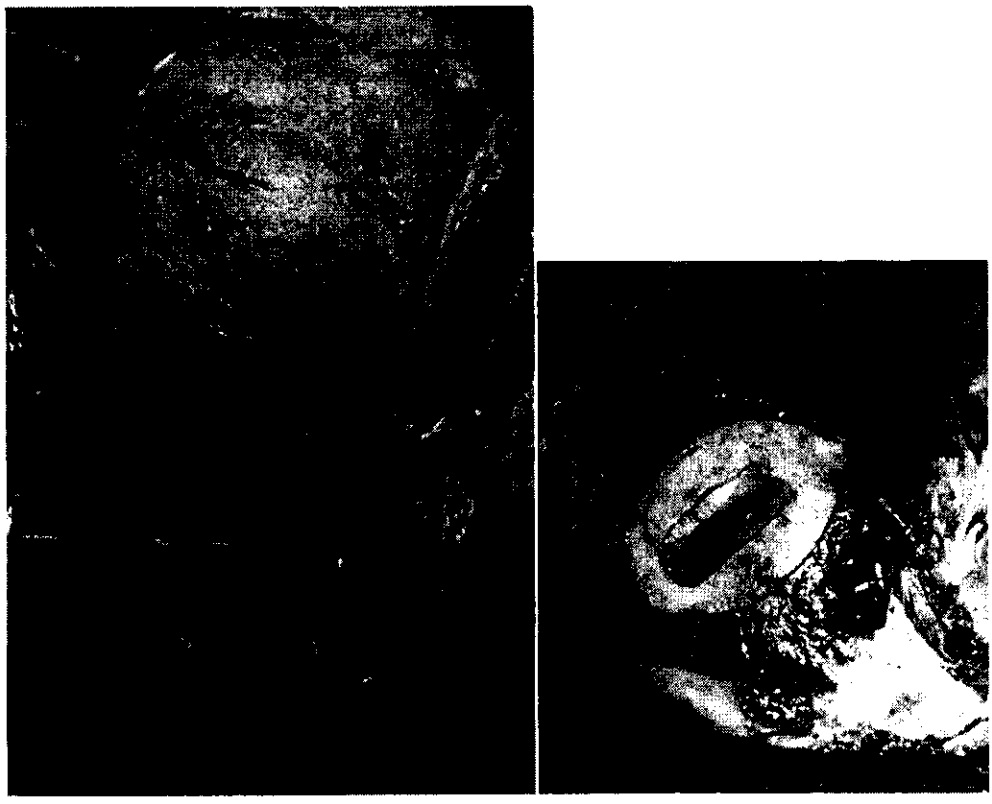


Fig. 9-A y 9-B.- *Fractura hundimiento.*

En las fracturas que atraviesan la base del cráneo en sentido longitudinal o transverso (de lado a lado, fracturas en bisagra) (Figura nº 10), la dirección de la línea de fractura suele indicar la dirección del impacto. (Figura nº 11)

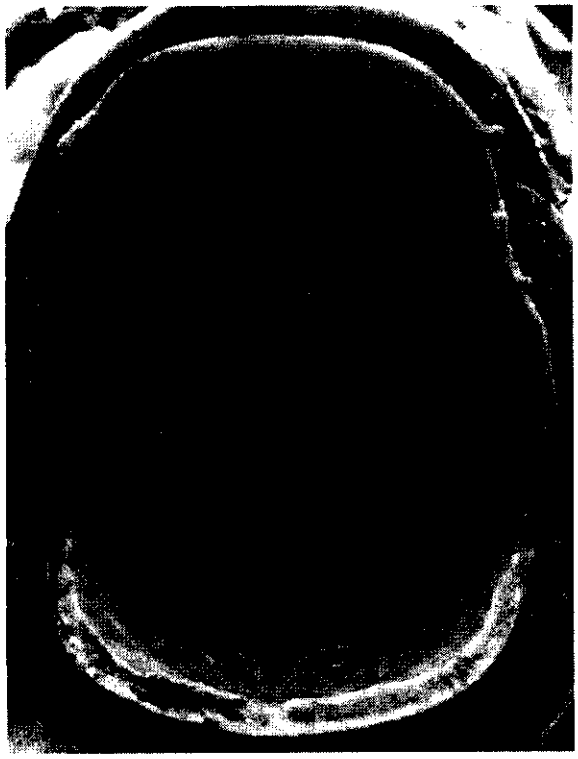


Fig. 10.- *Fractura en bisagra de la base craneal.*

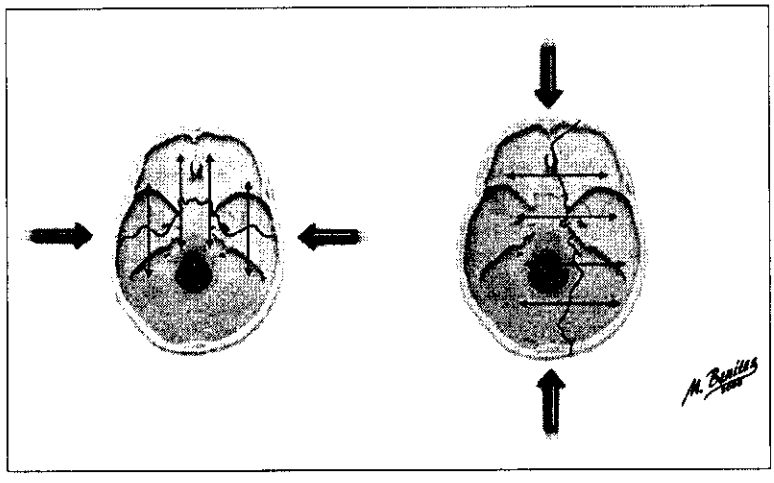


Fig. 11.- *Dirección del impacto y línea de fractura.*

En las caídas hacía atrás pueden producirse fracturas por contragolpe en la fosa craneal anterior, el techo de las órbitas -se trata de las finas láminas óseas que forman el suelo de la fosa craneal anterior- (Figura nº 12). El techo de las orbitas también se fractura en los disparos de arma de fuego en la cabeza, por aumento súbito de la presión intracraneal. Estas fracturas son las típicas causantes de los hematomas palpebrales si el sujeto sobrevive, al menos algunas horas.



Fig. 12.- *Fractura de la fosa anterior por contragolpe.*

Una fractura lineal puede producirse con muy poca energía. En una caída libre, la cabeza cayendo desde 1,80 m. (peso medio de la cabeza humana 4,5 kg), al impactar contra una superficie dura produce energía suficiente para producir una fractura. Un choque de una persona que camina contra un obstáculo en la oscuridad, un golpe con una pelota de golf o una piedra de 100 g sin mucha velocidad pueden ocasionar una fractura craneal.

En los casos de fracturas craneales producidas por más de un impacto sobre la cabeza se puede establecer el orden de producción de los mismos. La regla de Puppe, epónimo del sentido común, dice que si una línea de fractura se detiene en otra, esta se había producido anteriormente. Es decir, la que se detiene es la última en producirse (Figura nº 13)

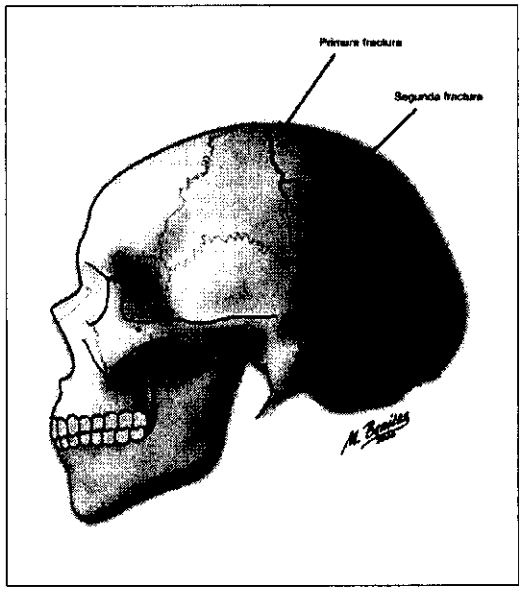


Fig. 13.- *Regla de Puppe.*

Las fracturas en anillo alrededor del agujero occipital se producen típicamente por impactos sobre la parte superior de la cabeza que empuja el cráneo contra la columna vertebral y también en precipitaciones sobre la extremidad inferior del cuerpo, más raramente por impactos en el mentón (Figura nº 14).

El punto de impacto se deduce de la lesión en las partes blandas tanto del rostro como pericraneales, aunque en muchos casos las hemorragias pericraneales son demasiado extensas para precisar dónde se produjo el impacto que causó la fractura.

Estos son los principios generales que rigen la producción de fracturas y que, junto a las lesiones de partes blandas y encefálicas, permiten en la mayoría de los casos emitir un juicio acertado sobre el más probable mecanismo de producción.



Fig. 14.- *Fractura en "anillo" alrededor del foramen mágnum.*

IV.2.2. Características de algunas fracturas:

No hay total correlación entre la producción de una fractura lineal y la gravedad del daño cerebral. Pueden producirse fracturas sin lesión cerebral o pérdida de conciencia, lo que se atribuye a que gran parte de la energía transmitida por el impacto se disipa cuando se fractura el cráneo. Por el contrario, lesiones cerebrales mortales pueden ocurrir sin fractura. El 30% de los fallecidos por TCE no tienen fractura [5]. En todo caso los pacientes con fractura craneal tienen mayor riesgo de sufrir un hematoma intracraneal.

En general, las fracturas occipitales se acompañan con más frecuencia de lesiones intracraneales que las frontales. Se atribuye a que el sujeto en los traumatismos frontales puede protegerse con las extremidades superiores; además los huesos de la cara y los senos paranasales ejercen un efecto absorbente [11].

Fracturas hundimiento o deprimidas.

- El impacto se aplica a una pequeña superficie.
- Se producen en ataques con objetos contundentes o caídas sobre objetos salientes
- Se requiere que el fragmento de la tabla interna se introduzca en la cavidad, al menos el grosor del diploe.
- Se denomina **Penetrante** si hay ruptura de la dura y **compuesta** si hay herida del cuero cabelludo. Las compuestas pueden causar hemorragias masivas que ponen en peligro la vida.
- Se asocian más con epilepsia post-traumática como secuela.

En los niños, por mayor elasticidad del hueso, se producen las fracturas en **pelota de ping-pong**, realmente un hundimiento del hueso sin que exista solución de continuidad, auténtica fractura.

Fracturas diastáticas:

Las líneas de fractura siguen las suturas de los huesos craneales, esto ocurre sobre todo en sujetos jóvenes.

Fracturas lineales:

- Las más frecuentes.
- Cuando el **impacto se aplica sobre una gran superficie.**
- Generalmente caídas o accidentes de tráfico.

Fracturas circulares (rodeando el punto de impacto).
Fracturas estrelladas (hundimiento en el punto de impacto).
Fractura en tela de araña. Fracturas conminutas, polifragmentarias.
Fracturas de la base que afectan los senos paranasales o el oído medio; tienen mayor riesgo de meningitis y de fístula de líquido cefalorraquídeo (LCR).

IV. 3. HEMATOMA EPIDURAL (HED)

Su incidencia es aproximadamente la mitad que la de los subdurales, siendo cuatro veces más frecuentes en varones que en mujeres. Es una típica lesión por impacto que deforma el cráneo ocasionando despegamiento de la dura del hueso y fractura al menos en el 90 % de los casos. El 10 % restante sin fractura, se trata de niños menores de 15 años en los que, por mayor elasticidad y suturas no totalmente soldadas, se puede producir suficiente deformidad sin fractura. El 85 % de los hematomas se producen por rotura de la arteria meníngea media o sus ramas. La hemorragia arterial diseca la dura de la tabla interna. Los restantes casos son por hemorragia de venas meníngeas media o senos venosos. (Figura nº 15)

Los hematomas epidurales son raros antes de los 2 y después de los 60 años. La incidencia máxima se da entre los 20 y 40 años. La presentación de libro, con intervalo lúcido, solo se da entre el 10 y 27 % de los casos, siendo la duración media de estos de 4 a 8 horas, aunque hay casos de muerte a los 30 minutos. Los hematomas son sintomáticos cuando alcanzan 25 mL y la muerte suele producirse cuando tienen 100 mL, influyendo la velocidad de formación.

Un 20 % de los pacientes con hematoma epidural, también tienen hematoma subdural agudo, lo que agrava el pronóstico.



Fig. 15.- Hematoma epidural.

La mortalidad con óptimo diagnóstico y tratamiento es del 5-10 %, siendo más graves los casos que no tuvieron intervalo lúcido y los que tienen hematoma subdural asociado.

Hematoma epidural por calor:

En las muertes relacionadas con el fuego, el calor intenso produce engrosamiento y contracción de la duramadre y fisuras en ambas tablas de diploe, pudiendo dar lugar a que el contenido hemático de dicho diploe pueda penetrar en el espacio epidural tomando el aspecto de hematoma epidural. El falso hematoma es friable, de aspecto esponjoso por las burbujas y de color marrón achocolatado. Es importante distinguir este artefacto postmortem de un auténtico hematoma epidural por un traumatismo sufrido en vida. La unilateralidad, la existencia de una fractura sobre el hematoma y la ausencia de carboxihemoglobina en el contenido del hematoma son las características generales de un cadáver que murió de un TCE y luego fue quemado.

IV. 4. HEMATOMAS SUBDURALES (HSD):

Las hemorragias en el espacio subdural, entre la dura y la aracnoides, se han clasificado atendiendo al tiempo transcurrido entre el traumatismo y la aparición de las manifestaciones clínicas, los hallazgos en las exploraciones de neuroimagen y el aspecto del contenido del hematoma cuando es drenado. Tienden a organizarse formando pseudomembranas.

- Hematoma subdural agudo
  - Dentro de los 3 días siguientes al traumatismo; hematoma compuesto por coágulos de sangre fresca.
- Hematoma sudural subagudo
  - Entre el tercer día y la tercera semana; el contenido es una mezcla de sangre fluida y algunos coágulos.
- Hematoma subdural crónico
  - Después de la tercera semana; contenido líquido oscuro (como aceite de motor quemado).

Hematoma subdural agudo:

Es una lesión más letal que el hematoma epidural, generalmente por el daño cerebral asociado al hematoma subdural.

Se producen un 72 % por caídas y agresiones y un 24 % por accidentes de tráfico.

La causa más frecuente es la rotura de las venas puente que drenan la sangre de la corteza cerebral a los senos de la duramadre, pero también pueden ser consecuencia de graves contusiones cerebrales y por roturas de arterias de la corteza cerebral.

No requieren impacto sobre la cabeza y pueden producirse solo por aceleración o desaceleración de la cabeza (latigazo, zarandeos violentos en caso de tortura, etc.). Si se producen por impacto pueden localizarse en el mismo lado, en el contralateral o ser bilaterales. Al igual que la lesión axonal difusa requiere elevada intensidad de aceleración o desaceleración angular, pero a diferencia de la lesión axonal es más frecuente en los desplazamientos de la cabeza en el sentido antero-posterior y cuando la aceleración o desaceleración se desarrolla en menor tiempo (Figura nº 16).

