

RAD. 2018-00260-00 - APORTA PRUEBA PERICIAL NUEVA EPS

Alejandra Martinez <nana.m10@hotmail.com>

Mié 1/09/2021 11:32

Para: Centro Servicios Judiciales Civil Familia - Armenia - Quindio <cserjudcfarm@cendoj.ramajudicial.gov.co>; adrianagarcia@amdebrigard.com <adrianagarcia@amdebrigard.com>; Ana María De Brigard Pérez <presidencia@amdebrigard.com>; notificaciones <notificaciones@valencort.com>

 3 archivos adjuntos (918 KB)

PJ. 2191 ARMENIA - SOLCITUD DE PRUEBA PERICIAL - traza correo electrónico.pdf; RAD. 2018-00260 - MEMORIAL APORTA PRUEBA PERICIAL NUEVA EPS.pdf; RAD. 2018-00260-00 - DICTAMEN NUEVA EPS (PJ 2191).pdf;

Honorable

JUZGADO SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO**ARMENIA- QUINDÍO**

E.S.D.

Referencia: **Proceso:** VERBAL – RESPONSABILIDAD MÉDICA
Demandante: LEONEL MEJÍA CASTAÑO Y OTROS.
Demandado: Nueva EPS y otro.
Radicado: 2018-00260-00
PJ. 2191

***** MEMORIAL APORTA PRUEBA PERICIAL DECRETADA A CARGO DE NUEVA EPS *****

DANNA ALEJANDRA MARTÍNEZ AGUILAR, mayor de edad, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.032.454.279 de Bogotá, abogada en ejercicio con tarjeta profesional No. 265.733 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando como apoderado judicial de la NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD NUEVA E.P.S. S.A, por medio del presente oficio, y estando dentro del término concedido por el Despacho, me permito aportar la prueba pericial solicitada por Nueva EPS y que fue decretada por el Despacho.

Adjunto a este correo:

Un (1) Archivo PDF que contiene el dictamen pericial,

Un (1) Archivo PDF que contiene el correo con el que la suscrita solicitó a la entidad poderdante el trámite pericial, una vez fue decretado por la Juez,

Un (1) Archivo PDF que contiene el memorial que aporta la prueba pericial

NOTIFICACIONES

me permito informar que mi correo electrónico para efectos de notificaciones judiciales dentro del proceso de la referencia es: nana.m10@hotmail.com, correo electrónico registrado ante el honorable Consejo Superior de la Judicatura. Mi poderdante NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD NUEVA EPS S.A. podrá ser notificada al correo electrónico secretaria.general@nuevaeps.com.co; dirección electrónica inscrita para **notificaciones judiciales**, como consta en el certificado de existencia y representación legal de la Cámara de Comercio.

De conformidad con lo dispuesto en el Decreto 806 de 2020, se informa que estos documentos se envían a los correos informados por las apoderadas de la parte demandante, y la codemandada Unidad Renal Baxter.



Alejandra Martínez <ale10mz@gmail.com>

PJ. 2191 ARMENIA - SOLCITUD DE PRUEBA PERICIAL

1 mensaje

abcmabogados <abcm.nuevaeps@gmail.com>

13 de abril de 2021, 10:58

Para: Lorena Maria Mideros Ortiz <lorena.mideros@nuevaeps.com.co>, Juan Sebastian Hoyos Gonzalez

<juan.hoyosg@nuevaeps.com.co>

Cc: Alejandra Martínez <ale10mz@gmail.com>, abcmabogados <abcm.nuevaeps@gmail.com>

Respetada Dra. Lorena.

Reciba un cordial saludo.

Por medio de la presente solicito el trámite de prueba pericial en el P.J. 2191 de Armenia, con el fin de que el Perito rinda en su experticie en el caso. Se solicita enviar al PERITO las HC que se adjuntan (y que fueron remitidas por Nueva EPS previamente)

CUESTIONARIO PARA PRUEBA PERICIAL A CARGO DE NUEVA EPS

1. CONDICIÓN CLÍNICA DE LA PACIENTE.

- a. ¿Qué patologías tenía la paciente **Marleny Salazar Hernández identificada con cédula de ciudadanía 24.987.461** antes de su ingreso a la IPS Clínica Sagrada Familia el día 29 de junio de 2013?
- b. ¿Qué antecedentes quirúrgicos tenía la paciente **Marleny Salazar Hernández identificada con cédula de ciudadanía 24.987.461** antes de su ingreso a la IPS Clínica Sagrada Familia el día 29 de junio de 2013?
- c. ¿Qué es un accidente cerebro vascular (ACV) de tallo cerebral y qué funciones afecta en la paciente que sufre esta lesión?
- d. ¿Cuáles son las consecuencias a corto, mediano y largo plazo que puede tener una paciente que esta postrada en cama?
- e. ¿La paciente tenía alguna patología cardiovascular?
- f. ¿Qué es una nefrectomía?

2. FALLA RENAL AGUDA

- a. ¿Qué es una falla renal aguda y cuáles son sus posibles causas?
- b. ¿Qué incidencia tiene la postración en cama de larga data en la función renal y cardíaca?
- c. ¿La falla renal es o puede ser una consecuencia de la postración en cama?
- d. ¿Qué incidencia tiene un ACV de tallo cerebral en la función renal?
- e. ¿La Diabetes Mellitus es una causa posible de falla renal aguda?
- f. ¿La Hipertensión Arterial es una causa posible de falla renal aguda?
- g. ¿Qué relación o incidencia tiene la nefrectomía derecha en la aparición de una falla renal aguda?
- h. ¿Cuáles son los tratamientos farmacológicos o de manejo médico para atender una falla renal aguda?
- i. ¿Cuáles son los tratamientos terapéuticos o quirúrgicos para atender una falla renal aguda?
- j. ¿Qué es una hemodiálisis y para qué sirve?
- k. ¿Qué es el SULFONATO DE POLIESTILENO SODICO y para qué se usa?
- l. ¿En caso de no contar con el SULFONATO DE POLIESTILENO SODICO, los médicos pueden hacer uso de otra alternativa terapéutica? ¿Cuál?
- m. ¿Qué es la solución polarizante y para qué sirve?
- n. ¿La solución polarizante y el sulfonato de poliestileno sódico eran medicamentos adecuados para el tratamiento de la falla renal de la paciente **Marleny Salazar Hernández identificada con cédula de ciudadanía 24.987.461**?

- o. ¿Con que medicamento se prepara una solución polarizante?
- p. ¿Qué consecuencia tiene no realizar la terapia dialítica?
- q. ¿Qué consecuencia tenía para la paciente **Marleny Salazar Hernández identificada con cédula de ciudadanía 24.987.461** no realizar la terapia dialítica?
- r. ¿Cuáles son los riesgos inherentes de la terapia de diálisis?
- s. ¿Cuántas diálisis le fueron realizadas a la paciente **Marleny Salazar Hernández identificada con cédula de ciudadanía 24.987.461** entre el 29 de junio de 2013 y el 14 de julio de 2013 y cuál fue la respuesta clínica de la paciente frente a este procedimiento?
- t. En atención a la anterior respuesta ¿En la historia clínica de la paciente **Marleny Salazar Hernández identificada con cédula de ciudadanía 24.987.461** existe nota médica que indique contraindicación de la realización de la diálisis para el día 15 de julio de 2013?

Quedo atenta a la remisión pronta de este cuestionario y elaboración del peritaje

agradeciendo su gestión y colaboración,

atentamente,

Danna Alejandra Martínez Aguilar

 [H.C. MARLENY SALAZAR PARA DICTAMEN.zip](#)

Honorable
JUZGADO SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO
ARMENIA- QUINDÍO
E.S.D.

Referencia: **Proceso:** VERBAL – RESPONSABILIDAD MÉDICA
Demandante: LEONEL MEJÍA CASTAÑO Y OTROS.
Demandado: Nueva EPS y otro.
Radicado: 2018-00260-00
PJ. 2191

***** MEMORIAL APORTA PRUEBA PERICIAL DECRETADA A CARGO DE NUEVA EPS *****

DANNA ALEJANDRA MARTÍNEZ AGUILAR, mayor de edad, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.032.454.279 de Bogotá, abogada en ejercicio con tarjeta profesional No. 265.733 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando como apoderado judicial de la NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD NUEVA E.P.S. S.A, por medio del presente oficio, y estando dentro del término concedido por el Despacho, me permito aportar la prueba pericial solicitada por Nueva EPS y que fue decretada por el Despacho.

