

**ENTREGA DICTAMEN PERICIAL JUZGADO 2 CVL CTO ARMENIA RADICADO: 2018-00119**

Iván Darío Rueda &lt;ivanruedag@hotmail.com&gt;

Vie 10/07/2020 10:55

**Para:** Centro Servicios Judiciales Civil Familia - Armenia - Quindio <cserjudcfarm@cendoj.ramajudicial.gov.co>; JOHANITA MANRIQUE ARENAS <joci-31@hotmail.com>; jorge mario aristizabal giraldo <jorgemarioaristizabal@hotmail.com>; mariemchamat@hotmail.com <mariemchamat@hotmail.com>; Julian Peña Reyes <notificacionesjudiciales@cafesalud.com.co>; contabilidad@estudiosoftalmologicos.com <contabilidad@estudiosoftalmologicos.com>; lamoerbe401@gmail.com <lamoerbe401@gmail.com>; njudiciales@mapfre.com.co <njudiciales@mapfre.com.co>

 4 archivos adjuntos (12 MB)

PERITAJES PREVIOS.pdf; HOJA DE VIDA.pdf; DICTAMEN PERICIAL.pdf; ENTREGA DE DICTAMEN PERICIAL.pdf;

Buen día:

Adjunto memorial con sus respectivos anexos para su trámite.

[SOPORTE BIBLIOGRAFICO.pdf](#)**Cordialmente,****Iván Darío Rueda Gutiérrez****Abogado****Especialista en Derecho de Seguros****Especialista en Responsabilidad Civil y del Estado****RUEDA ABOGADOS****Calle 20 No. 6-30 of. 405****Pereira****Cel. 317 370 7495**

Pereira Julio 8 del año 2020.

Señores

Juzgado Segundo Civil del Circuito

Municipio de Armenia Departamento del Quindío

Radicación # 2018 – 00119-00

Demandante: Gustavo Botero Montoya

Demandados: Oftalmología Integral del Quindío - Estudios Oftalmológicos

S A S Y OTROS

A continuación, señalo algunos de los peritajes en los que he sido asignado de manera previa por parte de la Asociación Colombiana de Infectología en temas relacionados con la atención de pacientes con patología asociada a Medicina interna, cuidado crítico y enfermedades infecciosas:

- Juzgado séptimo administrativo del circuito.

Pereira Risaralda.

Radicado: 66001-33-31-002-2007- 00027-00.

Accionante: María Belarmina Asprilla Hurtado y otros.



- Juzgado cuarto administrativo del circuito.  
Pereira Risaralda.  
Radicado 66001-33-33-004-2014-00348-01.  
Demandante: Yuby Bastos Bravo y otros.
- Juzgado quinto administrativo de descongestión del circuito.  
Pereira Risaralda.  
Radicado 66001-33-31-002-2008-00407-00  
Actor: Albeiro Téllez Vanegas.
- Juzgado cuarto laboral del circuito.  
Pereira Risaralda.  
Demandante María Consuelo Largo Largo.  
Radicado 2012-0039.
- Juzgado quinto civil del circuito.  
Manizales Caldas.  
Demandante: Diego Duque Escobar y otros.  
Radicado: 170013103005 -2013- 00313-00
- Juzgado quinto administrativo de descongestión.  
Pereira Risaralda.  
Demandante: Marco León Espinal Álzate.



Radicación numero: 66001-33-31-705-2013-00048-0.

- Juzgado primero administrativo.

Pereira Risaralda.

Demandante: Fabiola Gómez de Arias.

Radicado número: 66001-33-33-001-2013- 00700-00

- Juzgado sexto civil del circuito de Manizales

Asunto: Realización dictamen pericial

Radicado: 2019 -00200-00

Demandante: Magnolia Osorio Gómez y otros

Demandado: Clínica Versalles S. A. y Otro

Es de mencionar que para la realización de peritaje y respuesta al interrogatorio relacionado con la atención del **Sr Gustavo Botero Montoya** identificado con cedula de ciudadanía número **3371616** se utilizó como herramienta: la revisión de la totalidad de la historia clínica aportada además de la revisión juiciosa y detallada de referencias bibliográficas relacionadas con los temas concernientes a la atención del paciente (**con la respuesta a interrogantes planteados se remite soporte bibliográfico**).



El objetivo del dictamen es establecer sí la atención del Sr. Gustavo Botero Montoya se realizó conforme a la "lex artis ad hoc" (conjunto de prácticas médicas aceptadas como adecuadas para tratar a un enfermo).

Bajo la gravedad de juramento manifiesto que mi opinión es absolutamente independiente y corresponde a mi real convicción profesional.

Documentos remitidos al despacho:

**Dictamen pericial**

**Soporte bibliográfico**

**Experiencia como perito**

**Hoja de vida**

**Copias de estudios universitarios realizados**

RICARDO ARTURO MARTÍNEZ GARCÍA.

MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA.

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA.

Ejercicio de dicha especialidad durante más de 16 años.

MAGISTER EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y TROPICALES INSTITUTO  
DE MEDICINA TROPICAL PEDRO KOURI.

Ejercicio de dicha sub especialidad desde hace más de 12 años.

MAGISTER EN EPIDEMIOLOGICA.

UNIVERSIDAD CES.



Ejercicio de esta disciplina por más de 6 años.

Miembro de número de la Asociación Colombiana de Infectología.

Miembro de número de la Asociación Colombiana de Medicina Interna.

Experiencia docente durante por más de 12 años con estudiantes de Especialización en Medicina Interna y en Cuidado Critico durante su rotación por Infectología en la Clínica Comfamiliar Risaralda.

Ricardo Martínez García MD, MSc.  
Enfermedades Infecciosas y tropicales  
Medicina Interna - Epidemiología  
Universidad Javeriana - IPK-CES  
TP 4009-93

RICARDO ARTURO MARTINEZ GARCIA, MD, MSc.

CC 10282621 de la ciudad de Manizales.

TP 4009-93.

[peritajesmedicos@outlook.com](mailto:peritajesmedicos@outlook.com)

[ricardoamartinezg2017@gmail.com](mailto:ricardoamartinezg2017@gmail.com)

[ricardoamartinezg@hotmail.com](mailto:ricardoamartinezg@hotmail.com)



## **RICARDO MARTINEZ GARCIA, MD.MSc**

Médico especialista con formación para atención integral clínica de pacientes con patología infecciosa.

Consultor/Asesor de investigación y publicación científica.

Investigador en enfermedades infecciosas en pacientes inmunocomprometidos.

Colaborador en la evaluación de ensayos clínicos, revisiones sistemáticas y guías de práctica clínica.

### **Formación**

Médico y Cirujano de la Universidad de Caldas; Médico especialista en Medicina Interna título otorgado por la Pontificia Universidad Javeriana de la ciudad de Santa fé de Bogotá; Maestría en Enfermedades Infecciosas y Tropicales: Título otorgado por el Instituto de Medicina Tropical Pedro Kouri/Institución colaboradora de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Panamericana de la Salud título convalidado mediante resolución # 235 del 29 de Enero del año 2007, Ministerio de Educación Nacional de la República de Colombia; Maestría en Epidemiología concedido por la Universidad CES (título otorgado en el año 2013).



Coordinador / Líder Comité de Tuberculosis Asociación Colombiana de Infectología  
hasta Agosto del año 2019, actualmente miembro consultor de dicho comité.

