



ANIBAL NAVARRO

MÉDICOS FORENSES

ANÁLISIS MÉDICO FORENSE DE PRESUNTA RESPONSABILIDAD EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

IDENTIFICACIÓN DEL CASO: 332

ASUNTO: MARÍA ANDREA CRISTANCHO CHAPARRO
(Fallecida)

PARA: JUZGADO TERCERO CIVIL DEL CIRCUITO DE
SOGAMOSO - BOYACA
HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO
GERMÁN DARÍO TÉLLLEZ SÁNCHEZ
(Abogado representante del hospital)

DATOS DEL LESIONADO O DEL CADÁVER:

Nombre	MARÍA ANDREA CRISTANCHO CHAPARRO
Edad	24 años para 2010
Ocupación	Ama de casa
Sexo	Mujer
Documento de identidad	46.386.911
Estado civil	Soltera
Escolaridad	Sin información
Dirección de residencia	Sin información
Régimen de seguridad social en salud	Caja de Compensación Familiar del Huila – EPS.

DATOS DEL INVESTIGADO:

Nombre de la institución	HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO
Ciudad	SOGAMOSO - BOYACA
Nivel de complejidad	Primer y segundo nivel
Nombre del profesional	Profesionales de salud que atendieron a la señora María Andrea Cristancho Chaparro entre 2002 y 2009.
Edad	Sin información
Sexo	Sin información
Profesión y especialidad	Profesionales de salud de la ESE Hospital Regional de Sogamoso y Salud Sogamoso
Facultad	Medicina
Registro médico	Sin información
Tiempo de experiencia	Sin información
Tipo de vinculación	Sin información

GRADO DE ACEPTACION DE LOS PROCEDIMIENTOS EMPLEADOS PARA REALIZAR EL ANÁLISIS



ANIBAL NAVARRO

MÉDICOS FORENSES

Según lo establecido por la Ley 938 de diciembre de 2004, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses tiene entre sus funciones básicas, la de “Definir los reglamentos técnicos que deben cumplir los distintos organismos y personas que realicen funciones periciales asociadas con medicina legal y ciencias forenses, y ejercer el control sobre su desarrollo y cumplimiento”

MOTIVO DE LA PERITACIÓN

Determinar si en la historia clínica de la señora MARÍA ANDREA CRISTANCHO CHAPARRO se presentaron fallas en la atención médica que llevaron a la muerte de la paciente.

INFORMACIÓN DISPONIBLE PARA ESTUDIO

Los siguientes documentos son relevantes para el estudio del caso:

Historia clínica a nombre de MARÍA ANDREA CRISTANCHO CHAPARRO con fecha entre 2002 a 2010.

1. Archivo en formato PDF denominado "DEMANDA Y ANEXOS_opt" con 432 folios, entre los folios 55 a 307 se encuentra información médica.
 - a. Historia clínica de la institución prestadora de servicios de salud - Salud Sogamoso.
 - b. Historia clínica de la institución prestadora de servicios de salud del Hospital Regional de Sogamoso.
 - c. Historia clínica de la institución prestadora de servicios de salud Instituto Nacional de Cancerología.
 - d. Historia clínica de la institución prestadora de servicios de salud Centro Oncológico Ltda.
2. Archivo en formato PDF denominado "HISTORIA CLINICA 1_opt" con 41 folios, con historia clínica del Hospital Regional de Sogamoso, año 2010, la cual se encuentra escrita a mano y escaneada en baja resolución.
3. Archivo en formato PDF denominado "HISTORIA CLINICA 2_opt" con 36 folios, con historia clínica del Hospital Regional de Sogamoso, año 2010, la cual se encuentra escrita a mano y escaneada en baja resolución.

EXAMEN CLÍNICO O DE PATOLOGÍA FORENSE

Sin información sobre necropsia medico clínica o médico forense.

RESUMEN DEL CASO

Se revisa la documentación en su totalidad y se extrae la información más relevante para el estudio del caso, como se consigna a continuación:

20 de marzo de 2002. Salud Sogamoso ESE.

Paciente de 16 años que consulta por dolor en epigastrio, manchas en brazos.



ANIBAL NAVARRO

MÉDICOS FORENSES

Más o menos 3 meses de evolución.

Antecedentes: Trauma craneoencefálico leve hace más o menos 7 años.

Presencia dolor en epigastrio

Impresión diagnóstica: Gastritis crónica, dermatomicosis.

Abril 2002. La hoja no tiene membretes

Refiere 2 semanas de evolución de (ilegible), de calor, sudoración profusa, nerviosismo, temblor (ilegible) epigastralgia y palpitaciones.

Abdomen: Dolor a la palpación de epigastrio.

Impresión diagnóstica: ¿Disfunción tiroidea?

Solicitan T3, T4 y TSH.

22 de mayo de 2002. La hoja no tiene membretes

Tiene dolor en el estómago.

Comenta presentar cuadro de 4 meses de evolución (ilegible) dolor en epigastrio tipo ardor intenso por lo cual consulto.

Abdomen doloroso en epigastrio.

Impresión diagnóstica: Gastritis crónica, otro diagnóstico ilegible.

24 de junio 2002. Salud Sogamoso ESE.

Gastritis. Asintomática. Gastritis crónica. Conducta hidróxido de aluminio y magnesio.

24 de Julio 2002. Salud Sogamoso ESE.

Mejoría epigastralgia. Exploración física abdomen, blando, depresible, masas, no dolor.

Enfermedad ácido-péptica.

28 de agosto 2002. Salud Sogamoso ESE.

Diagnóstico: Gastritis crónica. Infección de vías urinarias. PPI.

4 de septiembre 2002. Salud Sogamoso ESE.

Diagnóstico: PPI. Artritis.

2003

12 de febrero 2003. Salud Sogamoso ESE.

Atención por odontología.

Diagnóstico presuntivo caries recurrente y activa.

Gingivitis generalizada.

16 de mayo de 2003. Salud Sogamoso ESE.

Brote en brazos. Aparición de brote súbito

(ilegible)

Impresión diagnóstica: ¿Disfunción tiroidea? A descartar por historia clínica.

Dermatitis causa no específica en tratamiento.

¿Hipotiroidismo?



ANIBAL NAVARRO
MÉDICOS FORENSES

22 de septiembre de 2003. La hoja no tiene membretes.

TSH normal.

T4 normal

T3 normal.

Refiere dolor y adormecimiento distal.

Impresión diagnóstica: Ilegible.

2004

4 de marzo 2004. La hoja no tiene membretes.

Cuadro clínico de un día de evolución consistente en cefalea occipital y dolor tipo peso en región cervical.

Impresión diagnóstica: Cefalea tensional.

10 de septiembre 2004. Salud Sogamoso ESE.

Motivo de consulta por el estómago.

Epigastralgia más pirosis de 8 días de evolución.

Impresión diagnóstica: Enfermedad ácido-péptica.

2005

16 de febrero de 2005. Salud Sogamoso ESE.

Motivo de consulta epigastralgia.

Exacerbaciones epigastralgia asociado a ingesta comida, (ilegible) náuseas ocasionales.

Abdomen: Blando, depresible, ocultación positiva, doloroso a la palpación profunda epigastrio.

Diagnóstico: Gastritis crónica e hipotiroidismo.

Conducta general: Endoscopia de vías digestivas altas. Omeprazol e hidróxido de aluminio.

27 abril 2005. La hoja no tiene membretes.

Continuar con vómito postprandial, cefalea persistente epigastralgia, deposición normal, hábito intestinal diario.

Dolor a la palpación epigastrio.

Impresión diagnóstica enfermedad abdomino pélvica.

28 de abril 2005. Salud Sogamoso ESE.

Citología cérvico vaginal. Vaginosi bacteriana.

28 de abril de 2005.

Asesoría en planificación familiar y citología vaginal.

Diagnóstico: Asesoría en planificación familiar. Detección precoz de cáncer de cuello uterino. Vaginosi.

Se solicita frotis de flujo vaginal y remisión a médico general para tratamiento.

Control en un mes con resultado de citología cérvico vaginal.

30 de abril de 2005. Endoscopia de vías digestivas altas. Hospital Regional de Sogamoso ESE.



ANIBAL NAVARRO

MÉDICOS FORENSES

EDAD: 19 AÑOS

FECHA: ABRIL 30 DE 2005

INFORME DE ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA

ESOFAGO: NORMAL.

UNION NORMAL.

CARDIESOFAGICA:

ESTOMAGO: LUZ Y MOTILIDAD NORMAL. LAGO MUCOSO CLARO. LA MUCOSA DE CUERPO DISTAL, ANGULO Y ANTRO PRESENTA NOTABLE CONGESTION EN PARCHE, CON SUPERFICIE MICRONODULAR. PILORO NORMAL.

DUODENO: NORMAL.

DIAGNOSTICO 1-GASTRITIS CRONICA FOLICULAR.
ENDOSCOPICO:

FOTO: BIOPSIA no hay pinza

TEST HELICO BACTER PYLORI: No disponible

Fuente: Pagina 251 del PDF DEMANDA Y ANEXOS_opt

4 de mayo de 2005. Salud Sogamoso ESE.

Reporte de endoscopia de vías digestivas altas: Gastritis crónica folicular. No le tomaron biopsia.

Refiere dolor y vómito cuando toma los medicamentos.

Traer reporte de pruebas tiroideas normales.

Impresión diagnóstica: Gastritis crónica folicular.

Se insiste en tratamiento con Omeprazol (no se lo suministraron)

25 de mayo 2005. La hoja no tiene membretes.

Reporte de frotis de flujo vaginal. Gardenella vaginalis +++. Células guía 0-2xC acusa flujo vaginal moderado.



ANIBAL NAVARRO

MÉDICOS FORENSES

Impresión diagnóstica: Vaginositis mixta.

28 de mayo 2005

Resultado de citología cérvico vaginal negativo para lesión intraepitelial o malignidad.

21 de agosto de 2005.

Citología cervicovaginal 28 de abril del 2005 negativo para neoplasia flujo blanquecino.

Enfermedad actual de 3 semanas malestar general, dolor tipo peso en cuello que aumenta en la noche, mareos, (ilegible) dolor de cabeza tipo pulsátil generalizada no síntomas anexos.

Impresión diagnóstica: Cervicalgia tensional. Cefalea por estudio.

9 de noviembre de 2005. La hoja no tiene membretes.

Dolor de estómago.

Enfermedad actual de 2 semanas. Cuadro clínico de dolor tipo peso (ilegible).

Impresión diagnóstica:

Dolor abdominal pélvico.

Vaginositis.

¿¿Quiste de ovario??

Atención de planificación familiar. Salud Sogamoso ESE.

Fecha de última menstruación 10 de abril del 2005.

Controles por enfermería 28 de abril de 2005, 15 de junio del 2006, 16 de diciembre 2008.

Dan asesoría e interrogan posible infertilidad.

2006

13 enero 2006. Salud Sogamoso ESE.

Me duele el estómago.

Cuadro clínico de 3 semanas de dolor abdominal en mesogastrio, náuseas.

Abdomen: Blando, depresible, ruidos intestinales positivos, dolor a la palpación en mesogastrio, no hay irritación peritoneal.

Diagnóstico: Dolor abdominal estudio.

Solicita cuadro hemático, coprológico más sangre oculta y parcial de orina.

Signos de alarma y recomendaciones. Hábitos de vida saludable. Control en 72 horas.

19 enero 2006. Salud Sogamoso ESE.

Coprológico. Negativo para parásitos intestinales.

Cuadro hemático: Dentro de límites normales.

Parcial de orina: Normal negativo para sangre oculta.

24 de enero 2006. La hoja no tiene membretes.

Diagnóstico: Ídem + enfermedad ácido-péptica + disfunción cólicos secundario.

15 de junio 2006. Salud Sogamoso ESE.

Toma de citología cérvico vaginal.



ANIBAL NAVARRO

MÉDICOS FORENSES

Flujo blanco. Refiere (ilegible) asintomática, enfermedad ácido-péptica sin tratamiento.
Impresión diagnóstica: Toma de citología cervicovaginal. ¿¿¿Infección???

15 de junio de 2006.

Toma de citología cérvico vaginal.

2007

15 de junio de 2007. Ecografía pélvica. Membrete ilegible.

ECOGRAFIA PÉLVICA

Datos clínicos: Quiste ovario?

Utero con distensión fisiológica. Presenta pared normal, no se detecta alteración en su interior ni compresiones extrínsecas.

Útero en A.M.F. con miometrio homogéneo y contorno regular.

Medida: 2.5 x 3.5 x 3.8 cm. en eje Longitudinal, Transversal y antero-posterior.

Endometrio laminar de 7 mm de grosor, sin alteraciones.

Ovarios con características normales.

Ovarios con morfología y tamaño normal. Sin actividad folicular.

Fondo de saco libre.

No se detectan masas anexiales ni otras alteraciones en región pélvica.

IDX. Cálculo dentro de parámetros normales.

Fuente: Pagina 250 del PDF DEMANDA Y ANEXOS_opt

2008

25 de abril de 2008. Hospital Regional de Sogamoso ESE.

Informe de anatomía patológica.

Diagnóstico: Gastritis crónica difusa.

Coloración para Helicobacter pylori: Negativo.



ANIBAL NAVARRO
MÉDICOS FORENSES

EXAMEN No: 973-08	CEDULA: 46380911
NOMBRES: CRISTANCHO CHAPARRO ANDREA	
SERVICIO: AMBULATORIA	
EDAD: 23 AÑOS	FECHA: 25 Abril 2008
MEDICO: DR. OSCAR ORLANDO GONZALEZ	
MATERIAL PARA ESTUDIO: BIOPSIA GASTRICA	

DESCRIPCION MACROSCOPICA:

Se recibe 1 fragmento de tejido que mide 0.3 centímetro. Se procesa todo.

DESCRIPCION MICROSCOPICA:

Los cortes muestran fragmento de mucosa gástrica con moderada inflamación crónica difusa Linfo- plasmocitaria. Hay congestión vascular.
Coloración para Helicobacter pylori: Negativa.

DIAGNOSTICO:

GASTRITIS CRONICA DIFUSA.
COLORACION PARA HELICOBACTER PILORI: NEGATIVA.

Fuente: Pagina 248 del PDF DEMANDA Y ANEXOS_opt

26 de abril de 2008. Endoscopia de vías digestivas altas. Hospital Regional de Sogamoso ESE.



ANIBAL NAVARRO
MÉDICOS FORENSES

NOMBRE DEL PACIENTE:

MA ANDREA CRISTANCHO

EDAD:

23 AÑOS

FECHA:

Abril 28 de 2008

INFORME DE ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA

ESOFAGO:

NORMAL.

L

CARDIOESOFAGICA:

NORMAL.

ESTOMAGO

LUZ Y MOTILIDAD NORMAL. LAGO MUCOSO BILIAR. LA MUCOSA DE ANTRO PRESENTA CONGESTION EN PARCHES CON NODULARIDAD. SE TOMAN BIOPSIAS. PILORO NORMAL.

DUODENO:

NORMAL.

ENDOSCOPICO:

GASTRITIS CRONICA FOLICULAR

BIOPSIAS:

BIOPSIAS 1, FCO

Fuente: Pagina 249 del PDF DEMANDA Y ANEXOS_opt

11 de junio 2008 ecografía abdominal total. Hospital Regional de Sogamoso ESE.
Estudio dentro de límites normales.



ANIBAL NAVARRO

MÉDICOS FORENSES

ECOGRAFIA ABDOMINAL TOTAL

Datos clínicos: dolor abdominal.

Hígado de forma, tamaño, contorno y ecogenidad usual sin evidencia de lesión focal difusa parenquimatosa.

Vena porta y suprahepática de calibre dentro de la normalidad.

Vía biliar intra y extrahepática proximal sin alteración.

Vesícula biliar de pared delgada contenido anecoico Murphy ecográfico negativo.

Páncreas, cabeza y cuerpo visualizados sin alteraciones sonográficas.