Adjunto a este memorial:

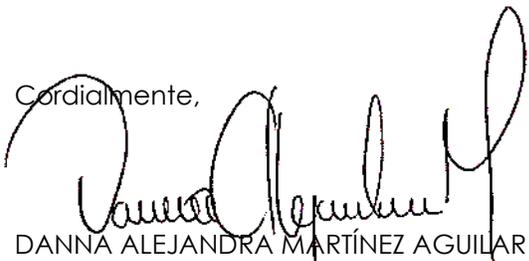
Un (1) Archivo PDF que contiene el dictamen pericial,

Un (1) Archivo PDF que contiene el correo con el que la suscrita solicitó a la entidad poderdante el trámite pericial, una vez fue decretado por la Juez,

NOTIFICACIONES

me permito informar que mi correo electrónico para efectos de notificaciones judiciales dentro del proceso de la referencia es: nana.m10@hotmail.com, correo electrónico registrado ante el honorable Consejo Superior de la Judicatura. Mi poderdante NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD NUEVA EPS S.A. podrá ser notificada al correo electrónico secretaria.general@nuevaeps.com.co; dirección electrónica inscrita para **notificaciones judiciales**, como consta en el certificado de existencia y representación legal de la Cámara de Comercio.

Cordialmente,



DANNA ALEJANDRA MARTÍNEZ AGUILAR
C.C. No. 1.032.454.279 de Bogotá
T.P. No. 265.733 del CSJ



Medellín, junio 15 de 2021

Doctora

LAYLA MARÍA TAMER DAVID /
Directora científica y conceptos médicos
NUEVA EPS S.A.
E. S. M.

JUZGADO: SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO DE ARMENIA
REFERENCIA: VERBAL / RADICADO: **2018-00260 00**
DEMANDANTE: LEONEL MEJÍA CASTAÑO Y OTROS
DEMANDADO: NUEVA EPS S.A
ASUNTO: ENTREGA DICTAMEN MÉDICO PERICIAL

Respetada doctora,

De manera atenta hacemos entrega del dictamen médico pericial solicitado en el proceso de la referencia. Dicho concepto es rendido por la Universidad CES a través del Doctor Juan Carlos Tobón Pereira, Especialista en Medicina Interna U de A, Subespecialista en Nefrología U de A, Docente Universitario y Perito CENDES

La aclaración a este dictamen sólo se surtirá si la solicitud se hace dentro de los 15 días calendario siguientes a la recepción de este escrito. En caso de programarse la sustentación del dictamen, se nos debe notificar mínimo con un mes de antelación a la diligencia por medio electrónico (sagonzalez@ces.edu.co ; cgiraldor@ces.edu.co para agendar al especialista; adicionalmente, se nos debe allegar soporte o comprobante de pago para la asistencia a la audiencia con 15 días hábiles de anticipación; el pago extemporáneo no garantiza la asistencia del perito a la audiencia.

La institución cuenta con los medios tecnológicos suficientes para posibilitar la asistencia del perito y contradicción de la prueba en la audiencia correspondiente. Dicha comparencia tiene un costo de tres salarios mínimos mensuales legales vigentes. En caso de requerirse la sustentación del dictamen en audiencia oral en la ciudad de Armenia - Quindío, tiene un costo de cuatro salarios mínimos mensuales legales vigentes por cada asistencia del especialista.

Se anexa certificaciones académicas y profesionales del especialista que elabora el dictamen.

Con toda atención,


LEÓN MARIO TORO CORTÉS
Coordinador CENDES



Medellín, junio 15 de 2021

Doctora

LAYLA MARÍA TAMER DAVID /
Directora científica y conceptos médicos
NUEVA EPS S.A.
E. S. M.

JUZGADO: SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO DE ARMENIA
REFERENCIA: VERBAL / RADICADO: **2018-00260 00**
DEMANDANTE: LEONEL MEJÍA CASTAÑO Y OTROS
DEMANDADO: NUEVA EPS S.A
ASUNTO: DICTAMEN MÉDICO PERICIAL

Respetada doctora,

De manera atenta rindo dictamen médico pericial solicitado por usted en días anteriores,

PERFIL PROFESIONAL DEL PERITO

Médico y Cirujano U.P.B
Especialista en Medicina Interna U de A
Subespecialista en Nefrología U de A
Nefrólogo de Trasplantes
Perito CENDES

Dirección de contacto: Calle 10 A # 22 – 04 U CES. Medellín – Antioquia
Teléfono: 444 05 55 ext. 1601 – 1352 Emails: sagonzalez@ces.edu.co –
ltoro@ces.edu.co

De acuerdo al Código General del Proceso en su artículo 226:

- Expreso que cuento con los conocimientos necesarios, soy imparcial y no tengo impedimento alguno en la peritación que elaboro.
- Declaro que para el interesado que requiere el peritaje no he rendido dictamen pericial en el pasado.
- Se anexa los certificados de formación académica que me acreditan como idóneo para la presente evaluación pericial.
- La lista de procesos en los que he participado como perito se anexan a este peritaje.



- Declaro que los exámenes, métodos, experimentos e investigaciones efectuados son los mismos que he empleado para la rendición de dictámenes periciales a través de la Universidad CES.
- Declaro que los exámenes, métodos, experimentos e investigaciones efectuados son los mismos respecto de aquellos que utilizo en el ejercicio regular de mi profesión, indicando que una cosa es la prestación de los servicios de salud y otra, muy diferente, la elaboración de dictámenes periciales.
- Manifiesto que el dictamen fue elaborado con la historia clínica suministrada por la parte interesada correspondiente a la paciente MARLENY SALAZAR HERNÁNDEZ.

RESUMEN DE LA HISTORIA CLÍNICA

Registro de historia clínica que inicia.

Marleny Salazar, 62 años de edad, ama de casa, 3 hijos.

30.03.2011. Consulta Nefrología en Clínica Renal NEFROSALUD S.A. Describen en la consulta, derivada de su entidad de salud, una mujer con antecedentes personales de diabetes mellitus de 12 años de evolución y requirente de insulina desde hace 8 meses e hipertensión arterial esencial de 11 años de evolución, además, en el año de 1991 requirió de nefrectomía derecha al parecer por un tumor renal. Manifiesta en la consulta mucha debilidad y pérdida del equilibrio asociado a disestesias en las extremidades, pérdida de cabello. Se estima la función renal por fórmula de Cockcroft - Gault= 54.42 mililitros/minuto, para estadio 3 de Enfermedad renal crónica.

30.05.2011 . Consulta Nefrología en Clínica Renal NEFROSALUD S.A.

Refieren que tiene pendiente control con neurología y electromiografía: polineuropatía mixta antigua sensitivo-motora mielino axonal severa de 4 extremidades, con mayor compromiso de miembros inferiores. Reporte de nivel de Hormona estimulante de tiroides ultrasensible: 4.72. refiere sentirse mejor, pero algunos días decaída, y alteraciones neurológicas. **MEDICAMENTOS:** insulina 20/20 U, enalapril 20 mg 2vd, losartán 50 mg 2vd, furosemida 40 mg día, levotiroxina 50 mcg día, alprazolam 0.25 mg 1/2 tab cada 12 horas, trazodona 50 mg noche. Se estima la función renal por fórmula de Cockcroft - Gault= 58.56 mililitros/minuto, para estadio 3 de Enfermedad renal crónica. Acorde al control, con función renal conservada con respecto al control anterior, sin evidencia de sobrecarga circulatoria, pero con persistencia de Hemoglobina glicosilada por fuera de metas, colesterol elevado, y persistencia de proteinuria, Hipertensión arterial sin control óptimo, en paciente monorrena izquierda. Hipotiroidismo controlada y con polineuropatía severa (pendiente control por neurología). Se procede a ajuste farmacológico y se solicita control en 3 meses.

09.08.2011. Historia clínica de ingreso en CUIDARTE, describen paciente de 63 años postrada en cama luego de Accidente Cerebrovascular isquémico del hemisferio dominante y hemiparesia izquierda.



13.03.2012. Reportes de laboratorio: Depuración de Creatinina 29.5 mililitros/minuto. Creatinina en suero 1.53. Glucosa en suero en ayunas 68.

