

CUADERNO PRINCIPAL

Clase de Proceso:

VERBAL

Demandante(s):

MARIA ROSMIRA GIRALDO DE GÓMEZ, ENRIQUE ARTURO GÓMEZ GÓMEZ, LINA MARCELA GÓMEZ GIRALDO, WALTER WVEIMAR PULGARÍN CEBALLOS, actuando estos dos últimos en causa propia y como representantes de las menores SALOMÉ PULGARÍN GÓMEZ y LINDSAY MARIANA PULGARÍN ZAPATA

Demandado(s):

MARIA CONSUELO CARRANZA BOTIA y POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A

Radicado No.

11001310302520210010300

Doctor

Jaime Chavarro Mahecha
Juez Veinticinco Civil del Circuito de Bogotá D.C.
E.S.D

Ref. Declarativo Verbal de Mayor Cuantía de Lina Marcera Gómez Girando Y Otros Vs María Consuelo Carranza Botia.

Radicado: 110013103025-2021-00103-00

Pedro Joaquín Velandia Pérez, identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma, abogado en ejercicio con T.P. 114.912 del C.S.J., actuando en mi calidad de apoderado judicial del doctor **María Consuelo Carranza Botia**, conforme al poder anexo al presente proceso, por medio de la presente, estando dentro del término y la oportunidad procesal correspondiente, me permito dar contestación a la demanda de responsabilidad civil formulada conforme al artículo 96 del Código General del Proceso en los siguientes términos:

Nombre y Domicilio de la Demandada y su Apoderado

Mi representada, doctora **María Consuelo Carranza Botia**, identificada con cédula de ciudadanía número 39.685.171 domiciliada en la ciudad de Bogotá D.C.

El suscrito **Pedro Joaquín Velandia Pérez**, identificado con cédula de ciudadanía No. 79.718.262, con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C.

Pronunciamiento Expreso de las Declaraciones y Condenas

Desde ya manifiesto al Despacho que me opongo a todas y cada una de las pretensiones formuladas en la demanda por carecer de sustento fáctico y jurídico, y me permito pronunciar en cada una de ellas de la siguiente forma:

A la Primera Pretensión: Me opongo a que mi representada sea declarada civilmente responsable por supuestas acciones y omisiones en las atenciones pre, operatorias y postoperatorias o cualquier otra atención o acto, brindadas a la paciente puesto que no existe fundamento fáctico, probatorio, ni sustancial que permitan establecer la existencia de los elementos de la responsabilidad civil.

A la Pretensión Segunda: Me opongo a la pretensión toda vez que no se encuentran probados los requisitos sustanciales para declarar la responsabilidad civil en contra de mi representada y por ello no se encuentran acreditados los perjuicios de orden material e inmaterial, subjetivos y objetivos, actuales y futuros, que arguye la demandante con bases totalmente ajenas a la realidad, lo que impide que puedan ser imputables a mi representada, que permitan la declaración de una eventual responsabilidad de mi representada y por tanto de la aseguradora.

A la Pretensión Tercera: Me opongo a que mi representada sea condenada a pagar alguna suma de dinero en favor de la parte actora, por no encontrarse probados los elementos de la responsabilidad civil.

Frente a la pretensión II. Perjuicios Patrimoniales y extra patrimoniales:

Me opongo desde ahora a toda pretensión patrimonial y extra patrimonial por no existir fundamento sustancial, fáctico ni jurídico que determine alguna responsabilidad producto del actuar de mi prohijada y que genera alguna obligación de resarcir perjuicios.

Frente a la pretensión II. 1. Daño Emergente: Me opongo toda vez que el proceder de mi representada se ajustó a lo requerido por la paciente, y se realizó bajo los postulados de la lex artis y protocolos con total diligencia y cuidado por lo que no existe ningún tipo de incumplimiento o perjuicio que genere la obligación de resarcir daño emergente alguno.

Frente a la pretensión II.1.1. Liquidación daño emergente para Lina Marcela Gómez Giraldo-Daño emergente consolidado o pasado, suma única:

Me opongo, pues los elementos materiales probatorios que obran en el expediente no prevén daño, ni culpa, ni nexo de causalidad que permitan imputarle a mi representada responsabilidad civil alguna, por el contrario, la demandante conocía de los riesgos y sus responsabilidades como paciente que podrían entrañar las intervenciones quirúrgicas.

Frente a la pretensión II.2. Lucro Cesante-Liquidación del lucro cesante para la beneficiaria directa la señora Lina Marcela Gómez Giraldo: Me opongo a la condena por un presunto lucro cesante, pues al no contarse con los elementos sustanciales, fácticos, jurídicos ni probatorios para declarar civilmente responsable mí representado, no hay lugar al pago de estos. Debe tener en cuenta el apoderado de la demandante que está haciendo estimaciones económicas sobre supuestos que no existen ni en la realidad fáctica ni en la realidad jurídica, como puede llegar a ser la supuesta pérdida de capacidad laboral.

Frente a la pretensión II.2.1. Lucro cesante pasado o consolidado sumas periódicas: Me opongo, pues no existe ningún respaldo ni fundamento sustancial, fáctico, ni jurídico que respalde y permita si quiera avizorar levemente lo pretendido por la parte actora. Del análisis de la exposición que hace mi contraparte, no solo de esta pretensión sino de otras tantas de este acápite, se evidencia que no cumple con lo dispuesto en el numeral 4 del artículo 82 del Código General del Proceso.

Frente a la pretensión II.2.2. Lucro cesante futuro para la lesionada: Me opongo a que mi representada sea condenada a pagar algún tipo de dinero correspondiente a una pretensión que además de ser desfasada, carece de toda racionalidad fáctica, probatoria y jurídica.

Frente a la pretensión II.3. Por daños morales o extrapatrimoniales: Desde ahora me opongo a cada una de las pretensiones formuladas por daños morales o extrapatrimoniales al no estar basadas en la realidad procesal, ni encontrarse probados dentro del expediente, cabe dejar constancia sobre la falta de técnica jurídica que desconoce el demandante exponiendo sus fundamentos de derecho en las pretensiones de la demanda.

Frente a la pretensión II.3.1. Daños morales para Lina Marcela Gómez Giraldo: Con fundamento en lo antes descrito, me opongo al reconocimiento y pago de los daños morales en el monto solicitado para la señora Lina Marcela Gómez Giraldo.

Frente a la pretensión II.3.2. Daños morales para Walter WVeimar Pulgarín Ceballos: Me opongo al reconocimiento y pago de los daños morales en el monto solicitado.

Frente a la pretensión II.3.3. Daños morales para Salomé Pulgarín Gómez: Me opongo al reconocimiento y pago de los daños morales en el monto solicitado.

Frente a la pretensión II.3.4. Daños morales para Lindsay Mariana Pulgarín Zapata: Me opongo al reconocimiento y pago de los daños morales en el monto solicitado.