[www.acin.org](http://www.acin.org)



## TRABAJOS DE INVESTIGACION

1. Alteraciones en líquido cefalorraquídeo en pacientes con cambios cognitivos ante presencia de inmunocompromiso por VIH / SIDA estudio descriptivo prospectivo 36 casos. Encuentro nacional de investigación en enfermedades infecciosas – ACIN- Armenia.
2. Comportamiento virológico e inmunológico en pacientes con prescripción antiretroviral de denominación genérica. seguimiento de cohorte. Encuentro nacional de investigación en enfermedades infecciosas – ACIN- Armenia.
3. Hallazgos microbiológicos en pacientes inmunocomprometidos por el virus de la inmunodeficiencia humana y patrón miliar radiográfico (muestras obtenidas en lavado bronco alveolar y aspirado de médula ósea). Estudio descriptivo 45 pacientes. Encuentro nacional de investigación en enfermedades infecciosas – ACIN- Armenia.
4. Problemas en el manejo de la enfermedad tuberculosa en población con VIH/SIDA atendidos en el departamento de Risaralda. encuentro nacional de investigación en enfermedades infecciosas- ACIN- Armenia.
5. Factores de riesgo para endocarditis bacteriana, estudio de casos y controles. Congreso nacional de Medicina Interna- Cartagena 2012.



6. Prescripción de esteroides en pacientes con sida y tuberculosis miliar, estudio de cohortes. Congreso nacional de medicina interna – Cartagena 2012.
7. Factores de riesgo para síndrome de reconstitución inmunológica en pacientes con VIH/SIDA. Estudio de casos y controles. Congreso nacional de medicina interna – Cartagena 2012.
8. Factores de riesgo para infección de sitio operatorio posterior a cirugía cardiovascular, estudio de casos y controles. congreso nacional de medicina interna- Cartagena 2012.
9. Dosis de carga con colistina en pacientes con bacteriemia por acinetobacter baumannii, estudio de cohortes. Colonia Alemania 2013.
10. Profilaxis antibiótica en cirugía cardiovascular direccionada acorde a factores de riesgo, estudio de cohortes, CES Medellin 2013.
11. Presentación en: ***The 45 Union world Conference on Lung Health, Barcelona Spain 28 October – 1 November 2014 (International Union Against Tuberculosis and Lung Disease)*** de cuatro trabajos de investigación aceptados para presentación (dos de ellos mediante modalidad de poster y dos de ellos mediante presentación oral) siendo uno de ellos nominado dentro de las 10 mejores defensas orales del evento (*The International Journal of Tuberculosis and Lung Diseases Vol 18 Number 11 November 2014 Supplement 1*).



Los trabajos fueron:

- a. Prescripción de Corticoides en pacientes con Patrón Miliar Tuberculosa- Estudio de Cohortes (Trabajo galardonado).
- b. Antibiotic Prescriptions in Tuberculous Pneumonia Associated with Hemodynamic Instability and Toxicity to First Lines Drugs.
- c. Factores de Riesgo para Rebote Viroológico en pacientes con Confec-  
ción TB-VIH.
- d. Tratamiento Empírico Antituberculoso en Pacientes con Sida y Fiebre  
de Origen Desconocido.

12. Trabajos de investigación aceptado en el pasado **19th Conference of The**

**Union North America Region**

26-28 February 2015 realizado en Vancouver, BC Canadá: 1. Utilidad en la Me-  
dición de la Enzima Lactado Deshidrogenasa en el Seguimiento de Pacientes  
con Tuberculosis Miliar; 2. Is Isoniazid Prophylaxis Risk Factor for Subsequent  
Resistance to this Drug?

13. **Durante el Congreso Colombiano de Farmacología y Terapéutica** realizado  
en Colombia del 14 al 16 de agosto del año 2016: "*Polimixinas como cause de  
toxicidad renal, explicación de una variable confusora*". Estudio observacional  
analítico de Casos y Controles. (trabajo galardonado)



14. **Durante el IX encuentro nacional de investigación en enfermedades Infecciosas** (Agosto 15-17- 2014. Barranquilla Colombia) presentación de trabajos de investigación: 1. Factores de riesgo para rebote virológico en pacientes con coinfección TB/VIH (estudio de corte transversal); 2. Profilaxis con isoniazida en pacientes con SIDA ante ausencia de pruebas confirmatorias de infección latente (seguimiento a cohorte); 3. Factores de riesgo para endocarditis bacteriana en pacientes con bacteriemia por *Estafilococo dorado* (estudio de casos y controles); 4. Características de líquido cefalorraquídeo en pacientes con encefalitis herpética (reporte de casos).
15. **Congreso Colombiano de Medicina Interna regional eje cafetero**: Primer puesto en trabajo de investigación clínica, Pereira 2016.



## AFILIACIONES CIENTÍFICAS

Miembro de Número de la Asociación Colombiana de Infectología ([www.acin.org](http://www.acin.org)).

Miembro de Número de la Asociación Colombiana de Medicina Interna.

Miembro comité Tuberculosis Asociación Colombiana de Infectología

Conferencista invitado como expositor en el Congreso Nacional de Infectología/  
ACIN/ desde el año 2007 a la fecha.

Conferencista Temas relacionados con el manejo de patología infecciosa  
República de Ecuador y Perú año 2019.

Correo electrónico : [peritajesmedicos@outlook.com](mailto:peritajesmedicos@outlook.com)

[RICARDOAMARTINEZG@HOTMAIL.COM](mailto:RICARDOAMARTINEZG@HOTMAIL.COM)



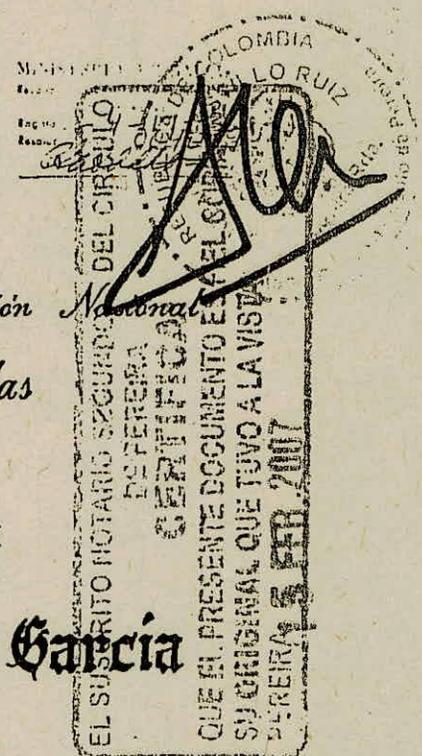
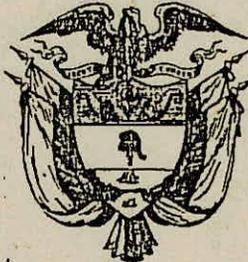
Ricardo Martínez García MD, MSc.  
Enfermedades Infecciosas y tropicales  
Medicina Interna - Epidemiología  
Universidad Javeriana IPK-CES  
TP 4009-93

Ricardo Arturo Martínez García MD, MSc.

TP 4009- 93



EN NOMBRE DE LA  
**REPUBLICA DE COLOMBIA**



Y por Autorización del Ministerio de Educación Nacional  
La Universidad de Caldas  
confiere el título de

**Médico y Cirujano**

a **Ricardo Arturo Martínez García**

c.c. N. 10'282.621 de Manizales

En testimonio de ello se expide el presente título en  
Manizales, el día 31 del mes de Enero del  
año de 1992 y lo refrenda con el sello respectivo.