Riñones De forma, tamaño, contorno y ecogenidad usual, sistema pielocalicial de calibre sin alteración.

No se definen adenopatías ni masas retroperitoneales.

Aorta abdominal y vena cava inferior de calibre y curso sin alteración.

Bazo de aspecto sonográfico usual.

Utero en AVF de forma, tamaño y contornos usuales.

Endometrio ecogenico homogéneo de 11 mm de grosor.

Vejiga de pared delgada contenido anecoico.

Ovarios de aspecto sonográfico habitual.

Fondo de saco libre.

OPINION:

Estudio dentro de límites normales.

Fuente: Pagina 247 del PDF DEMANDA Y ANEXOS_opt

15 de octubre de 2008. Consulta de urología. Hospital Regional de Sogamoso ESE.

Refiere polaquiuria. Pujar para orinar sensación de vaciamiento incompleto, frecuencia 10 x 0. No hematuria no en continencia, estreñimiento.

Impresión diagnóstica polaquiuria en estudio.

Se solicita cistoscopia.

27 de octubre 2008. 17:50 horas. Hospital Regional de Sogamoso ESE.

El doctor cortes realiza cistoscopia.

26 de noviembre 2008. Hoja sin membretes.

Cistoscopia normal.

Impresión diagnóstica: ¿Vejiga neurogénica?

16 de diciembre 2008. Hoja sin membretes.

Paciente con epigastralgia más pirosis.

Abdomen: Dolor en epigastrio.

Impresión diagnóstica: Enfermedad ácido-péptica. Otro diagnóstico ilegible.

16 diciembre 2008. Hoja sin membretes.

Toma de citología cérvico vaginal.

2009

26 enero 2009. Hoja sin membretes.



ANIBAL NAVARRO

MÉDICOS FORENSES

Control de citología cervicovaginal.

Citología cervicovaginal 16 de diciembre de 2008. Vaginosis bacteriana asociado a (ilegible).

Abdomen: Ruidos intestinales positivos, blando, no doloroso a la palpación, no masas, no megalias, no signos peritoneales, masa móvil?? En hipogastrio.

Tacto vaginal: Vagina normo tónico, (ilegible), cuello posterior doloroso a la movilización, (ilegible).

Diagnósticos: Vaginosis bacteriana. ¿Masa pélvica? Enfermedad ácido-péptica.

Se solicita: Eco pélvica transvaginal.

12 de marzo 2009. Hoja sin membretes.

Ver CNT.

16 de abril del 2009. Hoja sin membretes.

Control para la gastritis.

Refiere epigastralgia que mejora con Omeprazol.

Abdomen: Ruidos intestinales positivos, blando, no doloroso a la palpación, (ilegible), no megalias, masa pélvica? En hipogastrio.

Diagnóstico: Enfermedad ácido-péptica.

Varices en miembros inferiores.

Hipoglicemia postprandial.

Masa pélvica.

Pendiente Eco.

(ilegible) de junio de 2009. Consulta de urología. Hospital Regional de Sogamoso ESE.

Uro dinamia: No hay micción en (ilegible)

Eco renal y vías urinarias.

09 junio de 200 (probablemente 2009, en la historia dice fecha ultima menstruación 23 de mayo de 2009) Hospital Regional de Sogamoso ESE.

Paciente con cuadro de sangrado de sangrado vaginal de 3 horas de evolución con coágulos, sin fiebre, asociado a dolor en hipogastrio tipo cólico distensión abdominal.

Abdomen blando, doloroso a la palpación en hipogastrio, se palpa útero aumentado de tamaño. tv: vagina normo térmica, normo elástica, cuello duro largo, posterior cerrado, con abundante sangrado vaginal, útero aumentado de tamaño 6 veces, con masa anexial izquierda, no doloroso a la movilización.

Impresión diagnóstica. 1. sangrado vaginal 2. hemorragia uterina anormal 3. descartar embarazo plan se aplica bromuro de hioscina, ss subunidad beta HGC cuantitativa, ch, valoración por ginecología.

9 de junio de 2009 13:50 horas. Valoración por ginecología. Hospital Regional de Sogamoso ESE.

Abdomen: blando depresible doloroso en fosa iliaca izquierda, con palpación de útero aumentado de tamaño, al tv vaginal normo elástica, normo térmica, cuello posterior largo cerrado, se palpa útero aumentado de tamaño con masa anexial izquierda de 5-6 cms, no dolorosa. cérvix no doloroso a la palpación. ext; sin edemas, nuero sin deficit.

id. 1. Hemorragia Uterina Anormal 2. masa anexial vs miomatosis



ANIBAL NAVARRO

MÉDICOS FORENSES

plan: Se solicita ecografía transvaginal por ce. naproxeno, ss laboratorios, y consulta externa de ginecología.

11 de junio 2009. Ecografía renal y vías urinaria. Hospital Regional de Sogamoso ESE.

Recibió postmiccional positivo. Escasa cantidad de líquido libre en cavidad.

11 de junio de 2009.

Toma de citología vaginal.

11 de junio de 2009. Hospital Regional de Sogamoso ESE.

Ecografía pélvica tras abdominal transvaginal.

Masas anexiales sólidas descritas de probable origen ovárico que plantean descartar carácter neoplásico a correlacionar con estudios complementarios.

23 de junio 2009. Ginecología. Hospital Regional de Sogamoso ESE.

En su gran mayoría nota ilegible.

Se solicita tac abdomen pélvico.

24 de junio de 2009. Urología. Hoja sin membretes.

Eco renal: Riñones normales vejiga normal.

Control en un mes.

30 de junio 2009. TAC de abdomen con contraste. Hospital Regional de Sogamoso ESE.

Masas anexiales bilaterales sospecha en primera posibilidad de lesiones neoplásicas malignas de ovario asociado con abundante líquido ascítico.

No se visualizan metástasis a ganglios regionales ni a distancia.

01 de julio de 2009. Resultados de Laboratorios para clínicos. Laboratorio clínico especializado.

Alfafetoproteína 1.72 UI/ml.

Valor de referencia 0.5-5.5

Antígeno carcinoembrionario 46 ng/ml.

Valor de referencia: No fumadores: 0-3.4

Ca 125 145 U/ml.

Valor de referencia: 0.0 - 21.

2 de Julio 2009. Ginecología. Hoja sin membretes.

Diagnóstico: Cáncer de ovario. Hipotiroidismo.

2 de julio de 2009. Formato de referencia y contrarreferencia. Hospital Regional de Sogamoso ESE.

Paciente con masa abdominal.

Diagnósticos presuntivos: ¿Cáncer de ovario?

14 de Julio 2009. Autorización de servicios de salud. Secretaria de Salud de Boyacá.

Servicios autorizados Instituto Nacional de cancerología.

Diagnóstico C56X tumor maligno del ovario.

23 de julio de 2009. Salud Sogamoso ESE.

Cuadro de astenia, adinamia, (ilegible)



ANIBAL NAVARRO

MÉDICOS FORENSES

Diagnóstico: Masa ovárica en estudio cáncer uterino.
Dolor pélvico en estudio.

10 de julio 2009. Instituto Nacional De Cancerología

Enfermedad actual:

EDAD: 24 AÑOS NATURAL Y PROCEDENTE: SOGAMOSO/ BOYACA OCUPACION: HOGAR ESTADO CIVIL: SOLTERA RELIGION: CATOLICA CUADRO CLINICO DE 1 MES DE EVOLUCION CONSISTENTE EN DOLOR TIPO PESO DE MODERADA INTENSIDAD ASOCIADO A SANGRADO GENITAL Q NO CORRESPONDIA CON CICLO MENSTRUAL POR LO CUAL CONSULTO AL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL EN SOGAMOSO DONDE LE ADMINISTRAN ANALGESICOS Y LE SOLICITAN ESTUDIOS POR CONSULTA EXTERNA: REALIZAN ECOGRAFIA TV (11/06/09) EN REGIONES ANEXIALES BILATERALES PRESENCIA DE MASA REDONDEADA DE CONTORNOSDEFINIDOS ECOGENICAS CON REFUERZO ACUSTICO CON DIAMETROS DE 82X 57X95 (DERECHO), 79X53X79 (IZQ), ESCASO LIQUIDO LIBRE EN FONDO DE SACO, POSTERIORMENTE REALIZAN TAC ABOMINOPELVICO (30/06/09) MASAS ANEXIALES BILATERALES REDONDAS CON REALCE HETEROGENEO DERECHA DE 100X85MM, IZQ 95X84 QUE OCUPA FOSAS ILIACAS Y SIGMOIDES Y 1/3 SUP DE LA AMPOLLA RECTAL, CON ABUNDANTE CANTIDAD DE LIQUIDO ASCITICO, NO SE VISUALIZAN METASTASIS A GLANGLIOS REGIONALE Y ADISTANCIA. MARCADORES TUMORALES: JULIO 01/09 AFP: 1.72 ACE: 46 CA 125: 145 AP: PATOLOGICOS: GASTRITIS TRATADA CON OMEPRAZOL. QX: NEG, ALERGIAS: NEG, GS: O POSITIVO. AF: MADRE CA DE CERVIX AGO: M: 11 AÑOS, CICLOS: 26X4, PF:NEG. CITOLOGIA(16/12/08) NEGATIVA, IVS:18 AÑOS, ETS: NEG, CS:1, FUR:23/06/09, G0P0.

Fuente: Pagina 259 del PDF DEMANDA Y ANEXOS_opt

Examen físico.

Abdomen masa móvil no dolorosa que ocupa mesogastrio, hipogastrio y fosa iliaca izquierda, con onda ascítica positiva. Genitales externos sanos. Cervicovaginitis cuello macroscópicamente sano. Lateralizado hacia la izquierda con leucorrea. Tacto vaginal rectal: Se palpa masa que hace cuerpo con el útero en cara anterior de 20 cm aproximadamente con cérvix corto se palpa masa que compromete a rectal tabique rectovaginal conservado, parametrios libres.

Observaciones:

Paciente con masas bilaterales con marcadores tumorales elevados, con ACE de 46, se solicitan marcadores tumorales del Instituto Nacional de Cancerología, lectura de TAC y prequirúrgicos, se solicita valoración por gastroenterología para descartar primario gastrointestinal.

30 de julio 2009. Instituto Nacional De Cancerología

Colonoscopia se avanza hasta el ciego no hay alteraciones de la luz ni de la mucosa.
Colonoscopia total normal.

04 de agosto 2009. Instituto Nacional De Cancerología

Observaciones: Se valora con el doctor Rey quién considera realizar endoscopia de vías digestivas altas por observar imagen sospechosa a nivel de porción pilórica del estómago.

5 de agosto 2009. Instituto Nacional De Cancerología



ANIBAL NAVARRO

MÉDICOS FORENSES

Paciente valorada por doctor Bonilla quién considera paciente con masas bilaterales de posible origen metastásico con marcadores elevados, tiene pendiente de realizar endoscopia de vías digestivas altas y nueva valoración por gastroenterología por lo que se da cita control con resultados de endoscopia de vías digestivas altas para definir manejo por parte del servicio.

10 de agosto 2009. Esofagoduodenoscopia. Instituto Nacional De Cancerología

Fecha del Procedimiento : 10/08/2009 Hora del Procedimiento : 09:10:18
Aseguradora : GOBERN. BOYACA-SEC.SALU- Aut. 2

INDICACIONES

Masas pelvica y flanco izquierdo

DESCRIPCIÓN

LARINGE E HIPOFARINGE: Normal

ESOFAGO : Paso fácil por el cricofaríngeo ,motilidad presente ,calibre normal ,mucosa lisa hasta los 36 Cm donde se ubica la linea Z,cardias a los 36 Cm,no hay erosiones.

ESTOMAGO : Lago mucoso claro ,la mucosa del fondo es normal.en el cuerpo hacia la curva mayor existe una gran masa infiltrante con centro ulcerado y periferia levantada con sangrado fácil,diametro de 8 cm .la mucosa del antro presenta eritema en parches y atrofia

PILORO : Central ,franqueable.

DUODENO : Normal hasta la segunda porcion

DIAGNÓSTICO

**CA GASTRICO BORMAN III CORPORAL
GASTRITIS ERITEMATOSA Y ATROFICA ANTRAL
TUMOR DE KRUKEMBER**

PLAN

PENDIENTE PATOLOGIA ,IC CUIDADOS PALIATIVOS ,CONTROL POR CE

Fuente: Pagina 267 del PDF DEMANDA Y ANEXOS_opt

Dr. MAGU...
Gastr...

12 de agosto de 2009. Informe anatomopatológico. Instituto Nacional De Cancerología



ANIBAL NAVARRO

MÉDICOS FORENSES

INFORME ANATOMO - PATOLÓGICO

PROTOCOLO : 07961-09 REG. INTERNO : 136657 CEDULA : 46386911
NOMBRE : MARIA ANDREA CRISTANCHO CHAPARRO EDAD : 24 SEXO : F
SERVICIO : NO APLICA MEDICO REMITENTE :
DIAGNOSTICO CLINICO :
MATERIAL ENVIADO : MASA CORPORAL
Recibido el : 10/Ago/2009 Fecha del Informe : 12/Ago/2009

DESCRIPCION MACROSCOPICA:

Rotulado " Masa corporal". En formol se reciben 5 fragmentos de tejido color pardo claro, el mayor de 0.3 x 0.2 cm y el menor de 0.1 x 0.1 cm. Se procesa todo en 1 bloque.

Ycc

Procesado Por : Dra Guarín

DIAGNOSTICO:

BIOPSIA GÁSTRICA CORPORAL:
- ADENOCARCINOMA GÁSTRICO POBREMENTE DIFERENCIADO DE TIPO DIFUSO CON CELULAS EN ANILLO DE SELLO, ULCERADO. NO SE RECONOCE CLARA INVASIÓN VASCULO NEURAL.

Fuente: Pagina 268 del PDF DEMANDA Y ANEXOS_opt

11 de agosto de 2009. Instituto Nacional De Cancerología

Observaciones:

Paciente con lesión gástrica corporal, endoscopia digestiva reporta cáncer gástrico borman III corporal tumor de krukenberg, tiene pendiente resultado de patología y definir manejo. Sin tratamiento sintomático. Tramadol. Metoclopramida control en un mes para definir manejo por parte de gastroenterología.

25 de agosto de 2009. Instituto Nacional De Cancerología

Biopsia gástrica corporal: Adenocarcinoma gástrico pobremente diferenciado de tipo de infusión células en anillo de sello. Ulcerado. No se reconoce clara invasión vasculo neural.

Observaciones:

Valorada por doctor Guevara quién conceptúa qué se trata de un cáncer gástrico avanzado e inoperable tumor de krukenberg más ascitis, y por lo tanto debe ser manejada por el grupo de oncología clínica.

3 de septiembre 2009. Centro Oncológico Ltda.

Paciente a quién por para dolor abdominal y masas ováricas se documenta ascitis y durante el estudio de esta se encontró masa de estómago de 8 cm a nivel de la curvatura menor cuya biopsia informó adenocarcinoma gástrico de tipo de difuso y con células en anillo de sello. Ya fue evaluada por cirugía oncológica gastrointestinal y se descartó tratamiento quirúrgico. Es enviada para manejo sistémico.

Se le explica clara y extensamente a la paciente y familiares que la acompañan sobre la enfermedad, la extensión de la misma y el tratamiento con los posibles efectos colaterales, se inicia con quimioterapia.

6 de octubre 2009. Hospital Regional de Sogamoso ESE.

TSH dentro de límites normales.



ANIBAL NAVARRO

MÉDICOS FORENSES

8 de octubre 2009. Centro Oncológico Ltda.

En el momento en manejo sistémico completo un ciclo de esquema con paclitaxel, cisplatino y 5 fluorouracilo, presentando efectos adversos esperados.

6 de noviembre de 2009. Ecografía pélvica transvaginal transvaginal. Hospital Regional de Sogamoso ESE.