Frente a la pretensión II.3.5. Daños morales para María Rosmira Giraldo de Gómez: Me opongo al reconocimiento y pago de los daños morales en el monto solicitado.

Frente a la pretensión II.3.6. Daños morales para Enrique Arturo Gómez Gómez: Me opongo al reconocimiento y pago de los daños morales en el monto solicitado.

Frente a la pretensión II.4. Daño a la vida de relación o daño a la salud: Me opongo, pues no se pueden configurar los elementos de la responsabilidad civil que permitan realizar algún tipo de imputación en contra de mi representada y que genere este tipo de obligación indemnizatoria.

Como se manifestó anteriormente la falta de técnica jurídica en la demanda es evidente, prueba de ello es que en el juramento estimatorio el demandante reitera sus pretensiones, incluyendo allí las pretensiones por perjuicios morales lo cual no hace parte del tal juramento y adicional incluye una pretensión que aunque no ele acápíte que estoamos respondiendo, sí es necesario manifestarme al respecto.

Pretensión cuarta del juramento estimatorio: Me opongo por cuanto no hay prueba y no existirá dentro de las presentes diligencias, prueba que evidencie responsabilidad alguna de mi representada.

Pretensión quinta del juramento estimatorio: Me opongo contrario a lo anterior solicito se condene en costas y agencias en derecho, de manera ejemplarizante al demandante.

Frente a los Hechos

1. No me constan los motivos por los cuales la demandante acudió a consulta con mi representada.
2. Es cierto, la paciente deseaba reducción del tamaño de los senos por dolor de espalda.
3. No es cierto, la paciente en la consulta inicial manifestó su deseo de adelgazar su abdomen y cintura, para lo cual una vez escuchada y valorada, se sugirió y consintió practicarse una liposucción corporal.
4. No es cierto, en ningún momento la demandante le planteó esta inquietud a mi representada. Este hecho se trata de ardidés que de manera evidente lo que busca es sesgar la óptica del juzgador en el presente proceso, la cual no tiene ningún tipo de fundamento ni decoro ante la justicia.
5. El presente hecho contiene varias afirmaciones a las cuales respondo de la siguiente manera:
 - Es cierto que la señora Lina Marcera previo a los procedimientos se realizó exámenes preoperatorios.

- No es cierto como lo plantea el demandante que “por sugerencia de la cirujana, también se realizó la cirugía de liposucción”, debe dejarse claro que ello corresponde a lo solicitado por la paciente y no a un sometimiento como lo quiere hacer ver de mala fe el demandante.
- 6.** Es cierto como lo plantea el demandante.
- 7.** ES cierto.
- 8.** No es cierto, el día 22 de marzo de 2019, la paciente evolucionaba satisfactoriamente según nota de evolución de enfermería la cual se realiza vía telefónica por protocolo de la clínica parte de los seguimientos posoperatorios se realiza de manera telefónica por el equipo de salud.
- 9.** No es cierto, como se advirtió la paciente no refirió sentir ningún tipo de malestar, cabe agregar que tal y como consta en la historia clínica la paciente fue valorada el 23 de marzo de 2019.
- 10.** El presente hecho contiene varias afirmaciones las cuales respondo de la siguiente manera:
 - No es cierto que la paciente hubiese tenido dolor de estómago durante una semana. Tal como consta en la historia clínica el dolor de estómago inició el 27 de marzo de 2019.
 - No es cierto que la paciente hubiese tenido un dolor intenso y menos estreñimiento, esto es totalmente contradictorio ya que la paciente le manifestó a mi representada tener diarrea.
 - Es cierto que mi representada le recomendó consultar el servicio de urgencias, atendiendo a la anormalidad para ese momento del dolor.
- 11.** Este hecho contiene varias afirmaciones las cuales respondo de la siguiente manera:
 - Es cierto que la paciente asistió al servicio de urgencias del Hospital Méderi.
 - No me consta que a la paciente en dicha institución le hubiesen diagnosticado gastroenteritis viral y que la hubiesen medicado con enterogermina.
- 12.** No me consta que la paciente ni su familia hubiesen contactado a un médico para que la atendiera en casa ni que le diera las indicaciones que allí se describen, deberá probarse dentro del proceso.
- 13.** Este hecho contiene dos afirmaciones a las cuales doy respuesta de la siguiente manera:
 - No me consta que en el Hospital Méderi no la pudieran atender porque Coomeva no tuviese convenio con ellos.
 - Es cierto que la paciente ingresó al servicio de Urgencias del Hospital Kennedy de la ciudad de Bogotá D.C.
- 14.** Este hecho contiene dos afirmaciones a las cuales brindo respuesta de la siguiente manera:
 - Es cierto que la paciente estuvo hospitalizada con el diagnóstico de obstrucción intestinal.
 - No es cierto que el 31 de marzo de 2019 le indicaran que la tenían que intervenir por perforación en el intestino delgado.
- 15.** No es cierto como lo plantea el demandante, acorde con la historia clínica, la cirugía de laparotomía exploratoria se decide por cuanto la demandante presentaba un diagnóstico bizarro.

- 16.** El presente hecho contiene varias afirmaciones a las cuales brindo respuesta de la siguiente manera;
- Es cierto según historia clínica presentada por el demandante que la paciente permaneció en UCI durante varios días con el abdomen abierto.
 - No me consta que le tuvieran que realizar varios lavados, que se pruebe dentro del proceso.
 - No me consta el momento de la intervención del cierre abdominal.
 - No me consta que los síntomas de la paciente, debemos remitirnos a las historia clínica.
- 17.** El presente hecho contiene varias afirmaciones las cuales respondo de la siguiente manera:
- No me consta tal afirmación realizada por la paciente, deberá probarse dentro del proceso.
 - Es cierto que la hospitalización se planteó hasta el 13 de abril de 2019.
- 18.** No me consta que la paciente hubiese tenido que ser hospitalizada hasta el 6 de mayo de 2019.
- 19.** No me consta lo aquí afirmado por la demandante, deberá probarse dentro del proceso.
- 20.** Es cierto como lo plantea la demandante.
- 21.** Es cierto según el historial médico aportado.
- 22.** No me consta ninguna de las afirmaciones realizadas por la demandante.
- 23.** El presente hecho contiene varias afirmaciones a las cuales brindo respuesta de la siguiente manera:
- No es cierto que las lesiones padecidas por la paciente correspondan a un mal procedimiento operatorio y postoperatoria realizado por parte de la doctora Carranza, esta es una afirmación a priori e infundada de mi contraparte.
 - No me consta que la paciente fuese una mujer trabajadora, ni su cargo, ni los ingresos allí manifestados por lo que deberán probarse.
- 24.** El presente hecho contiene varias afirmaciones a las cuales me refiero en los siguientes términos:
- No es cierto que los padecimientos de la paciente correspondan a un mal procedimiento por parte de la profesional de la salud esta es una afirmación a priori e infundada de mi contraparte.
 - No me consta que dichos padecimientos hubiesen cambiado la vida de los demandantes.
 - No me constan las demás afirmaciones realizadas por la demandante, que se debatan dentro del proceso.
- 25.** No es cierto como lo manifiesta el apoderado de la demandante, son afirmaciones a priori y que son objeto del debate probatorio, advirtiéndome desde ya que mi representada actuó bajo las normas de la lex artis.
- 26.** No me consta tal afirmación.
- 27.** El presente hecho al contener dos situaciones fácticas, brindo respuesta de la siguiente manera:
- Se reitera que No es cierto que existan lesiones como consecuencia de un mal procedimiento operatorio y postoperatorio.