RECTOR DE LA UNIVERSIDAD

SECRETARIO DE LA UNIVERSIDAD

DECANO DE LA FACULTAD

GOBERNADOR DEL DEPARTAMENTO

SECRETARIO DE EDUCACION



# LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

PERSONERIA JURIDICA RES. 73-12 DE DICIEMBRE 1993 - MINGOBIERNO

EN ATENCION A QUE

## RICARDO ARTURO MARTINEZ GARCIA

C.C. 10287.621

HA CURSADO TODOS LOS ESTUDIOS Y CUMPLIDO LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS POR LA  
UNIVERSIDAD Y LAS DISPOSICIONES LEGALES PARA UN GRADO UNIVERSITARIO

EN LA FACULTAD DE **MEDICINA**

LE OTORGA

EN NOMBRE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA  
Y POR AUTORIZACION DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

EL TITULO DE **ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA**

EN FE DE LO CUAL FIRMAMOS Y SELLAMOS ESTE DIPLOMA  
NOSOTROS EL RECTOR LOS DECANOS Y EL SECRETARIO GENERAL DE LA UNIVERSIDAD

EXPEDIDO EN **BOGOTA** A LOS **18** DIAS DEL MES DE **SEPTIEMBRE** DEL AÑO **2003**



Nº 2757

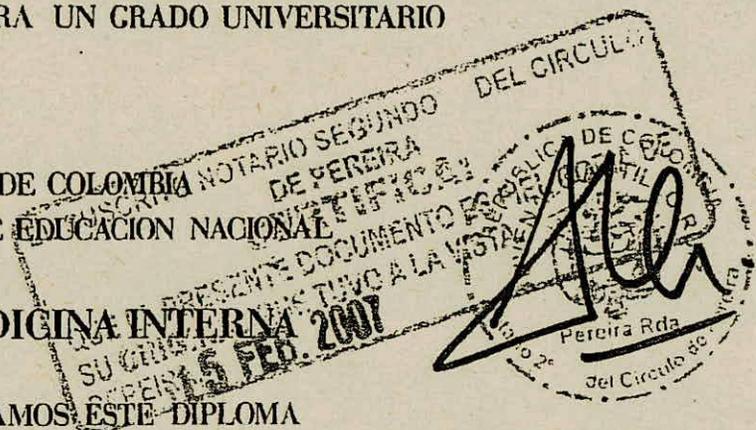
*Gerardo Revolina J.*  
RECTOR

*Francisco Herco*  
DECANO ACADÉMICO

*Juan Sebastián*  
SECRETARIO GENERAL

*Waldoberto*  
DECANO DEL MEDIO UNIVERSITARIO

*Rosario*  
ASCOFAME  
*Rosario*  
DIRECTOR DE PROGRAMA



PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA	
Secretaría General	
Este Diploma está registrado en el folio <u>23</u>	
del libro <u>37</u>	de Actas de Grado
Bogotá, <u>10</u> de <u>Febrero</u> de <u>2003</u>	
<i>Juan Sebastián</i>	
Sec. Gen. P.U.J.	

REPÚBLICA DE COLOMBIA	
MINISTERIO DE SALUD	
SECRETARÍA DE SALUD DE ESARALZA	
Inscripción No.	<u>4009-93</u>
Fecha	<u>01.11.04</u>
Funcionario	<i>[Signature]</i>

92361





REPÚBLICA DE CUBA

**El Director del Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kouri"**

En uso de las facultades que le están conferidas expide el presente titulo de

**Master en Infectología y Enfermedades Tropicales**

a favor de:

**Ricardo Arturo Martínez García**

en atención a que el mismo ha satisfecho los requisitos correspondientes al programa de estudios establecido.

En testimonio de lo cual y para que surta todos los efectos legales procedentes autoriza y suscribe este titulo en Ciudad de la Habana a 20 días de Septiembre de 2006

Director

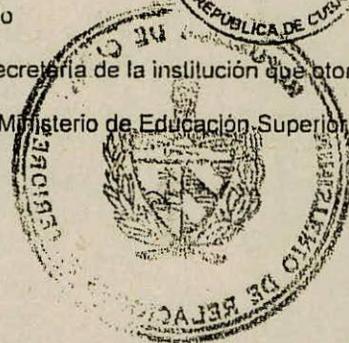
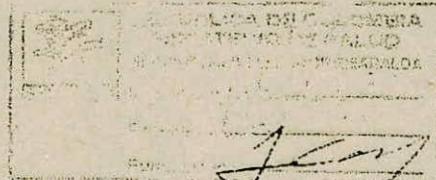
Secretario

El cual es el refrendado por el Ministro de Educación Superior de Cuba en su Resolución <sup>201/06</sup> e inscrito en el libro de registro de titulos de Maestria de ese organismo.

Director de Educación de Postgrado



Registrado al folio 072 número 011 del libro de la Secretaría de la institución que otorga  
Registrada al folio <sup>2017</sup> número <sup>22028</sup> del libro del Ministerio de Educación Superior







**UNIVERSIDAD CES**

*Un Compromiso con la Excelencia*

Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 1371 del 22 de marzo de 2007

**EN ATENCIÓN A QUE**

**Ricardo Arturo Martínez García**

C.C. 10.282.621 de Manizales (Caldas)

HA COMPLETADO TODOS LOS REQUISITOS ACADÉMICOS  
EXIGIDOS POR LOS ESTATUTOS UNIVERSITARIOS,  
PARA OPTAR EL TÍTULO DE

**Magister en  
Epidemiología**

EN TESTIMONIO DE ELLO EXPIDE, FIRMA Y REFRENDA EL DIPLOMA  
CON LOS SELLOS RESPECTIVOS EN MEDELLÍN, COLOMBIA  
A LOS 12 DÍAS DEL MES DE DICIEMBRE DE 2013.

*Lu*

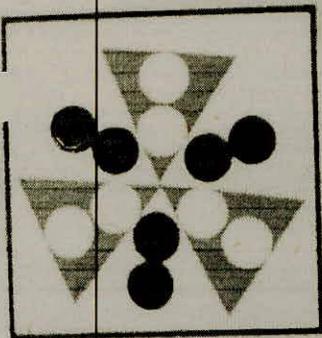
\_\_\_\_\_  
José María Maya Mejía  
Rector  
Universidad CES

*Patricia Chejne Fayad*  
\_\_\_\_\_  
Patricia Chejne Fayad  
Secretaria General  
Universidad CES

*Jorge Julián Osorio Gómez*  
\_\_\_\_\_  
Jorge Julián Osorio Gómez  
Decano  
Universidad CES

Registrado en: Folio 320 Número 11449 del 12 de diciembre de 2013. Acta 11564 del 12 de diciembre de 2013. Firma: *Patricia Chejne Fayad*





**ACIN**

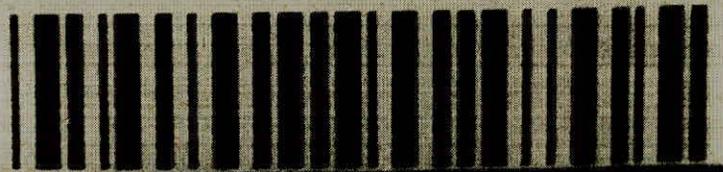
ASOCIACIÓN COLOMBIANA  
DE INFECTOLOGÍA



Ricardo Arturo Martínez García

Miembro Número

C.C. 10.282.621





REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 10-282-621

MARTINEZ GARCIA

APELLIDOS

RICARDO ARTURO

NOMBRES

REPUBLICA DE COLOMBIA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 16-AGO-1968

MANIZALES  
(CALDAS)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.80

O+

M

ESTATURA

G.S. RH

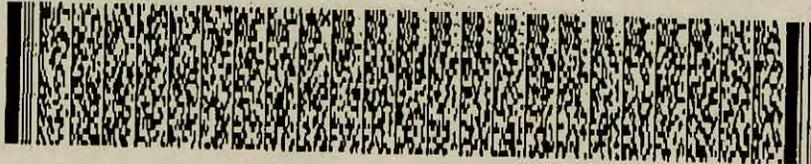
SEXO

28-FEB-1987 MANIZALES

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Carlos Ariel Sánchez Torres*

REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-2400100-00206101-M-0010282821-20091224

0019322099A 1

4530571845





Libertad y Orden

REPUBLICA DE COLOMBIA  
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL  
IDENTIFICACION UNICA DEL  
TALENTO HUMANO EN SALUD

Registro No.