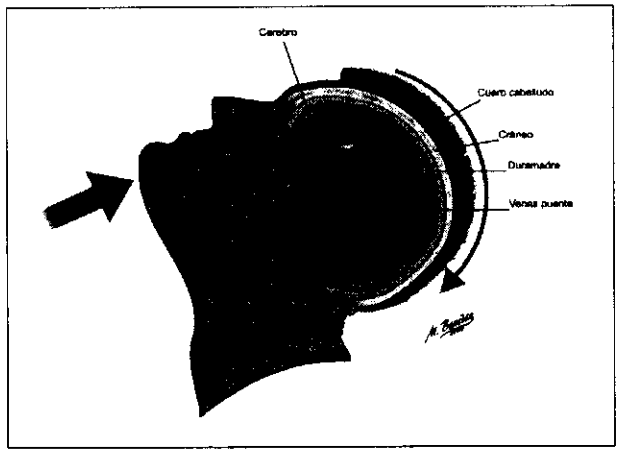


Fig. 16.- *Mecanismo producción del hematoma subdural.*

Predisponen la atrofia cerebral (por ello son más frecuentes en ancianos y alcohólicos), las coagulopatías (incluida la anticoagulación iatrogénica), y en los espontáneos, las malformaciones y tumores (ver HSD espontáneo).

Si se desarrollan rápidamente amenazan la vida cuando alcanzan 50 mL [3], aunque los seguramente mortales tienen más de 120 mL [1] (Figura nº 17).

183

494



Fig. 17.- *Hematoma subdural agudo (coágulos de sangre fresca).*

En las primeras 24 horas el contenido es sangre líquida y coagulada que no se adhiere a la dura. A los 2 - 4 días, los coágulos comienzan a adherirse a la dura.

La sangre de los hematomas epidurales y subdurales puede emplearse para análisis toxicológicos, pues es sangre secuestrada que representa una muestra tomada al tiempo de la lesión. En los hematomas epidurales, sangre arterial, será un reflejo más fiel de la concentración del tóxico en ese momento.

Hay una diferencia entre la superficie encefálica bajo un hematoma epidural o subdural; en el primer caso es lisa y en el segundo se conservan las circunvoluciones.

Hematoma subdural crónico:

En los casos en que un HSD es bien tolerado sin síntomas o serias complicaciones, como la capacidad de reabsorción del espacio subdural es muy limitada, se inicia la organización del hematoma.

A la semana la neomembrana en la cara externa (contigua a la dura) del hematoma es macroscópicamente visible, posteriormente es tan gruesa como la dura.

Los cambios tanto macro como microscópicos en el hematoma son muy precisos y permiten su data.

A partir de las 2-3 semanas el contenido del hematoma se vuelve líquido con color y consistencia de aceite de motor quemado. En el lado subaracnoideo del hematoma se forma una fina membrana sólo de fibrina que con el tiempo es la mitad de gruesa que la del lado dural.

Los hematomas subdurales crónicos pueden ser bien tolerados durante varios meses, pero en cualquier momento pueden experimentar una notable expansión y causar compresión cerebral, lo que se atribuye a hemorragias desde los vasos de la membrana, captación de LCR por ósmosis, etc.

Estos hematomas pueden presentar sintomatología clínica similar a la de los tumores, demencias de instauración rápida, ictus, etc.

Hematoma subdural espontáneo:

Excepcionalmente pueden verse hematomas subdurales en pacientes en los que no es posible identificar un traumatismo previo al que atribuir la lesión. Los síntomas pueden tener un comienzo muy agudo y el paciente puede fallecer. El hematoma puede presentarse de forma aguda, subaguda o crónica. Los factores de riesgo más frecuentes son: hipertensión arterial, anomalías vasculares (malformaciones arteriovenosas, aneurismas), neoplasias, infecciones (meningitis, tuberculosis),

alcoholismo, deficiencia de vitamina C, coagulopatías (incluyendo anticoagulación iatrogénica), traumatismos aparentemente inocuos (traspiés, inclinaciones bruscas) o indirectos para la cabeza (latigazo) [11].

Higroma subdural traumático:

Se trata de una colección de líquido cefalorraquídeo en el espacio subdural, casi siempre debida a TCE, más frecuente por caídas o agresiones en sujetos que han consumido alcohol. El líquido puede ser claro, teñido de sangre o xantocrómico. En el 39 % de los casos se asocia a fractura craneal.

El mecanismo de formación generalmente aceptado es un desgarro de la aracnoides que permite la fuga del LCR al espacio subdural; a menudo son bilaterales. También se han descrito casos de higromas como complicación de una meningitis por influenza. Aunque el líquido del higroma puede reabsorberse, si el volumen de la colección continúa aumentando, por un mecanismo valvular, puede producir las mismas consecuencias que un hematoma subdural, es decir efecto masa, con presentación inmediata o semanas después, manifestándose con alteraciones en el estado mental y signos de hipertensión craneal.

Se diferencia del hematoma subdural crónico porque no suele asociarse a contusiones cerebrales, porque el líquido de los higromas contiene pre-albúmina como el LCR, sustancia que no se encuentra en los hematomas subdurales [11], por el contenido sin coágulos oscuros o líquido oscuro (como aceite de motor quemado) propios de los HSD crónicos y sobre todo por la ausencia de membranas en la superficie dural del higroma.

IV. 5. HEMORRAGIAS SUBARACNOIDEAS (HSA)

IV. 5. 1. Hemorragias subaracnoideas traumáticas:

Las hemorragias subaracnoideas (HSA) traumáticas pueden producirse solo por fuerzas de aceleración/desaceleración sin necesidad de impacto sobre la cabeza, aunque la mayoría de las veces se producen por impacto. La hemorragia subaracnoidea traumática generalmente es escasa y se localiza en la convexidad de los hemisferios, sin causar efecto masa. Estas hemorragias se ven en la mayoría de los TCE, incluso en los más leves, y reflejan la rotura de pequeños vasos. Frecuentemente se asocia a contusión cerebral subyacente, pero ambas pueden darse aisladamente, es decir, contusión cerebral sin HSA o HSA sin contusión cerebral. En todo caso la HSA es un indicador de TCE.

La presencia de sangre en el espacio subaracnoideo puede complicarse con hidrocefalia por interferir en la reabsorción del LCR. Las HSA repetidas son causa de hidrocefalia con presión normal que se manifiesta por ataxia, incontinencia de esfínteres y demencia [12].

La acumulación de sangre en el espacio subaracnoideo puede producirse como un artefacto post mortem a consecuencia de la descomposición cadavérica [3]. También, si una vez retirada la bóveda craneal, se retrasa la extracción del encéfalo durante un rato, puede acumularse gran cantidad de sangre en el espacio subaracnoideo de las zonas más declives del encéfalo.

IV. 5. 2. Hemorragias subaracnoideas masivas de la base:

Las hemorragias están localizadas en la cara basal del encéfalo (Figura nº 18). Para que se produzca la muerte fulminante la cantidad de sangre que invade el espacio subaracnoideo tiene que ser del orden de los 100 mL La mayoría de estas hemorragias (75-80 % de las HSA espontáneas) se producen por roturas de aneurismas saculares de las ramas del polígono de Willis y su rotura se

relaciona con factores de riesgo: hipertensión arterial, anticonceptivos orales, consumo de cocaína, sexo femenino, hábito de fumar cigarrillos, embarazo, parto, edad, raza negra, etc. [11]. Las HSA de origen aneurismático tienen muy elevada mortalidad (media del 46 %) y la mayoría los pacientes que sobreviven, sin grave o moderada discapacidad, nunca vuelven a tener la misma calidad de vida que antes de la HSA. El síntoma más común de esta HSA es la cefalea ("la peor de mi vida", como la describen los pacientes), vómitos, meningismo, incluso síncope.

En la mayoría de los casos se suele visualizar el aneurisma roto en la autopsia (Figura nº 19); en los casos que no se localiza se atribuye a rotura de vasos no aneurismáticos o aneurismas pequeños que se destruyen al sangrar. Es preceptivo buscar el aneurisma limpiando toda la sangre con bastoncillos de algodón o un instrumento romo similar, bajo chorro de agua, antes de fijar el encéfalo. Si se fija con la sangre luego será más difícil o imposible localizar el aneurisma.

Otras veces estas **hemorragias subaracnoideas masivas aparecen después de un traumatismo** y suelen deberse a un desgarro de una arteria vertebral.

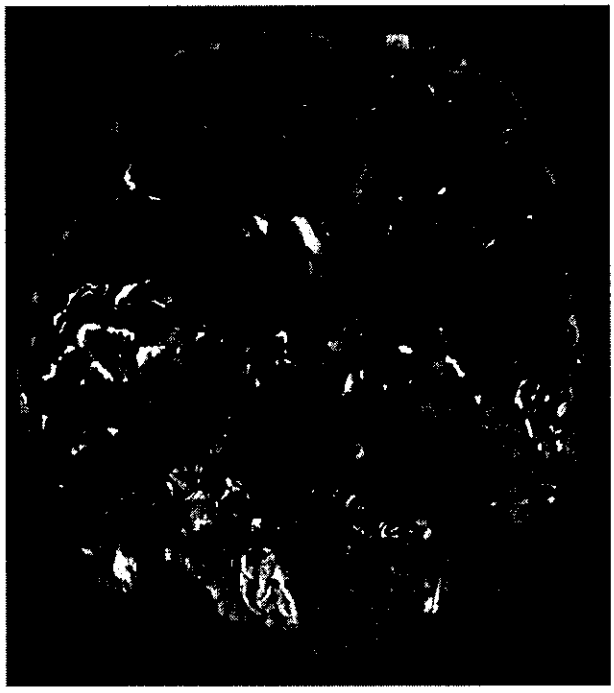


Fig. 18.- *HSA masiva de la base.*

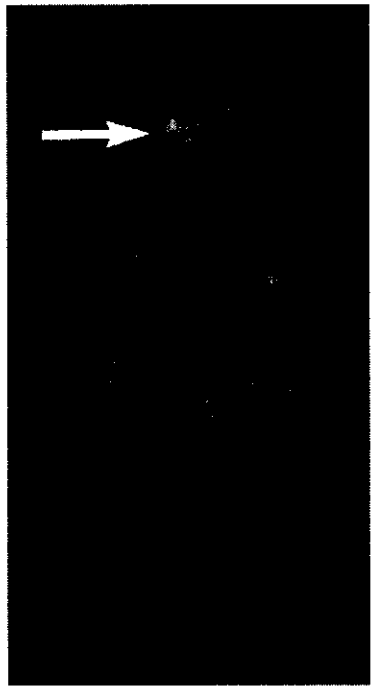


Fig. 19.- *Aneurisma de la comunicante anterior.*

IV. 5. 3. Hemorragia subaracnoidea por laceración de la arteria vertebral:

Desde hace muchos años se conoce la posibilidad de que un sujeto pueda sufrir una hemorragia subaracnoidea masiva letal, tras recibir un impacto en la cabeza o en el cuello, por desgarro de una arteria vertebral.

El caso más típico es un varón joven y sano que está bajo los efectos del alcohol y en una pelea recibe un golpe de moderada intensidad en el cuello, se colapsa y muere en pocos minutos. El alcohol actuaría disminuyendo la coordinación neuromuscular, que potencialmente expone la

vertebral a excesivo estiramiento, elevando la presión arterial y causando vasodilatación [13]. Se han descrito también muchos casos durante o poco después de un combate de boxeo, en accidentes de tráfico y en los últimos tiempos se han comunicado varios casos ocurridos tras la manipulación de la columna cervical por quiroprácticos [12,13].

El golpe suele recaer en una región lateral o posterior del cuello, menos veces en la cabeza. Los golpes en la mandíbula o laterocervicales altos son los más lesivos. Es muy frecuente encontrar una equimosis en estas regiones, detrás del ángulo de la mandíbula, bajo el pabellón auricular.

El mecanismo del desgarro de la vertebral suele ser la brusca rotación e hiperextensión de la cabeza.

Aunque no es una lesión muy frecuente [14], la **laceración de la vertebral** puede producirse en **el trayecto intracraneal** de la arteria (para algunos la mayoría de la veces, aunque no evidenciable por los artefactos que se producen en la autopsia al extraer el encéfalo) [10] o en el espacio comprendido entre el agujero transverso del atlas y su paso a través de la duramadre occipito-atloidea. En los casos de **desgarro extracraneal** de la vertebral, la sangre extravasada tras el desgarro sigue el trayecto de la arteria y si alcanza la duramadre penetra en el espacio subaracnoideo, pues en ese punto ambas meninges están unidas [15]. La sangre se localiza también en la cara basal del encéfalo, sobre todo en la fosa posterior.

Aunque la hemorragia subaracnoidea se evidencia fácilmente en la autopsia, demostrar su origen en la laceración de la vertebral es extraordinariamente difícil. Ante cualquier hemorragia de este tipo **el patólogo está obligado a buscar por los medios disponibles** el origen de la hemorragia.

Lo primero para ello es reconocer la posibilidad del desgarro traumático de la vertebral en su trayecto intra o extracraneal, por lo que en un fallecido con los antecedentes referidos en el que se encuentra una hemorragia subaracnoidea masiva al retirar la bóveda, si se dispone de un buen equipo de radiodiagnóstico, lo ideal es hacer una angiografía de la vertebral. Para ello hay que canular las arterias vertebrales en el cuello (las primeras ramas de las subclavias) y si es posible también las vertebrales intracraneales. Como medio de contraste no se pueden utilizar los habitualmente empleados para estudios angiográficos en los sujetos vivos, recomendándose bario en suspensión de gelatina. Si se demuestra el escape del contraste, a continuación se recomienda extraer en bloque la columna cervical y el occipital alrededor del foramen mágnum, fijarlo en formol durante unos días y luego proceder a la disección con lupa binocular.

Ante estas dificultades, como los equipos radiológicos no están siempre disponibles, algunos recomiendan ir directamente a buscar el desgarro de la vertebral. Previamente se extrae el encéfalo y se examina para excluir lesiones vasculares intracraneales como causa de la hemorragia subaracnoiea masiva, comprobando la integridad de las vertebrales intracraneales, carótidas internas y sus

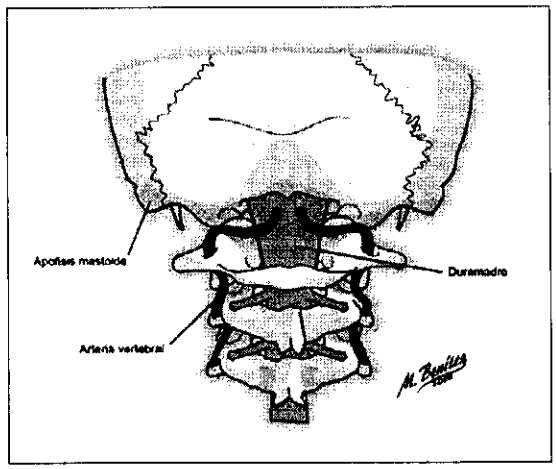


Fig. 20.- *Recorrido de las arterias vertebrales.*

ramas. El área a visualizar en los casos de lesión extracraneal es la porción de la arteria vertebral comprendida entre el agujero de la apófisis transversa del atlas y su entrada en el espacio subaracnoideo a través de la membrana occipito-atloidea, entre el arco posterior del atlas y el foramen mágnum. (Figura nº 20). El arco posterior del atlas o su apófisis transversa pueden estar fracturados. En los casos de desgarros de la vertebral los músculos profundos de la región pueden estar muy infiltrados de sangre, lo cual también es un signo indicativo de la existencia de la lesión de dicha arteria.