- No me consta que la demandante hubiese sido valorada por el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses.
- 28.** El presente hecho contiene varias afirmaciones a las cuales respondo en los siguientes términos:
- No me consta que la paciente esté a la espera de ser valorada por alguna Junta Regional de Calificación de Invalidez.
 - No es cierto que hubiesen existido lesiones ocasionadas por algún procedimiento operatorio y postoperatorio realizado por parte de mi representada.
- 29.** Es cierto, y ello se debe a que no existen perjuicios ocasionados por mi representada que deban ser legítimamente resarcidos.

Excepciones de Mérito

Con el fin de atacar las pretensiones me permito presentar al Señor Juez las siguientes:

1. Ausencia de culpa:

Esta excepción se encuentra llamada a prosperar pues para que exista responsabilidad deben existir tres elementos a saber: Hecho culposo imputable al demandado, daño antijurídico y nexo causal, sin que coexistan estos tres elementos no puede predicarse la responsabilidad, por ello, dentro del presente proceso la ausencia de culpa se explicará a continuación:

La culpa conforme a la definición de la Real Academia Española es *"Omisión de la diligencia exigible a alguien, que implica que el hecho injusto o dañoso resultante motive su responsabilidad civil o penal"*. Dicha culpa también puede derivarse por impericia, negligencia, imprudencia o violación de los reglamentos; sin embargo, no se incurrió en ninguna de éstas.

Lo primero que hay que anotar es que la Doctora María Consuelo Carranza es médico, especialista en cirugía plástica, estética y reconstructiva, debidamente convalidada por el Ministerio de Educación, desde el año 1992, adscrita a la Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica y Estética, lo que permite colegir que cuenta con las habilidad, experiencia y competencias suficientes para realizar los procedimientos a la demandante Lina Marcela Gómez Giraldo.

Expuesta la competencia de mi representada lo que evidencia su pericia, resulta importante descartar la posible imprudencia y como se demostrará en estas diligencias mi representada estuvo siempre al tanto de la demandante y su evolución intra y por operatoria, tampoco puede afirmarse que se presentó negligencia en el actuar de mi representa pues este siempre estuvo acorde con la *lex artis* y con la práctica de la ciencia médica, por último no hay prueba ni habrá de incumplimiento alguno por parte de mi representada de los reglamentos o protocolos que rigen su profesión, razón por la cual hay ausencia de culpa y ante su inexistencia no puede ser declarada la responsabilidad de la doctora Carranza Botia.

2. Concretización del riesgo inherente al procedimiento quirúrgico y de su difícil diagnóstico:

La presente excepción se encuentra llamada a prosperar por razones fundamentales que involucra el ejercicio de la práctica médica, una de ellas es que las intervenciones quirúrgicas entrañan riesgos a la salud y a la vida de los pacientes por complicaciones que pueden presentarse a pesar de que se sigan todos los parámetros médicos y a pesar de haber actuado con total diligencia, prudencia y cuidado, si bien en cirugías como las practicadas a la demandante existen riesgos más frecuentes como sangrado, coágulos sanguíneos, dolor no tolerable, dehiscencia de sutura, necrosis, entre otras, también existen otros riesgos que aunque pueden presentarse, son de difícil o imposible previsión, tal como ocurrió en el presente caso, donde la complicación que presentó la paciente no solo fue de difícil o imposible previsión, sino que además fue de difícil diagnóstico, corroborándose lo primero.

En efecto, como se evidencia en el historial médico de la paciente y como lo narra la demandante, a pesar de que se acudió a una institución de salud que cuenta con todas las herramientas técnicas y el talento humano en salud capacitado, y a pesar de los exámenes realizados, se divagó en su diagnóstico porque nada indicaba de que se tratara de una complicación de la cirugía realizada, de allí que se le diera manejo a una "Obstrucción Intestinal". Por lo consiguiente, argumentaba el profesional de cirugía que valoró a la paciente en el Hospital de Kennedy, que esta NO PRESENTABA FRANCOS SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL que pudiera indicar de que se trataba de una complicación quirúrgica, pues inclusive, la paciente empezó a tener reacciones de forma tardía, con mejorías y desmejoras en su salud de forma ambivalente, lo que hacía aún más difícil su diagnóstico.

Frente a los riesgos de difícil o imposible previsión, resulta imposible para el médico contemplar la posible ocurrencia de todos y cada uno de estos riesgos, de tal manera que la existencia de un riesgo de difícil o imposible previsión, per se, no genera responsabilidad del facultativo, lo cual ocurre en el caso que nos ocupa con la complicación que se presentó, pues la misma, aunque tiene su origen en el procedimiento, no podía de ninguna manera ser controlada o contemplada por la especialista. Es claro que en este tipo de procedimientos todos los especialistas que lo practican, toman todas y cada una de las medidas pertinentes para evitar que esta como cualquier otra complicación ocurra y la doctora María Consuelo no es la excepción.

Bajo esta misma perspectiva, tenemos que la H. Corte Suprema de Justicia dentro de la sentencia con radicación SC3272-2020 al resolver el recurso de casación dentro de un proceso de responsabilidad médica expuso:

"[...] La expresión riesgo inherente, se compone de dos términos. El primero arriba definido y el segundo, también según el RAE, es entendido como aquello: «Que por su naturaleza está de tal manera unido a algo, que no se puede separar de ello»¹. Por esto, dentro del marco de la responsabilidad médica, debe juzgarse que los riesgos inherentes son las complicaciones, contingencias o peligros que se pueden presentar en la

¹ RAE. Diccionario esencial de la lengua española. 22 edición, Madrid: Espasa, 2006, p. 824.