Profesión u Ocupación  
MÉDICO

11 4009/1993

Nombres y Apellidos

MARTINEZ GARCIA RICARDO ARTURO

C.C. o C.E.

De

CC 10282621

MANIZALES

Institución de Educación

Ciudad

UNIV. DE CALDAS

MANIZALES

Código

67331/66

Fecha de Expedición

3/25/2011

FIRMA

FIRMA

MINISTRO DE LA PROTECCION SOCIAL O SU DELEGADO

ESTA TARJETA ES DOCUMENTO PUBLICO Y SE EXPIDE DE  
CONFORMIDAD CON LA LEY No. 1184 DEL 3 DE OCTUBRE DE 2007.  
SI ESTA TARJETA ES ENCONTRADA, FAVOR DEVOLVERLA  
AL MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL.



MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL  
GOBERNACION DEL RISARALDA  
SECRETARIA DE SALUD

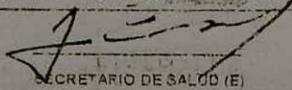
INSCRIPCION DEPARTAMENTAL

REGISTRO NACIONAL 4009-93 FECHA 12 de Febrero de 2007

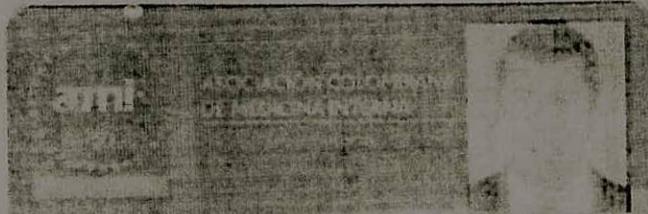
NOMBRE RICARDO ARTURO MARTINEZ GARCIA

IDENTIFICACIONAL 10.282.621 de Manizales

PROFESION MEDICO Y CIRUJANO ESPECIALISTA EN  
MEDICINA INTERNA E INFECTOLOGIA



SECRETARIO DE SALUD (E)



**RICARDO ARTURO MARTÍNEZ GARCÍA**

C.C. 10282621

Número





MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

RESOLUCIÓN NÚMERO 235

29 ENE. 2007

Por medio de la cual se resuelve una solicitud de convalidación

LA DIRECTORA DE CALIDAD PARA LA EDUCACIÓN SUPERIOR (E)  
en ejercicio de sus atribuciones legales y en especial las que le confiere el Decreto 2230 de 2003 y las Resoluciones No.2763 del 13 noviembre de 2003 y No. No. 7899 del 6 de diciembre de 2006.

CONSIDERANDO:

Que RICARDO ARTURO MARTÍNEZ GARCIA, ciudadano colombiano, identificado con cédula de ciudadanía No.10.282.621, presentó para su convalidación el título de MÁSTER EN INFECTOLOGÍA Y ENFERMEDADES TROPICALES, otorgado el 20 de septiembre de 2006 por el INSTITUTO DE MEDICINA TROPICAL "PEDRO KOURI", Cuba, mediante solicitud radicada en el Ministerio de Educación Nacional con el No.2006ER64607-25763/06.

Que de conformidad con lo dispuesto en el Decreto 2230 de 2003, corresponde al Ministerio de Educación Nacional convalidar los títulos de educación superior otorgados por instituciones de educación superior extranjeras de acuerdo con las normas vigentes.

Que en virtud del artículo 3º de la Resolución 5547 del 1º de diciembre de 2005, uno de los criterios aplicables para efectos de la convalidación de títulos de educación superior otorgados por instituciones extranjeras, es el de *Evaluación Académica*, el cual establece que "Si el título que se somete a convalidación no se enmarca en ninguno de los criterios señalados anteriormente o si no existe certeza sobre el nivel académico de los estudios que se están convalidando, o su denominación, se someterá la documentación a proceso de evaluación académica."

Que de igual manera se verificó por intermedio del Pasaporte No. 10282621 y la documentación que obra en la carpeta, que el programa académico cursado por el solicitante cumplió con las condiciones de metodología y presencialidad en territorio cubano necesarias para hacer viable la convalidación del título presentado.

Que los estudios fueron evaluados por la Comisión Nacional Intersectorial para el Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior - CONACES, la cual emitió concepto favorable el 25 de enero de 2007, señalando que el título obtenido es equivalente al de MAGÍSTER EN CIENCIAS MÉDICAS - INFECTOLOGÍA.

Que con fundamento en las anteriores consideraciones y después de haber estudiado la documentación presentada, se concluye que es procedente la convalidación solicitada.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO.- Convalidar y reconocer para todos los efectos académicos y legales en Colombia, el título de MASTER EN INFECTOLOGIA Y ENFERMEDADES TROPICALES, otorgado el 20 de septiembre de 2006 por EL INSTITUTO DE MEDICINA TROPICAL "PEDRO KOURI", CUBA, a RICARDO ARTURO MARTÍNEZ GARCIA, ciudadano colombiano, identificado con cédula de ciudadanía No.10282621, como equivalente al título de MAGÍSTER EN CIENCIAS MÉDICAS - INFECTOLOGÍA, que otorgan las instituciones de educación superior colombianas de acuerdo con la Ley 30 de 1992.

PARÁGRAFO.- La convalidación que se hace por el presente acto administrativo no exime al profesional beneficiario del cumplimiento de los requisitos exigidos por las normas que regulan el ejercicio de la respectiva profesión.

ARTÍCULO SEGUNDO.- La presente Resolución rige a partir de la fecha de su expedición y contra la misma procede el recurso de reposición, que debe ser presentado dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su notificación de conformidad con el Código Contencioso Administrativo.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá D. C., a los 29 ENE. 2007

LA DIRECTORA DE CALIDAD PARA LA EDUCACIÓN SUPERIOR (E),

*a. Molina*  
ADRIANA MOLINA MANTILLA



PREGUNTA 1.

¿TRAS LA PRÁCTICA DE VARIAS CIRUGÍAS OFTALMOLÓGICAS REALIZADAS EN DIFERENTES PACIENTES E INTERVENIDOS EL MISMO DÍA, EN EL MISMO QUIROFANO Y POR EL MISMO CIRUJANO, LA PRESENCIA DE ENDOFTALMITIS POR PSEUDOMONA AERUGINOSA PARA SER CONSIDERADA DE ORIGEN INTRAHOSPITALARIA (NOSOCOMIAL) SE DEBE DE PRESENTAR COMO UN CASO AISLADO (ES DECIR UN SOLO PACIENTE) O SE ESPERA LA PRESENCIA DE UN BROTE?

RESPUESTA:

Se espera la presencia de un brote.

PREGUNTA 2.

¿DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LAS ENFERMEDADES DE ORIGEN INFECCIOSO, DEFINA QUE ES UN BROTE?

RESPUESTA:

Es la aparición de **dos o más** casos de la misma enfermedad infecciosa ocasionados por el mismo agente etiológico, es decir la misma bacteria o el mismo virus o el mismo parásito o el mismo hongo, siempre y cuando estas infecciones se presenten en un periodo relacionado de tiempo y compartan el mismo espacio o

lugar, es decir que los pacientes hubiesen sido operados en el mismo quirófano o que hubieran recibido atención médica en el mismo centro de atención hospitalaria.

Ejemplo de brote # 1: El reporte o documentación de 2 o más pacientes con infección ocular ocasionada por la misma bacteria en usuarios que fueron intervenidos el mismo día o en el mismo quirófano o por el mismo cirujano o con el mismo instrumental quirúrgico.

Ejemplo de brote # 2: abscesos e infecciones de piel posterior a la realización de una cesárea con aislamiento o crecimiento en cultivos con la misma bacteria en 2 o más embarazadas que se hubiesen operado en el mismo centro hospitalario y en un periodo de tiempo relacionado.