El desgarro debe documentarse con imágenes radiológicas y/o fotográficas y ser confirmado con estudio histopatológico para descartar los artefactos.

Como no hay ningún método generalmente aceptado para la búsqueda de desgarros de la vertebral, la escuela de Sheffield [16] recomienda el método descrito por McCarthy, el cual, tras la retirada de la bóveda, sonda las vertebrales en el cuello e inyecta agua mientras se observa la superficie anterior del tronco cerebral para localizar la fuga de agua.

Para algunos [10], esta lesión de la vertebral extracraneal no ha sido bien conocida hasta hace pocos años, porque esta es una región que normalmente no se diseca en la autopsia y muchas de estas hemorragias subaracnoideas eran atribuidas a roturas de vasos no aneurismáticos o pequeños aneurismas que se destruyen al sangrar y no podían visualizarse en la autopsia.

IV. 6. CONMOCIÓN CEREBRAL (CONCUSSION O COMMOTIO CEREBRI)

Una de las funciones del LCR es proteger al encéfalo de los traumas ligeros, pero cuando la intensidad de los impactos o la aceleración/desaceleración es mayor no puede ser amortiguada y se producen lesiones.

La conmoción es la más leve de todas las alteraciones cerebrales traumáticas, se produce una pérdida de conciencia temporal sin déficit neurológico duradero.

También se define como una alteración de la conciencia debida a un traumatismo craneoencefálico no penetrante; no hay consenso en la duración de los síntomas aunque debe ser breve. No hay alteraciones macro ni microscópicas. La Academia Americana de Neurología considera que la pérdida de conciencia no es necesaria y algunos estudios sugieren que un estado de confusión prolongada, amnesia postraumática, de más de 30 minutos puede indicar más daño que una pérdida de conciencia de unos pocos segundos [11].

Las bases fisiopatológicas del trastorno no son todavía bien conocidas. La lesión inicial produce una serie de alteraciones a nivel celular que desencadenan una cascada de fenómenos neuroquímicos y neurometabólicos. Se produce liberación de radicales libres y neurotransmisores (glutamato, acetilcolina, etc.). Los niveles de glutamato (un neurotransmisor estimulante) se elevan después de la conmoción y un estado hipermetabolico e hiperglucolisis que afecta todo el cerebro después de la conmoción, puede demostrarse todavía 7 a 10 días después de la lesión [11].

En la actualidad se cree que la pérdida de función que acompaña a los TCE se debe a que el trauma induce deformación de la bicapa lipídica de la membrana celular afectando el flujo de iones. El papel de los canales iónicos en estos trastornos se ha subrayado con el descubrimiento de que la mutación de la subunidad CACNA1A se asocia con la producción de coma letal después de lesiones cerebrales ligeras [9].

La sospechada relación directa entre TCE y enfermedad de Alzheimer [17] no pudo ser confirmada en un amplio estudio prospectivo (Estudio de Rotterdam) [18]. La apoliporpoteina E (apoE) se considera responsable del transporte de lípidos dentro del cerebro. Los sujetos que tie-

nen el genotipo e4 de la apoE tienen un riesgo mayor de sufrir trastornos cognitivos con el envejecimiento, además muchos estudios clínicos y experimentales evidencian que la apoE juega un importante papel en la respuesta del cerebro a los traumatismos mecánicos. Se ha propuesto estudiar a los jóvenes atletas para que los que tienen el genotipo e4 de la apoE no practiquen deportes de contacto con alto riesgo de TCE [12].

La conmoción puede ir seguida del Síndrome Post-conmocional, una entidad de mucho interés médico legal.

IV. 7. SÍNDROME DEL SEGUNDO IMPACTO

No es un trastorno frecuente, aunque todos los años se registran uno o dos casos solo en el fútbol americano. Se trata de deportistas que sufren un segundo traumatismo cuando todavía están sintomáticos de uno anterior. Se produce una congestión vascular (Brain Swelling) que progresa a la herniación. Es más frecuente en jóvenes y niños, siendo su mortalidad superior al 50 por 100.

El conocimiento de este trastorno ha dado lugar a la elaboración de protocolos para decidir cuando puede volver a jugar el deportista que ha sufrido una conmoción por leve que sea.

IV. 8. CONTUSIONES Y LACERACIONES CEREBRALES

Las contusiones cerebrales son lesiones focales del cerebro por impacto. Generalmente cuando un impacto deforma el cráneo se produce una inflexión de la bóveda que impacta contra la corteza de las circunvoluciones subyacentes. Si se produce fractura, la contusión puede ser más intensa. Este es el mecanismo de las contusiones por golpe. La contusión se encuentra bajo el punto de impacto, típicamente cuando la cabeza es golpeada, estando quieta. (Figura nº 21).

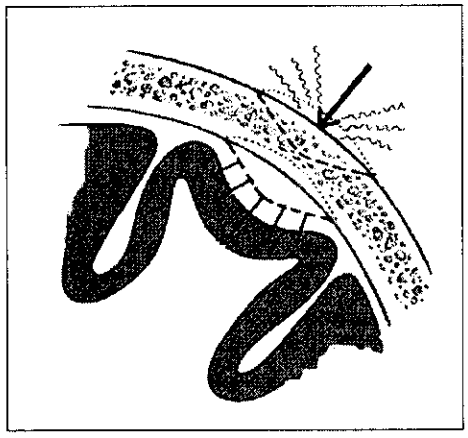


Fig. 21.- *Mecanismo de la contusión cerebral por golpe.*

Cuando la cabeza en movimiento impacta contra una superficie dura, se producen contusiones cerebrales en la superficie de los hemisferios diametralmente opuesta al punto de impacto, las llamadas **contusiones por contragolpe**. Son mas frecuentes en los impactos en los que la cabeza se mueve hacia atrás (caídas), adoptando un patrón tetrapolar, es decir, afectación de los polos de ambos lóbulos frontales y temporales. La explicación más aceptada para estas lesiones es la teoría

de la cavitación, según la cual, por desplazamiento del encéfalo, en el sitio opuesto al impacto se produciría una presión negativa que daría lugar a formación de burbujas que al colapsarse ocasionarían el daño tisular, más grave que bajo el punto de impacto. En este puede haber herida y fractura. (Figura nº 22).

De la misma forma, en las caídas sobre los lados de la cabeza se producen las contusiones por contragolpe en el lado opuesto del cerebro (lóbulo temporal) (Figura nº 23). Este patrón de contusiones por contragolpe es muy útil para distinguir en la autopsia los TCE producidos por golpe de los producidos por caída. Sin embargo, en las caídas hacia adelante no suelen producirse contusiones por contragolpe en las regiones posteriores del encéfalo.

Las alteraciones patológicas de las contusiones son *hemorragia* (al menos pequeñas hemorragias petequiales en la superficie de la corteza cerebral), edema y necrosis (Figura nº 24). Tienen forma cónica con la base hacia la superficie y el vértice hacia la sustancia blanca. A veces son francas contusiones hemorrágicas.

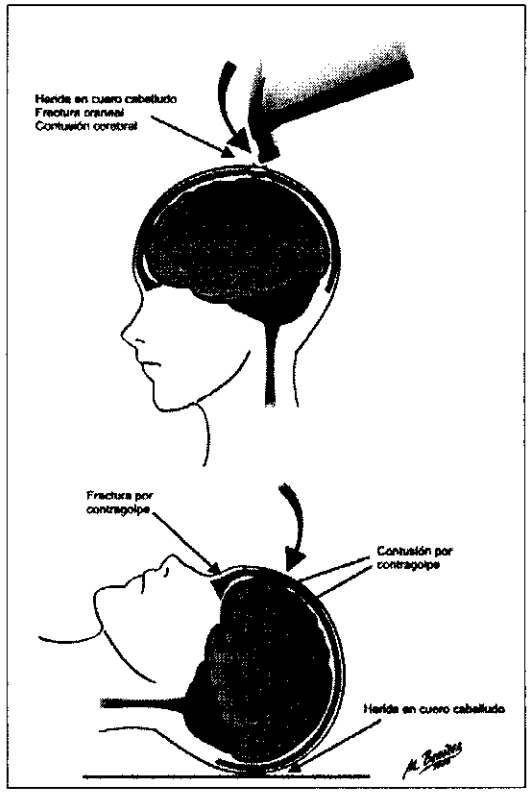
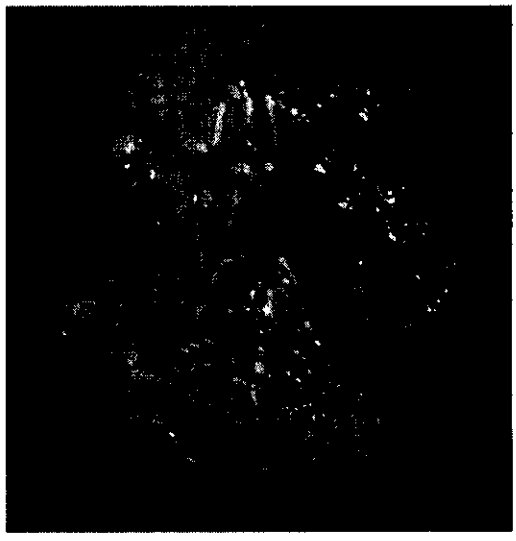


Fig. 22.- *Lesiones por golpe y contragolpe.*



El término contusión se aplica si la pía está intacta, si se rompe se denomina laceración.

Como lesión focal, las contusiones no tienen por qué acompañarse de pérdida de conciencia y cuando no están asociadas a lesión cerebral difusa tienen escasa morbilidad. Por el contrario muchos TCE fatales se presentan en ausencia de contusiones cerebrales.

Es posible, dentro de ciertos límites, datar las contusiones cerebrales evolucionadas (Figura nº 25) desde pocas horas hasta muchos años basándose en 18 criterios estructurales, la degeneración neuronal y la reacción leucocitaria, glial y del mesénquima, etc. [19].

Fig. 23.- *Contusiones cerebrales hemorrágicas por golpe (parieto-temporal derecho) y contragolpe (fronto-temporal izquierdo).*

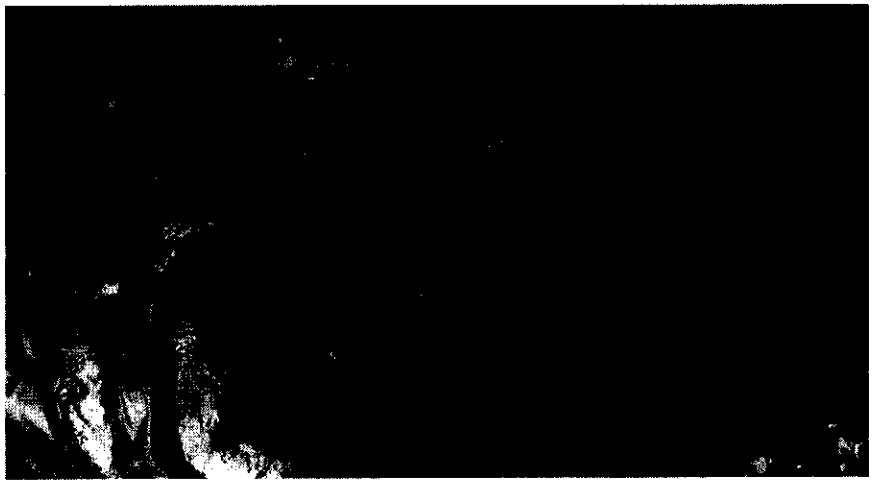


Fig. 24.- *Contusiones cerebrales.*

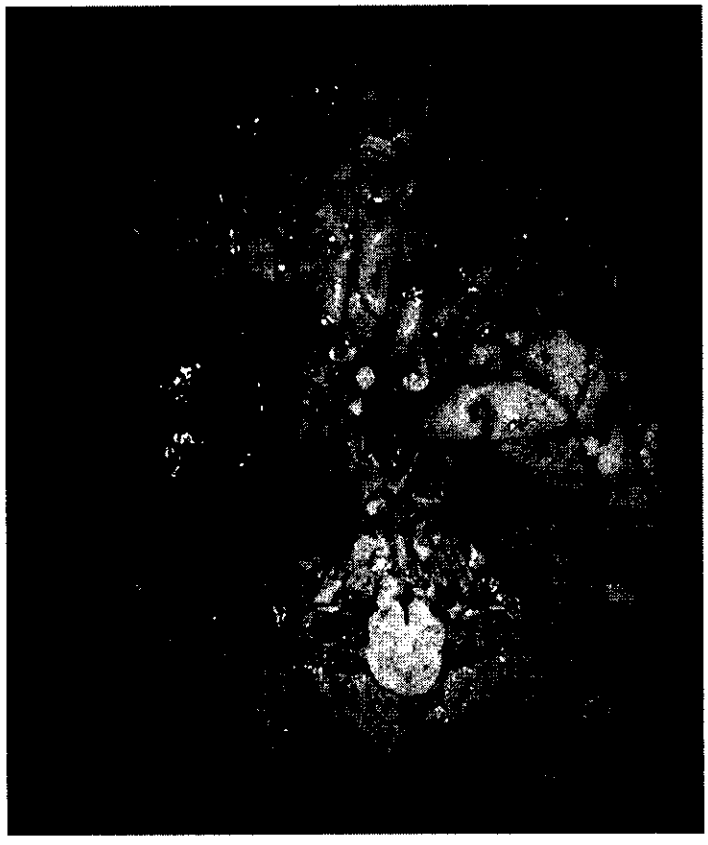


Fig. 25.- Contusiones cerebrales evolucionadas.

Se describen otras contusiones como las intermediarias, por delizamiento (gliding) y la contusión-herniación que no es sino un infarto hemorrágico del tejido herniado.

Las contusiones curadas aparecen macroscópicamente como depresiones pardo-amarillentas teñidas de hemosiderina, placas amarillas (plaques jaune), que persisten durante toda la vida y son hallazgos incidentales en algunas autopsias. (Figura nº 26)



Fig. 26.- *Contusiones cerebrales curadas (plaques jaune).*

IV. 9 . EDEMA CEREBRAL E HIPEREMIA CEREBRAL POSTRAUMÁTICA (CONGESTIVE BRAIN SWELLING)

La expresión inglesa "Brain Swelling", tumefacción cerebral, se ha aplicado clásicamente al edema cerebral. Desde hace unos años es conocida una complicación de los traumatismos craneoencefálicos consistente en el desarrollo de una tumefacción del encéfalo consecutiva a un traumatismo y debida al incremento del volumen de sangre intravascular cerebral por vasodilatación, sin evidencia de un aumento de agua en el encéfalo como se ve en el edema. A esta complicación algunos la denominan hiperemia o congestión cerebral postraumática o simplemente brain swelling (Congestive Brain Swelling).