Calle 95 número 15-33, oficina 401, Pbx 7450553, celular 3145444430,

pedrovelandiaperez@gmail.com

Bogotá D.C.

ejecución de un acto médico e íntimamente ligados con éste, sea por causa de las condiciones especiales del paciente, de la naturaleza del procedimiento, la técnicas o instrumentos utilizados en su realización, del medio o de las circunstancias externas, que eventualmente pueden generar daños somáticos o a la persona, no provenientes propiamente de la ineptitud, negligencia, descuido o de la violación de los deberes legales o reglamentarios tocantes con la lex artis.”² (Subrayado fuera del texto original)

Teniendo en cuenta el extracto de la sentencia, es evidente que para el caso que nos ocupa dentro del procedimiento realizado a la señora Lina Marcela Gómez Giraldo no existió negligencia por parte de mi representada, toda vez que sale de su órbita como médica especialista la responsabilidad de un riesgo médico imprevisto, o de difícil o imposible previsión y que desafortunadamente acaeció, por eso resulta claro que lo que sucedió en el presente caso es que se dio la concretización del riesgo propio de un procedimiento quirúrgico que eximiría a mi representada de toda responsabilidad.

3. Debida Diligencia Y Cuidado:

Esta excepción se encuentra llamada a prosperar por cuanto las acciones de mi representada y su equipo quirúrgico desde el momento en que inició la atención a la demandante se han basado en los postulados dispuestos en los Protocolos Médicos. Pese a todo ello y haber realizado el procedimiento con la debida diligencia y cuidado con las que siempre actúa mi representada, se presentó una complicación ante la cual desplegó todas las actuaciones diligentes y oportunas en aras de cuidar a su paciente.

Asimismo, no puede decirse que una perforación en una liposucción corresponda a un actuar imprudente, imperito y/o negligente, pues esta complicación se sale de la esfera del manejo preventivo que pueda darle no solo mi representada sino cualquier otro profesional que realice un procedimiento como liposucción. De allí que lo importante frente a una complicación, que pueden ser muchas, inclusive la muerte, es cómo el médico tratante actúa para evitar complicaciones mayores; y para el presente caso, puede evidenciarse que mi representada dio el manejo adecuado a la complicación, estuvo desde el primer día postoperatorio pendiente de ella, de su evolución, de sus molestias, hasta finalmente recomendarle que acudiera de urgencias precisamente para evitar complicaciones mayores. Por ello, puede advertirse que es el actuar desplegado por la profesional de la salud, lo que, frente a una complicación, puede catalogarla como una médica comprometida diligente y cuidadosa.

4. Existencia y Validez del Consentimiento Informado:

Como se ha indicado, los procedimientos quirúrgicos entrañan riesgos que aleatoriamente pueden presentarse, sean estos de carácter previsible o imprevisible, que pueden ser leves o severos, tanto que pueden llevar a la muerte; de allí que con el consentimiento, se aceptan estas realidades. Asimismo, frente a dichos riesgos se advierte que pueden generar unos

² Sentencia SC3272-2020 del 7 de septiembre de 2020, Rad. 05001-31-03-011-2007-00403-02, M.P. Luis Armando Tolosa Villabona.

Calle 95 número 15-33, oficina 401, Pbx 7450553, celular 3145444430,

pedrovelandiaperez@gmail.com

Bogotá D.C.

costos adicionales a los inicialmente pagados que deben ser cubiertos por el paciente, tal como se aceptó.

En relación con lo anterior, específicamente frente a las complicaciones de los procedimientos quirúrgicos, conforme a la Ley 23 de 1980 o Código de Ética Médica dentro del artículo 15 se estipula:

“ARTICULO 15. El médico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados. Pedirá su consentimiento para aplicar los tratamientos médicos, y quirúrgicos que considere indispensables y que puedan afectarlo física o síquicamente, salvo en los casos en que ello no fuere posible, y le explicará al paciente o a sus responsables de tales consecuencias anticipadamente.” (Subrayado fuera del texto original)

Con la mentada cita se puede colegir que, si bien la demandante consintió no una sino varias veces su deseo de someterse al procedimiento quirúrgico, es importante destacar que este acto médico nace desde la relación médico-paciente, pues la información inicia a desplegarse a partir de allí. De tal manera que los procedimientos contratados, se realizaron sin exponer a la paciente a riesgos injustificados, pues además de la información, los procedimientos se ejecutaron de acuerdo a la *lex artis*, siguiendo los parámetros que se siguen con cualquier otro paciente y la exposición real, correspondió a un riesgo imprevisible de la liposucción. Adicional a ello, se adquirió por su parte, póliza de complicaciones, precisamente porque existen riesgos y estos al mismo tiempo generan costos por atenciones posteriores.

Por ello, se puede colegir que mi representada cumplió con sus obligaciones tal y como lo ordena la norma y la jurisprudencia, razón por la cual no es viable de ninguna manera deprecar responsabilidad por parte de mi representada.

5. Obligaciones de medio y no de resultado:

Si bien es cierto todos los pacientes desean y esperan que los procedimientos quirúrgicos a los que se sometan sean exitosos y libres de toda complicación, también es cierto que, en salud, los profesionales están en la obligación de desplegar todos los medios necesarios para atender adecuadamente al paciente y que no existe posibilidad ni médica ni científica que permita llegar a un resultado específico.

En el caso concreto, mi representada actúa con tal lealtad y profesionalismo que en ningún momento se compromete a resultados con sus pacientes, pues esta es una obligación imposible en la ciencia médica, que depende de muchos factores externos que se salen de los parámetros de la diligencia y cuidado que este pueda emplear, en palabras de la Honorable Corte Suprema de Justicia:

*“no es cierto que siempre las obligaciones del médico dentro de la cirugía estética sean de resultado, y que aún actuando dentro de los límites de la *lex artis* y con toda la diligencia y cuidado, se pueden presentar complicaciones debido a factores externos o personales del paciente, que puede modificar los fines esperados.” (Corte*

Suprema de Justicia, SC2555-2019, Radicación No. 20001-31-03-005-2005-00025-01, 12 de julio de 2019).

Con relación al caso concreto, se evidencia en los elementos materiales probatorios que en ninguna oportunidad mi representado se comprometió a un resultado y fue una situación que se mantuvo en todo momento. De allí que se exija de la profesional de la salud, exponerle a su paciente esta realidad, tal como se hizo, advirtiéndole de unos riesgos y complicaciones previsibles, destacando que existen otras de difícil o imposible previsión, tal como lo hizo mi representada no solo una vez sino varias veces a través de su historia clínica, tanto de su consultorio, como de la clínica donde fue intervenida la demandante.

Lo que menos desea un profesional de la salud que actúa con esmero, cuidado y profesionalismo en sus actos médicos, es que se materialice alguno de estos riesgos que no dependen de su prudencia, diligencia y cuidado sino de una aleatoriedad que impregna naturalmente la prestación de servicios de salud, donde en unos pacientes una misma técnica puede ser totalmente exitosa y en otros no, haciendo que estas se cataloguen bajo el concepto de obligaciones de medio.

6. Inexistencia De Perjuicios y Mala Fe de la Demandante:

Como se puede observar en la demanda, se han realizado aseveraciones sin ningún tipo de fundamento y se ha buscado a como dé lugar, acomodar situaciones fácticas que no son ciertas y que atentan contra la verdad procesal.