En el caso de infecciones bacterianas como las causadas por la *escherichia coli*, la *klebsiela pneumoniae* y la *pseudomona aeruginosa* entre otras bacterias, se requiere la presencia de 2 o más casos para establecer la definición de brote.

PREGUNTA 3.

¿CUALES SON LAS CARACTERISTICA PRINCIPALES DE UN BROTE INFECCIOSO DE ORIGEN NOSOCOMIAL O ADQUIRIDO EN UN MEDIO

RICARDO MARTINEZ GARCIA, MD, MS;

INTRAHOSPITALARIO SECUNDARIO A LA REALIZACIÓN DE  
PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS?

RESPUESTA:

- A. La presentación de complicaciones o eventos infecciosos presentes en varios casos o pacientes (no de un caso ó de un paciente aislado).
- B. La existencia de una fuente u origen común.
- C. Idéntico aislamiento microbiológico en los cultivos (es decir identificación de la misma bacteria o agente patógeno en los diferentes pacientes comprometidos).
- D. Que los casos documentados deben de tener características similares en cuanto al tiempo y lugar de intervención quirúrgica.

Se entiende por **origen o fuente común** a la presencia de contaminación bacteriana procedente bien sea del mismo quirófano, material de instrumentación quirúrgica, soluciones utilizadas en el acto operatorio, sistemas de ventilación o aireación (aires acondicionados) etc.; dicha contaminación bacteriana es la que posteriormente lleva a la infección de cada paciente que compartió la misma fuente o material contaminado.

Cuando existe un origen o fuente común involucrado en infección intrahospitalaria se espera la presencia de varios o la totalidad de enfermos con

la complicación infecciosa y el aislamiento de la misma bacteria en cada uno de los casos documentados.

PREGUNTA 4.

¿TENIENDO EN CUENTA LA RESPUESTA Y DEFINICION ANTERIOR, SE PODRIA DEFINIR A LA PRESENCIA DE UN CASO AISLADO DE ENDOFTALMITIS POR PSEUDOMONA AERUGINOSA COMO BROTE?

RESPUESTA:

NO.

PREGUNTA 5.

¿TENIENDO EN CUENTA LA REVISION QUE USTED HA REALIZADO DE LA TOTALIDAD DE LA HISTORIA CLINICA Y DE LOS FOLIOS REMITIDOS PARA SU VALORACIÓN, SE PUEDE ESTABLECER QUE EL PROCESO INFECCIOSO QUE SE PRESENTÓ EN EL PACIENTE GUSTAVO BOTERO MONTOYA CORESPONDÍA UN CASO DE BROTE INFECCIOSO? POR FAVOR EXPLIQUE

RESPUESTA:

NO.

*RICARDO MARTÍNEZ GARCÍA, MD, MSc*

#### EXPLICACION:

Para dar respuesta a esta pregunta, se tiene en cuenta la información por escrito que fue remitida desde el centro oftalmológico donde fue intervenido el paciente Botero Montoya, en dicha información NO se señalan, NI se precisan otras complicaciones infecciosas en el resto de usuarios intervenidos en el tiempo quirúrgico programado al Dr. Mauricio Arias Jaramillo los días 2 y 3 de septiembre del año 2013 diferentes a la que fue reportada en el Sr. Botero Montoya.

La anterior información también fue ratificada por el Dr. Arias Jaramillo tras ser contactado de manera telefónica para la realización del presente informe pericial.

La Dra. Gloria Elizabeth Aristizabal en su calidad de representante legal de la Clínica de Estudios Oftalmológicos firma la lista correspondiente a la totalidad de los pacientes intervenidos en los días de programación de cirugía señalados y agendados al Dr. Mauricio Arias Jaramillo e indica que solo se presentó la complicación infecciosa en el Sr. Botero Montoya (se anexa dicho documento en el presente peritaje).

En el documento referido se mencionan los nombres de los pacientes, la identificación personal y el número telefónico de cada uno de ellos así como el tipo de intervención quirúrgica realizada.

PREGUNTA 6.

CUANTO TIEMPO TIENE COMO MÉDICO ESPECIALISTA EN LA EVALUACIÓN, ANÁLISIS, SEGUIMIENTO, DEFINICIÓN Y ESTUDIOS DE BROTES INFECCIOSOS?

RESPUESTA:

Un periodo superior a 14 años en centros de atención hospitalaria de tercer nivel de complejidad participando como coordinador y líder del comité de infecciones y vigilancia epidemiológica, algunos de estos centros hacen parte de formación de médicos especialistas en medicina interna y en terapia intensiva durante las rotaciones por el servicio de enfermedades infecciosas.

PREGUNTA 7.

¿CUALES SON LAS FUENTES O LOS FACTORES PERTENECIENTES AL QUIROFANO O AL CENTRO HOSPITALARIO QUE SON POTENCIALMENTE ASOCIADAS A BROTES DE ENDOFTALMITIS INFECCIOSA POSTERIOR A CIRUGIA DE CATARATA?

RESPUESTA :

Apoyado en datos aportados por revisión bibliográfica, dentro de las causas o desencadenantes relacionados con la presencia de endoftalmitis posterior a cirugía de cataratas están la contaminación bacteriana o por microorganismos de:

*RICARDO MARTÍNEZ GARCÍA, MD, MSc*

- A. Las soluciones de contenido líquido y utilizadas durante la cirugía como parte de la preparación del paciente o durante el acto quirúrgico en sí.
- B. Los dispositivos utilizados para la facoemulsificación (maquina facoemulsificadora) \*\* la Facoemulsificación usualmente se realiza con una sonda ultrasónica equipada con una aguja hueca de titanio de 0,9 mm de diámetro, la cual vibra longitudinalmente de atrás para adelante entre 30.000 y 60.000 veces por segundo (30 a 60 kHz), actuando así como un cincel o escoplo sobre el cristalino fragmentándolo en partículas (facoemulsificación), que son aspiradas al mismo tiempo a través del conducto de la sonda de ultrasonidos.
- C. Los sistemas de ventilación y de desinfección.
- D. Los antibióticos tópicos utilizados de manera profiláctica previo a la cirugía.
- E. Elementos con yodo utilizadas para desinfección.
- F. Instrumental utilizado por el cirujano tratante.

PREGUNTA 8.

¿QUÉ REPORTA LA LITERATURA EN LO QUE RESPECTA AL NÚMERO DE PACIENTES COMPROMETIDOS Y AFECTADOS POR UNA ENDOFTALMITIS DE ORIGEN INFECCIOSO OCASIONADA POR PSEUDOMONA AERUGINOSA CUANDO ESTA COMPLICACIÓN HACE PARTE DE UN BROTE O SE ASOCIA A

UNA FUENTE COMÚN O ES SECUNDARIA A CONTAMINACIÓN PROVENIENTE DEL CIRUJANO INTERVENTOR?

RESPUESTA:

El aislamiento microbiológico mediante positividad de cultivos para gérmenes entre los que se destaca la *pseudomona aeruginosa* y que permitían establecer el origen intrahospitalario o nosocomial de un brote de endoftalmitis posterior a cirugía ocular señala que existía compromiso bien sea de todos, de gran parte o casi la totalidad de los pacientes intervenidos en el respectivo tiempo quirúrgico (es decir en el tiempo correspondiente al mismo cirujano o mismo quirófano o igual instrumental quirúrgico).

Al respecto, el trabajo realizado por *Sakarín Ausayakhun & Nimitr Itthipunkul* y colaboradores reportó la presencia de 31 casos de endoftalmitis en pacientes intervenidos por cirugía de catarata (cirugías realizadas en un periodo de 48 horas).

*Akcakaya* reportó un brote con 5 pacientes posterior a una jornada quirúrgica.

*Bajimayya* documentó 19 casos de endoftalmitis después de cirugía de catarata.