El edema y la congestión son trastornos relacionados, ambos pueden ser focales o difusos, afectar sólo la zona lesionada o a uno o los dos hemisferios y tienen las mismas consecuencias, elevación de la presión intracraneal y herniaciones cerebrales que pueden conducir a la muerte o graves secuelas; además la congestión puede evolucionar hacia edema cerebral.

El rápido desarrollo de tumefacción cerebral, pocos minutos u horas después de la lesión, es más probablemente debido a congestión; si la tumefacción se desarrolla dentro de horas o un par de días del trauma es más probable que se trate de edema cerebral [1].

Edema cerebral:

Aunque hay diferentes tipos según la naturaleza del líquido del edema y su localización, los más importantes son el edema vasogénico y el citotóxico. El edema postraumático es el edema vasogénico, la causa habitual es la lesión de la barrera hematoencefálica que permite el paso de líquido al espacio intersticial. El aumento de volumen del encéfalo por edema puede producir un incremento de la presión intracraneal, herniaciones y disminución de la perfusión cerebral hasta la necrosis total del cerebro (muerte cerebral).

Muchas veces al retirar la duramadre, el cerebro muestra un aspecto como de estar recubierto por una sustancia gelatinosa que desaparece al dar un corte y salir el líquido claro acumulado, lo que no es más que la aracnoides. La cual es mucho más patente en ancianos y alcohólicos, quienes por la atrofia cerebral tienen más amplio el espacio subaracnoideo. Hemos visto a algunos compañeros identificar erróneamente lo descrito como edema cerebral (Figura nº 27). Aunque el diagnóstico de certeza del edema cerebral es esencialmente microscópico, macroscópicamente se caracteriza por circunvoluciones aplanadas y cisuras estrechadas, estando el espacio subaracnoideo colapsado, sin líquido cefalorraquídeo, y apareciendo el cerebro como seco (Figura nº 28); el aumento de peso del encéfalo, la reducción del tamaño de los ventrículos laterales y en su caso los signos de herniación cerebral son signos macroscópicos aun de más valor.

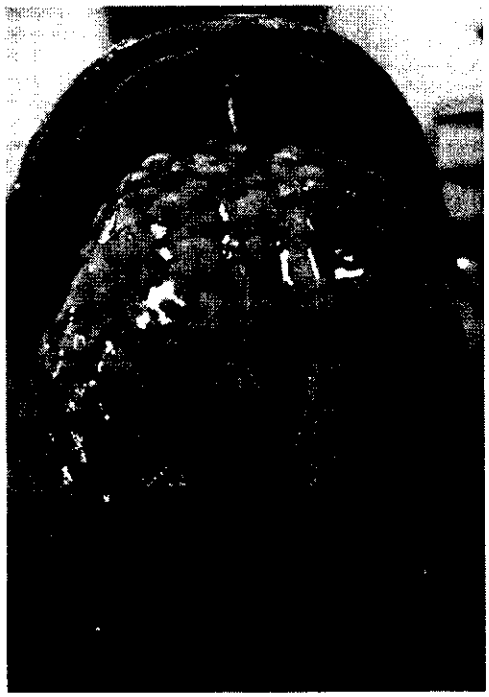


Fig. 27.- *Encéfalo recubierto por la aracnoides con LCR.*

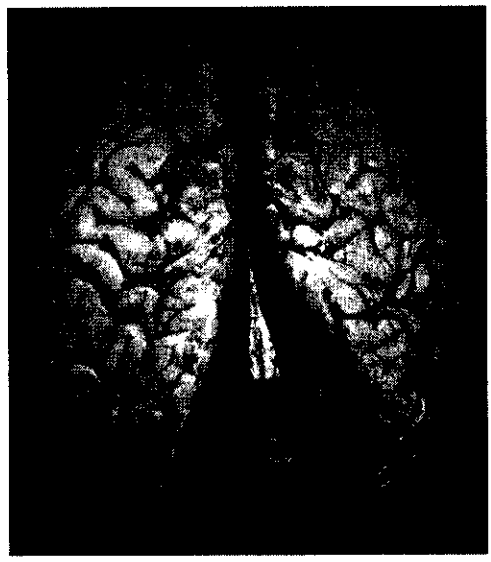


Fig. 28.- *Encéfalo de aspecto edematoso.*

Hiperemia (congestive brain swelling) o congestión cerebral postraumática:

Es un trastorno más frecuente en niños y jóvenes. Puede aparecer inmediatamente después del traumatismo o hacerlo minutos u horas más tarde, con intervalo lúcido. Tiene un comien-

zo súbito y se cree debido a una pérdida del control de la autorregulación del flujo sanguíneo cerebral (parálisis vascular). Si el acúmulo de sangre en los capilares y vénulas del encéfalo persiste, la elevación de la presión intracraneal puede llegar a niveles letales.

La demostración de este trastorno puede ser difícil en la autopsia pues la caída de la presión arterial que precede a la muerte puede disipar la congestión. Sólo cuando la elevación de la presión intracraneal produce signos de herniación puede probarse. No se debe confundir este trastorno vital con la congestión venosa pasiva postmortem tan frecuente en las autopsias.

En ocasiones la persistencia de la hiperemia puede dar lugar a la rotura de la barrera hematoencefálica y producir edema cerebral vasogénico

IV. 10. HEMORRAGIA INTRAPARENQUIMATOSA:

Hemorragias en la sustancia blanca, contiguas a contusiones cerebrales, pueden verse con cierta frecuencia en los TCE. Son las llamadas contusiones hemorrágicas (contusión-hematoma). El complejo contusión, hematoma y sangre en el espacio subdural se denomina lóbulo reventado ("burst lobe"). El 80-90 % de los hematomas intracerebrales traumáticos se producen en la sustancia blanca de los lóbulos frontales y parietales.

Los hematomas localizados en los ganglios de la base, el diencéfalo, la protuberancia o la sustancia blanca del cerebelo no son traumáticos. Se trata de las hemorragias hipertensivas del adulto (Figura nº 29), debidas generalmente a rotura de los microaneurismas de Charcot existentes en las pequeñas arterias, ramas perforantes en los referidos niveles. La cocaína al elevar la presión arterial puede desencadenar estas hemorragias, como lo puede hacer cualquier otra sustancia que eleve la presión arterial.



Fig. 29.- *Hemorragia cerebral hipertensiva.*

La forma denominada HEMORRAGIA CEREBRAL TRAUMÁTICA TARDÍA, se presenta en la mayoría de los casos dentro de las 72 horas desde el traumatismo, aunque se admiten límites de 6 horas hasta 30 días [4]; se atribuyen a coagulopatías, hemorragia dentro de un área de necrosis por reblandecimiento o coalescencia de microhematomas.

En ambos casos los trastornos de la coagulación o la anticoagulación iatrogénica pueden estar implicados.

IV. 11. PRESIÓN INTRACRANEAL (PIC). SÍNDROMES DE HERNIACIÓN CEREBRAL:

La hipótesis de Monro-Kellie establece que la suma de los volúmenes intracraneales de sangre, encéfalo, LCR y otros componentes en su caso (hematomas, tumores) es constante y que el incremento de uno tiene que ser compensado con idéntica disminución de otro, si no se eleva la PIC [11]. La elevación de la PIC a ciertos niveles produce desplazamiento del encéfalo, reduce el flujo sanguíneo cerebral y produce un deterioro neurológico.

La mayoría de los pacientes con TCE grave tiene elevación de la presión intracraneal.

Clásicamente se admite que las masas expansivas o incremento de la PIC producen desplazamientos del encéfalo a través de las rígidas aperturas del cráneo (herniaciones en el foramen magnum y tienda del cerebelo) que comprimen otras estructuras del SNC.

Todas las lesiones intracraneales que tienden a aumentar de volumen (hematomas, edema, contusiones, etc.) cuando alcanzan determinada intensidad o hay incremento de la presión intracraneal, producen herniaciones cerebrales. Es el resultado final de las lesiones ocupantes de espacio, por consiguiente, una lesión secundaria a otro trastorno. Se trata del desplazamiento del tejido encefálico, distante de la masa expansiva, a un espacio que normalmente no ocupa a través de un orificio de la duramadre. La herniación implica un grado de irreversibilidad porque el tejido herniado es atrapado en su nueva localización.

En los síndromes de herniación cerebral se suele comprometer la circulación sanguínea del tejido herniado y del tronco cerebral, dando lugar a lesiones necróticas o hemorrágicas que indican un grado de lesión incompatible con la vida. Los uncus de los temporales y las amígdalas cerebelosas infartadas y hemorrágicas, y las hemorragias de Duret (Figura nº 30) en el tronco cerebral, son el mayor exponente de estos fenómenos en la autopsia.

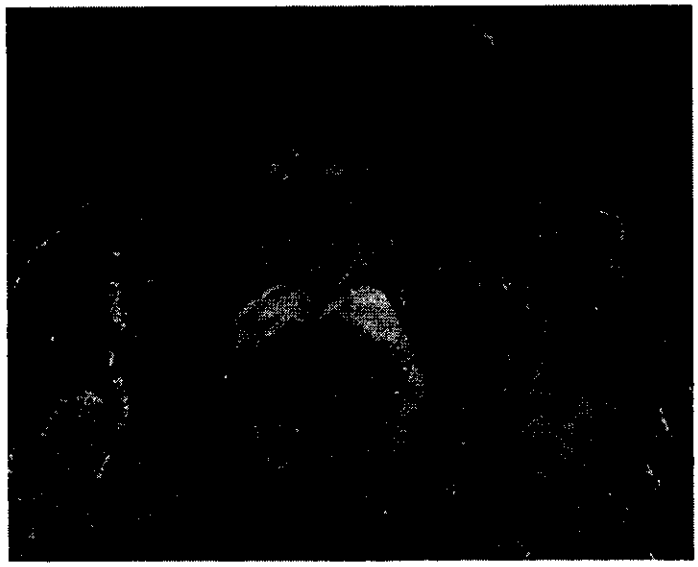


Fig. 30.- *Herniación uncal. Hemorragia de Duret en el tronco cerebral.*

En todo caso las consecuencias dependen del volumen de la masa expansiva y la velocidad con que se forma.

Se distinguen los siguientes tipos de herniaciones según el lugar en el que se producen (Figura nº 31).

1. Subfalciforme o supracallosa, bajo la hoz del cerebro.
2. Central, transtentorial.
3. Uncal, lateral a través de la tienda del cerebelo.
4. Amígdalas cerebelosas, por el foramen mágnum (Figura nº 32).

También la craneal o externa (a través de un defecto óseo traumático o quirúrgico).

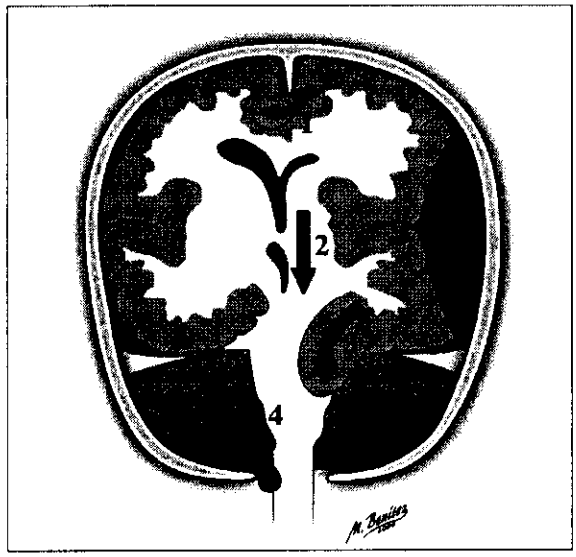


Fig. 31.- *Herniaciones.*



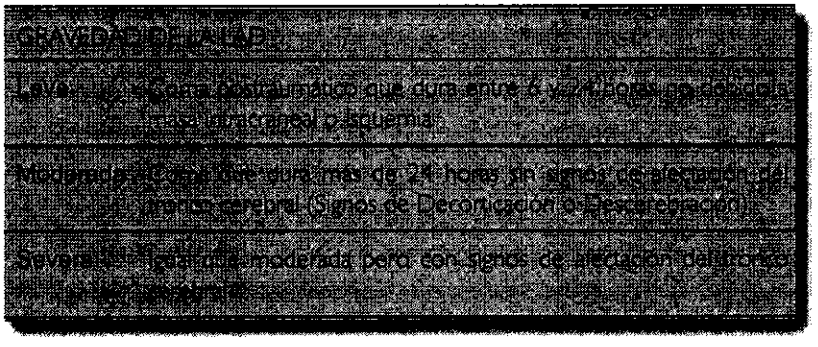
Fig. 32.- *Amígdalas cerebelosas herniadas.*

IV. 12. LESION AXONAL DIFUSA (LAD):

Es la forma más grave de lesión cerebral difusa postraumática. La magnitud, dirección y duración de la aceleración/desaceleración sufrida por la cabeza tienen consecuencias en el tipo de lesión que producen. A mayor duración de la misma más posibilidad de lesión axonal, por ello cuando la cabeza impacta contra objetos relativamente blandos como el salpicadero de un automóvil es más fácil la producción de una LAD, mientras que si el impacto es contra una superficie dura se produce más probablemente un hematoma subdural. Por ello la causa más frecuente de esta lesión son los accidentes de tráfico. La aceleración lateral es más efectiva en producir LAD que el movimiento en el plano sagital, anteroposterior. Las fuerzas de tensión a la que se ven sometidos deforman y dañan los axones, produciéndose desgarros de los mismos en la sustancia blanca subcortical.

Se manifiesta clínicamente por un coma de inicio inmediato tras el trauma y que dura más de 6 horas, nunca hay intervalo lúcido.

A su vez los cuadros de LAD se clasifican por su gravedad en tres grados [20]:



La situación de los que no fallecen en la fase aguda y despiertan del coma puede variar desde secuelas neurológicas leves hasta el Estado Vegetativo Persistente (EVP), denominación propuesta por primera vez por Jennett y Plum en 1972 [21].

La LAD es la causa más frecuente del EVP, también llamado Coma Vigil, Coma Depassé y Síndrome Apálico.

En las personas que sufren LAD y mueren rápidamente pueden no verse lesiones macroscópicas. Cuando se ven se trata de pequeños focos hemorrágicos en el cuerpo calloso y en el cuadrante dorsolateral de la protuberancia, a menudo afectando el pedúnculo cerebeloso superior.

Los criterios de diagnóstico neuropatológico son los cambios producidos en los axones lesionados.

Las bolas de retracción y la proteína precursora del beta-amiloide (PPA) son las alteraciones características de la LAD. Las bolas de retracción en la sustancia blanca subcortical, cerebelo y tronco cerebral son visibles a las 18-24 horas de la lesión por microscopía óptica. Son los extremos de los axones seccionados con un aspecto globular y eosinofílicos. La presencia de la PPA, que se objetiva por técnicas histoquímicas, es el indicador más fiable y precoz del daño axonal, bastando que el sujeto haya tenido una supervivencia superior a 2-3 horas [10, 12 y 22].

La PPA se produce continuamente en las neuronas y circula por los axones. Si estos se

lesionan se afecta el transporte de dicha sustancia y se acumula en el cuerpo de las neuronas y en el axón proximal a la lesión, lo que puede ser detectado por técnicas histoquímicas.