12.07.2012 . Consulta Nefrología en Clínica Renal NEFROSALUD S.A.

Como novedad, refieren que la paciente está en cama por secuelas relacionadas a un evento cerebrovascular. Acorde a ayudas diagnósticos refieren Paciente de 62 años con enfermedad renal crónica estadio 3, con función renal conservada con respecto al control anterior .

26.09.2012. Reportes de laboratorio: Microalbuminuria aislada 2149. Creatinina en suero 1.09. Hemoglobina glicosilada 5.5%. Ferritina en suero 157.0.

14.06.2013. Reporte de Uroanálisis con citoquímico con proteínas 100, nitritos negativos, sedimento con bacterias abundantes, leucocitos 6-10/campo, eritrocitos incontables. Creatinina en suero 1.4. Potasio en suero 5.4. HEMOGRAMA Leucocitos 8000, Neutrófilos 58%. Hemoglobina 9.8. Plaquetas 556000.

28.06.2013. Describen Paciente con dolor abdominal y 18 horas de evolución de anuria a pesar del paso de sonda vesical además de fiebre hasta 37.8°C. Ingresa a Clínica la Sagrada Familia por probable sepsis de origen urinario, se inicia tratamiento con Ceftriaxona y luego reporte de aislamiento de Proteus Mirabilis en Urocultivo, luego hay cambio a Vancomicina y Meropenem.

29.06.2013. Concepto Nefrología en Clínica Renal NEFROSALUD S.A.

Hospitalización en clínica la sagrada familia por cuadro de dificultad respiratoria, alteración del estado de consciencia, previa clínica de disuria. Paciente con anuria, creatinina 3,8, Nitrógeno ureico en suero 55, Potasio en suero 5,89 anuria. Actualmente con hipoglucemia e hipotensión de 65/35, se pasan 250 cc de Solución salina normal y Dextrosa al 10% Agua Destilada 100 cc + azúcar sublingual, con recuperación de conexión con el medio y ya puede obedecer órdenes. Debido a Inestabilidad hemodinámica , hipoglucemia y riesgo de hipotensión severa y colapso hemodinámico se decide suspender hemodiálisis el día de hoy: se recomienda: - Manejo en unidad de cuidados intermedios: - Hemocultivo y urocultivos - Ceftriaxona 1 gramo- IV cada 12 hrs, Consideran una vez se estabilice se evaluará posibilidad de hemodiálisis .

01.07.2013. Reportan de Botellas nro. 2 y 3 de hemocultivos, identificación de Bacilos gram negativos. Persiste anúrica y con acidosis metabólica, el Dr. Capella, Nefrólogo, solicita traslado a Unidad renal RTS para realizar hemodiálisis. Se procede a colocación de catéter yugular temporal derecho luego de múltiples punciones y 1 punción arterial, sin hematoma residual. Regresa de la Unidad renal para ingresar a Unidad de Cuidados Intensivos debido a hipotensión refractaria e hipoglucemia de 32 miligramos%. Se inicia soporte vasopresor con norepinefrina logrando estabilización hemodinámica.



01.07.2013. Se realiza primera hemodiálisis sin ultrafiltración en paciente inestable.

09.07.2013. En la Clínica la Sagrada Familia curación por parte de Enfermería de úlcera sacra por presión, de bordes irregulares y fondo necrótico.

10.07.2013. En la Clínica la Sagrada Familia Aislamiento de *Cándida albicans* en orina 75000 unidades formadoras de colonias. Se inicia Fluconazol y se ordena cambio de sonda vesical. Reportan Ecocardiograma transtorácico con fracción de expulsión del ventrículo izquierdo del 59% y presión sistólica de la arteria pulmonar de 56 milímetros de mercurio.

11.07.2013. Solicitan realización de gastrostomía endoscópica para continuar alimentación.

14.07.2013. En la Clínica la Sagrada Familia se traslada la paciente de Unidad de Cuidados Intermedios a Pisos de Medicina Interna por franca mejoría para continuar tratamiento.

15.07.2013. Nota de Hemodiálisis.

Paciente quien asiste a Terapia de reemplazo renal. Paciente con historia clínica anotada. Problemas: Paciente más conectada con el medio. Apertura ocular espontánea, habla incomprensible, quejumbrosa. Fija la mirada. Paciente en anasarca. Área de presión en zona lumbar. Signos vitales: 106/48 , frecuencia cardíaca: 76. Refieren Plan: Dado los hallazgos en el examen físico y la clínica de la paciente se decide programar para Terapia de reemplazo renal. El día siguiente a las 11:30am según evolución y hallazgos durante Terapia de reemplazo renal. Se determinara necesidad de nueva hospitalización.

NOTA SALA DE HEMODIÁLISIS: Se recibe llamado de enfermería por paciente presentar apneas. Se encuentra paciente con "gasping", se inician inmediatamente maniobras de Reanimación Cardiopulmonar. Se inician compresiones torácicas, se ordena monitorización. Paciente sin pulso se ordena paso de líquidos, se ordena aplicar adrenalina. Se comprueba el pulso. Paciente sin pulso. Se observa en monitor trazo compatible con Actividad Eléctrica Sin Pulso, Se continúa maniobras básicas y avanzadas durante 25 minutos. Paciente fallece a las 19: 25. Se traslada a sala de procedimientos. Se informa a la nieta. Se ordena traslado a morgue como dicta protocolo de Unidad Renal RTS Baxter.

CORRELACIÓN CLÍNICA Y MÉDICO LEGAL

El caso hace referencia a una paciente en su séptima década de la vida comórbida con factores de riesgo cardiovascular, lo que incluía hipertensión arterial esencial crónica, diabetes mellitus con requerimiento de terapia insulínica y compromiso evidente de



órgano blanco, con referencia principalmente a la enfermedad cerebrovascular con secuelas graves y con necesidad de cuidado domiciliario. Adicionalmente era una enferma con alta predisposición a presentar infecciones urinarias y enfermedad renal por el antecedente de nefrectomía radical unilateral al parecer por una neoplasia con la consecuente disminución de la masa renal funcional.

La diabetes mellitus (DM) tipo 2 se ha convertido en una de los más graves problemas sanitarios de nuestro tiempo. Distintos estudios transversales realizados mundialmente muestran un incremento en la prevalencia de DM durante esta pasada década, y se puede estimar que actualmente un 10-15% de nuestra población adulta tiene DM2. Esto se debe a que esta forma de diabetes permanece con frecuencia sin diagnosticar durante muchos años porque la hiperglucemia se desarrolla gradualmente con una larga fase preclínica asintomática.

Ya que nos trae el análisis clínico de la paciente Marleny Salazar Hernández, se hace necesario indicar que el impacto de los individuos con hiperglucemia crónica como en su caso, y riesgo de mortalidad por causa cardiovascular total de nuestras poblaciones es un problema infravalorado y cuyas dimensiones podrían superar cualquier estimación.

La mayor limitación funcional de la paciente era debido a las secuelas inherentes al evento cerebrovascular del hemisferio dominante que prácticamente la postró en cama. La DM tipo 2 y sus complicaciones ha contribuido tremendamente a la carga de mortalidad y discapacidad mundial. En 2015 se catalogó como la tercera mayor causa de discapacidad ajustada, pues produjo 143 millones de eventos, lo que representa un incremento de 22% de 2005 a 2015.

Los estudios epidemiológicos han sugerido que el riesgo relativo de sufrir un ataque cerebrovascular (ACV) es de 2 a 3 veces más alto en hombres diabéticos y de 3 a 6.5 veces más alto en mujeres diabéticas en comparación con la población no diabética. Dicho riesgo está influenciado por la severidad de la diabetes. Algunos estudios han sugerido que los pacientes diabéticos tienen peor pronóstico que los no diabéticos después de un ACV. En el estudio FINSTROKE que incluyó 4.390 pacientes con ACV isquémico de los cuales 25.1% eran diabéticos, la mortalidad a las cuatro semanas fue significativamente más alta en pacientes con DM tipo 2 que en los no diabéticos.