*Pinna* evidenció un brote con 20 casos.

*Horster* publicó estudio con 26 casos documentados que aparecieron después de una jornada quirúrgica.

Los anteriores entre muchos otros trabajos que documentan brotes con presencia después de cirugía de catarata.

El **denominador común** en los estudios referenciados es el compromiso por endoftalmitis bien sea de todos, de un porcentaje importante o de la gran mayoría de los pacientes intervenidos por los grupos que reportaron la presencia de brotes.

PREGUNTA 9.

¿QUÉ ES LA ENDOFTALMITIS AGUDA POSTERIOR A CIRUGIA DE CATARATAS?

RESPUESTA:

La **endoftalmitis aguda** posterior a cirugía, es la presencia de una infección que ocurre después de un procedimiento quirúrgico que involucra al globo ocular; esta es una seria complicación tras cirugías como la de catarata e instauración de un lente intraocular que se presenta entre la primera y segunda semana después de la intervención (usualmente de 3 a 5 días después de la cirugía). La incidencia de esta complicación se sitúa entre 0.07 y 0.12%. Las bacterias son los

RICARDO MARTÍNEZ GARCÍA, MD, MSc

microorganismos más frecuentemente involucrados y en una menor proporción los hongos y virus. La mayor parte de las veces las bacterias involucradas hacen parte de la propia flora bacteriana periocular del paciente, siendo el *estafilococo epidermidis* el germen involucrado hasta en el 80% de las veces, sin embargo, los brotes de endoftalmitis después de cirugía de catarata son frecuentemente ocasionados por bacterias gram negativas como la *pseudomona aeruginosa*.

La *pseudomona aeruginosa* es una bacteria gram negativa ampliamente distribuida en el agua y suelo, siendo un agente etiológico involucrado o responsable de infecciones asociadas al cuidado de la salud o nosocomiales y pudiendo estar relacionada hasta en el 13% de las infecciones que comprometen estructuras oculares. Los brotes de endoftalmitis ocasionados por *pseudomona aeruginosa* usualmente se presentan por transmisión o inoculación directa o indirecta desde objetos inanimados que actúan como reservorio o hábitat del patógeno o bacteria.

La asociación con contaminación intrínseca de soluciones acuosas usadas en oftalmología o de instrumental quirúrgico utilizado como las máquinas de faco emulsificación ha sido también demostrada, otras fuentes relacionadas con brotes de endoftalmitis por gram negativos como la *pseudomona aeruginosa* son los sistemas de ventilación o aireación del quirófano, así como elementos de desinfección o esterilización del material quirúrgico.

Mientras que la endoftalmitis asociada a bacterias gram positivas como el *estafilococo dorado* y *epidermidis* se presentan de manera aislada involucrando a uno solo de los pacientes intervenidos durante un tiempo o día de cirugía (esto debido a que el *estafilococo* causante hace parte de la flora bacteriana normal periocular del propio paciente), la endoftalmitis por *pseudomona* adquirida en el quirófano se puede presentar como parte de un brote es decir son varios o la totalidad de los pacientes operados debido a que la bacteria está contaminando elementos inanimados utilizados para el acto quirúrgico, transmitiéndose muy fácilmente y potencialmente involucrando a cada paciente intervenido.

En forma independiente del agente etiológico o tipo de microorganismo involucrado la endoftalmitis es una serie complicaciones que genera repercusiones y secuelas funcionales de carácter definitivo y / o muchas veces no reversible o no recuperable en el órgano de la visión.

#### PREGUNTA 10.

¿SI NO SE CONSIDERA A LA ENDOFTALMITIS QUE PRESENTO EL SEÑOR GUSTAVO BOTERO MONTOYA COMO ASOCIADA A UNA INFECCION NOSOCOMIAL O INTRAHOSPITALARIO, EXISTEN RAZONES O ARGUMENTOS PARA ESTABLECER QUE LA INFECCION QUE PRESENTO EL PACIENTE LA ADQUIRIO DE MANERA EXTRAINSTITUCIONAL, ¿EXTRAHOSPITALARIO NO

RICARDO MARTÍNEZ GARCÍA, MD, MSc

NOSOCOMIAL O DICHO DE OTRA MANERA QUE FUE ADQUIRIDA MIENTRAS EL PACIENTE ESTABA EN SU DOMICILIO DE MANERA AMBULATORIA? EXPLIQUE POR FAVOR SU RESPUESTA

RESPUESTA:

Sí.

Se debe de considerar que la *pseudomona aeruginosa* también se encuentra en elementos o materiales extrahospitalarios o que incluso pueden estar en el propio domicilio del paciente y que pueden colonizar, contaminar y finalmente causar una verdadera infección. La *pseudomona aeruginosa* no es una bacteria de localización o de ubicación absolutamente intrahospitalaria.

PREGUNTA 11.

¿QUÉ OBJETOS O UTENSILIOS DE UTILIZACION EXTRAHOSPITALARIA PUEDEN ESTAR CONTAMINADOS POR BACTERIAS COMO LA PSEUDOMONA AERUGINOSA?

RESPUESTA:

Prácticamente cualquier objeto o elemento de consistencia líquida o sólida puede contaminarse con bacterias como la *pseudomona aeruginosa*.

Algunos de estos elementos son de uso rutinario cada día como el dinero (billetes y monedas).

Tal como se menciona por la revista de la **Asociación Colombiana de Infectología** mediante un artículo publicado por el grupo de ecología microbiana y el Instituto de biología de la Universidad de Antioquia diariamente los seres humanos están en interacción con objetos de uso continuo como papel moneda sin el conocimiento que estos almacenan microorganismos y que diariamente nos vemos expuestos al contacto con potenciales patógenos. Mediante el estudio se encontraron 233 géneros bacterianos, uno de los géneros más abundantes está conformado por la *Pseudomona* entre otros diferentes microorganismos.

Los billetes y las monedas pueden ser colonizadas por microorganismos cuya fuente es dependiente del contacto continuo con las manos de diferentes individuos, las costumbres de almacenamiento y las condiciones higiénicas de los usuarios. Los géneros potencialmente patógenos de mayor relevancia detectados en los billetes pueden ser *streptococcus*, *staphylococcus* y *pseudomonas*, ya que estos no solo presentan potencial virulento, sino que pueden presentar resistencia a muchos de los antibióticos de uso rutinario en humanos.

Otros dispositivos de uso diario también pueden estar involucrados, este es el caso de los teléfonos celulares, estos dispositivos propician condiciones favorables para el crecimiento de microorganismos al emitir calor o albergar suciedad y sudor. También la manera como se emplean los equipos de telefonía móvil involucra ciertas acciones que podrían explicar la contaminación de los equipos: una de ellas es el proceso de recargar la batería, que conlleva a un riesgo de contaminación al colocar el teléfono en cualquier superficie mesas, mesones, bolsos que pueden además albergar otros materiales como medicamentos goteros colirios etc.

Teniendo en cuenta que los billetes, monedas o celulares entre otros elementos de uso diario no se someten a un proceso de limpieza o de desinfección de manera rutinaria, la permanencia de las bacterias como la *pseudomona* en sus superficies puede ser permanente o crónica.

Otros elementos de uso diario que se puede contaminar con bacterias como la *pseudomona* son pañuelos desechables, toallas de tela y copitos de algodón entre otros.

Finalmente, las manos se convierten en un facilitador o medio de transporte de las bacterias presentes en monedas, billetes, celulares, teclados de computador etc a órganos vulnerables a la infección como a aquellos sometidos a cirugía previa.