De tal manera que afirmar que mi representada convenció en un sentido negativo a la paciente para que se realizara el procedimiento de liposucción, cuando lo cierto es que la profesional de la salud, al escuchar los intereses de la paciente ofrece sus servicios y es de libre decisión tomarlos o no por parte de la paciente, es un claro ejemplo de la deslealtad procesal. Pero no todo se resume a ello, en las descripciones fácticas, la parte actora afirma condiciones de salud que no existieron o que son contrarias a la realidad, un ejemplo de ello, es la manifestación de que la paciente siempre presentó dolor abdominal, cuando no es cierto, o al afirmar la demandante que le consultó a la doctora si con la liposucción podría tener hijos, lo cual nunca sucedió, así, entre muchas otras aseveraciones sobre acciones y omisiones que pretende atribuir a mi representada que no existieron y que deben aclararse dentro del proceso.

Ante la mala fe de la demandante debe aplicarse el artículo 79 del Código General del Proceso en los artículos 80 y 81 que indican que existe temeridad o mala fe, cuando se alegan hechos contrarios a la realidad y que la parte que actúa de esta manera debe ser sancionada con multas entre 10 y 50 salarios mínimos mensuales legales vigentes.

7. Excepción Genérica:

Solicito al señor Juez que en el evento de encontrar probada una excepción que no hubiese tenido en cuenta la suscrita, pero que evidencia ausencia de responsabilidad contractual y/o extracontractual de parte de mi representado, la misma sea declarada.

Objeción al Juramento Estimatorio

Calle 95 número 15-33, oficina 401, Pbx 7450553, celular 3145444430,
pedrovelandiaperez@gmail.com
Bogotá D.C.

Atendiendo a que la demandante no presenta pruebas que soporten sus pretensiones materiales en los términos del artículo 206 del Código General del Proceso, me permito presentar Objeción a dicho juramento, en los términos y para los efectos de la norma citada.

Asimismo, quiero dejar de presente que por fuera del Juramento Estimatorio y del acápite de las Pretensiones, la demandante ha establecido una estimación que no hace parte ni del juramento ni de las pretensiones, por lo cual, atendiendo al artículo 206 del Código General del Proceso que cita entre otras cosas que:

*“Quien pretenda el reconocimiento de una indemnización, compensación o el pago de frutos o mejoras, **deberá estimarlo razonadamente bajo juramento en la demanda o petición correspondiente, discriminando cada uno de sus conceptos.** Dicho juramento hará prueba de su monto mientras su cuantía no sea objetada por la parte contraria dentro del traslado respectivo. Solo se considerará la objeción que especifique razonadamente la inexactitud que se le atribuya a la estimación...”*

Asimismo, cita el mismo artículo:

“El juez no podrá reconocer suma superior a la indicada en el juramento estimatorio, salvo los perjuicios que se causen con posterioridad a la presentación de la demanda”

Así, atendiendo a las anteriores apreciaciones, nos oponemos a las demás estimaciones planteadas por fuera de las juramentadas y pretensiones establecidas en el acápite pertinente.

Pruebas

- **Documentales**

Sírvase su señoría tener como pruebas las mismas presentadas en la demanda que sean favorables a mi representado. Adicional a ellas me permito aportar los siguientes documentales:

- Hoja de vida de la doctora **María Consuelo Carranza Botia.**
- Historia Clínica debidamente diligenciada del consultorio de la doctora **María Consuelo Carranza Botia.**
- Derecho de Petición de Historia Clínica completa de la paciente a la Clínica Klinimeqx en la que fue intervenida para que sea enviada a mi correo o directamente al presente despacho con ocasión al proceso.
- Artículo de la Revista Mexicana de anestesiología denominado: “Manejo perioperatorio del paciente con trauma abdominal con lesión de víscera maciza”; Dra. María Elena Launizar-García.

- **Interrogatorio De Parte**

Sírvase su señoría decretar el interrogatorio de parte de los demandantes señores **Lina Marcela Gómez Giraldo, Walter Wveimar Pulgarín Ceballos, María Rosmira Giraldo de Gómez y Enrique Arturo Gómez Gómez** para que en diligencia señalada por el Despacho se absuelva interrogatorio con el fin de obtener confesión sobre las excepciones formuladas.

- **Declaración De Parte**

Solicito a su señoría citar al despacho a la doctora **María Consuelo Carranza Botia**, con el fin de que rinda declaración de parte y puedan ser interrogados por el suscrito, lo anterior en virtud de lo dispuesto en el código general del Proceso.

- **Pericial**

De conformidad con el artículo 227 del Código General del Proceso, solicito respetuosamente al señor Juez conceder el término allí dispuesto para aportar el Dictamen Pericial que por cuestiones de tiempo no se pudo aportar con esta contestación. Los dictámenes solicitados son de un médico especialista en **Cirugía Plástica y Reconstructiva** y otro en **Cirugía General** los cuales servirán de soporte para sustentar los argumentos que aquí se plantean y esclarecer los hechos.

- **Testimoniales**

1. Solicito su señoría sea llamado como **testigo técnico** al despacho, al señor **Axel F. Pantoja**, quien es Enfermero Jefe y quien hizo parte del equipo médico quirúrgico que intervino a la demandante, quien podrá dar cuenta de las circunstancias de tiempo modo y lugar de la atención a la demandante, quien podrá ser citado a través del suscrito.
2. Solicito su señoría citar al doctor **Hernando Pacific Gnecco**, quien es médico anesthesiólogo y podrá deponer sobre la atención y el procedimiento quirúrgico practicado por la doctora Carranza, el cual podrá ser convocado a través del suscrito.

Anexos

- Todos los relacionados en el acápite de pruebas.
- Poder.

Petición Especial

Solicito dar aplicación especial al Acuerdo PSSAA-16554 del 5 de agosto de 2016 del Consejo Superior de la Judicatura y en consecuencia condenar a la parte pretensora condenar por concepto de agencias en derecho el 7.5% de las pretensiones en primera instancia para cada uno de los demandados y 6 SMLMV en segunda instancia.

Notificaciones

- La demandada doctora **María Consuelo Carranza Botia**, recibe notificaciones en la calle 127 C Bis 7 C 34 apto 606 en la ciudad de Bogotá D.C. o al correo electrónico contacto@draconsuelocarranza.com
- El suscrito apoderado recibe notificaciones en la Calle 95#15-33 Oficina 401 de Bogotá D.C. o al correo electrónico: pedrovelandiaperez@gmail.com

Calle 95 número 15-33, oficina 401, Pbx 7450553, celular 3145444430,
pedrovelandiaperez@gmail.com
Bogotá D.C.