Este daño axonal no es exclusivo de los traumatismos y puede verse en otras lesiones cerebrales por isquemia, tumores, etc.

En los que fallecen meses después de la lesión se produce una perdida de sustancia blanca en los hemisferios y agrandamiento de los ventrículos laterales.

V. AUTOPSIA CRANEOENCEFÁLICA:

En la autopsia craneoencefálica de los fallecidos por TCE deben tenerse presentes las siguientes recomendaciones.

- Tener disponibles todos los estudios de neuroimagen que se le hubieran practicado en vida al fallecido. Es seguro que en la autopsia del futuro los estudios de imagen post-mortem jugarán también un gran papel.
- Rasurar el cuero cabelludo si se sospechan equimosis o erosiones y en todo caso cuando las heridas hayan de ser examinadas con gran detalle.
- No utilizar nunca martillo o cincel para completar el sierre de la bóveda que debe hacerse solamente con la sierra. Una laceración cerebral producida por la sierra puede diferenciarse fácilmente de una lesión vital, no así una fractura producida al aplicar golpes en la autopsia.
- Medir/pesar siempre hematomas subdurales y epidurales. Algunos recomiendan colocar un recipiente bajo la cabeza para que no se pierda parte del contenido, sobre todo el líquido, pero solo si previamente se ha abierto la cava superior para evitar recoger sangre de los senos venosos.
- Despegar el periostio de la bóveda y la duramadre craneal para visualizar bien las fracturas.
- Hacer análisis toxicológico del contenido de hematomas epidurales y subdurales si está indicado; alcohol, cocaína (si tienen varias horas reflejan las concentraciones al momento de la lesión), carboxihemoglobina (en los casos de cadáveres procedentes de incendios).
- Medir las líneas de fractura.
- Medir el grosor del diploe craneal.
- Tomar muestras microbiológicas si hay meningitis.
- Tomar muestras del encéfalo para análisis toxicológicos (lóbulo occipital no afectado) y un mechón de cabello, si está indicado.
- Fijar el encéfalo junto con la duramadre en todo caso que pueda plantear dificultades. Si hay HSA masiva de la base, buscar aneurismas antes de la fijación.
- Tomar muestra de cabello y sangre para tipificación genética en casos de agresiones con objetos contundentes y atropellos con fuga del conductor.
- Fotografiar todas las lesiones y marcar en diagramas las fracturas y las contusiones cerebrales (son muy recomendables los de Armed Forces Institute of Pathology, disponibles en Internet) [23].

El grosor del diploe craneal en varones jóvenes es, según Knight, en frontal y parietal (entre 6 y 10 mm), temporal (4 mm), occipital línea media 15 mm [10].

Fijación del encéfalo VS problemas por la retención de órganos:

El encéfalo debe cortarse tras haber sido fijado de 2 a 3 semanas en formol. Uno de los problemas que se plantean tras el estudio es ¿qué hacer con el encéfalo? cuando el fallecido ya ha sido inhumado, a veces incluso en el extranjero, o incinerado. Este es un problema que habrá que prever y resolver de la mejor forma posible en cada caso. Tenemos experiencia de fallecidos cuya familia, incluso transcurridos varios meses, ha solicitado el órgano para su inhumación. Los escándalos habidos en el Reino Unido en los hospitales Alder Hey de Liverpool y en el Royal Infirmary de Bristol, que salieron a la luz pública en el año 1999, dieron lugar a numerosas investigaciones (policiales, parlamentarias, etc.) y recomendaciones para la retención del cerebro [24]. A numerosos niños autopsiados en dichos hospitales se les habían extraído y almacenado para estudio los órganos sin consentimiento familiar, algunos de dichos órganos habían sido vendidos o cedidos a centros de investigación. Por lo que al tiempo los familiares de algunos niños demandaron al hospital y organizaron un funeral para cada uno de los órganos recuperados. Aunque en la autopsia judicial en nuestro país la extracción de órganos para su estudio no requiere consentimiento de los familiares, pues la autopsia y estudios complementarios se hacen por orden judicial, es evidente que terminados dichos estudios los órganos han de ser reintegrados al cadáver.

Algunos neuropatólogos recomiendan procedimientos ultrarrápidos que permitan fijar o aumentar la consistencia del encéfalo para cortarlo rápidamente. Uno es introducirlo unos minutos en el congelador para que se endurezca (como la mantequilla) evitando la congelación, y otro es sumergirlo en formol e introducirlo en un horno microondas de tipo doméstico, 20 minutos a potencia máxima y otros 20 minutos con potencia baja (cerebros de niños 10 minutos), luego se deja enfriar y se lava con suero salino, posteriormente se puede cortar [2]. Deben tomarse precauciones para eliminar los vapores emitidos por el formol caliente. En todo caso el uso de microondas puede impedir el uso de técnicas histoquímicas e imunohistoquímicas en los bloques de tejidos [25].

La fijación clásica presenta dos problemas, la deformidad al aplastarse el órgano contra el fondo del recipiente y la alteración por los gases de la putrefacción, que dan al encéfalo un aspecto de queso suizo que puede imposibilitar su estudio. Para evitar lo primero se recomienda pasar un hilo entre el tronco basilar y el tronco cerebral que se fija a las asas del cubo de forma que el encéfalo quede entre dos aguas (el volumen del recipiente debe ser de unos 10 litros); últimamente algunos recomiendan añadir un puñado de sal de cocina al formol que, al aumentar su densidad, hace que el encéfalo no se hunda completamente. El formol en estos casos debe estar al menos al 10 % y cambiarse a los 3 días y luego cada semana. En todo caso en que se fije el encéfalo no debe olvidarse fijar también la duramadre encefálica.

Para evitar la formación de gases de putrefacción se puede enfriar el formol y hacer unas incisiones en el cuerpo calloso y en los cuerpos mamilares que permitan la penetración del formol. Esto último es muy recomendable en los casos de edema.

Una vez fijado el encéfalo se deben hacer cortes coronales de los hemisferios separados 1 cm unos de otros, y cortes horizontales del tronco cerebral con una separación de 0,5 cm y también del cerebelo, el primero sagital a través del vermis y los siguientes parasagitales.

AGRADECIMIENTOS:

A Miguel Benítez por la realización de los dibujos para este trabajo. ❑

BIBLIOGRAFIA:

1. Shkrum Michael J., Ramsay David A. Forensic pathology of trauma : common problems for the pathologist. Humana Press Inc. Totowa, New Jersey, 2007

2. Withwell H L, Forensic Neuropatholgy. Hodder Arnold Publishers. London 2005.

3. DiMaio VJM. Forensic Pathology. Second edition. CRC Press LLC. Boca Raton. Florida. 2001

4. Youmans, JR. (Ed), Neurological surgery, Vol. 4, Fourth edit. W. B. Saunders, Philadelphia,1996.

5. Becker DP. Lesiones de la cabeza. En Tratado de Medicina Interna de Cecil. Vol II, 16 ed. Ed Interamericana. México. 1985.

6. Reilly PL, Graham DI, Adams JH, Jennett B. Patients with head injury who talk and die. Lancet. 1975 Aug 30;2(7931):375-7.

7. Teasdale, G and Jennett, B. Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. Lancet, 1974, 2, 81-84.

8. Kremer C, Racette S, Dionne CA, Sauvageau A., Discrimination of falls and blows in blunt head trauma: sistematic study of the hat brim line rule in relatio to skull fracture. J Forensic Sci. May 2008. 53 (3) 716-9.

9. Oehmichen M, Auer R N, König H G. Forensic Neuropathology and Associated Neurology. Springer-Verlag, Berlin 2006.

10. Saukko P, Knight B. Knight's Forensic Pathology, Third edit.. Arnold Publishers. London. 2004

11. Greenberg MS, Handbook of Neurosurgery, Fith edit. Thieme, New York, 2001.

12. Spitz WU, Spitz DJ, editors. Spitz and Fisher's medicolegal investigation of death: guidelines for the application of pathology to crime investigation, Fourth edit. Charles C Thomas, Springfield, IL, 2006.

13. Koszyca B, Gilbert JD, Blumbergs PC. Traumatic subarachnoid hemorrhage and extracranial vertebral artery injury: a case report and review of the literature. Am J Forensic Med Pathol. 2003 Jun;24(2):114-8

14. Opeskin K, Burke MP, Vertebral artery trauma. Am J Forensic Med Path. Sep 1998, 19(3):206-17.

15. Contostavlos DL. Isolated basilar traumatic subarachnoid hemorrhage: an observer's 25 year re-evaluation of the pathogenetic possibilities. Forensic Sci Int. 1995 May 9;73(1):61-74

16. Gray JT, Puetz SM, Jackson SL, Green MA Traumatic subarachnoid haemorrhage: a 10-year case study and review. Forensic Sci Int. 1999 Oct 25;105(1):13-23.

17. Granacher RP. Traumatic brain injury: methods for clinical and forensic neuropsychiatric assessment. CRC Press LLC. Boca Raton. Florida. 2003

18. Mehta KM, Ott A, Kalmijn S, Slooter AJ, van Duijn CM, Hofman A, Breteler MM. Head trauma and risk of dementia and Alzheimer's disease: The Rotterdam Study. Neurology. 1999 Dec 10;53(9):1959-62

19. Oehmichen M, Walter T, Meissner C, Friedrich HJ. Time course of cortical hemorrhages after closed traumatic brain injury: statistical analysis of posttraumatic histomorphological alterations. J Neurotrauma. 2003 Jan;20(1):87-103.

20. Palomo Rando JL, Aspectos Medicolegales de los Traumatismos craneoencefálicos. Universidad de Málaga. 1992.

21. Jennet B, Plum F. Persistent vegetative state after brain damage: a syndrome in search of name. Lancet. 1972 Apr 1;1(7753):734-7.

22. Lafuente JV Daño axonal difuso: Importancia de su diagnóstico en neuropatología forense. Cuad. med. forense, Jul 2005, no.41, p.173-182

23. Armed Forces Institute of Pathology. Armes Forces Medical Examiner-Autopsy Diagrams. On line. Disponible en http://www.afip.org/consultation/AFMES/forms/index.html. Consultado: 06/junio/2008.

24. Royal College of Pathologists. Guidance for Retention of Brain and spinal Cord Following Post-Mortem Examination And Where Criminal Proceedeings are in Prospect. London, 2002. Disponible en http://www.rcpath.org/resources/pdf/GUIDELINESBRAINARNedited.pdf . Consultado: 12/junio/2008.

25. Sheaff M T, Hospter DJ. Postmortem Techique Handbook, 2nd Edition, Springer-Verlag, London, 2005.

Despacho

JUAN DIEGO MARTINEZ VILLABONA
Abogado Especializado

314

Respetado
JUZGADO DIECISIETE (17) CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI (V)
Atn.Dr Alberto Buitrago Briceño
E. S. D.

JUZGADO DIECISIETE CIVIL
DEL CIRCUITO DE CALI
RECIBIDO
FECHA: 12 JUL 2019
HORA: 4:30 pm
FIRMA:

PROCESO: VERBAL-RESPONSABILIDAD
DEMANDANTES: SONIA MARCELA BENAVIDES Y OTROS
DEMANDADOS: NUEVA EPS Y OTROS
RADICACIÓN: 2019-00042-00
REFERENCIA: CONTESTACIÓN DEMANDA

CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

JUAN DIEGO MARTÍNEZ VILLABONA., mayor de edad y vecino de la ciudad de Santiago de Cali, portador de la cédula de ciudadanía N°1.130.591.159 de la misma ciudad y tarjeta profesional N°231.406 expedida por el Honorable Consejo Superior Judicatura, abogado en ejercicio, obrando como apoderado principal como consta en el expediente, del médico especialista en neurocirugía, Doctor **JOSE FERNEY NAVARRO ARIAS**, en condición de parte pasiva dentro del proceso de la referencia, de conformidad con todas las facultades a mí conferidas mediante el poder especial debidamente otorgado, procedo a contestar la demanda de responsabilidad civil con fundamento en los argumentos de hecho y de derecho que se expondrán a continuación, iterando desde ahora Su señoría, que me opongo rotundamente a todas las pretensiones y peticiones incoadas por la parte demandante, así como a las declaraciones y condenas solicitadas en el libelo de la demanda, puesto que éstas, carecen de fundamento científico-medico, fáctico y jurídico, por ende que se encuentren infundadas.

I. FRENTE A LAS PRETENSIONES

En razón a la inexistencia de causa, nexo causal, culpa o conducta ilícita y por no existir además obligación alguna pendiente, me opongo a que se despachen favorablemente todas y a cada una de las pretensiones y en especial a que se declare responsable al médico especialista Md. **NAVARRO ARIAS**, por cuanto su conducta médica fue adecuada, inequívoca, ajustada y aceptada por la ciencia médica actual de acuerdo a los protocolos establecidos, cumpliendo con su deber objetivo de cuidado, ejecutando sus actos bajo el manto y los parámetros de la *Lex Artis*.

Consecuentemente, me opongo a que se condene a mi representado a pagar a los demandantes cualquier suma de dinero, pues el daño que alega la parte actora, no se generó por una inadecuada práctica médica y mucho menos por una actuación negligente, imprudente o imperita del Facultativo que represento; pues como se manifestó inicialmente, su adecuada actuación médico-quirúrgica se probará no sólo con la presente contestación sino también durante el desarrollo de la etapa probatoria del proceso, toda vez que la conducta ética y profesional brindada por el médico especialista Md. **JOSE FERNEY NAVARRO ARIAS** fue adecuada, prudente, perita, acorde con los protocolos y la Lex Artis; lo que quiere decir que actuó sin mediar culpa en ninguno de sus grados tal y de conformidad con las siguientes razones y fundamentos;

- La historia clínica corrobora que el médico especialista Md. **JOSE FERNEY NAVARRO ARIAS** cumplió con la obligación de utilizar todo su conocimiento, todos los medios técnicos, profesionales, éticos, científicos, humanos y tecnológicos de conformidad al motivo de consulta por el cual conoció al paciente HERNANDO BENAVIDES.

Centro Comercial Centenario
Centro de Negocios L-335
Santiago de Cali, Valle del Cauca
Móvil: 321-2712348 Oficina: (2) 524 0655 Ext. 115
j.martinezv@scare.org.co

512

- Se debe recordar además, en razón a que la medicina es una ciencia inexacta, donde confluyen en cada paciente, para el caso del paciente HERNANDO BENAVIDES factores endógenos y exógenos, inherentes a su organismo, como sus antecedentes clínicos, patológicos y quirúrgicos, sus conductas, hábitos o actividades usuales y comunes, así como los riesgos propios y ligados a LA APARICION DE UNA ENFERMEDAD BACTERIA IRRESISTIBLE E IMPREVISIBLE, que no dependen ni recaen en el equipo médico interdisciplinario, pero que si pueden influir en el resultado final, tal como lo ocurrido en este asunto.