Tampoco se puede desestimar o pasar por alto utensilios y recipientes que usan de manera ambulatoria o en sus respectivos domicilios los pacientes sometidos a una intervención quirúrgica oftalmológica, dentro de estos elementos sobresalen **los colirios o goteros**; es así como existe suficiente evidencia bibliográfica que involucra a goteros o colirios oftálmicos como elementos contaminados por bacterias como la *pseudomona* que al ser utilizados por los pacientes pueden presentar posterior infección o endoftalmitis (la colonización y contaminación por bacterias ocurre por el depósito de dichos microorganismos en el contenido líquido interior del colirio pero la mayor parte de las veces en la superficie externa del gotero que se pone en contacto o muy cerca del ojo cada vez que es utilizado por el paciente) .

Es así como Ginés JC y Samudio M entre otros investigadores señalan a los colirios o goteros deben ser administrados utilizando técnicas de asepsia y de almacenamiento con el fin de prevenir la contaminación bacteriana. La presencia de aditivos o de preservantes en el colirio no garantiza el estado de esterilidad de las soluciones oftálmicas una vez abierto el envase. El riesgo de contaminación se ha estimado entre el 2 y 10%. Otros autores señalados en el artículo indican contaminación de los colirios tan alta como de 28% siendo la contaminación mayor en la punta de los envases. Bacterias gram positivas como los *estafilococos* y bacilos gram negativos como la *klebsiela* y la *pseudomona* entre otros microorganismos son señalados en el trabajo.

Otros investigadores indican que la colonización bacteriana de los colirios o goteros puede aparecer en cualquier momento después de abierto el dispositivo, sin embargo, esta colonización se incrementó con mayor duración de apertura del gotero (el tiempo para contaminación del gotero puede variar de unas pocas horas después de su apertura hasta varias semanas).

PREGUNTA 12.

¿POR QUE RAZON UN PACIENTE CON INTERVENCION QUIRURGICA RECIENTE A NIVEL OCULAR PUEDE SER INFECTADO DESPUES DEL CONTACTO CON UN OBJETO INERTE O INANIMADO QUE CONTENGA BACTERIAS COMO LA PSEUDOMONA Y UNA PERSONA SIN CIRUGIA RECIENTE NO PRESENTA ESTE RIESGO?

RESPUESTA:

Normalmente la mucosa y el epitelio que cubre cualquier órgano de la economía corporal (incluyendo el ojo) ofertan o garantizan una barrera de defensa o de protección en contra de la entrada de elementos externos (elementos como bacterias, virus, hongos, parásitos etc) además las diferentes capas y tejidos del globo ocular producen a nivel local diferentes enzimas y anticuerpos que son una línea de defensa agregada ante la potencial agresión de un elemento externo como las bacterias.

Debido al corte o incisión del tejido ocular ocasionado por el procedimiento quirúrgico se altera de una manera transitoria los mecanismos de defensa locales previamente señalados (al menos hasta que aparezca la cicatrización normal de los diferentes tejidos); además la hiperemia (edema/ "hinchazón" conjuntival posterior a la cirugía facilita una mayor absorción y permeabilidad a elementos externos o extraños (hiperemia: es el incremento en la irrigación sanguínea de un órgano o tejido, es de anotar que macroscópicamente un órgano hiperémico adquiere un color rojo intenso).

Los cambios previamente señalados y producidos en el ojo intervenido son un factor predisponente a infección bacteriana al existir contacto con elementos o materiales inertes o inanimados contaminados con bacterias como la pseudomona.

PREGUNTA 13.

¿UNA VEZ SE INTERVINO QUIRURGICAMENTE AL SEÑOR GUSTAVO BOTERO MONTOYA SE DIO PRESCRIPCION FARMACOLOGICA POR PARTE DE GRUPO TRATANTE?

RESPUESTA:

Sí.

Atendiendo normas protocolarias, al paciente fueron prescritos TOBRACORT COLIRIO (mezcla de antibiótico y de corticoide) y OPTIVE COLIRIO (lubricante ocular).

PREGUNTA 14.

¿EXISTE LA POSIBILIDAD DE CONTAMINACION POR PSEUDOMONA AERUGINOSA DE UNO DE LOS 2 COLIRIOS PRESCRITOS AL PACIENTE BOTERO MONTOYA UNA VEZ QUE ESTOS FUERON ABIERTOS DE MANERA DOMICILIARIA O AMBULATORIA PARA SU UTILIZACION?

Teniendo en cuenta lo previamente reseñado: SI

Es una condición que no se podría desestimar de una manera absoluta.

PREGUNTA 15.

¿ANTE EL AISLAMIENTO DE PSEUDOMONA EN UN PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE ENDOFTALMITIS, SE PUEDE ESTABLECER QUE ESTA BACTERIA SIEMPRE ES DE ORIGEN NOSOCOMIAL O ADQUIRIDO EN UN MEDIO HOSPITALARIO?

RESPUESTA:

NO

La anterior respuesta considerando lo previamente señalado.

PREGUNTA 16.

¿QUÉ ES UN INOCULO MASIVO?

RESPUESTA:

Se refiere a una masiva, importante o considerable cantidad de microorganismos capaces de provocar infección cuando se transfieren a un huésped.

PREGUNTA 17.

¿ESTA EN RELACION EL TAMAÑO DEL INOCULO (INOCULO MASIVO) O EL TIEMPO DE CONTACTO DEL INOCULO CON EL TEJIDO COMPROMETIDO CON EL PERIODO TRANSCURRIDO ENTRE LA CIRUGIA Y EL INICIO DE LOS SINTOMAS DE ENDOFTALMITIS? POR FAVOR EXPLIQUE.

RESPUESTA:

SI

Cuando el inoculo es masivo como ocurre por irrigación o lavado con una solución contaminada utilizada durante el acto quirúrgico o cuando se aplica directamente

RICARDO MARTÍNEZ GARCÍA, MD, MSc

un elemento contaminado con pseudomona durante el acto quirúrgico o cuando la bacteria tiene contacto con el tejido comprometido durante plena cirugía momento en el que el tejido puede estar con sangrado, el tiempo para la presentación de signos y síntomas de infección se podría potencialmente presentar rápidamente, pudiendo ser en las primeras 24 horas después de la cirugía.

PREGUNTA 18.

¿COMO SE ENCONTRABA EL PACIENTE 24 HORAS DESPUES DE LA CIRUGIA?

RESPUESTA:

En la historia clínica se señala "Buena evolución" agudeza visual 20/50 por ojo izquierdo; ante la buena evolución se indicó revisión a los 15 días y se dieron signos de alarma.

PREGUNTA 19.

¿CUANTO TIEMPO TRANSCURRIO ENTRE LA CIRUGIA Y EL INICIO DE LOS SINTOMAS DE INFECCION (ENDOFTALMITIS)?

RESPUESTA:

Entre 48 y 72 horas.

PREGUNTA 20.

TRAS LA LECTURA Y ANALISIS DE LOS DIFERENTES FOLIOS A USTED REMITIDOS PARA RESPECTIVA REVISION, ¿SE EVIDENCIA LA PRESENCIA DE ALGUNA COMORBILIDAD PRESENTE EN EL SEÑOR GUSTAVO BOTERO MONTOYA Y QUE PUDIESE ESTAR EN CORRELACION O SER FACTOR POTENCIALMENTE CONDICIONANTE PARA UNA ENDOFTALMITIS POR PSEUDOMONA? POR FAVOR EXPLIQUE SU RESPUESTA.

RESPUESTA:

Sí.

En nota de evolución del Dr. Juan Carlos Rojas Medicina interna. Neumología 10/04/2014 se menciona: *"paciente con cuadro clínico de aproximadamente 10 años de evolución de tos con expectoración hialina sin hemoptisis asociada a disnea (\*asfixia). Antecedente médico de TBC hace 25 años con recaída en el año 2011; secuelas de TBC. Rdiografia de torax: Presencia de tractos fibrosos apicales bilaterales"*.