Dr. Pedro Joaquín Velandia Pérez
Derecho de la Salud – Derecho Administrativo
Universidad Libre – Universidad Nacional de Colombia
Universidad Externado de Colombia - UBA

Cordialmente,



Pedro Joaquín Velandia Pérez
C.C. 79.718.262
T.P. 114.912 C.S.J



Perfil Profesional

Médica y Cirujana, nacida en Bogotá,D.C., Colombia. Egresada de la Universidad Militar Nueva Granada (Bogotá, Colombia) en el año de 1984.

Hizo su especialización en Cirugía Plástica, Estética, Maxilofacial y de la Mano en el Hospital Dos Defeitos Da Face, filial de la Santa Casa de la Misericordia (Sao Paulo, Brasil) culminando en el año de 1992.

Posteriormente realizó una sub especialización en Micro trasplante Capilar en la Clínica del Doctor Munir Curi (Sao Paulo, Brasil) y realizó varios estudios, entre otros como Visitor At The Institute of Reconstructive Plastic Surgery en el NYU Medical Center en New York , United States.

Ha participado como coautora y conferencista en el tema de Estrategias en el Tratamiento de la Calvicie Androgenética en el XXVI Congreso Nacional de Cirugía Plástica (Cartagena de Indias, Colombia) en el año de 1997.

Actualmente se encuentra convalidada y reconocida para todos los efectos académicos y legales en Colombia por la Subdirección de Monitoreo y Vigilancia del Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior ICFES y certificada por la Jefatura del área de Vigilancia y Control de la Oferta de Servicios de la Secretaría de Salud de Bogotá,D.C..

Es Miembro de Número, de la Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva SCCP, de la FILACP - Federación Ibero Latinoamericana de Cirugía Plástica, así como de la IPRAS - International Confederation for Plastic Reconstructive & Aesthetic Surgery.

Fuè Co-fundadora y Directora Científica de la I.P.S. Innova Cirugía Plástica y Estética Ltda, con la cual estuvo vinculada más de 12 años, aportando su conocimiento y experiencia en el mejoramiento de la calidad de vida de hombres y mujeres, tanto nacional como internacionalmente.

Con una experiencia de más de veinte (20) años y más de 20.000 pacientes atendidos, otorgan la facultad y el conocimiento para ofrecer excelentes resultados.

Formación

Enero 1992 - Abril 1992

Sub especialización en Micro Trasplante Capilar

Clínica Munir Curi

Sao Paulo

Brasil

Marzo 1992 - Mayo 1992

Frequentou o Serviço de Cirurgia Plástica do Professor Ivo Pitanguy na Condicao de Fellow

Centro de Estudios Ivo Pitanguy

Rio de Janeiro

Brasil

Pontificia Universidade Católica do Rio de Janeiro.
Instituto de Pós-Graduacao Médica Carlos Chagas.

Febrero 1991 - Mayo 1991

Estágio em Serviço de Cirurgia Plástica

Instituto Nacional de Assistencia Médica Da Previdencia

Social

Sao Paulo

Brasil

Mayo 1991 - Agosto 1991

Estágio em Serviço da Cirurgia da Mao

Amico Assistencia Médica

Sao Paulo

Brasil

Noviembre 1991 - Noviembre 1991

Visitor At The Manhattan Eye, Ear & Throat Hospital

Sherrell J. Aston, M.D., F.A.C.S., P.C. - Aesthetic Plastic Surgery

Manhattan, New York

United States of America

Octubre 1991 - Noviembre 1991

Visitor At The Institute of Reconstructive Plastic Surgery

NYU Medical Center

New York

United States

Durante este periodo, fue observadora de cirugías en salas de procedimientos y participo en clinicas y conferencias.

Octubre 1991 - Octubre 1991

Visitor At The Manhattan Eye, Ear & Throat Hospital

Sherrell J. Aston, M.D., F.A.C.S., P.C. - Aesthetic Plastic Surgery

Manhattan, New York

United States of America

Febrero 1988 - Enero 1992

Residencia Médica con Especialización en Cirugía Plástica, Reparadora y Estética

Hospital dos Defeitos da Face

Sao Paulo

Brasil

Cruz Vermelha Brasileira

Filial do Estado de Sao Paulo

Servicio Acreditado por la Sociedad Brasileira de Cirugía Plástica.

Convalidado y reconocido para todos los efectos académicos y legales en Colombia como equivalente al título de Especialista en Cirugía Plástica, Estética, Maxilofacial y de la Mano, que otorgan las instituciones colombianas de educación superior, de acuerdo con la ley 30 de 1992.

Conferencista do Tema "Blefaroplastias Estéticas e suas Complicacoes".

Hospital Dos Defeitos Da Face.

21 de Agosto de 1990.

Conferencista do Tema "Tipos de Peeling Químico e suas Indicações".

Hospital Dos Defeitos Da Face.

24 de Octubre de 1989.

Enero 1980 - Diciembre 1984

Médico y Cirujano

Universidad Militar Nueva Granada

Bogotá, D.C.

Colombia

Interno - Hospital Militar Central

Diciembre 1983 - Diciembre 1984

Año Rural - Hospital San Francisco Villa de Leyva

Ráquira, Boyacá, Colombia

Febrero 1985 - Agosto 1985

Villa de Leyva, Boyacá, Colombia

Agosto 1985 - Marzo 1986

Monografía "Trauma Esofágico", Hospital Militar Central

Septiembre de 1.984, Bogotá,D.C., Colombia.

Noviembre 1979

Bachiller Académico

Colegio La Salle

Villavicencio

Colombia

Doctora
Maria Consuelo Carranza B.
CIRUJANA PLÁSTICA

Experiencia

Enero 2000 - Actualmente ...

Co-Fundadora y Directora Científica

Innova Cirugía Plástica y Estética Ltda.

Bogotá, D.C.

Colombia

Auditoria, control y procesos de investigación y desarrollo en el área asistencial de la institución con el ánimo de mantener un nivel de excelencia en las técnicas de cirugía.

1993 - 2000

Directora Científica

Collage de Belleza Ltda

Bogotá, D.C.

Colombia

Febrero 1992 - Actualmente ...

Médica y Cirujana Plástica y Estética

Dra. Maria Consuelo Carranza B.

Bogotá, D.C.

Colombia

Con una experiencia de más de veinte (20) años y más de 20.000 pacientes atendidos, otorgan la facultad y el conocimiento para ofrecer excelentes resultados.

Junio 1987 - Diciembre 1987

Consulta Médica General

Secretaria de Salud - Centro de Salud N. 13

Bogotá, D.C.

Colombia

Marzo 1987 - Diciembre 1987

Consulta Externa Medicina General

Hospital Militar Central

Bogotá, D.C.

Colombia

Enero 1986 - Mayo 1987

Consulta Médica General

Instituto de Seguros Sociales

Bogotá, D.C.

Colombia

Febrero 1985 - Enero 1986

Médico Rural

Hospital San Francisco Villa de Leyva

Villa de Leyva, Boyacá

Colombia

Durante el periodo de Febrero hasta Agosto de 1985 en Ráquira con desplazamiento a Tinjacá y Sutamarchán.