Masas anexiales bilaterales compatibles con extensión secundaria a neoplasia primaria.
Líquido libre en cavidad pélvica.

19 noviembre 2009. Centro Oncológico Ltda.

En el momento en manejo sistémico completo dos ciclos de esquema con paclitaxel, cisplatino y 5 fluorouracilo, presentando efectos adversos esperados.

3 de diciembre 2009. Centro Oncológico Ltda.

Se dieron dos ciclos de paclitaxel, DDP, y 5 FU, con escasa mejoría y con deterioro de la función renal por lo que se cambió a oxaliplatino.

Hoy refiere la paciente que hay empeoramiento en su estado general y aumento del perímetro abdominal, momento de disnea.

Paciente en franca progresión, sin respuesta alguna a dos líneas de quimioterapia por lo que se decidió dar en manejo paliativo.

Se le explica claramente a la paciente ya la madre que el acompaña sobre la nueva situación.

Se fórmula con codeína + acetaminofén oxígeno domiciliario.

15 de diciembre de 2009. Salud Sogamoso ESE.

Paciente en tratamiento por cáncer gástrico.

En tratamiento hipotiroidismo.

2010

HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO ESE.

27 de marzo 2010. Atención de urgencias.

Paciente de 24 años con antecedente de cáncer gástrico metastásico quién consulta por aumento de disnea y deterioro de clase funcional con el oxígeno domiciliario.

27 de marzo 2010. Medicina interna.

Paciente con cuadro de 8 días de evolución de disnea progresiva asociada tos seca, único pico febril 5 días previos a consulta cuantificada en 39 grados centígrados, disnea se hace limitante por la cual consulta.

Antecedente de cáncer gástrico metastásico diagnosticado en agosto de 2009 tratamiento 3 ciclos de quimioterapia último en diciembre sin adecuada respuesta. Aumento de tamaño masa.

27 de marzo 2010. Nota operatoria.

Derrame pleural izquierdo.

Procedimiento toracostomía cerrada.



ANIBAL NAVARRO

MÉDICOS FORENSES

Hallazgos líquido pleural (ilegible) drenaje 1500 cm cúbicos.
Conducta hospitalizar.

28 de marzo 2010. Cirugía general.

Nota incompleta, faltan diagnóstico y plan.

28 de marzo 2010.

Paciente en postoperatorio día 1 con mejoría de su dificultad respiratoria.

28 de marzo 2010 11:45 horas.

Cuadro hemático construcción hemoglobina 6.7.

Este cuadro hemático es interpretado como paciente con anemia.

29 marzo 2010.

Posoperatorio día 2. Toracostomia cerrada izquierda. Derrame pleural.

16 de febrero de 2010. Atención de urgencias.

Paciente femenina 24 años con antecedente de cáncer gástrico con cuadro clínico de 8 días de evolución consistente en cefalea intensa, tos, odinofagia, sensación de disnea y sensación febril.

Murmullo vesicular base pulmonar izquierda, sin agregados.

Impresión diagnóstica: Neumonía basal izquierda (ilegible) descartar.

Cáncer gástrico descartar.

Cefalea intensa asociada.

Deshidratación grado 2.

21 horas.

Se decide hospitalizar para valoración de Medicina interna.

17 de febrero 2010. Valoración medicina interna.

Abdomen: Ruidos intestinales positivo se palpan masa en todo el abdomen de consistencia dura, no dolorosa a la palpación.

Rayos x de tórax: Derrame pleural izquierdo teniendo en cuenta enfermedad de base se sospecha metástasis, sin descartar proceso infeccioso será manejada como paciente inmunosuprimido.

18 de febrero 2010: Evolución medicina interna.

Paciente estable hemodinámicamente sin signos de respuesta inflamatoria sistémica con aumento de la tos.

19 febrero 2010. Evolución medicina interna.

Paciente refiere disnea, ortopnea, aumento de la tos con escasa expectoración blanquecina, disminución de la TVO micción y deposición positiva.

Ruidos cardíacos rítmicos sin soplos ruidos respiratorios disminución en hemitórax izquierdo.

Abdomen: Ruidos intestinales positivos se pasa anteriormente descrito.

Paciente estable hemodinámicamente con persistencia de su sintomatología respiratoria. Pronóstico malo se explica a familiares que el manejo es paliativo se solicita radiografía de tórax.



ANIBAL NAVARRO

MÉDICOS FORENSES

20 de febrero 2010. Evolución medicina interna.

Paciente refiere sentirse bien con mejoría de su dificultad respiratoria, disminución de la tos pero persiste su emesis y malestar abdominal.

21 de febrero 2010. Evolución medicina interna.

Análisis paciente hemodinámicamente estable.

22 de febrero 2010. Evolución medicina.

Paciente refiere sentirse bien tolera vía oral, micción y deposición. Refiere diaforesis noche dolor en epigastrio.

Análisis: Paciente con disminución de su disnea y tos.

Se solicita valoración por cirugía para toracocentesis pleurodesis.

22 de febrero 2010. Formato de referencia y contrarreferencia.

Paciente A quién hace 6 meses le diagnostican cáncer gástrico y quién recibió 3 sesiones de quimioterapia que fue suspendido en diciembre por no tener respuesta a tratamiento consulta por cuadro clínico 8 días devolución disnea síntomas gripales. Se toma radiografía de tórax que evidencia derrame pleural izquierdo.

Justificación de la remisión: Valorar posibilidad de toracocentesis y pleurodesis.

23 de febrero 2010. 08:00 horas. Evolución medicina interna.

Paciente estable hemodinámicamente sin signos de respuesta inflamatoria sistémica.

23 de febrero 2010. 8:15 horas. Evolución cirugía general.

Paciente refiere buen estado general, buen patrón de sueño, tolera vía oral, episodio emesis en la noche postprandial con disminución de la dificultad respiratoria y de la tos.

Pendiente toracocentesis.

24 de febrero 2010. Evolución medicina interna.

Paciente con evolución estacionaria.

Pendiente endoscopia de vías digestivas altas y toracocentesis.

24 febrero 2010. Ecografía de tórax.

Derrame pleural libre izquierdo 700 cm cúbicos.

Derrame pleural libre derecho 560 cm cúbicos.

24 de febrero 2010. Evolución cirugía general.

Análisis. Paciente con evolución estacionaria quién tiene pendiente endoscopia de vías digestivas y toracocentesis. Paciente con mínimo derrame pleural izquierdo con examen físico cardiopulmonar Con disminución del murmullo vesicular en ambas bases pulmonares por el momento no se considera necesaria toracocentesis, ni tú de tórax. Se solicita ecografía de tórax para valorar derrame y de acuerdo con los hallazgos considerar toracocentesis guiada por eco.



ANIBAL NAVARRO

MÉDICOS FORENSES

25 de febrero 2010. Evolución cirugía general.

Se considera resultado de ecografía se considera que el derrame es (ilegible) y teniendo en cuenta que no tiene dificultad respiratoria, no es necesario realizar toracocentesis o colocar tubo de tórax se cierra interconsulta por cirugía general.

25 de febrero 2010. Evolución medicina.

Ecografía tórax: Derrame pleural izquierdo aproximadamente 700 cm cúbicos derrame pleural derecho 560 cm³ con características de exudado.

Plan: Salida.

REVISIÓN DE LA LITERATURA

Sobre la estrategia de búsqueda sistemática y selección de artículos.

Se llevaron a cabo búsquedas sistemáticas de la literatura, independientes para el tumor de Krukenberg y para Dispepsia en las bases de datos PubMed y de forma libre en Google, utilizando artículos identificados en bola de nieve presentes en las referencias de artículos seleccionados en PubMed. No se aplicaron filtros geográficos y se seleccionaron artículos científicos originales o de tipo revisión y guías de manejo, publicados entre 01/01/1998 y 31/12/2008, en texto completo o en formato "In-Press", escritos en inglés o español, que incluyeron en título, como palabras clave (MeSH o Major Topic) el término Krukenb* o dyspep*. Se aplicaron filtros de edad menor a 24 años y el query obtenido con la estrategia previa se ejecutó en el módulo de Clinical Queries para seleccionar artículos de los sub-módulos de diagnóstico y etiología.

La estrategia previa se diseñó para identificar publicaciones científicas preferiblemente antes del año 2005 sobre el tumor de Krukenberg o de Dispepsia y que orientaran a resolver incertidumbres clínicas sobre:

1. Guías de la práctica clínica o artículos de revisión sobre la aproximación terapéutica y diagnóstica de la Dispepsia y Tumor de Krukenberg.
2. Historia natural de la enfermedad de Krukenberg, especialmente para identificar tiempos de supervivencia con o sin tratamiento médico o quirúrgico, no paliativo.
3. Estándares de reporte de endoscopia de vías digestivas altas.

También se buscó otros artículos posteriores a la fecha de los hechos que se relacionan con la influencia de *Helicobacter pylori* y el cáncer gástrico y con el pronóstico de tumor de Krukenberg con el fin de ver cuáles eran los avances de investigación científica, estos artículos científicos no iban a influir en la toma de decisiones para la fecha de las atenciones médicas entre 2002 a 2009.

1. Korman LY, Delvaux M, Bidgood D. Structured reporting in gastrointestinal endoscopy: Integration with DICOM and minimal standard terminology. *Int J Med Inform.* 1998;48(1-3):201-6.
2. Korman LY. Standardization in endoscopic reporting implications for clinical practice and research. *J Clin Gastroenterol.* 1999;28(3):224-7.
3. Ikenberry SO, Harrison ME, Lichtenstein D, Dominitz JA, Anderson MA, Jagannath SB, et al. The role of endoscopy in dyspepsia. *Gastrointest Endosc.* 2007;66(6):1071-5.
4. Group NZG. Management of Dyspepsia and Heartburn. New Ze. New Zealand; 2004.



ANIBAL NAVARRO

MÉDICOS FORENSES

5. Zar S, Mendall MA. Clinical practice - Strategies for management of dyspepsia. *Br Med Bull*. 1998;54(1):217–28.
6. Mason JM, Delaney B, Moayyedi P, Thomas M, Walt R. Managing dyspepsia without alarm signs in primary care: New national guidance for England and Wales. *Aliment Pharmacol Ther*. 2005;21(9):1135–43.
7. Recommendations M. American gastroenterological association medical position statement: Evaluation of dyspepsia. *Gastroenterology*. 2005;129(5):1753–5.
8. Espejo Romero LH, Navarrete Siancas J. Clasificación de los adenocarcinomas de estómago. *Rev gastroenterol Perú*. 2003;199–212.
9. Lazăr D, Tăban S, Dema A, Cornianu M, Goldiș A, Rațiu I, et al. Gastric cancer: The correlation between the clinicopathological factors and patients' survival (I). *Rom J Morphol Embryol*. 2008;50(1):41–50.
10. Lazăr D, Tăban S, Sporea I, Dema L, Cornianu M, Lazăr E, et al. Gastric cancer: Correlation between clinicopathological factors and survival of patients (II). *Rom J Morphol Embryol*. 2008;50(3):369–79.
11. Luigiano C, Ferrara F, Fagoonee S, Fabbri C, Cennamo V, Virgilio C, et al. Is *Helicobacter pylori* the Infectious Target to Prevent Gastric Cancer? An Interdisciplinary Point of View. *Infect Disord - Drug Targets*. 2012;12(5):340–5.
12. Peng W, Hua RX, Jiang R, Ren C, Jia YN, Li J, et al. Surgical Treatment for Patients with Krukenberg Tumor of Stomach Origin: Clinical Outcome and Prognostic Factors Analysis. *PLoS One*. 2013;8(7):2–9.

SEGUIMIENTO A LA DISPEPSIA A TRAVÉS DE ENDOSCOPIA DE VÍAS DIGESTIVAS ALTA

Se revisa la literatura anterior al año 2008 que es el momento donde realizan endoscopia de vías digestivas altas con toma de biopsia y coloración para *Helicobacter pilory*.

Se encuentra que los síntomas referidos como: dolor crónico o recurrente o malestar centrado en la parte superior del abdomen se consideran como **dispepsia**.

Lo que se recomienda para el abordaje clínico de la dispepsia es:

1. Realizar una adecuada anamnesis.
2. Realizar un adecuado examen físico.
3. Identificar alguno de los signos de alarma:
 - a. Antecedentes familiares de cáncer gástrico (inicio <50 años)
 - b. Síntomas dispépticos graves o persistentes
 - c. Enfermedad previa de úlcera péptica, particularmente si se complica
 - d. Ingestión de AINE (antiinflamatorios no esteroideos) en personas en riesgo.
 - e. Pérdida de peso inexplicable
 - f. Sangrado gastrointestinal (hematemesis o melena)
 - g. Anemia
 - h. Disfagia (dificultad para tragar)
 - i. Accesos de tos o aspiración nocturna
 - j. Vómitos prolongados o regurgitación persistente de alimentos



ANIBAL NAVARRO

MÉDICOS FORENSES

k. Masa abdominal palpable.

Si presenta alguno de los signos de alarma se debe remitir para Endoscopia de Vías Digestivas Altas.

Si es menor de 45 años y no presenta signos de alarma se debe proceder a realizar exámenes para confirmar o descartar la presencia de infección por *Helicobacter pylori*.

- Si las pruebas dan positivas se procede a dar tratamiento antibiótico para *Helicobacter pylori*.
- Si las pruebas dan negativas se procede a dar tratamiento sintomático con inhibidor de bomba de protones o medicamentos procinéticos.

Sí después de esta primera fase de dar tratamiento sintomático el paciente no mejora y presenta síntomas de 4 a 12 semanas se procede a remitir para endoscopia de vías digestivas altas.

Una vez se realice la endoscopia de vías digestivas altas y el paciente continúa manifestando síntomas se debe realizar otro tipo de exámenes médicos dependiendo del caso en particular y de la evolución como (Tomografía Axial Computarizada, Resonancia Magnética, Medición de presiones, entre otros) hacer un seguimiento de los síntomas, la medicación, los cambios en la mucosa intestinal.

Para la gastritis crónica atrófica no se tiene un intervalo preciso para la realización de endoscopias de vías digestivas altas de seguimiento, sin embargo, se acepta un intervalo entre 1 y 3 años.