En Latinoamérica se reporta una incidencia para enfermedad cerebrovascular entre 0,89-1,83/1.000 . En un estudio realizado en Sabaneta, Antioquia, en una población de 13.588 sujetos de la misma región, se encontró una incidencia anual ajustada por edad y género de 0,89/1.000. En este estudio, el comportamiento en cuanto a género y edad fue similar al de otras poblaciones, si bien fue mayor en el género masculino (1,1/1.000 vs. 0,61/1.000) y se triplicó sobre los 60 años. En Colombia la mortalidad por enfermedad cerebrovascular, ocupa el cuarto lugar y ocasionó el 6,7% del total de muertes en 2005. La mortalidad observada en el estudio de Sabaneta fue de 16,2/100.000 habitantes. En pacientes con enfermedad cerebrovascular isquémica, los



datos de seguimiento del estudio FREC-VI, mostraron una mortalidad a dos años de 30,7% .

¿Que originó en esta paciente el evento cerebrovascular y sus secuelas?, pues básicamente un síndrome de inmovilidad, lo que se constituye en toda una cadena de eventos que pueden llevar a la muerte del enfermo. Aproximadamente un 18% de las personas mayores de 65 años presentan dificultades para movilizarse sin ayuda. Asimismo, un 50% de los mayores de 75 años tienen problemas para salir del domicilio. De los ancianos con inmovilidad aguda, entendida como la pérdida rápida de la independencia en la movilidad durante un mínimo de tres días, el 33% muere en un plazo de tres meses y más de un 50% a los 12 meses.

Con el envejecimiento se produce una limitación en las actividades desarrolladas de forma fisiológica por los sistemas del organismo y que pueden hacer al anciano más sensible a factores externos. Así, pues, estos cambios también se verán potenciados en el anciano inmovilizado. A nivel del sistema cardiovascular disminuye el gasto cardiaco, la fracción de eyección y la distensibilidad del ventrículo izquierdo. Referente al sistema respiratorio disminuye la capacidad vital y la presión de Oxígeno, además de alterarse el reflejo tusígeno junto con la función ciliar. En el sistema musculoesquelético se observa disminución de la fuerza muscular, puede existir osteoporosis y marcha senil. Por último, a nivel del sistema nervioso cabe destacar la alteración del sistema propioceptivo y los reflejos de corrección.

Acorde a la presentación clínica el día del fallecimiento de la señora Marleny Salazar Hernández, se presentó signología y sintomatología compatible con una infección urinaria grave, pues ya había presentado recientemente un cuadro clínico similar que muy seguramente originó su deceso. Está comúnmente aceptado que los diabéticos tienen una mayor susceptibilidad de presentar infecciones. Así, se ha visto en numerosos estudios que la prevalencia de bacteriuria en la mujer diabética es 2-3 veces superior a la detectada en la población general. También se ha comprobado que la diabetes mellitus es un factor de riesgo independiente de infección urinaria nosocomial. Por otra parte, las infecciones urinarias a menudo pueden conducir a complicaciones severas de la diabetes mellitus como la cetoacidosis.

Una vez instaurada la bacteriuria en el diabético, el riesgo de afectación del parénquima renal aumenta. Así, en el estudio de Forland basado en la utilización de anticuerpos recubiertos para la detección de afectación renal, se observó que un 43% de las mujeres con bacteriuria presentaba alteración parenquimatosa y que esta cifra llegaba al 80% a las 7 semanas de evolución sin tratamiento. También O'Sullivan halló que un 62% de las mujeres diabéticas con bacteriuria presentaban afectación renal, tal como sucedió en nuestro caso.

No se conocen con exactitud las causas que motivan la mayor incidencia de Infecciones urinarias y de sus complicaciones en los diabéticos. La mayoría de los trabajos que las estudian son antiguos y con una muestra pequeña de pacientes. Como



factores predisponentes se han citado disfunción neurógena vesical de los diabéticos, mayor presencia de alteraciones anatómicas de la vía urinaria (cistocele, rectocele)¹⁶, alteración de la función leucocitaria, presencia de retinopatía diabética y de enfermedad coronaria y tiempo de evolución de la diabetes mellitus superior a 20 años. Ooi³ concluye que las ITU sólo son más frecuentes en mujeres diabéticas mayores de 50 años. La glucosuria, aunque no está directamente relacionada, cuando es intensa, podría facilitar una disminución de la actividad fagocítica de los leucocitos. En el caso de infección por *Candida albicans*, parece ser un factor predisponente importante.

Como conclusión y como considero la causa de su fallecimiento, muy probable sepsis de origen urinario, podemos decir que la determinación de los factores de riesgo que inciden en la mortalidad, la cual puede ir de un 20-40%, es fundamental para identificar de forma precoz los pacientes diana con previsible mal pronóstico y adoptar las estrategias diagnósticas y terapéuticas adecuadas. Un estudio encontró 3 factores de riesgo, que de forma independiente, se asociaron a mayor mortalidad. El primer factor, la edad es un factor que no puede modificarse, pero nos recuerda que la edad condiciona peor respuesta ante cualquier agresión. Los otros dos factores que son la necesidad de agentes vasoactivos y el fallo renal agudo, todos estos factores los cumplió nuestra paciente.

RESPUESTA CUESTIONARIO PROPUESTO:

1.1 Qué patologías tenía la paciente Marleny Salazar Hernández antes de su ingreso a la IPS Clínica Sagrada Familia el día 29 de junio de 2013?

RESPUESTA: Mujer en séptima década de la vida, comórbida, con antecedentes de: Hipertensión arterial esencial de larga data, Diabetes Mellitus de larga data, Enfermedad renal crónica, Hipotiroidismo, Evento Cerebrovascular con secuelas.

1.2 Que antecedentes quirúrgicos tenía la paciente Marleny Salazar Hernández antes de su ingreso a la IPS Clínica Sagrada Familia el día 29 de junio de 2013?

RESPUESTA: Nefrectomía derecha de aproximadamente 10 años de evolución de causa no clara.

1.3 Qué es un accidente cerebro vascular (ACV) de tallo cerebral y que funciones afecta en la paciente que sufre esta lesión?

RESPUESTA: Un accidente cerebrovascular del tronco encefálico es el resultado de la interrupción del flujo sanguíneo dentro de las pequeñas arterias en la parte posterior del cuello y el cerebro, como la arteria basilar, la arteria cerebelosa posterior inferior derecha o izquierda o la arteria vertebral derecha o izquierda. Las causas del accidente cerebrovascular del tronco encefálico son las mismas que las causas de los accidentes cerebrovasculares en otras regiones del cerebro. Un derrame cerebral del tronco encefálico puede causar una variedad de síntomas. Puede causar debilidad o déficits sensoriales en el lado del cuerpo opuesto al lado dañado del tronco encefálico. Puede



causar visión doble porque el control de los movimientos oculares se encuentra en el tronco del encéfalo. Cuando un ojo no puede moverse tan bien como el otro ojo normal, la falta de movimiento simétrico produce la percepción de dos imágenes. Un derrame cerebral del tronco encefálico se asocia a menudo con pupilas desiguales. Los mareos o las sensaciones de dar vueltas son comunes con un derrame cerebral porque el sentido del equilibrio se mantiene en el tallo cerebral. La fuerza desigual de los músculos faciales y de la boca puede hacer que uno de los párpados se caiga o un lado de la boca se hunda. Puede causar dificultad para tragar, dificultad para hablar o puede hacer que la lengua apunte hacia un lado. También puede causar debilidad en los hombros, generalmente manifestada como una incapacidad para encoger los hombros de manera uniforme. También puede resultar en pérdida de consciencia debido al papel del tronco encefálico en la regulación de la respiración y la función cardíaca.

1.4. ¿Cuáles son las consecuencias a corto, mediano y largo plazo que puede tener una paciente que esta postrada en cama?

RESPUESTA: Una persona que, como consecuencia de una enfermedad, un traumatismo o una situación de alta dependencia pasa la mayor parte del tiempo encamada y, por tanto, en situación de inmovilidad, está expuesta a una gran variedad de complicaciones que pueden afectar a diferentes partes del organismo y alguna de las cuáles pueden ser graves, especialmente si se trata de pacientes ancianos a saber:

Sistema cardiovascular: la circulación sanguínea se hace más lenta y como consecuencia aumenta el riesgo de sufrir tromboflebitis, trombosis venosa profunda y tromboembolismos, especialmente pulmonares. También pueden aparecer alteraciones de la frecuencia cardíaca, así como hipotensión ortostática, que se produce ante los cambios súbitos de posición y se traducen en mareos e incluso desmayos.