Y es que se podrá observar Su señoría, que la conducta ética y profesional brindada por mi procurado, el médico especialista **JOSE FERNEY NAVARRO ARIAS**, fue diligente, prudente, perita, acorde con los protocolos y la Lex Artis; lo que quiere significar claramente, que mi representado desplegó su actividad galena SIN la presencia de culpa en ninguno de sus grados. En razón a lo anterior y a la INEXISTENCIA de causa, nexo causal, culpa o conducta ilícita y por no existir obligación alguna pendiente, me opongo a todas y a cada una de las pretensiones y en especial a que se declare responsable al el médico especialista **JOSE FERNEY NAVARRO ARIAS** ya que su conducta médica fue adecuada, inequívoca, ajustada y aceptada por la ciencia médica y de acuerdo a los protocolos establecidos, cumpliendo con su deber objetivo de cuidado, ejecutando sus actos bajo el manto y los parámetros de la **Lex Artis**.

En este estado de cosas, me opongo a que se condene a mi representado a pagar a los demandantes cualquier suma de dinero, pues el daño que alega la parte actora, carece de nexo causal y de culpa; pues como se manifestó inicialmente, la atención brindada al paciente Hernando Benavides, estaba indicada, fue adecuada, prudente y diligente como se probará con la presente contestación y durante el desarrollo de la etapa probatoria de la presente Litis. Luego, me opongo rotundamente a la prosperidad de las pretensiones solicitadas en la demanda y en especial, de los PERJUICIOS MATERIALES E INMATERIALES SOLICITADOS en favor de los familiares de la paciente.

A continuación, de acuerdo a las precisiones y observaciones sustentadas probatoriamente, procedo a contestar los hechos de la demanda en el mismo orden que se plantearon.

I. OBJECIÓN FRENTE AL JURAMENTO ESTIMATORIO

Como quiera que el extremo activo de la Litis estima el juramento en $310.9 SMLMV, por concepto de daños morales y materiales, me permito objetar la suma reclamada, advirtiendo que el juramento carece de soportes probatorios que justifiquen lo allí descrito, luego es inexacta la estimación que se hace respecto de las pretensiones, como quiera que el demandante no acredita el monto solicitado.

II. FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

FRENTE AL HECHO PRIMERO. NO ME CONSTA. El presente hecho, no se relaciona con actividad alguna desplegada por mi representado, recae en el demandante la carga de probar su dicho. Las afirmaciones realizadas en el presente hecho, NO son indicativas de responsabilidad alguna frente al médico especialista que represento JOSE FERNEY NAVARRO ARIAS. Así las cosas, NO EXISTE evidencia alguna para atribuir responsabilidad por parte de mí procurado al dicho aquí impetrado.

FRENTE AL HECHO SEGUNDO. NO ME CONSTA. El presente hecho, no se relaciona con actividad alguna desplegada por mi representado, recae en el demandante la carga de probar su dicho. Las afirmaciones realizadas en el presente hecho, NO son indicativas de responsabilidad alguna frente al

médico especialista que represento JOSE FERNEY NAVARRO ARIAS. Así las cosas, NO EXISTE evidencia alguna para atribuir responsabilidad por parte de mí procurado al dicho aquí impetrado.

FRENTE AL HECHO TERCERO. NO ES CIERTO. El presente hecho, no revela lo que se evidencia en la historia clínica, pues el día 20 del mes de Marzo, la atención realizada por neurocirugía fue a las 14:26 en la que se indicó lo siguiente;

"encuentra paciente hemodinámicamente estable no Siri no dificultad respiratoria, tolerando ambiente y vía oral orientada en tiempo lugar y persona no focalización. Tac cerebral cambios atroficos para la edad sistema ventricular compensado neumoencefalo bifrontal por ahora considero manejo médico más Tac cerebral simple 24 horas más tarde senos paranasales el día de mañana, resto igual firma josé ferney Navarro neurocirugía".

De tal manera que las afirmaciones realizadas en el presente hecho, NO son indicativas de responsabilidad alguna frente al médico especialista que represento Dr.JOSE FERNEY NAVARRO. Así las cosas, NO EXISTE evidencia alguna para atribuir responsabilidad por parte de mí procurado al dicho aquí impetrado.-

FRENTE AL HECHO CUARTO. ES CIERTO. La historia clínica corrobora lo aquí manifestado, no obstante se debe aclarar que la remisión del paciente a la Clínica Desa NO fue objeto de capricho por el equipo médico, su remisión obedece a que en dicha Institución se remiten los pacientes que requieren un manejo especializado e interdisciplinario, como también lo acredita la historia clínica donde confluyeron para la atención del paciente Hernando Benavides, nutricionista, fonoaudiólogo, médicos generales, enfermeras, médicos especialistas en cuidados intensivos, internistas y neurocirujanos. Cabe distinguir dentro del presente hecho, que la remisión a la Clínica DESA es efectuada justamente por Neurocirugía, pues tal como se acredita con la Historia Clínica, el día 21 de marzo del 2017 a las 19:56 horas es valorado el paciente por neurocirugía quien además de la anterior valoración, remite a clínica DESA.

FRENTE AL HECHO QUINTO: NO ES CIERTO. El presente hecho, tiene una verdadera historia, la cual se ve reflejada en la historia clínica del día 22 del mes de Marzo de 2019, por lo que recae en el demandante la carga de probar su dicho. Las afirmaciones realizadas en el presente hecho, NO son indicativas de responsabilidad alguna frente al médico especialista que represento **JOSE FERNEY NAVARRO ARIAS**. Así las cosas, NO EXISTE evidencia alguna para atribuir responsabilidad por parte de mí procurado al dicho aquí impetrado.-

FRENTE AL HECHO SEXTO. NO ES CIERTO. La descripción aquí realizada no corresponde a un hecho, es una afirmación subjetiva que carece de toda comprobación o documentación en la historia clínica. En consecuencia, las simples afirmaciones realizadas, NO son indicativas de responsabilidad alguna frente al médico especialista que represento JOSE FERNEY NAVARRO ARIAS.

Así las cosas, NO EXISTE evidencia alguna para atribuir responsabilidad por parte de mí procurado al dicho aquí impetrado.

FRENTE AL HECHO SEPTIMO. NO ES CIERTO. La descripción aquí realizada no corresponde a un hecho, es una afirmación subjetiva que carece de toda comprobación o documentación en la historia clínica. En consecuencia, las simples afirmaciones realizadas, NO son indicativas de responsabilidad alguna frente al médico especialista que represento JOSE FERNEY NAVARRO ARIAS.

Así las cosas, NO EXISTE evidencia alguna para atribuir responsabilidad por parte de mí procurado al dicho aquí impetrado.

FRENTE AL HECHO OCTAVO. NO ES CIERTO. El presente hecho, no se relaciona con actividad alguna desplegada por mi representado, recae en el demandante la carga de probar su dicho. Las

afirmaciones realizadas en el presente hecho, NO son indicativas de responsabilidad alguna frente al médico especialista que represento Dr.JOSE FERNEY NAVARRO ARIAS. Así las cosas, NO EXISTE evidencia alguna para atribuir responsabilidad por parte de mi procurado al dicho aquí impetrado.

FRENTE AL HECHO NOVENO. NO ES CIERTO. El presente hecho, no se relaciona con actividad alguna desplegada por mi representado, recae en el demandante la carga de probar su dicho. Las afirmaciones realizadas en el presente hecho, NO son indicativas de responsabilidad alguna frente al médico especialista que represento, adicionalmente lo que evidencia la historia clínica no es indicativo alguno para atribuir responsabilidad por parte de mí procurado al dicho aquí impetrado.-

FRENTE AL HECHO DECIMO. NO ES CIERTO. El presente hecho, no se relaciona con actividad alguna desplegada por mi representado, recae en el demandante la carga de probar su dicho. Las afirmaciones realizadas en el presente hecho, NO son indicativas de responsabilidad alguna frente al médico especialista que represento, adicionalmente lo que evidencia la historia clínica no es indicativo alguno para atribuir responsabilidad por parte de mí procurado al dicho aquí impetrado.-

FRENTE AL HECHO DECIMOPRIMERO. NO ES CIERTO. El presente hecho, no se relaciona con actividad alguna desplegada por mi representado, la atención en su estancia en la UCI no fue dispensada por mi representado, además, recae en el demandante la carga de probar su dicho. Las afirmaciones realizadas en el presente hecho, NO son indicativas de responsabilidad alguna frente al médico especialista que represento, adicionalmente lo que evidencia la historia clínica no es indicativo alguno para atribuir responsabilidad por parte de mí procurado al dicho aquí impetrado.-

FRENTE AL HECHO DECIMO SEGUNDO. ES PARCIALMENTE CIERTO. El presente hecho, no se relaciona con actividad alguna desplegada por mi representado, recae en el demandante la carga de probar su dicho. Las afirmaciones realizadas en el presente hecho, NO son indicativas de responsabilidad alguna frente al médico especialista que represento, sin embargo y con base en el análisis y opinión pericial lo único cierto es que el lamentable fallecimiento, no se ocasiona por el proceder o intervención médica sino por una meningitis bacteriana producida secundariamente a raíz de su caída y trauma previo.

ANÁLISIS Y OPINIÓN PERICIAL

CONCLUSIÓN PERICIAL: **Se trata el caso de un hombre adulto mayor, identificado fehacientemente con apoyo de dactiloscopia como HERNANDO BENAVIDES PARRA , quien de acuerdo a los hallazgos en el procedimiento de necropsia médico legal muestra edema cerebral con material purulento con reporte histológico de meningitis bacteriana, mecanismo que explica su muerte.**

Causa de muerte: Meningitis bacteriana debido a trauma cráneo encefálico contundente con historia de caída.

Manera médico legal de muerte: Violenta- accidental.

FRENTE AL HECHO DECIMOTERCERO. NO ES CIERTO. el hecho de que no se haya escrito de manera expresa la meningitis bacteriana, NO significa que no haya sido tenido en cuenta, en la historia clínica se documentó de manera permanente, sobre la existencia de un proceso infeccioso.

FRENTE AL HECHO DECIMO CUARTO. NO ES CIERTO. El presente hecho, no se relaciona con actividad alguna desplegada por mi representado, recae en el demandante la carga de probar su dicho. Las afirmaciones realizadas en el presente hecho, NO son indicativas de responsabilidad alguna frente al médico especialista que represento, adicionalmente lo que evidencia la historia clínica no es indicativo alguno para atribuir responsabilidad por parte de mí procurado al dicho aquí impetrado.

FRENTE AL HECHO DECIMO QUINTO. NO ES CIERTO. El presente hecho, no se relaciona con actividad alguna desplegada por mi representado, recae en el demandante la carga de probar su dicho.

Las afirmaciones realizadas en el presente hecho, NO son indicativas de responsabilidad alguna frente al médico especialista que represento, adicionalmente lo que evidencia la historia clínica no es indicativo alguno para atribuir responsabilidad por parte de mí procurado al dicho aquí impetrado.

FRENTE AL HECHO DECIMO SEXTO. NO ES CIERTO. El presente NO ES UN HECHO, es la transcripción de un dictamen pericial que será controvertido en el momento procesal oportuno. Las manifestaciones realizadas NO son indicativas de responsabilidad alguna frente al médico especialista que represento.

FRENTE AL HECHO DECIMO SEPTIMO. NO ES CIERTO. El presente NO ES UN HECHO, es la transcripción de un dictamen pericial que será controvertido en el momento procesal oportuno. Las manifestaciones realizadas NO son indicativas de responsabilidad alguna frente al médico especialista que represento.

FRENTE AL HECHO DECIMO OCTAVO. NO ES CIERTO. El presente NO ES UN HECHO, es la transcripción de un dictamen pericial que será controvertido en el momento procesal oportuno. Las manifestaciones realizadas NO son indicativas de responsabilidad alguna frente al médico especialista que represento.

FRENTE AL HECHO DECIMO NOVENO. NO ES CIERTO. El presente NO ES UN HECHO, es la transcripción de un dictamen pericial que será controvertido en el momento procesal oportuno. Las manifestaciones realizadas NO son indicativas de responsabilidad alguna frente al médico especialista que represento.

FRENTE AL HECHO VIGESIMO. NO ES CIERTO. El presente NO ES UN HECHO, es la transcripción y la extracción de comentarios subjetivos provenientes de un dictamen pericial por medico NO especialista en Neurocirugía, que será controvertido en el momento procesal oportuno. Las manifestaciones realizadas NO son indicativas de responsabilidad alguna frente al médico especialista que represento.

FRENTE AL HECHO VIGESIMO PRIMERO. NO ES CIERTO. El presente NO ES UN HECHO, es la transcripción y la extracción de comentarios subjetivos provenientes de un dictamen pericial por medico NO especialista en Neurocirugía, que será controvertido en el momento procesal oportuno. Las manifestaciones realizadas NO son indicativas de responsabilidad alguna frente al médico especialista que represento.

FRENTE AL HECHO VIGESIMO SEGUNDO: NO ES CIERTO. El presente NO ES UN HECHO, es la transcripción y la extracción de comentarios subjetivos provenientes de un dictamen pericial por medico NO especialista en Neurocirugía, que será controvertido en el momento procesal oportuno. Las manifestaciones realizadas NO son indicativas de responsabilidad alguna frente al médico especialista que represento.

FRENTE AL HECHO VIGESIMO TERCERO. NO ES CIERTO. El presente hecho, no se relaciona con actividad alguna desplegada por mi representado, recae en el demandante la carga de probar su dicho. Las afirmaciones realizadas en el presente hecho, NO son indicativas de responsabilidad alguna frente al médico especialista que represento Dr.JOSE FERNEY NAVARRO ARIAS. Así las cosas, NO EXISTE evidencia alguna para atribuir responsabilidad por parte de mí procurado al dicho aquí impetrado.

III. PROPOSICIÓN DE EXCEPCIONES DE FONDO

Previo a la proposición de las excepciones de fondo, cabe hacer énfasis en que la medicina, es principalmente una ciencia inexacta, donde confluyen en cada paciente factores endógenos y exógenos, inherentes a su organismo, como su edad, sus antecedentes clínicos, patológicos y quirúrgicos, sus conductas, hábitos o actividades usuales y comunes, que no dependen ni mucho menos recaen en el cuerpo de profesionales de la salud a cargo. De tal manera, se hace impensable que pueda un médico garantizar un resultado específico, por cuanto desde la órbita científica, se torna en un imposible o un

supuesto fáctico de incierto cumplimiento. Así las cosas, procedo a proponer las siguientes excepciones.

INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD POR AUSENCIA DE LAS FORMAS DE LA CULPA

Se itera respetuosamente ante Su señoría, para que de acuerdo a todo lo descrito, junto con el acervo probatorio que obra en la presente contestación, declare probada esta excepción en consideración a que NO existió negligencia, pues mi mandante cumplió cabalmente su obligación ética y profesional como se puede constatar del análisis de la historia clínica. Luego, seria irrisorio asistir en razón a la demandante, toda vez que las apreciaciones y el debilitado e improbado *petitum* se torna injustificado, desmedido y sin sustento jurídico, científico y aún menos probatorio.-

En efecto de todo lo descrito, no se vislumbra en ningún momento la concurrencia en alguna modalidad culposa, todo lo contrario, la conducta del médico especialista Md.**NAVARRO ARIAS** encuentra asidero científico médico, respaldado por su gran experiencia y experticia como NEUROCIRUJANO.