ANIBAL NAVARRO

MÉDICOS FORENSES

Patient Name
Address
Date of Birth
Sex
SSN
Patient ID (Internal)
Tel No. (H)
Tel No. (W)
Study Date (Date of Procedure)
Study Time
Study Type (Type of Procedure)
Referring Physician
Endoscopist (Procedure MD)
Endoscopic Instrument
ASA Status
Medication
Reason for Examination
Indication
Anatomic Extent of Examination
Limitation of Examination
Complication
Finding
Site
Term
Attribute
Attribute Value
Therapeutic Procedure
Diagnostic Impression
Diagnostic Impression IC9-CM Code
Pathologic Result
Final Diagnosis
Final Diagnosis ICD9-CM Code
Recommendation

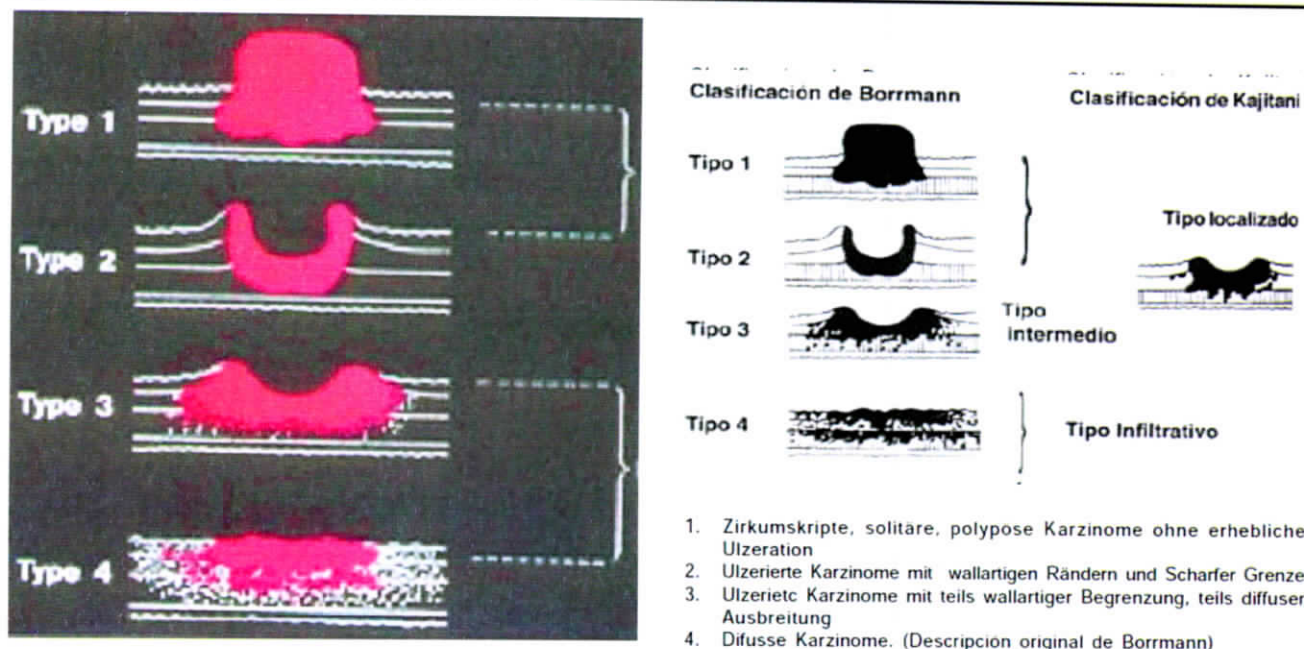
SSN, social security number; ASA, American Society of Anesthesiology.

Fuente: Tabla 1 de Korman LY. Standardization in endoscopic reporting implications for clinical practice and research. J Clin Gastroenterol. 1999;28(3):224-7.

CANCER GASTRICO BORMAN III CORPORAL

El cáncer avanzado se le ha denominado por costumbre cáncer tipo Borman y se clasifica de 1 a 5. Cómo se observa en la Gráfica a continuación:

Figura 15:



Fuente: Tomado del artículo clasificación de los adenocarcinomas de estómago, 2003.

Tabla 3.- CARACTERÍSTICAS DE LOS TIPOS 1, 2, 3 y 4 (BORRMANN)

TIPO 1 y 2		TIPO 3 y 4
LIMITES	bien definidos	Sin limites precisos
LOCALIZACIÓN	Antro	Más en fondo que en antro
DIFERENCIACIÓN	Diferenciados	Indiferenciados
ACIDEZ	Baja o aclorhidria	Hipo aclorhidria o normal
PRONÓSTICO	Mejor	Peor
SEXO	Más en hombres	Más en mujeres
EDAD	Más edad	Menos edad
METASTASIS	Hematica	Linfatica

Fuente: Tomado del artículo clasificación de los adenocarcinomas de estómago, 2003.

El tiempo de supervivencia en un cáncer gástrico depende del estadio según la clasificación de Borrmann aquellos que sean estadio III y IV tienen un tiempo menor de supervivencia que reportan en un estudio de 15 meses y 4 meses respectivamente.

ADENOCARCINOMA GÁSTRICO POBREMENTE DIFERENCIADO DE TIPO DIFUSO CON CELULAS EN ANILLO DE SELLO.

El carcinoma gástrico en el estómago se distribuye anatómicamente de la siguiente manera:

- Píloro y antro un 50 a 60%.
- Cardias un 25%.



ANIBAL NAVARRO

MÉDICOS FORENSES

- El resto se distribuye en las zonas del cuerpo y del fondo.
- La curvatura menor se afecta en un 40% y la curvatura mayor en un 12%.
- Por lo que se puede decir que la localización de preferencia es la curvatura menor de la región antro pilórico.

La profundidad de infiltración es la característica morfológica de mayor impacto en el pronóstico final.

El carcinoma precoz se define como una infiltración limitada en la mucosa y la submucosa independiente de que exista o no metástasis en los ganglios linfáticos periféricos.

Algunos carcinomas precoces llegan a cubrir diámetros de hasta 10 cm de la mucosa gástrica sin infiltrar la pared muscular.

Carcinoma gástrico precoz no es sinónimo de carcinoma in situ.

El carcinoma gástrico avanzado es un tumor que se extiende por debajo de la submucosa hasta la pared muscular.

Es probable que todos los cánceres se inician como lesiones precoces que con el tiempo progresan hacia lesiones avanzadas.

Existen tres patrones de crecimiento macroscópico del carcinoma gástrico que pueden ser evidenciados en diferentes etapas del tumor tanto precoces como avanzadas.

- Exofítico: Es aquel tumor que se produce hacia la luz intestinal.
- Plano o deprimido: Es aquel tumor teclado o que deprime la mucosa intestinal.
- Excavado: Es aquel tumor que tiende a hacer un agujero en la mucosa intestinal.

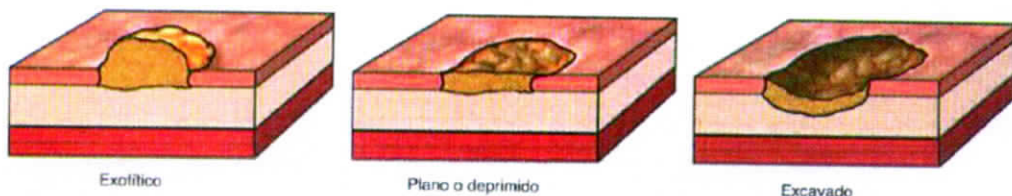
"... Los humores exofítico son fáciles de identificar con técnicas radiológicas y en la endoscopia, pueden contener porciones de un adenoma. Por el contrario, las neoplasias planas o deprimidas pueden pasar inadvertidas incluso para un explorador experto y solo aparece como borramientos regionales del patrón superficial normal de la mucosa..." tomado textualmente del libro patología estructural y funcional, sexta edición, Robbins, página 834.



ANIBAL NAVARRO

MÉDICOS FORENSES

Carcinoma gástrico precoz



Carcinoma gástrico avanzado

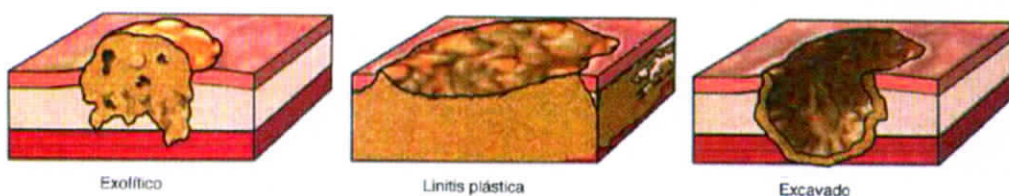


Figura 18-22

Diagrama de los patrones de crecimiento y propagación del carcinoma gástrico. En el carcinoma precoz, el tumor está limitado a la mucosa y submucosa, y puede mostrar una configuración exofítica, plana o deprimida, o excavada. El carcinoma gástrico avanzado penetra en la *muscularis mucosae*, sobrepasándola. La linitis plástica es una forma extrema de carcinoma gástrico avanzado plano o deprimido.

Fuente: libro patología estructural y funcional, sexta edición, Robbins, página 835.

Desde el punto de vista anatomopatológico se divide en tumores de tipo intestinal y de tipo difuso.

La variante intestinal está conformada por glándulas intestinales neoplásicas parecidas a las del adenocarcinoma de Colón.

La variante de tipo difuso está conformada por células mucosas gástricas que no suelen formar glándulas, sino que invaden la mucosa y la pared de manera individual o en pequeños grupos. La formación de mucina expande a las células malignas y empuja su núcleo hacia la periferia dando una imagen de anillo de sello.

La infección por *Helicobacter pylori* es uno de los factores dentro de una mezcla multifactorial para el desarrollo de cáncer gástrico, la eliminación de la bacteria disminuye la probabilidad de llegar a presentar cáncer gástrico y esto depende de la virulencia o agresividad de la cepa o de la bacteria.

El retroceso de las lesiones premalignas no está garantizado con la erradicación de la bacteria *helicobacter pylori* debido a que la producción de estas lesiones es multifactorial.

En el cáncer gástrico la tasa de supervivencia media a 5 años es del 16,4%.

La supervivencia a 5 años es del 10,7 % para pacientes con cánceres avanzados, significativamente inferior a la supervivencia a 5 años del 80 % para pacientes con cánceres gástricos tempranos.

Los pacientes con las formas infiltrativas difusas de cánceres gástricos sobrevivieron durante un período promedio de solo 4,9 meses después de la intervención quirúrgica.

La presentación histológica también determina cuanto puede llegar a ser el tiempo de sobre vida, teniendo el peor pronóstico aquellas presentaciones que tengan células en anillo de sello o sean anaplásicas.



ANIBAL NAVARRO MÉDICOS FORENSES

Una localización de metástasis viscerales es en uno o ambos ovarios conocidos como tumor de krukemberg.

TUMOR DE KRUEMBER

El tumor de krukemberg es un tipo de tumor poco frecuente que se manifiesta en el ovario como cáncer de ovario y que tiene un mal pronóstico.

Se ha encontrado que los tumores gastrointestinales tienen un mal pronóstico cuando ha hecho metástasis.

El pronóstico mejora cuando este tipo de tumores responde a la quimioterapia posterior a la cirugía.

En el artículo científico Surgical Treatment for Patients with Krukenberg Tumor of Stomach Origin: Clinical Outcome and Prognostic Factors Analysis, no recomiendan someter a los pacientes al retiro de las masas ováricas y la lesión primaria localizada en estómago no se ha resecado o no se podía resecar o si se llegó a detectar ascitis. Igualmente refieren el mal pronóstico de este tipo de tumores.

Se ha encontrado que el sitio más frecuente de origen primario de un tumor de krukemberg es el estómago, luego el recto y luego el colon, también puede ser de otros órganos como la mama.

En algunos casos no se puede encontrar el origen del tumor debido a que el sitio primario puede ser muy pequeño y requerir una investigación exhaustiva para detectarlo y en otros casos el origen primario puede permanecer sin síntomas durante bastante tiempo, como por ejemplo los de origen gástrico y mamario.

El pronóstico en pacientes con tumor de krukemberg es extremadamente pobre y abarca un intervalo de supervivencia entre 3 a 10 meses. Solamente un 10% de los pacientes sobreviven más de 2 años después del diagnóstico. El tratamiento en pacientes con tumor de krukemberg aún es controversial debido a que no se tiene estandarizado si se retira primero El tumor primario o las metástasis o si se inicia primero una quimioterapia o el proceso quirúrgico.

DESCRIPCIÓN DEL MANEJO ESPERADO PARA EL CASO SEGÚN SEAN LAS CIRCUNSTANCIAS ESPECÍFICAS DE MODO, TIEMPO Y LUGAR

En el caso del paciente MARÍA ANDREA CRISTANCHO CHAPARRO se debe dividir su historia clínica en tres momentos diferentes:

- Primero: Entre marzo de 2002 hasta marzo de 2005, intervalo de tiempo de síntomas de disfagia y justo antes de la primera endoscopia de vías digestivas altas.
- Segundo: Entre abril de 2005 a diciembre de 2008, intervalo de tiempo entre la primera endoscopia de vías digestivas altas y la última consulta antes de la detección de una posible masa pélvica.
- Tercero: Entre enero del 2009 y mayo de 2010, intervalo de tiempo entre la primera descripción de posible masa pélvica y la muerte.

Se esperaba que para marzo de 2002 hasta marzo de 2005.



ANIBAL NAVARRO

MÉDICOS FORENSES

- 1) Se procediera a realizar una historia clínica bien diligenciada con respecto a la anamnesis, antecedentes personales y familiares, examen físico, impresión diagnóstica, identificación de signos de alarma. Situación que no se evidencia en la historia clínica analizada.
- 2) Se procediera a dar tratamiento sintomático, el cual si se realizó.
- 3) Cita de control para determinar la evolución de los síntomas, actualizar el examen físico, identificar signos de alarma, en un intervalo de tiempo de un mes a 3 meses o de 4 a 12 semanas, situación que no se encuentra evidenciada.
- 4) Debido a que no habían mejorado se deberían remitir a gastroenterología, situación que no se encuentra evidenciada.
- 5) Realizar pruebas para confirmar o descartar *Helicobacter pylori*, situación que no se evidencia en la documentación examinada.
- 6) Si la paciente continúa con síntomas gastrointestinales altos proceder a realizar endoscopia de vías digestivas altas y en caso de encontrar alguna enfermedad tomar las biopsias para confirmar o descartar la enfermedad en las muestras analizadas a través de exámenes histopatológicos, situación que solo se da hasta abril 2005.
- 7) Si los hallazgos son negativos, establecer un plan de seguimiento de la sintomatología, el examen físico y determinar la necesidad de nuevas endoscopias de vías digestivas altas.
- 8) Se buscará la causa de la dispepsia y no se determinará una gastritis crónica desde el inicio.

Se esperaba que para abril de 2005 a diciembre de 2008.

- 1) Se procediera a realizar una historia clínica bien diligenciada con respecto a la anamnesis, antecedentes personales y familiares, examen físico, impresión diagnóstica, identificación de signos de alarma. Situación que no se evidencia en la historia clínica analizada.
- 2) Se remitiera a gastroenterología o la realización de endoscopia de vías digestivas altas, situación que se encuentra evidenciada para la fecha del 27 de abril de 2005.
- 3) Se realizará la endoscopia de vías digestivas altas cómo sucedió el 30 de abril de 2005.
- 4) Se tomará la biopsia para confirmar o descartar el diagnóstico de gastritis crónica, procedimiento que no se realizó.
- 5) Se realizará la prueba para determinar infección por *Helicobacter pylori*, procedimiento que no se realizó.
- 6) Se diera el tratamiento y las recomendaciones respectivas para la enfermedad o la sintomatología.
- 7) Se determinará un plan de seguimiento para determinar la evolución de los síntomas, la evolución del examen físico, la evolución de los hallazgos endoscópicos, que según la literatura debe de ser 1 a 3 años, no hay un plan descrito, sin embargo 3 años después se realizó la endoscopia de vías digestivas altas.
- 8) Se realizará otro tipo de exámenes para buscar la causa de la dispepsia.
- 9) Se realizó endoscopia de vías digestivas altas en abril del 2008, lo cual está dentro de los tres años recomendados para esa época.

Se esperaba que para enero del 2009 y mayo de 2010.

- 1) Se realizará la ecografía pélvica para el estudio de la "...masa móvil?? En hipogastrio..." descrita el 26 de enero de 2009, solicitud que está registrada en la historia clínica, documentándose que se realizó en junio de 2009. Igual se realizó tomografía axial computarizada de abdomen con contraste.



ANIBAL NAVARRO

MÉDICOS FORENSES

- 2) Debido al hallazgo de masa pélvica se remitiera a una de las especialidades como urología o ginecología, situación que si está documentada que se realizó.
- 3) Una vez se determinará la ubicación de la masa y su probable origen maligno se remitiera a una institución de salud de mayor nivel, situación que si está documentada.
- 4) El Instituto Nacional de Cancerología procediera a confirmar o descartar la malignidad de la masa pélvica, situación que si está documentada donde diagnosticaron un tumor de Krukemberg de origen gástrico.
- 5) El Instituto Nacional de Cancerología trazara un plan de manejo, situación que, si está documentada que se realizó, toda vez que descarta la intervención quirúrgica y remite para manejo de quimioterapia.
- 6) En la institución de salud Centro Oncológico Ltda., realizaron quimioterapia a lo cual la paciente no respondió de la forma deseada y procedieron a establecer manejo paliativo.
- 7) En el Hospital Regional de Sogamoso está documentada que ingreso en varias ocasiones con síntomas respiratorios y la paciente fue atendida en su sintomatología y finalmente fallece el 10 de mayo de 2010.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Se trata de MARÍA ANDREA CRISTANCHO CHAPARRO de 24 años que consulta en diferentes momentos de su vida por sintomatología en el tracto gastrointestinal alto, la historia clínica aportada se encuentra escrita a mano, sin un orden cronológico, ilegible, uso de siglas, lo cual no es acorde con la resolución 1995 de 1999 del Ministerio de salud "Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica".