Sistema respiratorio: se genera un deterioro de la ventilación pulmonar que incide en la retención de secreciones y, por tanto, en un incremento del riesgo de infecciones, como la neumonía. El tromboembolismo pulmonar, como ya se ha señalado, es otra de las complicaciones importantes que afectan al sistema respiratorio.

Sistema urogenital: la incontinencia urinaria es la complicación más frecuente y de ella se puede derivar la aparición de eritemas, infecciones urinarias y formación de cálculos renales.

Sistema musculoesquelético: la inmovilidad causa la pérdida de masa muscular y como consecuencia la atrofia y pérdida de resistencia de los músculos. Pueden aparecer contracturas, rigidez articular y otros problemas musculares que dificulten el movimiento del paciente. Ello supone un deterioro funcional importante, especialmente en las articulaciones, que puede causar dolores significativos. Este deterioro conlleva a largo plazo la pérdida de control de esfínteres. Asimismo, se sufre una pérdida de masa ósea, acelerándose el desarrollo de la osteoporosis y, por tanto, el riesgo de fracturas.



Sistema digestivo: es frecuente la pérdida de apetito con el consiguiente riesgo de malnutrición. También se producen problemas de deglución y alteraciones de la formación del bolo fecal, con episodios frecuentes de estreñimiento y una tendencia al reflujo gástrico.

Piel: las escaras por presión son las complicaciones más conocidas y habituales si no se cambia frecuentemente al paciente de posición. La incontinencia urinaria y fecal y la maceración también pueden causar eccemas.

Sistema nervioso: la falta de estímulos externos puede facilitar el deterioro cognitivo, la privación sensorial, un síndrome confusional, pérdida de atención y una alteración del sentido del equilibrio. Asimismo, puede generar la aparición de un cuadro depresivo.

1.5. ¿La paciente tenía alguna patología cardiovascular?

RESPUESTA: No había antecedentes de enfermedad cardíaca, pero sí enfermedad cerebral vascular que hace parte de la enfermedad cardiovascular, además factores de riesgo para padecer enfermedad vascular sistémica, como diabetes mellitus requirente de Insulina e Hipertensión arterial crónica.

1.6. ¿Qué es una nefrectomía?

RESPUESTA: La extirpación del riñón o nefrectomía es la cirugía para extraer un riñón completo o solo parte de él. Puede significar: Extirpar parte de un riñón (nefrectomía parcial). Extirpar un riñón completo (nefrectomía simple). Extirpar un riñón completo, la grasa circundante y la glándula suprarrenal (nefrectomía radical).

2. FALLA RENAL AGUDA

2.1. ¿Qué es una falla renal aguda y cuáles son sus posibles causas? ¿Qué incidencia tiene la postración en cama de larga data en la función renal y cardíaca?

RESPUESTA: La Insuficiencia Renal Aguda (IRA) se define como la disminución en la capacidad que tienen los riñones para eliminar productos nitrogenados de desecho, instaurada en horas a días. La lesión renal aguda (LRA) generalmente ocurre cuando los riñones se dañan de repente. El daño que produce la LRA puede ser causado por:

-No hay suficiente sangre fluyendo a través de sus riñones.

-Una lesión directa a sus riñones o un problema con sus riñones.

-Un bloqueo en sus uréteres, los tubos que llevan la orina de sus riñones a su vejiga.

Ya se indicó en la pregunta 1.4 el probable impacto de la postración en la función cardíaca y renal, pero las causas pueden ser múltiples ante las innumerables complicaciones que puede tener el enfermo postrado.



2.2. ¿La falla renal es o puede ser una consecuencia de la postración en cama?

RESPUESTA: La Falla renal aguda no es una consecuencia directa de la postración, puede presentarse por las complicaciones de la permanencia prolongada de un enfermo en cama como ya se indicó.

2.3. ¿Qué incidencia tiene un ACV de tallo cerebral en la función renal?

RESPUESTA: Usualmente no tiene incidencia en la función renal, pues en caso de que pudiera suceder es debido a todo lo que puede desencadenar un accidente cerebrovascular de tallo cerebral, tal como el compromiso del estado de conciencia, falla respiratoria, luego sepsis pulmonar, necesidad de soporte ventilatorio, invasiones vasculares en una unidad de cuidado crítico o neurocrítico, sonda vesical etcétera. Es un caso hipotético pero es una circunstancialidad que sucede con frecuencia en estos casos.

2.4. ¿La Diabetes Mellitus es una causa posible de falla renal aguda?

RESPUESTA: No se considera una causa de falla renal aguda, tiene más relación con enfermedad renal crónica, de hecho, lleva a una enfermedad renal grave con requerimiento de terapia dialítica. En algunos casos sí puede causar lesión aguda, se menciona otro caso hipotético, un diabético descompensado por cetoacidosis diabética o un estado hiperosmolar cetósico o no cetósico, quizás con un proceso infeccioso bacteriano (usualmente) severo, esta circunstancia puede llevar a un deterioro renal agudo severo con un desenlace que inclusive puede llevar a la muerte.

2.5. ¿La Hipertensión Arterial es una causa posible de falla renal aguda?

RESPUESTA: En algunos casos específicos la Hipertensión Arterial (HTA) si se relaciona con falla renal aguda, como en una emergencia hipertensiva asociada a estenosis de la arteria renal o en una crisis esclerodérmica o HTA maligna acelerada o HTA paroxística en feocromocitoma o Crisis HTA en pacientes con cardiopatía isquémica o insuficiencia cardíaca o Insuficiencia renal aguda o Glomerulonefritis aguda o HTA en quemados graves.

2.6. ¿Qué relación o incidencia tiene la nefrectomía derecha en la aparición de una falla renal aguda?

RESPUESTA: Si puede cursar con falla renal aguda pero un postoperatorio inmediato o temprano debido a deshidratación, hemorragia o uso de antiinflamatorios, hipertensión mal controlada con emergencia hipertensiva etc, lo que no aplica en el caso de esta paciente, pues es un estado tardío de una nefrectomía, momento en el cual la correlación es más con una enfermedad renal crónica por disminución de la masa renal efectiva funcional.

2.7. ¿Cuáles son los tratamientos farmacológicos o de manejo médico para atender una falla renal aguda?

RESPUESTA: El primer eslabón en el tratamiento de la Injuria Renal Aguda (IRA) es actuar sobre la causa. En el fallo prerrenal producido por deshidratación conviene



la administración de cristaloides (suero salino fisiológico a concentración 0,9% o hipotónica al 0,45% o soluciones balanceadas como Ringer® lactato o Plasmalyte®) o con concentrado de hematíes en hemorragias severas.

En el fallo hepatorenal la paracentesis para disminuir la presión intraabdominal, junto con administración de albúmina y terlipresina presentan los mejores resultados. En casos refractarios, puede estar indicada la colocación de un shunt Transyugular Portosistémico Intrahepático (TIP).

En la IRA parenquimatosa por Necrosis Tubular Aguda se ha ensayado con mayor éxito en animales un sinnúmero de tratamientos, que en el ser humano no han resultado ventajosos como son los antagonistas de la endotelina, péptido natriurético atrial, dopamina, calcio-antagonistas, diuréticos del asa, anticuerpos, etc. En las enfermedades autoinmunes (vasculitis, glomerulonefritis extracapilar pauci-inmune, Lupus Eritematoso Sistémico) está indicada la utilización de inmunosupresores (glucocorticoides y ciclofosfamida). En la nefritis inmunoalérgica por fármacos el empleo de esteroides parece recortar la evolución y disminuir la fibrosis residual que puede quedar después de ceder la actividad inflamatoria.

En la IRA obstructiva o posrenal debe entrar el urólogo y/o radiología para resolver o paliar la obstrucción con sondaje uretral, cateterización ureteral, nefrostomía, litotomía o lo que proceda.

Existen situaciones en que la depuración extracorpórea está claramente indicada, como son el manejo de los líquidos (oliguria/anuria, necesidad de aporte elevado ¿nutrición- u otras situaciones de sobrecarga hidrosalina o edema de pulmón), los problemas del medio interno (hiperpotasemia -K>6,5 mEq/L-, alteraciones del sodio y acidosis metabólica severa -pH < 7,2-) y la aparición de alteraciones clínicas secundarias a la uremia (miopatía, encefalopatía o pericarditis).

2.8. ¿Cuáles son los tratamientos terapéuticos o quirúrgicos para atender una falla renal aguda?