Durante el periodo de Agosto hasta Marzo de 1986 en Villa de Leyva con desplazamiento a Sáchica, Santa Sofía y Gachantivá.

Realización de un programa de investigación acerca de la Morbi-Mortalidad de la población rural (Municipio de Villa de Leyva), relacionados con el sistema de acueducto y alcantarillado.

Doctora
Maria Consuelo Carranza B.
CIRUJANA PLÁSTICA

Cursos

Mayo 2012 - Mayo 2012

XVII Curso Internacional de Cirugía Plástica Estética de la SCCP

Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva

Medellín

Colombia

Noviembre 2011 - Noviembre 2011

I Curso de Actualización para Residentes de Cirugía Plástica

Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva

Bogotá, D.C.

Colombia

Realizado en el marco de El Bisturí de Oro

Septiembre 2010 - Septiembre 2010

XVI Curso Internacional de Cirugía Plástica Estética

Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva

Cali

Colombia

Marzo 2009 - Marzo 2009

Capacitación Científica y Práctica para el Manejo del Equipo Dermocell en Tratamiento de Vacuumterapia "Versat"

Dermocell Technologies

Bogotá, D.C.

Colombia

Abril 2008 - Abril 2008

XV Curso Internacional de Cirugía Estética - "Belleza, Fenómeno Mundial"

Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica, Estética, Maxilofacial y de la Mano

Bogotá, D.C.

Colombia

Octubre 2007 - Noviembre 2008

English Technical Module

Berlitz Language Centers

Bogotá, D.C.

Colombia

Enero 2006 - Abril 2006

II Curso Virtual de Gerencia en Quirófanos

Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación

SCARE

Bogotá, D.C.

Colombia

Octubre 2005 - Octubre 2005

Reanimación Cardiopulmonar

Cruz Roja Colombiana - Seccional Cundinamarca y

Bogotá

Bogotá, D.C.

Colombia

Septiembre 2002 - Septiembre 2002

XII Curso Internacional de Cirugía Estética

Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica, Estética,

Maxilofacial y de la Mano

Barranquilla

Colombia

Abril 1998 - Abril 1998

Primer Curso Internacional de Cirugía Estética y Reconstructiva

Servicio Integrado de Cirugía Plástica Hospital San Jose

Bogotá, D.C.

Colombia

Junio 1997 - Junio 1997

Curso de Actualización en Cosmetología Médica - Cosmecéutica

Sociedad Colombia de Otorrinolaringología y Cirugía de

Cabeza y Cuello

Bogotá, D.C.

Colombia

Servicio de Otorrinolaringología de la Clínica del Country.

Diciembre 1996 - Diciembre 1996

V Curso Internacional de Cirurgia Estética da FILACP
Federación Ibero-latinoamericana de Cirugía Plástica -
Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica
Rio de Janeiro
Brasil

Julio 1994 - Julio 1994

Curso de Actualización en el Tratamiento Quirúrgico de la Calvicie
Hospital Universitario de la Samaritana - Servicio de Cirugía Plástica
Bogotá, D.C.
Colombia

Agosto 1992 - Agosto 1992

Curso Teórico-Práctico de Ritidoplastia Sub-Periostal
Centro de Estudos da Clínica de Cirurgia Plástica do Hospital do Servidor Público Municipal
Sao Paulo
Brasil

Junio 1991 - Junio 1991

Curso Avancado de Cirurgia Estética e Funcional do Nariz
Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica Regional Sao Paulo
Sao Paulo
Brasil

Membro Ativo do Curso Teórico.

Octubre 1991 - Octubre 1991

English Lessons
Department of the Army
Fort Benning, Georgia
United States

Junio 1989 - Junio 1989

Curso Controvérsias em Cirurgia Crânio - Maxilo - Facial
Instituto de Cirurgia Plástica Santa Cruz
Sao Paulo
Brasil

Diciembre 1988 - Diciembre 1988

V Curso "Temas de Cirurgia Plástica"

Hospital Dos Defeitos Da Face

Sao Paulo

Brasil

Enero 1988 - Agosto 1988

Curso St - Graduación en "Anatomía Aplicada a las Cirugías de Cara y Cuello"

Escuela Paulista de Medicina

Sao Paulo

Brasil

Enero 1988 - Diciembre 1989

Curso Básico de" Cirugía Plástica para Residentes"

Hospital Servidor Publico (Municipal)

Sao Paulo

Brasil

Sociedade Brasileira De Cirurgia Plástica Regional Sao Paulo.

Julio 1988 - Agosto 1988

Curso en "Envejecimiento Facial"

Hospital Sirio Libanés

Sao Paulo

Brasil

Julio 1988 - Agosto 1988

Curso en "Cirugía Plástica y Maxilo Facial en los Fisurados, Labio Palatinos"

Hospital dos Defeitos da Face

Sao Paulo

Brasil

Junio 1988 - Junio 1988

Curso de Residentes para Cirurgia Plástica

Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica

Sao Paulo

Brasil

Conferencista na Mesa Redonda com o tema: Inclusao de Prótese Expansora na qualidade de Miembro Titular.

Enero 1987 - Diciembre 1987

Curso de Portugues e Informacao Geral do Brasil
Embajada del Brasil - Centro de Estudios Brasileiros
Bogotá, D.C.
Colombia

Mayo 1986 - Mayo 1986

I Curso de Actualización en Neumología Pediátrica
Hospital San Carlos - Servicios de Pediatría
Bogotá, D.C.
Colombia

Julio 1985 - Agosto 1985

Curso de capacitación " Programa de Lepra "
Hospital San Rafael de Tunja
Tunja, Boyacá
Colombia

Salud Pública "Morbi - Mortalidad en Saneamiento Ambiental", Relación del Sistema Acueducto - Alcantarillado en la población del municipio de Villa de Leyva, Octubre de 1985. Villa de Leyva, Boyacá - Colombia.