Para la comprensión de la evolución medica la historia clínica se dividió en tres momentos diferentes.

Primero: Entre marzo de 2002 y marzo de 2005 dónde se encuentran anamnesis incompleta, exámenes físicos incompletos, un diagnóstico de gastritis crónica la cual no tiene soporte en la historia clínica, un diagnóstico que debió haber sido sindrómico o sea más general y que lleve a pensar en diversas causas cómo es la dispepsia, lo cual llevaba a establecer un plan de manejo para buscar el origen, finalmente se limitaron a dar un tratamiento sintomático y a una supuesta causa sin confirmar cómo es la gastritis crónica. En este periodo de tiempo se debió proceder a realizar inicialmente tratamiento sintomático de la dispepsia y si está no mejoraba en un periodo de un mes a 3 meses cómo sucedió en este caso se debió haber procedido a remitir a gastroenterología o solicitar una endoscopia de vías digestivas altas, situación que no se realizó. Tampoco hay evidencia en este periodo de tiempo que se hayan realizado pruebas para confirmar o descartar infección por *Helicobacter pylori*.

Segundo: En el periodo comprendido entre abril del 2005 y diciembre del 2008, se encuentra las anamnesis incompletas, los exámenes físicos incompletos, se continúa con un diagnóstico de gastritis crónica se realiza una endoscopia de vías digestivas altas diagnóstico de gastritis crónica para la cual no se toma biopsia, lo cual estuvo mal realizado toda vez que ante ese hallazgo se dio de tomar biopsia de la mucosa gástrica. Está dentro de la Lex artis o literatura técnico-científica realizar un seguimiento en un periodo de 1 a 3 años el cual se realizó en abril del 2008 y se realiza biopsia donde se termina diagnosticando gastritis crónica difusa. Hasta este momento en las muestras tomadas no hay evidencia que la paciente estuviera cursando con un tumor maligno. En la biopsia realizada de abril 2008 refieren



ANIBAL NAVARRO

MÉDICOS FORENSES

qué se realiza coloraciones para *Helicobacter pylori* y que el resultado es negativo por lo que se procede a descartar esta infección en las muestras tomadas.

Tercero: En el período comprendido entre enero de 2009 y mayo del 2010 cuando fallece la paciente se puede decir que:

En enero de 2009 se encuentran una masa pélvica y solicitan ecografía pélvica, en la documentación revisada se determina que se realizó en junio de 2009 describiendo masas de origen ovárico, descartar carácter neoplásico

En la consulta del 12 de marzo de 2009 se encuentra una sigla CNT de la cual se desconoce su significado. Para el 16 de abril del 2009 en un control para la gastritis vuelven y refieren una masa pélvica en hipogastrio y refieren que está pendiente la ecografía.

Posterior al 9 de junio del 2009 básicamente la remisión a ginecología y la realización de marcadores tumorales y la impresión diagnóstica de cáncer de ovario es adecuada para ese momento, también es adecuada la remisión al Instituto Nacional de cancerología y todo su posterior manejo.

De lo anterior surgen las siguientes preguntas:

- ¿Según la literatura técnico-científica cuál es el tiempo de vida de un paciente con un tumor de krukemberg?
Se revisó literatura posterior a los hechos y se encuentra que cuando es de origen gástrico desde el momento de la detención de la masa el tiempo de vida es aproximadamente 10 meses, cuándo es de origen de colon el cual es menos frecuente puede algunos meses más de sobrevida.
- ¿Es posible que se haya desarrollado el tumor de krukemberg posterior a la endoscopia de vías digestivas altas realizada en abril del 2008?
Teniendo en cuenta el tiempo de sobrevida aproximado, se puede decir que si es posible.
- ¿Es posible que no se diagnostique este tumor a tiempo?
Si es posible debido a que en la literatura revisada refieren que es difícil ubicar algunos tumores por su tamaño y por la localización en algunos órganos como es la mamá y el estómago, también de Qué es difícil localizarnos porque su presentación no siempre es exofítica o ulcerada.

Se debe tener en cuenta que hay algunos folios que no tienen membrete de instituciones prestadoras de servicios de salud.

CONCLUSIONES

En el caso de la muerte de MARÍA ANDREA CRISTANCHO CHAPARRO mi opinión pericial es:

Causa de muerte: Adenocarcinoma gástrico.

Se puede decir que para el intervalo de tiempo entre marzo del 2002 a abril del 2008 se presentan fallas en la prestación del servicio de salud, sin embargo, éstas no se relacionan con la no detención de un cáncer gástrico u otro tipo de enfermedad que llevara al fallecimiento de la paciente.



ANIBAL NAVARRO

MÉDICOS FORENSES

Posterior a enero del 2009 cuando se detecta la masa pélvica se puede encontrar que se solicitó una ecografía pélvica como examen de estudio en primera línea. También se puede decir para este momento con lo que se conoció meses después que esa masa pélvica ya correspondía a una metástasis.

Si es posible que se haya desarrollado este cáncer gástrico de tipo adenocarcinoma posterior abril del 2008 al igual que su metástasis, está documentado que en la endoscopia de vías digestivas altas de abril de 2008 no observan lesiones premalignas ni malignas y en la biopsia realizada en el reporte diagnostican una gastritis crónica difusa, mientras que en la endoscopia del 10 de agosto de 2009 reportan cáncer gástrico Borrmann III corporal, gastritis eritematosa y atrófica antral y tumor de krukemberg por la masa en pelvis, mientras que en la biopsia reportan adenocarcinoma gástrico pobremente diferenciado de tipo difuso con células en anillo de sello, ulcerado, el hecho que sea pobremente diferenciado y presencia de células en anillo es de un pobre pronóstico y de alta agresividad.

En mi opinión pericial basada en la documentación aportada y literatura revisada se encuentra que el manejo posterior a abril de 2008 fue el adecuado y no se encuentra relación entre el tumor de krukemberg y haber logrado realizar un diagnóstico más temprano, toda vez que hay hallazgos que indican la agresividad del adenocarcinoma en este caso.

RESPUESTA A INTERROGANTES

¿Cómo fue la atención en salud dada en el hospital E.S.E. Hospital Regional De Sogamoso?

RESPUESTA:

Para dar respuesta a esta pregunta se debe dividir la atención en diferentes momentos:

La atención recibida el 30 de abril del 2005 en la cual realiza una esofagogastroduodenoscopia o endoscopia de vías digestivas altas se puede decir que el procedimiento se realizó, sin embargo, no tomaron biopsias ni realizaron el test para la determinación de presencia o ausencia de *Helicobacter pylori*, lo cual no estuvo ajustado a la *lex artis*.

Sobre la atención realizada el 26 de abril del 2008 en la al realizar esofagogastroduodenoscopia o endoscopia de vías alta se puede decir que tomaron la biopsia correspondiente debido a que el hallazgo endoscópico fue una gastritis crónica folicular, sobre el procesamiento de la biopsia en el laboratorio de patología el diagnóstico confirmó gastritis Crónica difusa y una coloración para *Helicobacter pylori* negativo. Lo cual es ajustado a la *Lex Artis*.

Para el 11 de junio del 2008 cuando le realizan una ecografía abdominal total reportan que está se encuentra dentro de límites normales.

Las atenciones por el servicio de urología en el 2008 y el 2009 son adecuadas teniendo en cuenta las impresiones diagnósticas que realizaron los estudios paraclínicos que se solicitaron y realizar, al igual que la remisión posterior al servicio de ginecología ante la presencia de la masa abdominal.

Las atenciones realizadas en el año 2009 y 2010 es la atención de los síntomas en una paciente en estado terminal debido a cáncer, en donde el tratamiento se limita a ser paliativo o sea a mantener una calidad de vida lo más llevadera posible hasta su final. Determinar si la actuación es la adecuada o no es muy



ANIBAL NAVARRO

MÉDICOS FORENSES

complejo debido a que hay muchos componentes subjetivos sobre la percepción de una adecuada calidad de vida.

¿Indicar si las endoscopias de vías digestivas altas estuvieron ajustadas a protocolos y guías para esta clase de patologías o si se pudo presentar alguna demora, omisión o mal diagnóstico que impidió un tratamiento o la toma de acciones de manera oportuna?

RESPUESTA:

Cómo se respondió en la pregunta anterior para la primera endoscopia de vías digestivas altas realizada el 30 de abril del 2005, una vez se revisó la literatura técnico-científica vigente para el momento, se puede decir que esta endoscopia de vías digestivas altas no cumple con las recomendaciones como:

- El tipo de instrumento utilizado o serie del equipo utilizado.
- Tiempo del estudio.
- Nombre del médico que la remite.
- Si se utilizó o no medicación durante el procedimiento.
- La indicación del procedimiento.
- Limitaciones del examen.
- Presencia o ausencia de complicaciones.
- Toma de biopsia.

Luego de haber leído toda la documentación aportada para este estudio se puede decir que a pesar de que no se cumplió de manera estricta con los estándares vigentes para el momento esto no influye en el diagnóstico final de adenocarcinoma gástrico y tumor de krukenberg, toda vez que se le realizó otra endoscopia en abril del año 2008, donde se tomaron muestra de patología y coloración para *Helicobacter pylori* con resultados negativos.

Sobre la endoscopia de vías digestivas altas realizada el 26 de abril del 2008 se puede decir que no cumple con las recomendaciones vigentes para el momento en algunos apartes:

Tiempo del estudio.

Nombre del médico que la remite.

Si se utilizó o no medicación durante el procedimiento.

La indicación del procedimiento.

Limitaciones del examen.

Presencia o ausencia de complicaciones.

En este estudio si se le tomó una biopsia la cual según el laboratorio de patología refieren que el resultado fue la gastritis crónica difusa y en la coloración para *Helicobacter pylori* fue negativo.

¿Conforme los exámenes especializados practicados, específicamente la ecografía pélvica tras abdominal transvaginal, practicada por el doctor Fabián Camargo y la tomografía axial computarizada de abdomen con contraste, practicada por el doctor Mario Prada Bonilla, cuál era el diagnóstico médico definitivo de la señora maría Cristancho y su posible causa?

RESPUESTA:

El 11 de junio de 2009 realizaron la ecografía pélvica tras abdominal transvaginal, el médico radiólogo Fabián Camargo, este profesional de la salud informa los siguientes hallazgos:



ANIBAL NAVARRO

MÉDICOS FORENSES

ECOGRAFIA PÉLVICA TRANSABDOMINAL TRANSVAGINAL

Datos clínicos : masa anexal vs. miomatosis

Con Transductor Sectorial de 3.5 M.H.Z. Por vía transabdominal y Transductor de 7.5 M.H.Z. por vía endovaginal se realizó estudio con los siguientes hallazgos:

Utero en A,V,F, de tamaño, forma, contorno y ecogenicidad usuales sin evidencia de lesión focal ni difusa parenquimatosa con diámetros mayores de 39 x 38 x 61 mm

Endometrio de un grosor de 4 mm sin alteraciones

En relación a las regiones anexiales de manera bilateral se define presencia de imagen de masa, redondeada, de contornos definidos, ecogenica, que genera discreto refuerzo acústico posterior con diámetros de 82 x 57 x 95 mm y 79 x 53 x 79 mm derecho e izquierdo respectivamente. Cuyas características y localización son sugestivas de origen ovárico.

Escasa cantidad de líquido libre en fondo de saco peritoneal posterior

Vejiga de pared delgada contenido anecoico

OPINION:

MASAS ANEXIALES SOLIDAS DESCRITAS DE PROBABLE ORIGEN OVARICO QUE PLANTEAN DESCARTAR CARÁCTER NEOPLASICO A CORRELACIONAR CON ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

DR. FABIAN CAMARGO

Cómo se dijo anteriormente la ecografía en este caso es de orientación y los hallazgos descritos dan soporte a la opinión que el emite sobre la presencia de masas anexiales sólidas de probable origen ovárico y plantea descartar una neoplasia y correlacionar con estudios complementarios.

Lo cual es adecuado toda vez que recomienda continuar con la investigación médica para determinar la causa específica.

Sobre la tomografía axial computarizada realizada el 30 de junio de 2009 y leída por el médico radiólogo Mario Prada Bonilla con los siguientes hallazgos:



ANIBAL NAVARRO

MÉDICOS FORENSES

TECNICA:

Se realizaron cortes axiales con tomografía multidetectores desde las cúpulas diafragmáticas hasta la sínfisis del pubis, luego de la administración de medio de contraste oral y endovenoso.

HALLAZGOS

El Hígado es de forma, tamaño y contornos normales, sin evidencia de lesiones focales ni difusas. La vía biliar intra y extrahepática es de calibre normal. La vesícula biliar es de aspecto escanográfico usual.

Las glándulas suprarrenales, el páncreas y el bazo son de características morfológicas normales. Los riñones son de forma y tamaño normales, concentran y eliminan de manera simétrica el medio de contraste, observando los uréteres de curso y calibre normal en toda su extensión. La vejiga distiende adecuadamente, sin que se observen defectos de llenamiento.

Los grandes vasos del retroperitoneo muestran curso y calibre normales.

No se observan adenomegalias retroperitoneales, mesentéricas ni pélvicas.

Se obtuvo una adecuada opacificación del estómago, asas intestinales gruesas y delgadas, sin que se visualicen anomalías.

Se observan imágenes de masas anexiales bilaterales redondeadas con realce heterogéneo con el material de contraste, la del lado derecho con diámetros mayores de 100 x 85 mm y la del lado izquierdo con diámetros mayores de 95 x 84 mm, las cuales se extienden ocupando fosas ilíacas y flancos hasta la pared abdominal anterior. Producen compresión y desplazamiento del colon sigmoide y tercio superior de la ampolla rectal, preservando adecuado plano de clivaje. También producen compresión y desplazamiento de asas intestinales delgadas adyacentes.

Útero de características normales.

Abundante cantidad de líquido ascítico que produce medialización de viseras sólidas y estructuras gastrointestinales.

OPINIÓN.

Masas anexiales bilaterales sospechosas en primera posibilidad de lesiones neoplásicas malignas de ovario, asociado con abundante líquido ascítico.

No se visualizan metástasis a ganglios regionales ni a distancia.

Atentamente,

DR. MARIO PRADA BONILLA
Médico Radiólogo

Se puede decir que los hallazgos reportados dan soporte a la opinión sobre masas anexiales bilaterales sospechosas de neoplasia maligna de ovario asociada con abundante líquido ascítico.

Tanto con la ecografía tras abdominal transvaginal y con la tomografía axial computarizada con medio de contraste en abdomen se puede decir que son exámenes que orientan al profesional de la salud que solicitó el estudio para proceder a continuar con una investigación más profunda con el fin de identificar la causa.

Situación que se dio cuando remitieron a la paciente a ginecología y del servicio de ginecología fue remitida a ginecología oncológica donde fue atendida por profesionales de salud en el Instituto Nacional de Cancerología y donde realizaron el diagnóstico definitivo.

Atentamente,

ANIBAL ISRAEL NAVARRO ESCOBAR

CC 87.060.119 de Pasto.

Médico especialista en medicina forense

Anexo: Hoja de vida con soporte de pregrados y postgrados.