RESPUESTA: El tratamiento es el descrito en la respuesta de la pregunta 2.7.

2.9. ¿Qué es una hemodiálisis y para qué sirve?

RESPUESTA: La hemodiálisis es un tratamiento de sustitución de la función renal que consiste en filtrar la sangre periódicamente. Durante este proceso, la sangre se extrae del organismo y se la hace circular por el dializador, o filtro, donde se eliminan las toxinas acumuladas y el exceso de líquidos. La hemodiálisis es un tratamiento para filtrar las toxinas y el agua de la sangre, como lo hacían los riñones cuando estaban sanos. Ayuda a controlar la presión arterial y a equilibrar los minerales importantes en la sangre como el potasio, el sodio y el calcio.



2.10. ¿Qué es el SULFONATO DE POLIESTIRENO SÓDICO y para qué se usa?

RESPUESTA: Es una Resina de intercambio catiónico con el fin de disminuir el nivel de Potasio en la sangre cuando este se encuentra en un nivel no permisible (usualmente $>$ de 6.0) cuya acción se desarrolla principalmente en el colon: al entrar en contacto con el contenido intestinal se produce un intercambio de iones por el que cada catión de calcio es intercambiado por dos cationes de potasio. Esto reduce la absorción y disponibilidad metabólica del Potasio en la sangre.

2.11. ¿En caso de no contar con el SULFONATO DE POLIESTIRENO SÓDICO los médicos pueden hacer uso de otra alternativa terapéutica? ¿Cuál?

RESPUESTA: Si la potasemia es $>$ 6,5 mEq/L (6,5 mmol/L), se requiere una terapia más agresiva, denominada solución polarizante. Inmediatamente después de la administración de 5 a 10 unidades de insulina regular por vía intravenosa, y 50 mL de glucosa al 50% a velocidad elevada. El efecto del potasio sérico es máximo a la hora y dura varias horas.

Si los cambios en el Electrocardiograma incluyen una pérdida de la onda P o un ensanchamiento del complejo QRS, debe indicarse tratamiento con calcio por vía intravenosa. El calcio antagoniza el efecto de la hiperpotasemia sobre el músculo cardíaco. Los beneficios del calcio se observan en pocos minutos, pero sólo duran 20 a 30 min.

Una dosis elevada de un agonista beta-2 adrenérgico, como entre 10 y 20 mg de albuterol durante 10 min (5 mg/mL), puede disminuir la potasemia entre 0,5 y 1,5 mEq/L (0,5 a 1,5 mmol/L) y puede ser un tratamiento adyuvante beneficioso. El efecto máximo se observa a los 90 min.

La administración intravenosa de bicarbonato de sodio (NaHCO_3) es controvertida. Puede disminuir el potasio sérico durante varias horas. La potasemia en varias horas a través de la alcalinización del suero o de la hipertonicidad causada por la presencia de sodio concentrado en el preparado.

La hemodiálisis debe instituirse de inmediato tras la realización de las medidas de emergencia en los pacientes con insuficiencia renal o cuando el tratamiento de emergencia no es exitoso. Debe considerarse la implementación de diálisis en un período temprano en pacientes con nefropatía terminal e hiperpotasemia debido al riesgo elevado de progresión a una hiperpotasemia más grave con arritmias cardíacas peligrosas para la vida.

2.12. ¿Qué es la solución polarizante y para qué sirve?

RESPUESTA: Como ya se describió es una de las medidas que se utilizan para disminuir el nivel de Potasio en sangre cuando está en nivel de riesgo. Su mecanismo



de acción se basa en dextrosa hipertónica al 10 o 50% la cual actúa promoviendo la liberación endógena de insulina, lo que remueve el Potasio extracelular al interior al estimular directamente la ATP asa y reactivando la bomba Na-K + ATP asa.

- 2.13. ¿La solución polarizante y el sulfonato de poliestireno sódico eran medicamentos adecuados para el tratamiento de la falla renal de la paciente Marleny Salazar Hernández identificada con cédula de ciudadanía 24.987.461?

RESPUESTA: Con respecto a la atención del 29 de junio de 2013, la Señora Marleny Salazar Hernández, más que medidas para la hiperpotasemia, requería estabilización de su presión arterial tal como se intentó, además de resolver la hipoglucemia que presentaba, ya que la solución de dextrosa que se ordenó era con este fin , pues eran los eventos que podían comprometer su condición general.

- 2.14. ¿Con que medicamento se prepara una solución polarizante?

RESPUESTA: Básicamente es Dextrosa en agua destilada a una concentración que va del 10 al 50% asociada o no a Insulina cristalina en la misma solución, entre 10 a 20 unidades .

- 2.15. ¿Qué consecuencia tiene no realizar la terapia dialítica?

RESPUESTA: Si una persona que precisa diálisis no se dializa, evolucionará progresivamente hacia una uremia terminal, falleciendo sin remedio en el término de semanas o algunos meses.

- 2.16. ¿Qué consecuencia tenía para la paciente Marleny Salazar Hernández identificada con cédula de ciudadanía 24.987.461 no realizar la terapia dialítica?

RESPUESTA: Si nos remitimos de nuevo al intento de diálisis del 29 de junio de 2013, no era pertinente realizarla, pues lo más importante era estabilizarla ya que cursaba con una presión arterial críticamente baja y si se intentaba realizar hemodiálisis quizás hubiese fallecido durante este procedimiento,

- 2.17. ¿Cuáles son los riesgos inherentes de la terapia de diálisis?

RESPUESTA: Una caída repentina en la presión arterial durante la diálisis tiene efectos secundarios a corto plazo, como síntomas gastrointestinales, musculares y neurológicos. Los pacientes también sufren a largo plazo ataques de apoplejía, daños al corazón e incluso la muerte. En estos pacientes, las complicaciones cardiovasculares son la principal causa de muerte. Y la presencia de calcificaciones vasculares juega un papel importante en su desarrollo.

- 2.18. ¿Cuántas diálisis le fueron realizadas a la paciente Marleny Salazar Hernández identificada con cédula de ciudadanía 24.987.461 entre el 29



de junio de 2013 y el 14 de julio de 2013 y cuál fue la respuesta clínica de la paciente frente a este procedimiento? .

RESPUESTA: Encuentro en la historia clínica registro del 15 de julio de 2013 ...” Paciente se dializa los días 1,2,3,6,8,10, 12 y 15 del presente mes, con evolución tórpida de su estado general, escaras no resueltas, tendencia a hipotensión al final de sesiones con anasarca severa...”

2.19. En atención a la anterior respuesta ¿En la historia clínica de la paciente Marleny Salazar Hernández identificada con cédula de ciudadanía 24.987.461 existe nota médica que indique contraindicación de la realización de la diálisis para el día 15 de julio de 2013?

RESPUESTA: Si existe y se cita a continuación: ... “Dado los hallazgos en el examen físico y la clínica de la paciente se decide programar para TRR el día de mañana a las 11:30am, según evolución y hallazgos durante TRR se determinará necesidad de nueva hospitalización...”

CONCLUSIÓN PERICIAL.

En la correlación clínica y médico legal expuse mi opinión y análisis pericial, en conclusión el caso se trató de una mujer adulta mayor, con varias enfermedades de muy alto riesgo cardiovascular, quien venía al momento de su hospitalización final , con una clase funcional muy comprometida, refiriéndonos a secuelas severas funcionales de una enfermedad cerebrovascular con las consecuencias que acarrea la inmovilidad y presenta infección urinaria severa, traducida como sepsis severa , con componente por piógenos tanto de origen bacteriano como fúngico y que a pesar del tratamiento pudo tener una recaída temprana debido a su vulnerabilidad, agravada por fallo renal agudo con necesidad de diálisis, oportunamente, omitida por razones de inestabilidad de la enferma.

Considero, se le brindó la atención necesaria tanto a nivel de su atención ambulatoria, domiciliaria como en el ámbito hospitalario y la unidad renal por parte de nefrología.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Fenton F. Hyperkalemia and digoxin toxicity in a patient with kidney failure. Ann Emerg. 1996; 28: 440-441.
2. Allon M. Medical and dialytic management of hyperkalemia in hemodialysis in patients with renal failure. In Artif Organs. 1996; 19: 697-699.