En concordancia de lo ulteriormente descrito y los generadores de culpa analizados, resta indicar que los hechos y conductas ejercidas por el médico especialista NAVARRO ARIAS, **CARECEN** de todo tipo de impericia como temerariamente se le pretende atribuir en la demanda, contrario sensu, el paciente HERNANDO BENAVIDES, siempre estuvo en manos expertas, de especialistas de gran trayectoria, y se le realizaron las atenciones que requirió, bajo todos los parámetros y protocolos médicos, recomendados por las organizaciones médico científicas a nivel mundial, así como la OMS (Organización Mundial de la Salud) constatando con ello que mi defendido **nunca** ejerció sobre el paciente alguna intervención o procedimiento indebido, tardío o fuera de causa.

Con base en lo anterior y teniendo como prueba los registros de la historia clínica, el proceso, la literatura científica, la hoja de vida de mi representado, junto con los interrogatorios, testimonios y DICTAMENES PERICIALES que se surtirán/evacuaran en el decurso procesal de esta Litis injustificada, podrá Su señoría evidenciar que la conducta de mi poderdante, fue la adecuada, oportuna, perita y diligente, empleando toda su experiencia, capacidad, conocimiento y experticia que la ciencia médica y la Lex Artis demanda.

Luego, el médico especialista Md.**NAVARRO ARIAS**, cumplió su ejercicio profesional y ético, velando por el cuidado pleno del paciente HERNANDO BENAVIDES en todo momento; del anterior escenario, resulta correcto destacar que desde ninguna óptica, podrán confluir los elementos generadores de culpa frente a los hechos y atenciones médicas que aquí nos atañen, toda vez que NO EXISTEN y en consecuencia, no puede tampoco endilgársele a mi procurado, el médico especialista JOSE FERNEY NAVARRO ARIAS una improbada e injustificada responsabilidad, máxime en tratándose de un especialista de las características humanas, académicas, éticas y profesionales del médico especialista JOSE FERNEY NAVARRO ARIAS donde los generadores de culpa por acción o por omisión, BRILLAN POR SU AUSENCIA.

En síntesis, contiene AMPLIO asidero probatorio, jurídico, y científico afirmar contundentemente, que basado en los sucesos fácticos, médicos y éticos, NO EXISTE RESPONSABILIDAD de mi mandante, médico especialista JOSE FERNEY NAVARRO ARIAS. Por ende que de conformidad con las razones y fundamentos descritos, no existe por cuanto no nació a la vida jurídica, obligación alguna de parte de mi poderdante por el infortunado resultado del paciente HERNANDO BENAVIDES.

Por lo anteriormente expuesto, solicito respetuosamente a Su señoría, declarar probada esta excepción.-

CUMPLIMIENTO TOTAL DE LA OBLIGACIÓN DE MEDIO

Cabe precisar una vez más, que la actividad médica está enmarcada dentro de las obligaciones de medio y no de resultado. Obligación que ha sido innumerablemente reiterada y reconocida tanto por la jurisprudencia[1] como por las diversas corrientes de la doctrina.

El paciente HERNANDO BENAVIDES fue atendido por mi procurado, el médico especialista en Neurocirugía; **JOSE FERNEY NAVARRO ARIAS**, cumpliendo con los deberes profesionales que la ciencia médica en particular exige, siéndole propio el de abstenerse de prometer un resultado en razón precisamente a las características propias de la ciencia médica y en atención al reconocimiento de los factores de orden endógeno y exógeno que conlleva todo tratamiento médico, el cual está plagado de riesgos considerables e inherentes a cada organismo en particular, factores de riesgo que pueden ser endógenos o biológicos, propios del individuo y exógenos o del medio ambiente, pese a haberse implementado la conducta indicada[2] Desde luego que hay siempre situaciones imprevisibles e irresistibles a los que ningún médico escapa, por su propia condición inesperada o atípica, como en el presente caso y pese a haber actuado conforme con la *Lex Artix*[3].

Adviértase que la actividad médica no es una actividad peligrosa, así su práctica de ordinaria entrañe sendos riesgos de estirpe médico terapéutica (alea terapéutica), los que se han estimado, en mayor o menor proporción, con naturaleza del acto médico dependiendo de su tipología y una serie de factores exógenos o extrínsecos, **AJENOS** a la pericia, destreza e intención del galeno, tales como la edad, l**as preexistencias, los antecedentes genéticos, congénitos y patológicos del paciente**. (Carlos Ignacio Jaramillo, Responsabilidad Civil Médica. Ciencias Jurídicas. Universidad Javeriana, Pag. 161).

Es así como basta traer a colación la cita jurisprudencial que sirve de soporte jurídico a nuestro planteamiento técnico: *"...Considerar que la obligación médica es una obligación de resultado, desconociendo su naturaleza, sería tanto como aplicar la responsabilidad objetiva en este campo, lo cual no es de recibo,* ***pues resulta claro que en esta materia el riesgo que representa el tratamiento lo asume el paciente y es el quien debe soportar sus consecuencias, cuando ellas no puedan imputarse a un comportamiento irregular de la entidad"*** *(Sentencia de agosto 24 de 1998. Expediente 11.833 Consejero Ponente Dr. JESUS MARIA CARILLO BALLESTEROS). (subrayas y negrillas fuera del texto original).*

En este orden de ideas, el médico cumple a cabalidad con su obligación de medio, poniendo al servicio del paciente toda la ciencia de su arte, su saber y experiencia, que por cierto y para el caso particular

---

[1] Sentencia de Enero 30 de 2001, M.P. José Fernando Ramirez.

[2] El tratadista Dr. Javier Tamayo Jaramillo, explica: "las lesiones inherentes a la operación no dan lugar a responsabilidad (no importando para nada la consideración de si la intervención es o no necesaria) del médico; por ejemplo la fisura que se hace para practicarle cirugía plástica a una nariz está tan discriminado como la que se realiza para curar un cáncer al órgano. En cambio, si se producen daños secundarios o accesorios a la operación misma, hay que distinguir: en la operación necesaria, salvo una culpa probada del médico, el paciente deberá soportar las lesiones accesorias o secundarias por ejemplo, si el galeno destruye gran cantidad de tejidos u órganos a fin de salvar al paciente, no podrá hablarse de responsabilidad suya, pues la ley discrimina su conducta. "Sentencia Juzgado 7 Civil del Circuito de Cali, Julio 11 de 2005".

[3] Así pues, y teniendo como proposición según lo hemos analizado, que la culpa médica por defectuosa prestación del servicio no se presume, que debe quedar plenamente establecida, también podemos concluir que dicha culpa no se probó en el proceso, puesto que el registro probatorio no da cuenta de ella, cuando se estableció que los defectos que quedaron después de la operación se debió a una FIBROSIS y MALA CICATRIZACIÓN, de esto hay completa certeza en el proceso y de lo cual no queda ninguna duda, y que estas secuelas no pueden pronosticarse pues es un comportamiento de la piel que no se puede prever, por lo tanto su aparición está fuera del control del galeno que realizó la intervención. La cirugía Mastectomía simple es un procedimiento utilizado para corregir la hipertrofia mamaria masculina o ginecomastia. La técnica es una sola para todos los pacientes en los cuales se habla de un proceso totalmente benigno. El hecho de resecar un tejido y dejar un espacio vacío para que cicatrice, puede llegar a adherencias fibróticas y a retracciones las cuales serían complicaciones inherentes al procedimiento y no a la técnica quirúrgica. "Sentencia 220-2000-009 Juzgado 8 Civil del Circuito de Cali".

resulta infinitamente amplia, pero no es responsable del resultado definitivo, por cuanto depende de múltiples variables, todas ajenas a la conducta médica. La medicina se basa en la evidencia de signos, síntomas y pacientes con características independientes que presentan resultados que pueden llegar a ser impredecibles, por lo cual al profesional no se le puede exigir una conducta exacta. La Ley 1164 de 2007 en su artículo 26, modificado por la ley 1438 de 2011 que reforma sistema general de salud; dispone que el acto propio de los profesionales de la salud genera una obligación de medio.

> ***"ARTÍCULO 26. ACTO PROPIO DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD. <Artículo modificado por el artículo 104 de la Ley 1438 de 2011. El nuevo texto es el siguiente:> Es el conjunto de acciones orientadas a la atención integral de salud, aplicadas por el profesional autorizado legalmente para ejercerlas. El acto profesional se caracteriza por la autonomía profesional y la relación entre el profesional de la salud y el usuario. Esta relación de asistencia en salud genera una obligación de medio, basada en la competencia profesional. (Negrilla, tamaño y subrayas fuera del texto original)***

Y es que la práctica médica en general involucra de por sí una obligación de carácter indeterminado y que se trata de una institución típicamente aleatoria. Por lo tanto, aunque toda responsabilidad médica es, en esencia, de medios, el resultado no puede considerarse ajeno. La obligación del médico involucra un compromiso que guía la conducta del profesional hacia cierto resultado, que no es la curación o resultado mediato, sino la atención y razonable diligencia dirigida hacia ese objetivo, **POR LO QUE EN DEFINITIVA, EL ÉXITO FINAL DE EL TRATAMIENTO NO DEPENDE ENTERAMENTE DEL MÉDICO, SINO DE CAUSAS AJENAS A SU PROCEDER TÉCNICO**[4].

En consecuencia, las razones para afirmar que la conducta desplegada por el médico especialista Md.**JOSE FERNEY NAVARRO ARIAS** fue adecuada, diligente, prudente y perita, se fundamentan principalmente en que los procedimientos de atención en salud dispensados al paciente HERNANDO BENAVIDES, se llevaron a cabo conforme a los protocolos médicos. Además, se empleó por parte de todo el equipo médico interdisciplinario, los protocolos, conocimiento, disposición, experiencia aprobada por la ciencia médica garantizando además, su atención y cuidado mientras estuvo bajo la tutela del equipo. En conclusión, no debe existir controversia entre la conducta desplegada por el médico especialista Md.**NAVARRO ARIAS** ni por ningún otro profesional de la salud involucrado, puesto que su conducta en cada instante, estuvo enmarcada dentro de los cánones éticos y la diligencia, prudencia, cuidado y saber técnico oportuno. Por lo anteriormente expuesto, solicito respetuosamente a Su señoría, declarar probada esta excepción.-

INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD DE CONFORMIDAD CON LA LEY.

Se imposibilita la prosperidad de un *petitum* que pretende endilgar alguna responsabilidad de mi poderdante el Dr.**NAVARRO ARIAS**, por la ocurrencia de los hechos que aquí nos atañen y de acuerdo con la normatividad, jurisprudencia y doctrina que se ha venido citando, sin olvidar claro está, que el desarrollo de su labor profesional desde el punto de vista ético, médico y científico, estuvo siempre plasmado, como se podrá verificar con los dictamenes periciales que se solicitan en el acápite de pruebas, así como con los testimonios e interrogatorios que Su señoría decretará como pruebas dentro

[4] "(...) la responsabilidad médica sigue siendo tratada en la jurisprudencia de la Corporación como de MEDIOS, o sea de PRUDENCIA y DILIGENCIA, lo que obliga al profesional de la medicina y los centros de atención, a proporcionar al enfermo todos aquellos cuidados que conforme a los conocimientos científicos, y a la práctica del arte de curar, son conducentes para tratar de lograr el fin deseado, siendo igualmente cierto que no se puede ni debe asegurar la obtención del mismo. Esta verdad jurídica impone que, de acuerdo con los principios generales que rigen la carga de la prueba le incumbe al actor la demostración de los hechos que excusan su conducta. El sentenciador no avala la tesis de quienes predican que la prestación del servicio médico es una actividad riesgosa, y que, por lo mismo su sola ejecución defectuosa comporta una suerte de responsabilidad objetiva, extraña a la idea de culpa." Consejo de Estado- Sección tercera, 18 de Abril de 1994. Igualmente en sentencia la Corte Suprema del 5 de Marzo de 1940 se afirma: "(...) el facultativo está obligado a desplegar en pro de su cliente los conocimientos de su ciencia y pericia, y los dictados de su prudencia, sin que pueda ser responsable del funesto desenlace de la enfermedad que padece su cliente o de la no curación de éste."

del desarrollo de esta Litis, los cuales corroborarán la adecuada, perita, y oportuna experticia, diligencia y cuidado en la atención e intervención de la paciente.

Bajo el mismo sentido, propongo la siguiente excepción que se fundamenta en el artículo 13 del Decreto 3380 de 1981 cuyo contenido es el siguiente:

"Teniendo en cuenta que el tratamiento o procedimiento médico puede comportar efectos adversos o de carácter imprevisible, el médico no será responsable por riesgos, reacciones o resultados desfavorables, inmediatos o tardíos de imposible o difícil previsión dentro del campo de la práctica médica al prescribir o efectuar un tratamiento o procedimiento médico".

CARENCIA DE NEXO CAUSAL.

Se propone esta excepción en virtud de que no resulta tan siquiera probable, que exista dentro de la esfera jurídica, relación de causalidad entre el aparente daño deprecado y la conducta médica del médico especialista **JOSE FERNEY NAVARRO ARIAS.**, de acuerdo a lo que a continuación se expone;

El profesor Javier Tamayo Jaramillo en su obra "Responsabilidad Civil" al referirse al nexo causal afirma: "*Para explicar el vínculo de causalidad que debe existir entre el hecho y el daño, se han ideado varias teorías; las más importantes son: a) la teoría de la equivalencia de las condiciones y b) la teoría de la causalidad adecuada. De acuerdo con la primera, todas las causas que contribuyeron a la producción del daño se consideran, desde el punto de vista jurídico, como causantes del hecho, y quienes estén detrás de cualquiera de esas causas, deben responder; A esta teoría se le rechaza por su inaplicabilidad practica pues deshumanizaría la responsabilidad civil y permitiría absurdamente, buscar responsables hasta el infinito. Para suavizar este criterio, se ha ideado la llamada teoría de la causalidad adecuada, según la cual no todos los fenómenos que contribuyeron a la producción del daño tienen relevancia para determinar la causa jurídica del perjuicio; se considera que solamente causó el daño aquel o aquellos fenómenos que normalmente debieron haberlo producido; esta teoría permite romper el vínculo de causalidad en tal forma, que solo la causa relevante es la que ha podido producir el daño*"

Sobre este mismo tema, se pronuncia enfáticamente el Doctrinante Héctor Patiño, quien afirma que: "*... lo que pretendemos con el tema del análisis de causalidad es determinar quién o qué persona de quien solicito la indemnización en verdad causo el daño*". Partiendo de lo anterior y contextualizados en la responsabilidad médica, resulta claro que quien pretenda la imputación, deba demostrar que el daño se haya presentado como un resultado de la conducta, acción u omisión del profesional de la salud demandado, para lo cual, deba establecerse una conexión necesaria entre una conducta y un daño. Conducta que como se ha venido insistiendo y como está plenamente acreditado, fue expedita en todo momento, ciñéndose a un proceder adecuado, perito o diligente, encontrándose por ende la conducta de mi defendido dentro de la siembra conductual correcta, plasmada ética y profesionalmente de la mejor manera posible.