ANIBAL NAVARRO
MÉDICOS FORENSES
ANIBAL ISRAEL NAVARRO ESCOBAR
Médico especialista en medicina forense
Especialista en alta gerencia

Cedula de ciudadanía: 87.060.119 de Pasto, Nariño
Estado civil: Casado
Edad: 38 años
Fecha de Nacimiento: 15 de abril de 1983
Celular: (57) 3185164899
E – mail: info@anibalnavarro.com
Dirección: Calle 26A No.13-97 Oficina 203
Bogotá – Colombia

ESTUDIOS REALIZADOS

UNIVERSITARIA
MÉDICO

Universidad Cooperativa Colombia
Pasto – Colombia

POSTGRADO
MEDICINA FORENSE.

Universidad Nacional de Colombia.
Facultad de Medicina.
Departamento De Patología.
Bogotá – Colombia

POSTGRADO
ALTA GERENCIA.

Universidad Militar Nueva Granada.
Facultad de Economía.
Bogotá – Colombia

SECUNDARIA

Colegio Santa María Goretti,
Bachillerato Comercial
Cali, Colombia

PRIMARIA

Colegio Santa Maria Goretti
Cali, Colombia

IDIOMAS

- Español.

INVESTIGACIONES

- Características de individuos sometidos a infiltración de materiales extraños con fines estéticos sobre los que se realizó investigación judicial en Colombia, 2005 – 2015, en Bogotá, Colombia.



ANIBAL NAVARRO

MÉDICOS FORENSES

- Coinvestigador en: morbilidad materna extrema, mortalidad materna y perinatal, Colombia, 2007 – 2012.
- Competencias para la resolución de conflictos corporativos – Trabajo de grado, Especialidad de Alta Gerencia – Universidad Militar Nueva Granada, 2011.
- Resultado de las investigaciones judiciales de muertes por procedimientos lipoplásticos sometidas a necropsia médico legal en Bogotá entre 1993 y 2007.
- Coinvestigador en: Historia Natural de la infección por VPH en Cavidad anal y oral de hombres que tienen sexo con hombres y mujeres trabajadoras sexuales de Bogotá - Financiado por la secretaria de Salud de Bogotá y la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud del Hospital San José.

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

- Actualmente ninguno.

PUBLICACIONES

- Cala-Uribe L, Navarro-Escobar A, León JC, Buitrago-García D, Teherán AA, Cala L, et al. Características de individuos sometidos a infiltración de materiales extraños con fines estéticos sobre los que se realizó investigación judicial en Colombia. *Cir Plast Ibero-Latinoamericana*. 2017;43(2):137–41.
- Navarro A. Capítulo VII. Efectos civiles de la muerte. In: Tellez N, editor. *Patología forense: un enfoque centrado en derechos humanos*. Bogotá: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses; 2014, ISBN 978-958-8666-16-7
- Guerrero JM, Villalobos C, Navarro A, Sanabria C. Propuesta metodológica para el abordaje forense de cadáveres en estado de adipocira. *Revista Colombiana de Medicina Legal y Ciencias Forenses*. Volumen 1 Número 1 agosto de 2013 Bogotá, D.C. Colombia. Pag 71. ISSN: 2344 – 8164.
- Aguirre H, Navarro A, Téllez N. Resultado de las investigaciones judiciales de muertes por procedimientos lipoplásticos sometidas a necropsia médico-legal en Bogotá entre 1993 y 2007. *Rev Colomb Cirugía Plástica y Reconstr* [Internet]. 2011;17(1):36–42. Available from: file:///C:/Users/user/Downloads/Volumen_17_No_1_Mayo_2011.pdf

EXPERIENCIA

DOCENCIA

- Docente de casuística en la maestría de ciencias forenses de la facultad de derecho, Universidad de Manizales, 19 a 21 de noviembre de 2021.
- Docente de medicina forense, facultad de derecho, Universidad Sergio Arboleda, módulo académico de la asignatura CRIMINALÍSTICA DE CAMPO Y SISTEMA PENAL ACUSATORIO del programa ESPECIALIZACIÓN EN DERECHO PENAL: COHORTE XV durante las fechas 15 de agosto a 30 de agosto de 2020.



ANIBAL NAVARRO

MÉDICOS FORENSES

- Docente de medicina legal en Especialización de derecho penal, facultad de derecho, Fundación Universitaria de Colombia, Agosto – septiembre 2020.
- Docente de medicina forense, facultad de derecho, Universidad Nacional de Colombia, 10 de agosto de 2015 hasta la noviembre 2017.
- Docente de medicina forense en talleres sobre certificación de la defunción, valoración de presunta violencia sexual, valoración de corazón, accidentes de tránsito, identificación, asfixia – Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, tiempo julio 2015 hasta noviembre de 2017.
- Docente de medicina legal de la tecnología de investigación criminal, Universidad Libre sede Bogotá, marzo a junio de 2017.
- Docente del seminario Prueba técnica y científica, especialización en instituciones jurídicas penales, facultad de derecho, Universidad Nacional de Colombia en convenio con las universidades: Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia (Tunja), Universidad de los llanos (Villavicencio), Universidad de Nariño (Pasto), Universidad Surcolombiana (Neiva). 10 de agosto de 2015 hasta octubre 2016.
- Docente Anatomía II - Facultad de medicina, Universidad Antonio Nariño, 03 de agosto de 2015 hasta 07 de diciembre de 2015.
- Docente de seminario de medicina legal, tecnología de la investigación criminal – Facultad de derecho, Universidad Manuela Beltrán, abril a junio 2013 y enero a febrero 2014.
- Docente de cátedra de aspectos médico legales en Atención Prehospitalaria – facultad de medicina, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, enero de 2014 a junio de 2015.

LABORAL

- Actualmente asesor médico forense privado en empresas como: Investigaciones estratégicas y asociados, SAP andina y del caribe S.A. en Colombia en liquidación, abogados Sampedro & Torres, Prieto Carrisoza & Urrutia, Seguros Generales Suramericana S.A., a través de la empresa IRS Vial, Abogados Díaz y Díaz, ESIMED.
- Profesional Especializado, Centro Distrital de Educación e Investigación en Salud (CDEIS), Secretaria Distrital de Salud, 26 de diciembre de 2017 hasta la actualidad.
- Consultor para Colombia en la Familia Internacional de Clasificaciones de la Organización Internacional de la Salud, Organización Panamericana de Salud – OMS, marzo a mayo 2014.
- Profesional Especializado Forense, Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Desde el 1 de Julio de 2008 hasta 1 de diciembre de 2013, experiencia de 5 años y 5 mes, en el grupo de patología forense de la Regional Bogotá durante 19 meses. Desde mayo de 2010 hasta 30 de noviembre 2013 en el equipo de Justicia y Paz realizando necropsias de cadáveres esqueletizados y de alta complejidad, coordinador operativo para el abordaje de cadáveres dentro del marco de la Ley de Justicia y Paz, donde me encargue de planificar y abordar los cadáveres con fines de identificación de fosas colectivas y cementerios como la Macarena – Meta, Sabanas de la Fuga – Guaviare, cementerio de Yopal, entre otros cementerios y de la atención de algunas muertes colectivas en combate entre fuerzas armadas de Colombia y grupos insurgente en Putumayo, Caquetá y Arauca.



ANIBAL NAVARRO

MÉDICOS FORENSES

- Médico Especialista Forense, Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, profesional especializado – Análisis Demográfico y Estadísticas Vitales, entre los años 2010, a 2013, capacite al personal de sanitario en certificación de la muerte, traslado de cadáveres, indicaciones de necropsias medico legales y clínicas, apoye desde el sector salud al Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses a esclarecer la situación de cadáveres donados a universidades que hoy se encuentran desaparecidos.
- Medico general, Hospital Jorge Julio Guzmán, Puerto Guzmán Putumayo. Agosto de 2007 a enero de 2008, experiencia de 6 meses.
- Servicio social obligatorio, Hospital Fronterizo La Dorada, San Miguel Putumayo. 5 de enero de 2007 a 5 de julio de 2007, experiencia de 6 meses.
- Internado rotatorio, Hospital Universitario San Juan de Dios de Armenia, Quindío, experiencia de 12 meses.

CONFERENCISTA

- Ponencia Medidas de mitigación a problemas medico forenses en componentes biológicos en las facultades de ciencias de la salud, Simposio de la Asociación Colombiana de Morfología y del Simposio de Tejidos Blandos y Mineralizados, 5 y 6 de noviembre 2018. Universidad del Valle.
- Ponencia corta Medicina forense y antropología forense como disciplinas complementarias en la resolución de casos de clínica forense en accidente de tránsito. XIV Congreso de la Asociación Latino Americana de Antropología Forense. 22 a 24 de octubre de 2018. Santa Marta –Colombia.
- Ponencia corta de individualización e identificación forense en cadáveres desmembrados y mezclados en fosas clandestinas. XII Congreso Latinoamericano de Antropología Biológica, 14 a 16 de noviembre de 2012, San José de Costa Rica, Costa Rica.
- Ponencia de inhumación correcta de cadáveres en condición de no identificados, XVI Congreso de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 15 al 17 de agosto de 2012, Bogotá, Colombia.
- Resultado de las investigaciones judiciales de muertes por procedimientos lipoplasticos sometidas a necropsia médico legal en Bogotá entre 1993 y 2007, Ponencia de investigación XIV Congreso Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses, 10 al 13 de noviembre de 2010, Bucaramanga - Santander.

FORMACION ACADEMICA

- Asistencia a 103 International Educational Conference de la International Association for Identification, San Antonio – Texas, Estados Unidos de America, 29 de julio a 04 de agosto de 2018.
- Curso de Esculpido y texturizada digital en Pixologic Zbrush, 40 horas, Curso virtual, Servicio Nacional de Aprendizaje -SENA, octubre 2016.
- Curso de Photoshop, 40 horas, Curso virtual, Servicio Nacional de Aprendizaje -SENA, septiembre y octubre 2016.
- Curso interpretación y análisis indicadores sociales, económicos y demográficos, intensidad de cuarenta (40) horas, DANE, realizado del 1 abril al 9 de mayo 2014, en la ciudad de Bogotá – Colombia.



ANIBAL NAVARRO

MÉDICOS FORENSES

- Curso Análisis de trauma óseo en muertes violentas con sospecha de violación a los DDHH e infracción al DIH, 15 a 17 de noviembre de 2013, Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Bogotá, Colombia.
- XII Congreso Latinoamericano de Antropología Biológica, 14 a 16 de noviembre de 2012, San José de Costa Rica, Costa Rica.
- XVI Congreso de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 15 al 17 de agosto de 2012, Bogotá, Colombia.
- Seminario de Estadísticas vitales “Registro de natalidad: datos para el talento del futuro” 30 de noviembre de 2012, intensidad de 8 horas.
- Curso de entrenamiento en el protocolo de Estambul para la documentación médica efectiva de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos y/o degradantes en Colombia, Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses – Physicians for Human Rights, marzo 26 al 30 de 2012, Bogotá.
- ENTERRAMIENTOS CLANDESTINOS, Internacional Criminal Investigative Training Assistance Program (ICITAP), United States Department of Justice, 25 de julio al 15 de agosto de 2011, Bogotá, intensidad de 128 horas.
- OSTELOGIA, Internacional Criminal Investigative Training Assistance Program (ICITAP), United States Department of Justice, 11 al 22 de junio de 2011, Bogotá, intensidad de 76 horas.
- CURSO CORTO DE TRAUMA Y PSEUDOTRAUMA ÓSEO, Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 13 al 17 de diciembre de 2010, Bogotá, intensidad de 36 horas.
- INFORMÁTICA: ADMINISTRACIÓN DE BASES DE DATOS UTILIZANDO MICROSOFT® ACCESS 2000, Sistema Nacional de Aprendizaje (SENA), 02 de diciembre de 2010.
- II SEMINARIO NACIONAL SOBRE DESAPARICIÓN DE PERSONAS, Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses y el Comité Internacional de la Cruz Roja en Colombia, 1 al 3 de diciembre de 2010, Bogotá, Intensidad de 24 horas.
- XIV Congreso Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses, 10 al 13 de noviembre de 2010, Bucaramanga - Santander.
- DIPLOMADO EN AVANCES EN LOS SISTEMAS DE PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS Y DIH, Universidad Nacional de Colombia, 28 de octubre al 16 de diciembre de 2009, Bogotá, intensidad horaria 110 horas.
- INTERNACIONAL CRIMINAL INVESTIGATIVE TRAINING ASSISTANCE PROGRAM (ICITAP), United States Department of Justice, 9 al 13 de febrero de 2009, intensidad 40 horas.
- CURSO DE CLÍNICA FORENSE, Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, agosto de 2008. 36 horas.
- SEMINARIO-CURSO TEÓRICO PRACTICO EN MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA, Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses y Universidad Nacional de Colombia, 30 horas, 2008.
- CURSO DE METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA, Instituto Nacional de Medicina legal y Ciencias Forenses, abril a Julio de 2008.



ANIBAL NAVARRO

MÉDICOS FORENSES

- CURSO DE INGLES, Natural Learn Corporation. Febrero de 2008 a febrero de 2009.
- PROVEEDOR APOYO VITAL BASICO Y APOYO CARDIOPULMONAR AVANZADO, Cali, Valle, 5 y 6 de julio de 2007.
- CURSO BÁSICO DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA, Armenia, Quindío, 4, 11, 18 y 25 de noviembre de 2006 intensidad de 32 horas.
- IV JORNADA DE ACTUALIZACIÓN EN PEDIATRIA, Armenia, Quindío, 8 de septiembre de 2006.
- PRIMER SIMPONSIO ECUATORIANO DE RADIOLOGIA "ACTUALIZACIÓN EN RADIOLOGIA PEDIATRICA" San Juan de Pasto, Nariño. 22 y 23 de Julio de 2005.
- III CONGRESO NARIÑENSE DE MEDICINA SAN JUAN DE PASTO, Nariño. 19, 20 y 21 de mayo de 2005 en calidad de COMITÉ ORGANIZADOR.
- CURSO TALLER MANEJO INTEGRAL DE LOS PACIENTES CON SÍNDROMES CORONARIOS AGUDOS San Juan de Pasto, Nariño. 15 de abril de 2005.
- SIMPOSIO EN ACTUALIZACIÓN EN ONCOLOGIA "RETOS EN ONCOLOGIA-CANCER 2005" San Juan de Pasto, Nariño 1 y 2 de abril de 2005.
- SEGUNDO CONGRESO NARIÑENSE DE MEDICINA, San Juan Pasto, Nariño. Agosto 12, 13 y 14 de 2004, participación en calidad de COMITÉ ORGANIZADOR.
- SEGUNDO CURSO CAUCANO DE INFECTOLOGÍA PRACTICA, Popayán Cauca, 27 y 28 de febrero de 2004.
- CURSO DE ACTUALIZACIÓN EN TRAUMA SANTA FE DE BOGOTA DC Colombia, 07 y 08 de noviembre de 2003, centro de eventos y convenciones Villa Santa María Usaquen.
- II SIMPOSIO DE TOXICOLOGÍA IV SEMANA DE LA SALUD OCUPACIONAL, San Juan de Pasto, 31 de octubre de 2003.
- PRIMER CONGRESO NARIÑENSE, San Juan de Pasto Nariño, 09 y 10 de mayo de 2003.

MEMBRESIA

Ninguna en el momento.

LOS DATOS RELACIONADOS PUEDEN SER VERIFICADOS EN CUALQUIER MOMENTO.

ANIBAL ISRAEL NAVARRO ESCOBAR
C.C. 87.060.119 DE SAN JUAN DE PASTO, NARIÑO

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
y en su nombre la
**Universidad
Cooperativa de Colombia**

Personería Jurídica, resolución 24.195 del 20 de Diciembre de 1.983 del Ministerio de Educación Nacional.