En nota de 26/01 /2015 nota de Dr. Jaime Sánchez Vallejo Neumología se estableció como diagnósticos a la presencia de **EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica)** y secuelas de TBC.

RICARDO MARTÍNEZ GARCÍA, MD, MSc

21

21

Las notas previas fueron recopiladas del acta de la junta nacional de calificación de invalidez, fecha del dictamen 09/ 03/2016. Parte de los diagnósticos finales de dicha junta fueron: **Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica y Asma Bronquial**.

Es de anotar que en pacientes sanos, sin antecedente de patología bronquial o pulmonar el mantenimiento de la vía respiratoria depende de la eficiencia del sistema defensivo de los pulmones, este sistema es multifactorial e incluye las células epiteliales, el aclaramiento mucociliar (es decir cilios o microvellosidades que por movimiento continuo expulsan patógenos y bacterias) y la respuesta inmunitaria local pulmonar; todas las anteriores situaciones están alteradas en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica siendo la más importante la clara alteración del sistema mucociliar que favorece el crecimiento y colonización de bacterias en los bronquios, bacterias entre las que se encuentra la *pseudomona aeruginosa*.

El paciente con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Cronica se coloniza dentro de sus bronquios por bacterias; las bacterias colonizantes como la *pseudomona* pueden ocasionar verdadera infección bronquial causando tos crónica y disnea y presencia de producción de esputo o pueden mantener su condición de colonizantes sin ocasionar síntomas pulmonares como esputo productivo pero si presencia de tos.

Al toser el paciente puede contaminar sus manos y llevar a su colonización bacteriana y posterior infección de otras partes del organismo al tener relación o cercanía o contacto con los ojos o colirios oftálmicos (situación potencialmente precipitada en un ojo recién intervenido).

PREGUNTA 21.

DEFINA QUE ES CONTAMINACION Y GENERE UNA RELACION DE DICHA DEFINICION CON LA CONDICION DEL PACIENTE BOTERO MONTOYA.

La contaminación es la introducción de sustancias, elementos físicos o elementos químicos en un medio o ambiente determinado y que provocan en dicho medio un daño que es directamente proporcional a la agresividad o intensidad del elemento contaminante.

En el caso que nos compete en el peritaje actual el elemento contaminante es la bacteria *pseudomona aeruginosa*; el medio es el globo ocular y el daño es la pérdida de la visión debido a la interacción entre el microorganismo y el órgano comprometido.

En el presente caso el elemento contaminante es externo (es decir es ajeno o no hace parte normal del tejido o estructura comprometida); la condición de ajeno conlleva a establecer que dicho elemento contaminante (*pseudomona*) pudo haber sido introducido en el órgano (globo ocular) y que uno de los vehículos potencialmente involucrados para transportar el elemento contaminante puede estar en relación con las manos del paciente por contacto directo o indirecto previo con el microorganismo causante del daño; contacto directo tras contaminación de las manos después de toser o indirecto por contacto de las manos con recipientes o elementos contaminados con *pseudomona* (goteros; billetes, etc).

Por ser la *pseudomona* una bacteria altamente infectante se hubiera esperado compromiso de otros pacientes intervenidos quirúrgicamente en el caso que el elemento contaminante (*pseudomona*) fuese secundario a brote de origen noocomial o intrahospitalario.

PREGUNTA 22.

¿CUÁL FUE LA CAUSA DE LA ENDOFTALMITIS POSTERIOR AL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO REALIZADO EN EL SEÑOR GUSTAVO BOTERO MONTOYA?

La **contaminación** del globo ocular por *pseudomona aeruginosa* a través de la incisión o de la herida quirúrgica previamente realizada.

Teniendo en cuenta que la complicación que presentó el Sr. Botero Montoya fue un caso aislado y no hizo parte de un brote hospitalario es potencialmente considerable que dicha contaminación y posterior infección ocular bacteriana no tuvo un origen o presentación intrahospitalaria o nosocomial (esto si es tenido en cuenta lo referido en respuesta previas del presente peritaje).

PREGUNTA 23.

¿EXISTEN ELEMENTOS DE JUICIO SOPORTADOS EN APOYO BIBLIOGRÁFICO QUE EN LA CONTAMINACIÓN Y POSTERIOR INFECCIÓN OCULAR NO SE DESCARTA LA PARTICIPACIÓN OCASIONADA POR ELEMENTOS EXTERNOS DE USO NO HOSPITALARIO COMO GOTEROS, COLIRIOS, TELÉFONOS CELULARES ETC SIENDO LAS MANOS DEL PACIENTE UN INTERMEDIARIO, FÓMITE O MEDIO DE TRANSPORTE DE LA INFECCIÓN?

RESPUESTA:

SI.

RICARDO MARTÍNEZ GARCÍA, MD, MSC

25

25

No se puede descartar de una manera absoluta la participación ocasionada por elementos externos / de uso domiciliario y no hospitalario (previamente señalados) como condicionantes para la posterior colonización e infección del globo ocular.

Lo anterior se fundamenta en lo previamente referido en algunas de las respuestas del actual documento pericial.

De manera complementaria se menciona que, si bien las manos actúan como elemento facilitador para el paso de la *pseudomona aeruginosa* al globo ocular, también el contacto directo de la "punta" u orificio de salida de los goteros o colirios pueden actuar como elemento contaminante sin que medie la presencia de las manos.

Tampoco se puede desestimar el antecedente de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) en el Sr Botero Montoya condición que lo predispone a colonización de los bronquios por *pseudomona* y al ser la tos y la producción de esputo uno de los síntomas de los pacientes con EPOC, la contaminación secundaria por este tipo de bacterias de manos y de elementos de uso diario es una situación potencialmente predecible.



RICARDO ARTURO MARTINEZ GARCIA.

Ricardo Martínez García MD, MSc.  
Enfermedades Infecciosas y Tropicales  
Medicina Interna - Epidemiología  
Universidad Javeriana - IPK-CES  
TP 4009-93

MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA

MSc. ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y TROPICALES

MSc. EPIDEMIOLOGIA

TP 4009-93

RICARDO MARTÍNEZ GARCÍA, MD, MSc

27

27

Señores

**JUZGADO SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO**

Armenia – Quindío

**Referencia:**

**Proceso:** Responsabilidad Civil Contractual

**Radicado:** 2018 – 00119 – 00

**Demandante:** GUSTAVO BOTERO MONTOYA Y OTROS

**Demandados:** CAFESALUD, ESTUDIOS OFTALMOLOGICOS Y OTRO

**Asunto:** ENTREGA DE DICTAMEN PERICIAL

**IVÁN DARÍO RUEDA GUTIÉRREZ**, mayor y vecino de la ciudad de Pereira, identificado como aparece al pie de mi firma, obrando en mi condición de apoderado del demandado **OFTALMOLOGIA INTEGRAL DEL QUINDIO –ESTUDIOS OFTALMOLOGICOS S.A.S.**, por medio del presente escrito y actuando dentro del término otorgado por el Despacho, procedo a aportar el Dictamen Pericial con su respectivo soporte bibliográfico elaborado por el Doctor Ricardo Arturo Martínez García Médico Especialista en Medicina Interna, Magister en Enfermedades Infecciosas y Tropicales y, Magister en Epidemiología; adicional a ello, adjunto los documentos que acreditan la idoneidad y experiencia del perito conformado por la hoja de vida y peritajes previos.

Conforme a lo anterior, solicito darle trámite al presente dictamen pericial conforme al artículo 228 del C.G.P.

El presente memorial con sus anexos es remitido a cada una de las partes conforme al parágrafo del artículo 09 del Decreto 806 de 2020.

Cordialmente,

**IVÁN DARÍO RUEDA GUTIÉRREZ**

**C.C. No. 1.088.298.053**

**T.P. No. 240.980 del C. S. de la J.**