3. Villegas AF, Gracida CJ, Castellanos AO, Rangel MAM. Anestesia para trasplante renal: experiencia de 20 años. *Rev Mex Anest.* 2010; 35: 167-173.
4. Gracida CJ, Espinoza RP, Cancino JDL, Ibarra VA, Cedillo UL, Villegas AF, Martínez AJ. Experiencia en trasplante renal en el Hospital de Especialidades “Bernardo Sepúlveda” del Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS. *Rev Inv Clin (RIC).* 2011; 63: 19-24.
5. Valdés S, Rojo-Martínez G, Soriguer F. Evolución de la prevalencia de la diabetes tipo 2 en población adulta española. *Med Clin (Barc),* 129 (2007), pp. 352-5.
6. Botas P, Delgado E, Castaño G, Díaz de Greñu C, Prieto J, Díaz-Cadórñiga FJ. Prevalencia de diabetes mellitus e intolerancia a la glucosa en población entre 30 y 75 años en Asturias, España. *Rev Clin Esp,* 202 (2002), pp. 423-915.
7. Yeboah J, Young R, McClelland RL, et al. Utility of nontraditional risk markers in atherosclerotic cardiovascular disease risk assessment. *J Am Coll Cardiol.* 2016;67:139–47.
8. Younce CW, Burmeister MA, Ayala JE. Exendin-4 attenuates high glucose-induced cardiomyocyte apoptosis via inhibition of endoplasmic reticulum stress and activation of SERCA2a. *Am J Physiol - Cell Physiol.* 2013;304:C508–18.
9. Young LH, Viscoli CM, Curtis JP, et al. Cardiac outcomes after ischemic stroke or transient ischemic attack: Effects of Pioglitazone in patients with insulin resistance without diabetes mellitus. *Circulation.* 2017;135:1882–93.
10. Young LH, Wackers FJT, Chyun DA, et al.; DIAD Investigators. Cardiac outcomes after screening for asymptomatic coronary artery disease in patients with type 2 diabetes: the DIAD study: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2009;301:1547–55.
11. Yu OH, Filion KB, Azoulay L, et al. Incretin-based drugs and the risk of congestive heart failure. *Diabetes Care.* 2015;38:277–284.
12. Pradilla G, Pardo CA. Estudio Neuroepidemiológico en la comunidad rural del Hato. *Medicas UIS* 1991; 4: 181-187.
13. Uribe CS, Jiménez I, Mora MO, Arana A, Sánchez JL, Zuluaga L et al. Epidemiology of cerebrovascular diseases in Sabaneta, Colombia (1992-1993). *Rev Neurol* 1997; 25 (143): 1008-1012.
14. Daza J, Caiaffa H, Arteta JV, Echeverría RV, Ladron de Guevara Z, Escamilla M et al. Estudio neuroepidemiológico en Juan de Acosta (Atlántico, Colombia). *Acta Med Colomb* 1992; 17: 324.



15. Takeuchi Y, Guevara J. Prevalencia de las enfermedades neurológicas en el Valle del Cauca. Estudio Neuroepidemiológico Nacional (EPINEURO). Colombia Med 1999; 30: 74-81.
16. Carbonell A. Síndrome de inmovilidad. En: Monografías de Geriátría y Gerontología. Madrid: Aula Médica; 1999; 1 (1).
17. Sociedad Española de Geriátría y Gerontología: Síndrome de inmovilidad. Grandes Síndromes Geriátricos. 4.^a Unidad Didáctica.
18. Blocker W. Independencia funcional mediante la movilización. Modern Geriatrics (edición española) 1998; 4 (5): 181-85.
19. Judge J. Actividad física. Abordaje del paciente de edad avanzada. En: Geriatrics Review Syllabus. 4.^a ed. American Geriatrics Society. Medical Trens, SL; 2001. p. 17-23.
20. Kass EH.. Bacteriuria and the diagnosis of the urinary tract..Arch Int Med, 100 (1957), pp. 709-714
21. Vejgaard R..Studies on urinary infection in diabetes I: bacteriuria in patients with diabetes mellitus and in control subjects..Acta Med Scand, 179 (1966), pp. 173-179

Con toda atención,

JUAN CARLOS TOBÓN PEREIRA

CC 15348862

Médico y Cirujano U.P.B

Especialista en Medicina Interna U de A

Subespecialista en Nefrología U de A

Nefrólogo de Trasplantes

Perito CENDES



LISTADO DE CASOS EN LOS QUE SE HAN RENDIDO DICTÁMENES PERICIALES A TRAVÉS DE LA UNIVERSIDAD CES

	AÑO	PERITO	RADICADO / CASO
1	2018	JUAN CARLOS TOBON PEREIRA	Dictamen Médico Pericial / Caso Aicardo Diosa Goez / Solicitado por el abogado Mateo Duque Giraldo
2	2018	JUAN CARLOS TOBON PEREIRA	Dictamen Médico Pericial / Caso Maria Yolanda Pineda Hernández / Solicitado por el abogado Miguel Alberto Mayorca Mogollón.
3	2018	JUAN CARLOS TOBON PEREIRA	Dictamen Médico Pericial / Caso Shirley Alvarado Contreras / Solicitado por el colectivo de abogados José Alvear Restrepo
4	2018	JUAN CARLOS TOBON PEREIRA	Dictamen Médico Pericial / Caso Julián Felipe Manzanares posada / Solicitado por el señor Julián Felipe Manzanares posada
5	2018	JUAN CARLOS TOBON PEREIRA	Dictamen Médico Pericial /Radicado 2017-0157 / Juzgado Sexto (06) Administrativo Oral de Medellín
6	2018	JUAN CARLOS TOBON PEREIRA	Dictamen Médico Pericial / Caso Vanessa Marín Vidal / Solicitado por la abogada Ángela Maria Reyes Giraldo
7	2018	JUAN CARLOS TOBON PEREIRA	Dictamen Médico Pericial /Radicado (021) 2015-1442 / Juzgado Veintiuno Administrativo Oral de Medellín
8	2018	JUAN CARLOS TOBON PEREIRA	Dictamen Médico Pericial /Caso Carlos Andrés Rodríguez Troncoso / solicitado por el abogado Oscar Marín Martínez
9	2018	JUAN CARLOS TOBON PEREIRA	Dictamen Médico Pericial /Caso Carlos Sharon Giseth Duran Hernández / solicitado por el abogado Carlos Alberto Colmenares Ortiz
10	2018	JUAN CARLOS TOBON PEREIRA	Dictamen Médico Pericial / Radicado 2017-0182 / Juzgado Primero Civil Circuito de Oralidad de Cali
11	2018	JUAN CARLOS TOBON PEREIRA	Dictamen Médico Pericial /Caso Ivan de Jesús Patiño Diaz / solicitado por la abogada Maria Claudia Cortes Ruiz
12	2018	JUAN CARLOS TOBON PEREIRA	Dictamen Médico Pericial /Caso Maria Cecilia Diaz / solicitado por la abogada Linda Katherine Azcarate Buriticá
13	2018	JUAN CARLOS TOBON PEREIRA	Dictamen Médico Pericial / Radicado 2016-0603 / Juzgado Veintiuno Administrativo Oral de Medellín
14	2018	JUAN CARLOS TOBON PEREIRA	Dictamen Médico Pericial /Caso Elvia Cristina Medina López. / solicitado por el Abogado wiliam Arley Rengifo.
15	2018	JUAN CARLOS TOBON PEREIRA	Dictamen Médico Pericial / Radicado 2017-0062 / Juzgado Veintisiete (27) Administrativo Oral de Medellín
16	2018	JUAN CARLOS TOBON PEREIRA	Dictamen Médico Pericial / Radicado 2009-0626 / Honorable Tribunal Contencioso Administrativo de Bolívar
17	2018	JUAN CARLOS TOBON PEREIRA	Dictamen Médico Pericial /Caso Luis Roberto Gonzalez Sarmiento. / solicitado por la abogada Edna Consuelo Olave Meneses.
18	2018	JUAN CARLOS TOBON PEREIRA	Dictamen Médico Pericial /Radicado 2013-0169 / Juzgado Veintinueve (29) Civil Municipal de Medellín
19	2018	JUAN CARLOS TOBON PEREIRA	Dictamen Médico Pericial /Caso Jhon Fredy Giraldo López / solicitado por la abogada Diana Patricia García Gutierrez
20	2018	JUAN CARLOS TOBON PEREIRA	Dictamen Médico Pericial /Radicado 2016-0693 / Juzgado Treinta (30) Administrativo Oral de Medellín