En atención a que

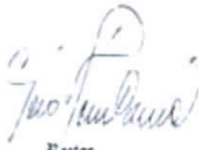
Aníbal Isrrael Navarro Escobar

CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 87'060.119 DE PASTO

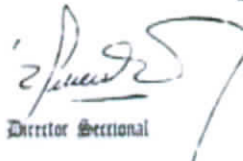
Ha cumplido con todos los estudios
que los estatutos universitarios exigen para optar al título de

MÉDICO

Le expide el presente diploma. En testimonio de ello
se firma en Pasto, el día 15 de diciembre de 2006


Rector


Decano de Facultad


Director Seccional


Secretario General


Registros y Diplomas

Anotado al folio No. 48 del libro de Registros y Diplomas No. 02. Referendado en Pasto el día 15 de diciembre de 2006.



UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

Acta Individual de Graduación No. 427

DEPENDENCIA: FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE MEDICINA

APROBACION DEL PROGRAMA: SNIKS 182046100005200101100

FECHA: 15 DE DICIEMBRE DE 2006

LUGAR: UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA, PASTO

En atención a que ANIBAL ISRAEL NAVARRO ESCOBAR

con cédula de ciudadanía No. 87.060.119 de PASTO

Cumplió satisfactoriamente los requisitos exigidos por las normas legales y
estatutarias, le expide el título de MEDICO

Lo anterior, atendiendo la autorización del Consejo Académico mediante acta

No. 020 en sesión del día 5 de DICIEMBRE de 2006

Para constancia se suscribe por:

CESAR PEREZ GARCIA
Rector

CARLOS POLLECO KRAZO
Director Seccional

HECTOR ARMANDO CORAL BURGOS
Decano de la Facultad

ROQUE JULIO MORENO ESTEVEZ
Secretario General

No. 14670

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA



TENIENDO EN CUENTA QUE

Aníbal Isrrael Navarro Escobar

C.C. 87.060.119 de Pasto

CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE TODOS LOS REQUISITOS REGLAMENTARIOS
DEL PROGRAMA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO LE CONFIERE EL TÍTULO DE

Especialista en Medicina Forense

EN LA CIUDAD DE Bogotá, a los 12 días del mes de Marzo de 2010.


DECANATURA DE FACULTAD


RECTORÍA


SECRETARÍA GENERAL

REGISTRO No. 517 del Libro N° 3 Folio N° 35
DE LA SEDE DE Bogotá, FACULTAD DE Medicina
24394



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

FACULTAD DE

Medicina

ACTA DE GRADO NÚMERO 511

El Consejo de Facultad en su sesión del día 18 de febrero de 2010 Acta 5

CONSIDERANDO QUE

Aníbal Isrrael Navarro Escobar

C.C. 87.060.119 Pasto

Cumplió satisfactoriamente con los requisitos exigidos por los Acuerdos y Reglamentos de la Universidad, resuelve otorgarle el título de

Especialista en Medicina Forense

En nombre y representación de la República de Colombia y de la Universidad Nacional de Colombia se expide el Diploma Número **24394** consignado en el Registro No. **517 del Libro 3 Folio 35**

En testimonio de lo anterior se firma la presente Acta de Grado en la ciudad de **Bogotá**, a los **18** días del mes de febrero de 2010

PRESIDENCIA
Consejo de Facultad

SECRETARÍA
Consejo de Facultad



Libertad y Orden

Universidad Militar Nueva Granada

En consideración a que:

Aníbal Izrael Navarro Escobar

C.C. 87.060.419 expedida en Pasto

ha cumplido con todos los requisitos exigidos, le confiere el título de

Especialista en Alta Gerencia

En constancia se firma el presente Diploma en Bogotá, D.C.
a los 27 días del mes de Enero de 2011.


Rector


Vicerrector Académico


Decano de la Facultad

Acta de Postgrado N° PG-0264-DMNG
Registro N° PG-9491.



De la División Registro y Control Académico

Registro Oficial
Asamblea al Inicio C-2 Libro 2-2
Bogotá, D.C. República de Colombia
Día 15, Año 51

0001603



0052883

**UNIVERSIDAD MILITAR
NUEVA GRANADA**

Creación Decreto 84 de 23 de enero de 1980; reconocimiento institucional Resolución 12975 de 23 de julio de 1982 del Ministerio de Educación Nacional; personería jurídica Ley 805 de 11 de abril de 2003

ACTA DE POST-GRADO 8244

En Bogotá, D.C., a los veintisiete (27) días del mes de enero de 2011, se reunieron los siguientes funcionarios: **Mayor General EDUARDO ANTONIO HERRERA BERBEL**, Rector; **Doctora MARTHA LUCIA BAHAMON JARA**, Vicerrectora Académica, **Doctora MARTA EUGENIA CASTAÑEDA BERNAL**, Decana Facultad de Ciencias Economicas, con el objeto de estudiar los resultados académicos de un(a) Profesional que adelantó sus estudios de Educación Avanzada y otorgar el título de **ESPECIALISTA**. Para el efecto se procedió como a continuación se indica.

FUNDAMENTOS LEGALES

Artículos 8, 10, 24, 25, 28 y 137 de la Ley 30 de 1992, artículo 2º, y literal g) del artículo 3º del Decreto 2725 de 1980; artículo 1º del Decreto 2273 de 1985; Resolución 12975 de 1985 del Ministerio de Educación Nacional y Acuerdos N° 017 y 025 de 1996 del Consejo Superior de la Universidad.

OTORGAMIENTO DE TÍTULOS

La Rectoría de la Universidad Militar teniendo en cuenta que la Facultad de Ciencias Economicas por intermedio de su Decano(a) y la División de Registro Académico por intermedio de su jefe, han informado que el(la) Profesional **ANIBAL ISRAEL NAVARRO ESCOBAR**, identificado(a) con la cédula de ciudadanía N°87060119 de PASTO., ha cumplido satisfactoriamente con los requisitos académicos y las exigencias establecidas en los Reglamentos Internos de la Universidad, y las normas legales pertinentes, resuelve en nombre de la República de Colombia y por autorización del Ministerio de Educación Nacional otorgarle el título de **ESPECIALISTA EN ALTA GERENCIA**, quedando registrado su diploma en el libro de registro bajo el número **PG- 9691**

Para constancia de lo anterior y en cumplimiento de lo establecido en el artículo 7º del Decreto N° 2725 del 10 de octubre de 1980 firman al respaldo los que en ella intervinieron.

Doctora MARTA EUGENIA CASTAÑEDA BERNAL
Decana Facultad de Ciencias Economicas

Siguen firmas al respaldo.....



Doctora **MARTHA LUCIA BAHAMON JARA**
Vicerrectora Académica



Mayor General **EDUARDO ANTONIO HERRERA BERBEL**
Rector

ACTA DE POSTGRADO 8244



Ingeniera **PAULA COLORADO ORDOÑEZ**
Jefe División de Registro Académico


REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
TAJETA PROFESIONAL DE MEDICO

Libertad y Orden

Registro No. **86 1285 / 2007**
 Firma Medico

Anibal I. Navarro E.
 Nombres y Apellidos
ANIBAL I NAVARRO ESCOBAR

C.C. o C.E. **C 87060119** De **PASTO**
 Universidad **UNICOOP DE COL** Ciudad **PASTO**
 Código **52087/86** Fecha de Expedición **17/09/07**

FIRMA
 MINISTRO DE LA PROTECCION SOCIAL O SU DELEGADO



ESTA TARJETA ES DOCUMENTO PUBLICO Y SE EXPIDE DE CONFORMIDAD AL DECRETO No. 1465 DEL 7 DE SEPTIEMBRE DE 1992
 SI ESTA TARJETA ES ENCONTRADA, FAVOR DEVOLVERLA AL MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTA

CERTIFICADO DE INSCRIPCION



ANIBAL ISRAEL
NAVARRO ESCOBAR
87060119
MEDICO(A)

30/01/2008

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
87060119

NUMERO

NAVARRO ESCOBAR

APELLIDOS

ANIBAL ISRAEL

NOMBRES

Anibal Navarro

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 15-ABR-1983
VILLAGARZON
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.80 1.80
ESTATURA

O+ O+
G.S. RH

M M
SEXO

30-ABR-2001 PASTO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR



R-2300100-70101612-M-0087060119-20020313 0090502071A 02 991363914



ANIBAL NAVARRO

MÉDICOS FORENSES

IDENTIFICACIÓN DEL PERITO

Nombre: Aníbal Isrrael Navarro Escobar
Id. CC 87060119
Dirección: Carrera 10 No. 16-18 oficina 801
N. de teléfono: +57 3185164899
Datos de localización: Calle 26A # 13 - 97 Oficina 203 Edificio Bulevar Tequendama- Bogotá
Profesión, oficio u arte: Médico especialista en medicina forense

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

- Aguirre H, Navarro A, Téllez N. Resultado de las investigaciones judiciales de muertes por procedimientos lipoplásticos sometidas a necropsia médico-legal en Bogotá entre 1993 y 2007. Rev Colomb Cirugía Plástica y Reconstr [Internet]. 2011;17(1):36–42. Available from: file:///C:/Users/user/Downloads/Volumen_17_No_1_Mayo_2011.pdf
- Sobrevivientes de violencia con quemaduras por agentes químicos valorados en el Instituto Nacional De Medicina Legal y Ciencias Forenses, Colombia, 2004 – 2013.
- Tutor de investigación: Sobrevivientes y fallecidos por infiltración de materiales extraños en tejidos blandos con fines estéticos en los que se desarrolló investigación judicial, Bogotá, 2004-2013.

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.

JUZGADO O DESPACHO DE PRESENTACIÓN	DEMANDANTE	NOMBRE LAS PARTES DEMANDANTE	DEMANDADO	NOMBRE LAS PARTES DEMANDADOS	MATERIA SOBRE LA CUAL VERSO EL DICTAMEN
Numero Único de Noticia Criminal 110016000023200807059	Roberto Herrera Lara Martin Herrera Lara Martha Cecilia Lara Castilla	Francisco Hernando Ochoa Lievano	SAP Andina y del Caribe CA en Colombia en liquidación	Philippi Prietocarrizos a Ferrero DU & Uría	Accidente de tránsito con lesiones personales
Juzgado 32 Civil del circuito de Bogotá	Roberto Herrera Lara Martin Herrera Lara Martha Cecilia Lara Castilla	Francisco Hernando Ochoa Lievano	SAP Andina y del Caribe CA en Colombia en liquidación	Philippi Prietocarrizos a Ferrero DU & Uría	Accidente de tránsito con lesiones personales
195736000680201280061	Desconocido	Desconocido	Seguros Generales Suramericana S.A.	Orlando Antonio Guapacha Tonusco	Embriaguez con evento de tránsito y fallecidos



ANIBAL NAVARRO

MÉDICOS FORENSES

			Dilson Balanta Viveros		
Numero Único de Noticia Criminal 500016000566201300119	Santiago Ancisar Herrera Ramírez Dilan Camilo Barreto Ramírez	Fiscalía 15 seccional libertad y formación sexual Fiscalía General de la Nación	William Alfredo Ramírez Aguirre	Wilson Santamaría	Presunta violencia sexual
Informe pericial del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses DSCSRDRNORIENTE - 03583-C-2013	Nidia Paola Sierra Burgos	Fiscalía General de La Nación	Eduber Cañesares Carrascal	Martha Padilla Santamaría	Presunta violencia sexual
Numero Único de Noticia Criminal 152386103134201180084	Juana de las Mercedes Vega Valderrama Isabel Vega Niño Stefany Katerin Valderrama	Fiscalía 21 Local Santa Rosa de Viterbo Boyacá Fiscalía General de La Nación	José Otoniel Suarez Carvajal	Diego Fernando Ochoa Torres	Accidente de tránsito con fallecidos
Numero Único de Noticia Criminal 110016000028201302669	Francisco Jose Cifuentes Ferreira	Fiscalía General de La Nación	David Emanuel Manotas Char	Jaime Granados Peña & Asociados	Embriaguez con homicidio
Numero Único de Noticia Criminal 110016000023201413741	Héctor Alejandro Vargas Peraza	Fiscalía General de La Nación Jaime Granados Peña & Asociados			Lesiones personales
Informe pericial del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses BOG-2014-0192992	Yandra Brito Carrillo	Fiscalía General de La Nación María Velandia	Juan Carlos León Solano		Estado de salud - Asesor técnico de representante de victimas
Numero Único de Noticia Criminal 761116000165201500262	José Orlando Pedraza	Fiscalía General de La Nación Orlando Antonio Guapacha Tonusco			Asfixia por ahorramiento
Numero Único de Noticia Criminal 195736000680201280061	José Ignacio Capacho Villamizar Felipe Antonio Villamizar Flórez Cadáver en condición de no identificado y esqueletizado	Fiscalía General de la Nación	TE. Amor Torres Jorge Alberto CT. Giovanni Del Castillo Ortiz		Heridas por proyectil de arma de fuego



ANIBAL NAVARRO

MÉDICOS FORENSES

Numero Único de Noticia Criminal 110016000028201403208	David Alejandro Pinto Díaz	Fiscalía General de la Nación Carlos Valcarcel	Carlos Alberto Carranza	Francisco Bernate Ochoa	Trauma cráneo encefálico contundente
Juzgado 41 civil del circuito de Bogotá	Sheila Ivonne Vargas Gutiérrez	Alejandra Ochoa	Clínica Universitaria Colombia Entidad Administradora de Planes de Beneficio Colsanitas	Ivonne Audrey Ramírez Tello Yully Andrea Herrera Tamayo	Falla en el servicio de salud Trombosis venosa profunda en gestante
Numero Único de Noticia Criminal 110016000049201503960	Sheila Ivonne Vargas Gutiérrez	Fiscalía General de la Nación Alejandra Ochoa	Clínica Universitaria Colombia Entidad Administradora de Planes de Beneficio Col sanitas	Ivonne Audrey Ramírez Tello Yully Andrea Herrera Tamayo	Falla en el servicio de salud Trombosis venosa profunda en gestante
Numero Único de Noticia Criminal 1545560001182013000-8	Miled Yanseni Gutiérrez	Fiscalía General de la Nación	Juan José Gutiérrez Martínez		Consulta en caso de Presunta violencia sexual
Numero Único de Noticia Criminal 544986106113201280487	Diveth Giovanna Guerrero Barbosa	Fiscalía General de la Nación	Giovany Guerrero Bayona	Miguel Humberto Navarro Ortiz	Consulta en caso de Presunta violencia sexual
Numero Único de Noticia Criminal 735046000471201200297	Gerlandin Xiomara Collazos Guarnizo	Fiscalía General de la Nación	Gustavo Escobar Villareal	María Velandia	Presunta violencia sexual
Numero Único de Noticia Criminal 2011010111001000219	Sandra Viviana Ravelo Murillo	Fiscalía General de la Nación	Jhon Alexander Quintero Giraldo	Blanca Alicia Quintero	Presunta violencia sexual con homicidio
Numero Único de Noticia 813006105693201480023	Harold Daney Aguilera Castro	Juliana Moreno	Fuerzas Militares		Desaparición forzada relacionado con tortura
Numero Único de Noticia 110016100028200500504	Ligia Adriana Niño Amaya	Orlando Puentes	Clínica Avellana		Consulta falla en el servicio de salud
Numero Único de Noticia Criminal 110016000721201200332	Johanna Paola Rojas Sierra	Fiscalía General de la Nación	Iván Eduardo Ramos Velásquez Mario Andrés Olmos Castro Santiago	Pablo Enrique Colmenares Laguna	Presunta violencia sexual