Por los argumentos fácticos y jurídicos que enmarcan esta Litis, se puede colegir A SIMPLE VISTA, la ausencia de nexo causal por la conducta desplegada en cabeza de mi procurado y de todo el equipo médico que participó en la atención en salud. Y es que la manifestación intempestiva e irresistible de una patología como la meningitis fulminante, resultará siempre ajena a la actividad del profesional de la salud, luego, **NO** es consecuencia de una "indebida práctica médica" el hecho que el paciente HERNANDO BENAVIDES presente una bacteria multiresistente a os tratamientos, pues indudablemente, aquella aparición corresponde a un estado propio generado en el organismo y por condiciones genéticas de la paciente; lo que **FRACTURA INDEFECTIBLEMENTE LA EXISTENCIA DE TODO NEXO CAUSAL** entre la conducta desplegada por mi cliente y en este caso.

Se puede concluir entonces, que frente al caso que nos ocupa, que no existe relación de causalidad entre la aparición del tumor presentado por del paciente HERNANDO BENAVIDES y el actuar ético,

profesional, ceñido a los protocolos médico-científicos del médico especialista **JOSE FERNEY NAVARRO ARIAS**. Por lo anteriormente expuesto, solicito respetuosamente a Su señoría, declarar probada esta excepción.-

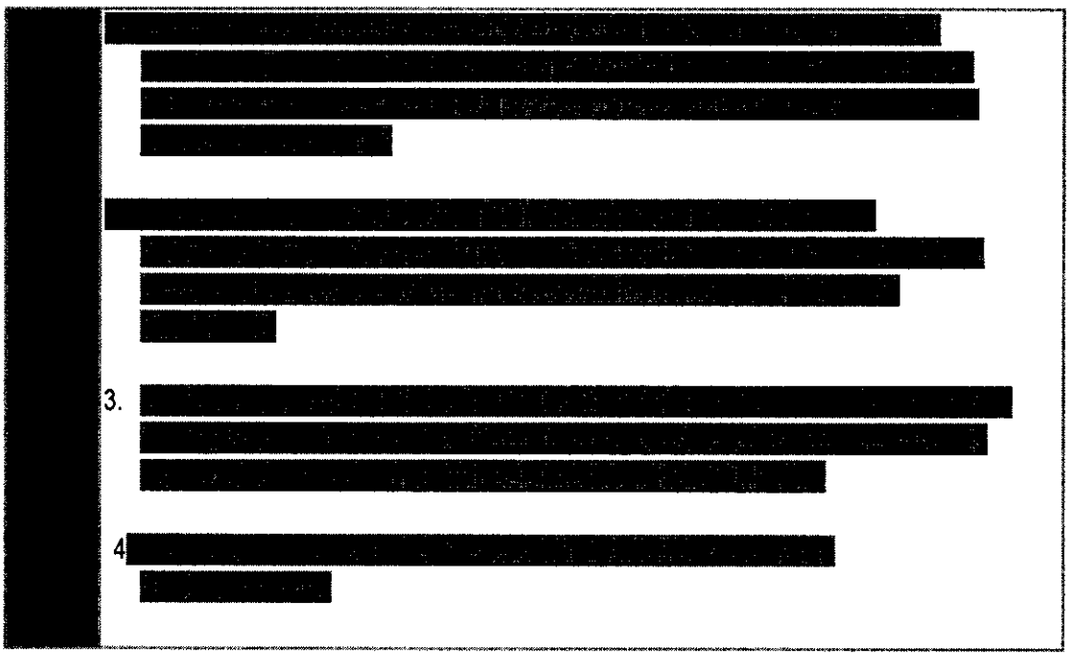
OBRAR DE ACUERDO A LA LEX ARTIS

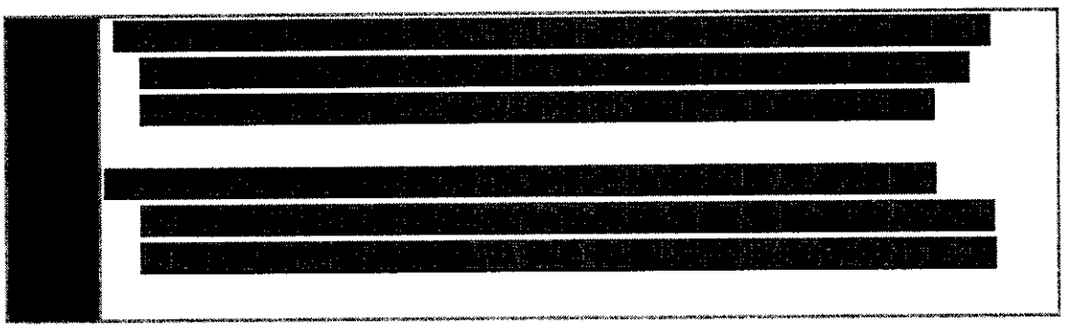
Conforme al acervo probatorio presentado, los testimonios que serán decretados, junto a los informes técnicos que se allegaran al plenario, se podrá evidenciar en el decurso procesal que mi procurado actúo debidamente, de manera diligente, prudente y perita, no sólo observando sino aplicando las mejores técnicas y procedimientos médico-científicos disponibles. De manera que, de ninguna forma sea aceptable afirmar que la patología de salud del paciente HERNANDO BENAVIDES, haya sido generada o producida en las atenciones de los especialistas, intervenciones que además se realizaron, como se insiste, de forma oportuna, enmarcada en todo momento, por los procedimientos que la ciencia médica indica y la experiencia en la especialidad se indica, como quedará probado con las declaraciones, interrogatorios y dictámenes periciales que analizaran durante el proceso. De esta forma, solicito respetuosamente a Su señoría, declarar probada esta excepción.-

. **INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN DE INDEMNIZAR.**

Frente al tema de la responsabilidad, resulta menester realizar un análisis íntegro, no solo del resultado, sino que es indispensable establecer si el hecho que se imputa como causante o generador del daño, es efectivamente la causa que dio origen al resultado. Sin embargo, si del análisis aplicado, se arriba la conclusión que el hecho que se señala como causante, no fue aquél que dio origen al resultado desafortunado se torna inane e imposible imputar una responsabilidad, y no nace para la siembra jurídica, obligación alguna para indemnizar.

Es así como para el caso de marras, no existe la obligación de indemnizar a los accionantes, puesto que nos encontramos frente a la inexistencia de nexo causal entre la conducta desplegada por mi representado y el resultado. Por lo descrito previamente, me permito ante Su señoría presentar los siguientes puntos, como guía o pauta del ejercicio médico diligente, oportuno, prudente y perito que desencadenó mi procurado en aras de la salud del paciente HERNANDO BENAVIDES, basados en la literatura científica que soporta los datos aquí consignados;





Por lo anteriormente expuesto, solicito respetuosamente a Su señoría, declarar probada esta excepción.-

ENRIQUECIMIENTO SIN JUSTA CAUSA

Se propone esta excepción, fundamentada en el hecho de que en la demanda, existe un hecho recurrente respecto a los perjuicios, que no se encuentran probados, por ende que no se produjeron y en consecuencia, no existan al mundo jurídico, de tal forma que, pese a la imposibilidad de prosperidad de las pretensiones indemnizatorias en relación a la no tipicidad de la demanda y a la adecuada atención que se brindó en forma profesional y perita del paciente HERNANDO BENAVIDES por parte del doctor el médico especialista Md. **JOSE FERNEY NAVARRO ARIAS** debe destacarse necesariamente que ni siquiera en gracia de discusión se puede acceder a peticiones como la que se pretende instaurar, por cuanto constituyen la búsqueda de indemnización dentro de un estadio fáctico inexistente que no se entrelaza causalmente, luego, es inviable y constituye un enriquecimiento injustificado y sin justa causa; Reflejando además con la desmedida pretensión económica a la que no hay lugar, las ansias de un lucro económico abiertamente arbitrario e inaceptable.

Con base en lo precedente, solicito respetuosamente a Su señoría, declarar probada esta excepción.-

INNOMINADA O GENÉRICA

Me refiero con ello a cualquier hecho o derecho a favor de mi mandante que resultare probado dentro del proceso, y que se funden en las disposiciones constitucionales, legales, contractuales y las directrices jurisprudenciales que constituyen el marco jurídico mediante el cual habrá de resolverse la presente Litis, por consiguiente solicito respetuosamente a Su señoría, reconocer las excepciones que resulten probadas en el decurso procesal. Solicito respetuosamente a Su señoría, declarar probada esta excepción.-

V. MEDIOS DE PRUEBA DOCUMENTALES APORTADOS

- Hoja de vida del médico especialista Md. **JOSE FERNEY NAVARRO ARIAS**, con la que se acredita su formación académica, su innegable idoneidad profesional, su indiscutida experiencia en el ejercicio médico, su decorosa y destacada trayectoria en el área de la salud.
- La historia clínica que reposa en el plenario.
- Poder especial.

VI. INTERROGATARIOS SOLICITADOS.

Sírvase señor juez, permitir la realización por parte de éste extremo pasivo dentro la Litis frente a cada uno de los demandantes y codemandados que asistan a la audiencia inicial de la que trata el artículo 372 del C.G.P. principalmente frente a los siguientes:

estipulados en el artículo 226 C.G.P por **MÉDICO ESPECIALISTA EN CUIDADOS INTENSIVOS Y/O MEDICO INTERNISTA**.

De acuerdo con lo anterior, SOLICITO a su señoría concederme un tiempo prudencial *"que en ningún caso podrá ser inferior a diez (10) días"*, para aportar el **DICTAMEN PERICIAL DE PARTE anunciado,** de conformidad con las normas que regulan dicha prueba.

Adicionalmente, con todo respeto me permito citar el artículo 227 del Código General del Proceso que justifica lo solicitado:

"ARTÍCULO 227. DICTAMEN APORTADO POR UNA DE LAS PARTES. *La parte que pretenda valerse de un dictamen pericial deberá aportarlo en la respectiva oportunidad para pedir pruebas.* ***Cuando el término previsto sea insuficiente para aportar el dictamen, la parte interesada podrá anunciarlo en el escrito respectivo y deberá aportarlo dentro del término que el juez conceda, que en ningún caso podrá ser inferior a diez (10) días****. En este evento el juez hará los requerimientos pertinentes a las partes y terceros que deban colaborar con la práctica de la prueba.* (subrayas y negrillas fuera del texto). *El dictamen deberá ser emitido por institución o profesional especializado.*

X. PRUEBAS TESTIMONIALES CON RECONOCIMIENTO DE DOCUMENTOS (HISTORIA CLÍNICA)

A. Solicito señor juez, se sirva citar al Dr. **EDGAR FELIPE BARBETTI VARGAS** Médico especialista, quien participó en la atención del paciente HERNANDO BENAVIDES dentro del manejo interdisciplinario brindado, para que rinda testimonio con reconocimiento de documentos acerca de los hechos de la demanda y la contestación, quien además de lo anterior por tener conocimiento especializado servirá como testigo técnico de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 220 del Código General del Proceso y a quien se podrá ubicar en su lugar de trabajo, en la Calle 5D N° 38A-35, Cali-Valle del Cauca.

B. Solicito señor juez, se sirva citar al Dr. **JAIME RAUL LEON MEDINA** Médico especialista en cuidados intensivos, quien participó en la atención del paciente HERNANDO BENAVIDES dentro del manejo interdisciplinario brindado, para que rinda testimonio con reconocimiento de documentos acerca de los hechos de la demanda y la contestación, quien además de lo anterior por tener conocimiento especializado servirá como testigo técnico de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 220 del Código General del Proceso y a quien se podrá ubicar en su lugar de trabajo, en la Calle 5D N° 38A-35, Cali-Valle del Cauca.

C. Solicito señor juez, se sirva citar a la auditora médica **MARYSOL AVILA VILLEGAS**, quien participó en la atención del paciente HERNANDO BENAVIDES a quien se podrá ubicar en su lugar de trabajo, en la Calle 5D N° 38A-35 Cali-Valle del Cauca, para que rinda testimonio con reconocimiento de documentos acerca de los hechos de la demanda y la contestación, quien además de lo anterior por tener conocimiento especializado servirá como testigo técnico de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 220 del Código General del Proceso.

D. Solicito señor juez, se SIRVA CITAR A LA PROFESIONAL DE LA SALUD Y ESPECIALISTA EN NUTRICION **Dra.MARIA ISABEL BILBAO PARRA**, quien participó en la atención del paciente HERNANDO BENAVIDES a quien se podrá ubicar en su lugar de trabajo, en la Calle 5D N° 38A-35, Cali-Valle del Cauca, para que rinda testimonio con reconocimiento de documentos acerca de los hechos de la demanda y la contestación, quien además de lo anterior por tener conocimiento especializado servirá como testigo técnico de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 220 del Código General del Proceso.

XI. FRENTE A LAS PRUEBAS TESTIMONIALES SOLICITADAS POR LA PARTE DEMANDANTE

En caso de ser permitidos o decretados los testimonios, ruego al despacho me permita realizar preguntas a quienes sean citados al proceso para rendir declaración sobre los hechos de la demanda.

XII. FRENTE A LAS PRUEBAS DOCUMENTALES APORTADAS Y SOLICITADAS

En lo que se refiere a las pruebas documentales solicito al Despacho sean tenidas en cuenta en su justo valor probatorio.

PETICIÓN ESPECIAL

Solicito gentilmente a Su señoría admitir la presente contestación de demanda, por cumplir cabalmente con todos los requisitos legalmente establecidos en el Código General del Proceso y en nombre del Médico Especialista **JOSE FERNEY NAVARRO ARIAS** a quien represento judicialmente, dentro del término oportuno y para todos los efectos correspondientes.

XIII. AUTORIZACIÓN DEPENDENCIA

Así mismo señor Juez, ruego a usted reconocer en el mismo Auto que admita la contestación de la demanda, al Dependiente Judicial que a continuación describo;

- A la Señorita **Camila Cruz Marmolejo**, mayor de edad e identificado con cédula de ciudadanía N° 1144095690 expedida en Cali – Valle del Cauca, estudiante de quinto 5° año de la carrera de Derecho de la Universidad Santiago de Cali.

- A la Señorita **Paola Andrea. Perez,** con cédula de ciudadanía N° 1.144.095.690 expedida en Cali – Valle del Cauca, estudiante de quinto 2° año de la carrera de Derecho de la Universidad Santiago de Cali.

XIV. NOTIFICACIONES

El Médico Especialista **JOSE FERNEY NAVARRO ARIAS.**, en su calidad de demandado, las recibirá a través del suscrito, en la Avenida 4 Norte N°4n-76 Centro Comercial Centenario Centro de Negocios Oficina 335 de la ciudad de Santiago de Cali. Teléfono (092) 5240655 ext. 112, o al teléfono móvil número 321-2712348.

El suscrito como apoderado judicial especial podrá ser notificado en la Avenida 4 Norte N°4n-76 Centro Comercial Centenario Centro de Negocios Oficina 335 de la ciudad de Santiago de Cali. Teléfono (092) 5240655 ext. 112, o al teléfono móvil número 321-2712348

Con el acostumbrado respeto,

JUAN DIEGO MARTINEZ VILLABONA
C.C. N° 1.130.591.159 de Cali
T.P. N° 231406 del H. C. S. de la J.