	AÑO	PERITO	RADICADO / CASO
21	2018	JUAN CARLOS TOBON PEREIRA	Dictamen Médico Pericial /Caso Marlene Viveros Rodallega / solicitado por Miryan Elsa Rios de Rubiano.
22	2018	JUAN CARLOS TOBON PEREIRA	Dictamen Médico Pericial /Caso Adriana Lucia Restrepo Castaño / solicitado por Julio Cesar Yepes Restrepo.
23	2018	JUAN CARLOS TOBON PEREIRA	Dictamen Médico Pericial /Radicado 2017-0191 / Juzgado Primero (01) Civil Circuito de Armenia.
24	2018	JUAN CARLOS TOBON PEREIRA	Dictamen Médico Pericial /Radicado 2015-0290 / Juzgado Primero (01) Administrativo Oral de Pereira Risaralda.
25	2018	JUAN CARLOS TOBON PEREIRA	Dictamen Médico Pericial /Radicado 2014-0028 / Juzgado Primero (01) Civil Circuito de Quibdó-Choco
26	2018	JUAN CARLOS TOBON PEREIRA	Dictamen Médico Pericial /Caso Gustavo Adolfo Betancur Roldan / solicitado por el Señor Gustavo Adolfo Betancur Roldan
27	2018	JUAN CARLOS TOBON PEREIRA	Dictamen Médico Pericial /Caso Jairo Enrique de la Rosa / solicitado por el Señor Giovanni Mora Velez
28	2018	JUAN CARLOS TOBON PEREIRA	Dictamen Médico Pericial /Radicado 2016 - 0127 / Juzgado Segundo (02) Administrativo de Turbo.
29	2018	JUAN CARLOS TOBON PEREIRA	Dictamen Médico Pericial /Radicado 2017 - 0301 / Juzgado Primero (01) Civil Circuito de Turbo
30	2019	JUAN CARLOS TOBON PEREIRA	Dictamen Médico pericial/caso Lily Ximena Chavez Ordoñez / solicitado por Maicol Andres Rodriguez Bolaños.
31	2019	JUAN CARLOS TOBON PEREIRA	Dictamen médico pericial/ Caso Ema Vargas Timote/ solicitado por Luis Alveiro Quimbaya Ramírez
32	2019	JUAN CARLOS TOBON PEREIRA	Dictamen Médico Pericial / Radicado -2017-0199 / Solicitado por Juzgado Séptimo Administrativo de Pereira
33	2019	JUAN CARLOS TOBON PEREIRA	Dictamen Médico Pericial / Caso Maria Elena Moncada Londoño/ Solicita Jorge Ivan Restrepo Garcia.
34	2019	JUAN CARLOS TOBON PEREIRA	Dictamen Médico Pericial / Radicado 2016-0361 / Solicitado por Tribunal Superior del Distrito de Bogota
35	2019	JUAN CARLOS TOBON PEREIRA	Dictamen Médico Pericial / Radicado 2013-0237 / Solicitado por el doctor Juan Carlos Espinal
36	2019	JUAN CARLOS TOBON PEREIRA	Dictamen Médico Pericial/ Caso Carmen Isabel Bermudez Garcia/ solicitado por Carlos Andrés Latorre Pérez
37	2019	JUAN CARLOS TOBON PEREIRA	Dictamen Médico Pericial /Caso Jovany Alberto Foronda Velazquez/ Solicitado por la doctora Maria Eugenia Orozco Garcia
38	2019	JUAN CARLOS TOBON PEREIRA	Dictamen Médico Pericial /Caso Manuel Antonio Urrego Vargas/ Solicitado por Juan Ricardo Prieto
39	2020	JUAN CARLOS TOBON PEREIRA	Dictamen Médico Pericial / Caso María Omaira Marín Suarez/ Solicitado por Diego Fernando Holguín Cuellar
40	2021	JUAN CARLOS TOBON PEREIRA	Dictamen Médico Pericial / Caso Héctor Darío Valencia Muñoz / Solicitado por Fernando Moreno Quijano
41	2021	JUAN CARLOS TOBON PEREIRA	Dictamen Médico Pericial / Caso Yised Andrea Espinosa Vargas / Solicitado por Montaña Ortega Abogados S.A.S
42	2021	JUAN CARLOS TOBON PEREIRA	Dictamen Médico Pericial / Caso Maria Miriam Castro Montaña / Solicitado por Marcela Patricia Ceballos Osorio / Conde Abogados Asociados S.A.S



	AÑO	PERITO	RADICADO / CASO
43	2021	JUAN CARLOS TOBON PEREIRA	Dictamen Médico Pericial / Caso Jose Albeiro Duque Garcia / Solicitado por Lina Soley Rocha Tejada / Rocha & Abogados Asociados S.A.S
44	2021	JUAN CARLOS TOBON PEREIRA	Dictamen Médico Pericial / Radicado 2018-0260 / Solicitado por Layla María Tamer David / Nueva Eps S.A.

CENDES
Centro de Estudios en Derecho y Salud



La Universidad Pontificia Bolivariana

En la ciudad de Medellín, Departamento de Antioquia
en fecha de la

República de Colombia

y por autorización del Ministerio de Educación Nacional,
teniendo en cuenta que

Juan Carlos Yohán Pereira

Cédula de ciudadanía No. 5340.002 Expedida en Sabana de
Zamora y aprobó en la Facultad de

Medicina

los exámenes exigidos por las normas legales y reglamentarias
vigentes, le confiere el título de:

Médico y Cirujano

En cumplimiento de ello le otorga el presente documento en Medellín a
día 7 del mes de Diciembre del año 1999

[Handwritten signature]
Rector

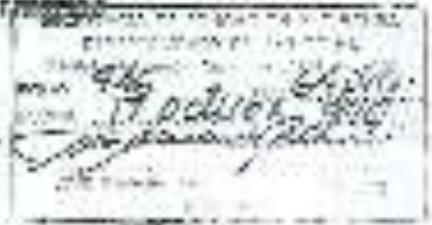
[Handwritten signature]
Rector

Expedido en Medellín a los 7 días del mes de Diciembre del año 1999

[Handwritten signature]
Secretario General

[Handwritten signature]
Secretario General

Expedido en Medellín a los 7 días del mes de Diciembre del año 1999





LA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

PRESENTE: FUNDADA EL 21 DE SEPTIEMBRE DEL 1887. ADOPTO SU ESTATUTO DE ORGANIZACIÓN Y LEY 133 DE 1967

1507

EN ATENCIÓN A QUE

JUAN CARLOS TOBÓN PEREIRA

IDENTIFICADO CON CÉDULA DE CIUDADANÍA 45.548562

HA COMPLETADO TODOS LOS REQUISITOS QUE LOS ESTATUTOS UNIVERSITARIOS
EXIGEN PARA OPTAR AL TÍTULO DE

ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA

Y SE EXPIDE EL PRESENTE DIPLOMA, EN TESTIMONIO DE ELLO, SE FIRMA EN MEDELLÍN
REPUBLICA DE COLOMBIA, EL 07 DE SEPTIEMBRE DE 2007

Alberto Tobón P.

ALBERTO TOBÓN PEREIRA

RECTOR

Luz Patricia Infante

ANA LUCÍA HERRERA GOMEZ

Guilherme

GUILHERME SENE RIVERA



UNIVERSIDAD CES

Un compromiso con la excelencia



LA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

PURSUERGA JURÍDICA DE VÍ DE LOS DECRETOS SOBRIANO DE ANTIOQUIA Y LEY 157 DE 1887

1827

EN ATENCIÓN A QUE

JUAN CARLOS TOBÓN PEREIRA

IDENTIFICADO CON CÉDULA DE CIUDADANÍA 15348862

COMPLETADO TODOS LOS REQUISITOS QUE LOS ESTATUTOS UNIVERSITARIOS
EXIGEN PARA OPTAR AL TÍTULO DE

ESPECIALISTA EN NEFROLOGÍA

EXPIDE EL PRESENTE DIPLOMA, EN TESTIMONIO DE ELLO, SE FIRMA EN MEDELLÍN
REPÚBLICA DE COLOMBIA, EL 09 DE SEPTIEMBRE DE 2010

Juan Carlos Tobón Pereira

[Signature]

[Signature]



UNIVERSIDAD CES

Un compromiso con la excelencia