ANIBAL NAVARRO

MÉDICOS FORENSES

			Alejandro Téllez Cañas		
Acta de inspección No. 047, 048, 049, 050, 051 de 21 de noviembre de 2006 , Granada – Meta.	Familias de fallecidos de Acta de inspección No. 047, 048, 049, 050, 051 de 21 de noviembre de 2006	José Ramón Parra Vanegas	Fuerzas Militares		Proyectil de arma de fuego posibles ejecuciones extrajudiciales
230016001015201402793	Jairo Zapa Pérez	Fiscalía General de la Nación	Jesús Eugenio Henao Sarmiento	Marlon Díaz	Desaparición forzada
Numero Único de Noticia Criminal 110016000028201502864	Deyci Yamile Galindo Patiño	Fiscalía General de la Nación y David Vega			
Numero Único de Noticia 2000131030032015002200	Johana Milena Salazar Efraín Bornachera y otros	Yuris Yull Fernández Beleño	Coomeva EPS SA	Viviana del Carmen Viña	Falla en el servicio de salud
Exhumación O.T 10709-2016 IH FOSA 1 ACTA 1	Rodrigo Lara Bonilla	Marlon Díaz	Cuerpo de seguridad del estado		Proyectil de arma de fuego - Consultor forense
Numero Único de Noticia Criminal 681626105989201600018	Leidy Marcela Chanaga Villamizar				Consulta falla en el servicio de salud
Numero Único de Noticia Criminal 850015001188201500014	Yimmy Ferney Acosta Falla	Fiscalía General de la Nación Luis Eduardo Liz González			Electrocución
Numero Único de Noticia Criminal 110016000013201111596	Mario Vianey Gamboa Murcia	Fiscalía General de la Nación	Guillermo Alberto Unigarro Niño	Hernando Cucunuba Olmos	Proyectil de arma de fuego
Numero Único de Noticia Criminal 110016000013201506249 Juzgado 27 Penal Municipal	Rosalba Rincón	Fiscalía General de la Nación	Ángel Octavio Palacios Sánchez	María del Pilar Montañez Cruz	Lesiones personales contexto violencia intrafamiliar
Numero Único de Noticia Criminal 970016105310201780073	Brayan Steven Castañeda Salgar	Alexander Minitti	Fuerzas militares		Consulta por asfixia por ahogamiento
Numero Único de Noticia Criminal 110016000023201414932	Miguel Ángel Zapata Reyes	Fiscalía General de la Nación	Alvidina Sinforosa Chaparro Cantor		Lesiones personales



ANIBAL NAVARRO

MÉDICOS FORENSES

Numero Único de Noticia Criminal 110016000721201200332	Juan David Gómez Ibáñez José Alejandro Gómez Ibáñez Leonardo Enrique Gómez Ibáñez	Fiscalía General de la Nación	Pablo Vicente Gómez Olarte y otros		Presunta violencia sexual
Numero Único de Noticia 41001333300420140068400	Pablo Emilio Basto Tenorio	Cesar Augusto Caicedo Leiva	Hospital San Antonio de Padua de la Plata	Talía Selene Barreiro	Falla en el servicio de salud
Numero Único de Noticia Criminal 110016000023201704908	Nicolette Díaz Huertas	Fiscalía General de la Nación	Pedro Antonio Ortiz	Delfín León Díaz	Consulta falla en el servicio de salud
Numero Único de Noticia Criminal 1100160000232017025557	Jhonathan Díaz Vargas	Fiscalía General de la Nación	Hansel Gómez Rodríguez Duvan Camilo Salcedo Parra Nelsy Rosana Mera Muñoz	Guillermo Ortiz	Trauma cráneo encefálico contundente
Proceso en el tribuna	Dora María Restrepo López	Tribunal de ética medica	Yeiny Camacho Acevedo		Falla en el servicio de salud
Numero Único de Noticia Criminal 11016000028201702557	Dany Alejandro Olivero Pérez	Fiscalía General de la Nación	Jimmi Edilson Núñez Vergara Darío Yesid Vergara Urrea	Mario Rincón	
Proceso ordinario Expediente No. 11001310302820100072300	Andrea Noelia Fonseca Becerra y otros.	Rojas asociados abogados	Autobuses AGA de Colombia, Gimnasio los Monjes, seguros Colpatria y otros.	Ricardo Escobar	Lesiones personales en evento de transito
Numero Único de Noticia Criminal 110016108105201780035	Giseth Nathalia Troncoso Aguirre	Fiscalía General de la Nación	Rosemberg Ortega	Alejandro Ruiz	Rosemberg Ortega
Numero Único de Noticia Criminal 110016000023200902986	Jorge Alberto Dallos Jabbour	Fiscalía General de la Nación	Camilo Barberi	William Fernando Duarte Quiroga	Lesiones personales
	Margarita Mercedes Jiménez Ortiz	Margarita Mercedes Jiménez Ortiz	Clínica Palermo		Falla en el servicio de salud
Numero Único de Noticia Criminal 11016000028200900167	Nelcy Moreno Rojas	Andrés Suarez	Centro Policlínico del Olaya		Falla en el servicio de salud



ANIBAL NAVARRO

MÉDICOS FORENSES

Numero Único de Noticia Criminal 110016000055200980119	Evangelista Muñoz				Presunta violencia sexual
Numero Único de Noticia Criminal 11001310301920180017600	Judy Sadira Diaz Rangel	Camilo Andrés Rojas Castro	Jorge Nempeque	Sandra Acero	Falla en el servicio de salud
	Román Leonardo Hermosa Cuenca	Andrés Cantor			Falla en el servicio de salud
Numero Único de Noticia Criminal 110016000721201600461	Paula Tatiana Benavides Gómez	Fiscalía General de la Nación	William Johanny Ladino González		Presunta violencia sexual
Radicación: 5000133300820160045000	Javier Suarez Reuter	Carlos Niño	Caprecom		Falla en el servicio de salud
	Daniela Peña Rincón		Compensar		Falla en el servicio de salud
	Luis Alberto Hernández	Fiscalía General de la Nación	Francisco Javier Cuaspad Chiran	Alma Roció Niño Ojeda	Trauma contundente
	Amparo Rocha	Andrea Herrera			Falla en el servicio de salud
Radicación: 11001310303220160041300	Juan Carlos Barón Amorcho	Álvaro Hernández Barbosa	Salucoop		Falla en el servicio de salud
Numero Único de Noticia Criminal 110016000028201604023	Claudia Patricia Quezada Garzón	Fiscalía General de la Nación	Víctor Daniel Gómez Pinilla	German Castañeda	Feminicidio
	Alpina		Jhon Jairo Cardona Álvarez		Enfermedad profesional
		Saludcoop	Harold Nicolás Rodríguez Espinel		Falla en el servicio de salud
Numero Único de Noticia Criminal 760016000019320152961	Lina Paola Jiménez Franco	Fiscalía General de la Nación	Juan Manuel Álvarez Sarria	Helena Gonzáles De Leguizamón	Violencia intrafamiliar
		Fiscalía General de la Nación	Musa Besaile Fayad	Jaime Enrique Granados Peña	Estado de salud
Numero Único de Noticia Criminal 660016000036201104775	Diana Sofía Grajales Colorado	Fiscalía General de la Nación	Julián Albeiro Grisales Giraldo	Orfilia Romero	Presunta violencia sexual



ANIBAL NAVARRO

MÉDICOS FORENSES

Numero Único de Noticia Criminal 257546108002201781526	Heidy Ketherine Rodríguez Beltrán	Fiscalía General de la Nación			Presunta violencia sexual
	Martha Isabel López Rodríguez	Camilo Niño			Accidente de tránsito
Proceso No. 2018-0081	Ana Clemencia Padilla		Construcciones Vertex SAS	Jaime Pinzón Quintero	Caída de altura
	Amanda Ramírez Rodríguez	Andrea Herrera	Saludcoop		Falla en el servicio de salud
	Diana Sofía Grajales Colorado	Fiscalía General de la Nación	Julián Albeiro Grisales Giraldo	Orfilia Romero	Presunta violencia sexual
	Fuerzas Militares		José Elinarco Silvara Méndez	Raúl Molano	Lesiones por proyectil de arma de fuego
Numero Único de Noticia Criminal 110016000013201304299	Luz Mary Chicuasugue Agudelo	Fiscalía General de la Nación	Anny Girón Ávila	Andrés Suarez	Trauma contundente
Numero Único de Noticia Criminal 540016001237201600220	Mariana Cáceres Carreño	Fiscalía General de la Nación	Carlos Felipe Bermúdez Eslava	José María Peláez Mejía	Presunta violencia sexual
	Olano Reyes	Olga Becerra	Comparta EPS		Falla en el servicio de salud
	Luz Stella Mejía Rodríguez				Falla en el servicio de salud
Numero Único de Noticia Criminal 110016000017201806914	Laura Valentina Álvarez Céspedes	Fiscalía General de la Nación	Edgar Espitia Mejía	Diego Vega	Presunta violencia sexual
Radicado 2016-371	Carolina Orjuela Russi	Orlando Quijano			Accidente de tránsito
	Norma Mariño Velandia Y Otros	Gilberto Cruz	Médicos asociados s.a. Y otro		Falla en el servicio de salud
Numero Único de Noticia Criminal 110016000019201804967	Emily Tatiana Ruiz Arévalo	Fiscalía General de la Nación	Cristian David Tobo Navarro		Presunta violencia sexual
Numero Único de Noticia Criminal 110016000721201700610	Rafael Antonio Bonilla Victoria Elena	Fiscalía General de la Nación	Jorge Mauricio Bonilla Rubiano	Mauricio Camacho Fernández	Presunta violencia sexual
Numero Único de Noticia Criminal 255136108014201780268	María Eugenia Vásquez Vásquez	Fiscalía General de la Nación	Carlos Arturo Álvarez Benito	Rafael Humberto Quinche Pinzón	Presunta violencia sexual



ANIBAL NAVARRO

MÉDICOS FORENSES

Numero Único de Noticia Criminal 174866106885201680002	Néstor Javier Bustos Pulido	Fiscalía General de la Nación			Determinación de manera de muerte
Numero Único de Noticia Criminal 110016000015200802471	Víctor Hugo Contreras				Estado de salud para solicitar medida restrictiva de la libertad en domicilio
	Balbina Contreras Bernal				Falla en el servicio de salud
	Luis Alberto Moreno Avellaneda	Raúl Macías	Clínica Medery		Falla en el servicio de salud
	Diego Emilio Jaramillo Cortez	Fernando España Abelló	Hospital San Antonio de Padua - Huila		Falla en el servicio de salud
	Jhon Alexander Vergel Guerrero	Mauricio Alejandro Quintero Gelvez	Coopetran		Lesiones personales en accidente de transito
Numero Único de Noticia Criminal 200016001074201800584	Fabián Andrés Rodríguez Rojas	Fiscalía General de la Nación			Determinación de manera de muerte
Numero Único de Noticia Criminal 860016000503201800273	Fredy Alexander Villamizar Niño	Fiscalía General de la Nación	Policía Nacional	Carlos Navarro	Determinación de manera de muerte
	Juan Luis Toro Yepes	Fiscalía General de la Nación	Juan Bernardo Toro Reyes	Carlos Alberto López	Presunta violencia sexual
Numero Único de Noticia Criminal 11001310301920170021400	Auber Calderón Vela	Sandra Milena Acero Moreno			Falla en el servicio de salud
7600160001932001204288	Jhon Esteban Núñez Ocampo	Fiscalía General de la Nación	Mario Ocampo Alemán	Claudia Pérez	Presunta violencia sexual
	Luz Mery Rodríguez Rivera	Fernando Abello España	Hospital Regional de Vélez		Estudio de presunta falla en el servicio de salud
	Humberto Moreno Vargas	Alejandro Herrera Téllez			Falla en el servicio de salud
	Ginnethe Carola Melo Ruiz	Alejandro Herrera Téllez			Falla en el servicio de salud



ANIBAL NAVARRO

MÉDICOS FORENSES

Numero Único de Noticia Criminal 110016000019201411091	David Alejandro Fonseca Rojas	Fiscalía General de la Nación	Lizbeth Cristal Vásquez		Maltrato infantil
Numero Único de Noticia Criminal 15759600022320170202070	Paola Andrea Aguirre Patiño	Fiscalía General de la Nación	Clínica El Laguito Sogamoso		Falla en el servicio de salud
		Fiscalía General de la Nación	Consuelo Myriam Vargas Cardona		Estado de salud
Numero Único de Noticia Criminal 110016099069201716274	Emily Tuta Quintero	Fiscalía General de la Nación	Rafael Ricardo Tuta Sarmiento		Presunta violencia sexual
Numero Único de Noticia Criminal 410016000716201600718	Angelica María Farfán Chimbaco	Fiscalía General de la Nación	Benjamín Lugo Trilleras	Rafael Muñoz	Homicidio - Feminicidio
Numero Único de Noticia Criminal 110016099069201712117	Charid Andrea Torres Barragán	Fiscalía General de la Nación	Juan Sebastián Torres Cruz		Presunta violencia sexual
	Juliana Bohórquez Londoño	Julio Alberto Giraldo Montoya	Hospital San Jorge de Pereira		Falla en el servicio de salud
	Francisco Miguel Ramos González	Paula López	Sanidad Militar		Falla en el servicio de salud
Numero Único de Noticia Criminal 1500160008832201800151	Andrea Lorena Abril Acosta	Fiscalía General de la Nación	Carlos Fernando Torres Moreno	José María Pedraza	Presunta violencia sexual
Numero Único de Noticia Criminal 1100160990962017058824	Yeimi Carolina Cifuentes Jiménez	Fiscalía General de la Nación	Jhon Alexander Vargas Rodríguez	Carlos Andrés Bernal Castro	Violencia intrafamiliar

	Diego Armando Sanchez Ordoñez	Fiscalía General de la Nación		Luis Miguel Marimon Reyes	Estado de Salud en persona privada de la libertad.
	Luis Alberto Gil Castillo	Fiscalía General de la Nación		Fabio Alvarez	Estado de Salud.
Juzgado 21 Civil del Circuito	Luis Camilo Martinez Toro	La Equidad Seguros de Vida		Juan Camilo Morales Trujillo	Aclaraciones de diagnóstico de enfermedad



ANIBAL NAVARRO
MÉDICOS FORENSES

					maligna con fines.
--	--	--	--	--	--------------------

Pericia forense desde:

1 de julio de 2008 hasta el 30 de noviembre de 2013. Realizando como mínimo las siguientes pericias medico forenses en cadáveres frescos.

MANERA DE MUERTE	AÑO	No
Indeterminada	2008	2
Violenta - suicidio		4
Violenta - sin determinar		9
Accidente de transporte		11
Violenta - accidental		15
En estudio		21
Natural		35
Violenta - homicidio		37
Violenta - sin determinar	2009	9
Violenta - suicidio		10
Violenta - accidental		24
Accidente de transporte		37
En estudio		38
Natural		47
Violenta - homicidio		101
Indeterminada	2010	4
Violenta - suicidio		9
Violenta - sin determinar		9
Violenta - accidental		10
Accidente de transporte		13
En estudio		18
Natural		27
Violenta - homicidio		96
Natural	2011	1
Violenta - accidental		1
Accidente de transporte		1
Violenta - homicidio		16
Natural	2012	1
Accidente de transporte		2
Violenta - homicidio		22
Violenta - accidental	2013	1
Violenta - sin determinar		1
En estudio		4



ANIBAL NAVARRO

MÉDICOS FORENSES

Violenta - homicidio		8
TOTAL		644

2010 a 2013: Formo parte del equipo de justicia y paz donde se evalúa casos de alta complejidad producidos por el conflicto arma interno.

2010 a 2013: Mínimo 161 pericias medico legales de alta complejidad en cadáveres descompuestos y esqueletizados.

Participación en la planeación de abordaje de cementerios y fosas comunes.

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.

Es el único caso que he peritado con presunta falla en la prestación del servicio de salud solicitado por el doctor German Téllez.

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

NOTA: Las causales se encuentran en el artículo 50 del mismo Código General del Proceso y para colocarlo en el peritaje se hace a tipo de juramento, es decir,

“Yo, **Anibal Isrrael Navarro Escobar** no me encuentro incurso en ninguna de las causales contenidas en el artículo 50 del C. G. P., por lo tanto soy plenamente hábil para elaborar y presentar el siguiente informe pericial.”

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.

No son diferentes 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

ANÍBAL ISRRAEL NAVARRO ESCOBAR

CC 87.060.119 de Pasto – Nariño.

Médico especialista en medicina forense