Enero 1981

Paracaidista Militar
Batallón de Infantería N. 20 General Serviez
Aeroptransportado
Apiay, Meta
Colombia

Certificado Salto de la Torre de 14 Metros en la pista de paracaidismo
Apiay, 3 de Marzo de 1979
Colombia

Congresos

Febrero 2013 - Marzo 2013

17th IPRAS World Congress

IPRAS - Section of International Confederation for
Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery

Santiago de Chile
Chile

Mayo 2012 - Mayo 2012

XIX Congreso Federación Ibero Latinoamericana de Cirugía Plástica FILACP - Reconstruyamos la Estética

Federación Iberoamericana de Cirugía Plástica

Medellín
Colombia

Mayo 2011 - Mayo 2011

65th Annual Meeting of the Canadian Society of Plastic Surgeons

Canadian Society of Plastic Surgeons

Vancouver, BC
Canada

Mayo 2011 - Mayo 2011

16th Congress of the International Confederation for Plastic, Reconstruction and Aesthetic Surgery

Canadian Society of Plastic Surgeons

Vancouver, BC
Canada

Junio 2010 - Junio 2010

XVIII Congreso de la Federación Ibero Latinoamericana de Cirugía Plástica

IPRAS - Section of International Confederation for
Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery

Panamá
República de Panamá

Mayo 2009 - Mayo 2009

XXXII Congreso Nacional de Cirugía Plástica
Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica Estética y
Reconstructiva
Barranquilla
Colombia

Septiembre 2009 - Septiembre 2009

**4th International Scientific Conference “Planning
for the Future – Learning from the Past:
Contemporary Developments in Tourism, Travel &
Hospitality”**
IPRAS - Section of International Confederation for
Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery
Rhodes
Greece

Mayo 2007 - Mayo 2007

**XXXI Congreso Nacional de la Sociedad Colombiana
de Cirugía Plástica, Estética, Maxilofacial y de la
Mano**
Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica Estética y
Reconstructiva
Pereira
Colombia

Marzo 2005 - Marzo 2005

**XXX Congreso Nacional de la Sociedad Colombiana
de Cirugía Plástica**
Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica Estética
Maxilofacial y de la Mano
Cartagena de Indias
Colombia

Marzo 2005 - Marzo 2005

IV Congreso Regional Bolivariano de la FILACP
Federación Ibero-latinoamericana de Cirugía Plástica
Cartagena de Indias
Colombia

Octubre 2003 - Octubre 2003

XXIX Congreso de la Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica

Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica Estética
Maxilofacial y de la Mano
Bucaramanga
Colombia

Junio 1999 - Junio 1999

XXVII Congreso Nacional de Cirugía Plástica Estética Maxilofacial y de la Mano

Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica Estética
Maxilofacial y de la Mano
Bogotá, D.C.
Colombia

Participación como Conferencista.

Mayo 1998 - Mayo 1998

Annual Meeting of the American Society for Aesthetic Plastic Surgery

The American Society for Aesthetic Plastic Surgery, Inc.
Los Angeles
United States

Septiembre 1997 - Septiembre 1997

XXVI Congreso Nacional de Cirugía Plástica "Mitos y Realidades"

Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica, Estética,
Maxilofacial y de la Mano
Cartagena de Indias
Colombia

Diciembre 1996 - Diciembre 1996

XI Congreso Ibero-Latinoamericano de Cirugía Plástica

Federación Iberolatinoamericana de Cirugía Plástica
Rio de Janeiro
Brasil

Participante de Curso Laser Resurfacing

Diciembre 1996 - Diciembre 1996

XXXIII Congresso Brasileiro de Cirurgia Plástica

Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica
Rio de Janeiro
Brasil

Participante de Curso Laser Resurfacing

Octubre 1994 - Noviembre 1994

31º Congresso Brasileiro de Cirurgia Plástica
Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica Estética e
Reconstrutiva
Belo Horizonte
Brasil

Doctora
Maria Consuelo Carranza B.
CIRUJANA PLÁSTICA

Simposios

- Septiembre 2012 - Septiembre 2012 **X Simposio Manejo de Casos Secundarios y de Revisión en Cirugía Plástica**
Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva
Bogotá, D.C.
Colombia
- Marzo 2010 - Marzo 2010 **IX Simposio "Última Frontera en el Manejo de la Obesidad"**
Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva - Seccional Central
Bogotá, D.C.
Colombia
- Septiembre 2007 - Septiembre 2007 **I Symposium Internacional de Cirugía Plástica Endoscópica y Cirugía Estética Nasal**
Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica Maxilofacial y de la Mano - Seccional Central
Bogotá, D.C.
Colombia
- Febrero 2004 - Febrero 2004 **VII Symposium Avances en Cirugía Estética Masculina, "Estado del Arte"**
Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica Estética, Maxilofacial y de la Mano - Seccional Central
Bogotá, D.C.
Colombia
- Febrero 2003 - Febrero 2003 **VI Symposium Estado del Arte en Liposucción**
Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica, Estética, Maxilofacial y de la Mano
Bogotá, D.C.
Colombia

Febrero 2000 - Febrero 2000

Primer Symposium - Estado Actual Perspectivas y Avances en Cirugía Plástica Nasal para el Nuevo Milenio

Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica, Estética, Maxilofacial y de la Mano

Bogotá, D.C.
Colombia

Abril 1997 - Abril 1997

Simposium de Celuloterapia

Revista Biomedicina Hispanoamericana

Bogotá, D.C.
Colombia

Actualización en Terapia Citobiológica (Celuloterapia)

Abril 1997 - Abril 1997

**Cycle of Biological Medicine Conferences 1997
Celltherapy Symposium**

Biomedicina Hispanoamericana Magazine - Hispanic American Biological Medicine Fomenter

Bogotá, D.C.
Colombia

Cytobiological (Celltherapy) Therapy refreshment courses.

Mayo 1992 - Mayo 1992

II Simpósio Internacional de Cirurgia Estética e Reconstrutiva da Mama

Disciplina de Cirurgia Plástica e Queimaduras da Faculdade de Medicina da Universidade de Sao Paulo

Sao Paulo
Brasil

Febrero 1990 - Febrero 1990

X International Symposium on Cranio Facial Surgery

Sobrapar Instituto de Cirurgia Plástica Crânio Facial

Sao Paulo
Brasil

Febrero 1990 - Febrero 1990

III International Symposium on Aesthetic Plastic Surgery

Sobrapar Instituto de Cirurgia Plástica Crânio Facial

Sao Paulo
Brasil

Septiembre 1988 - Septiembre 1988

**III Simposio de Fissuras Palatinas e Anomalias
Crânio - Maxilo - Faciais**

Associação de Fissuras Palatinas Brasileira

Sao Paulo

Brasil

1987 - 1987

I Simposio de "Hiperlipidemias"

Universidad Nacional de Colombia - Bogotá, Colombia

Colombia

Doctora
Maria Consuelo Carranza B.
CIRUJANA PLÁSTICA

Jornadas

- Noviembre 2011 - Noviembre 2011 **V Encuentro Nacional de Residentes & Servicios de Cirugía Plástica**
Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva
Bogotá, D.C.
Colombia
- Agosto 2008 - Agosto 2008 **Encuentro Colombiano de Actualización Científica "El Arte del Rejuvenecimiento: La Terapia Combinada"**
Allergan
Bogotá, D.C.
Colombia
- Abril 1991 - Abril 1991 **II Reuniao Científica da Associacao dos Ex-Alunos do Professor Doutor Paulo de Castro Correia**
Hospital Dos De Feitos Da Face
Sao Paulo
Brasil
- Marzo 1989 - Marzo 1989 **I Reuniao Científica da Associacao dos Ex-Alunos do Professor Paulo de Castro Correia**
Hospital Dos Defeitos Da Face
Sao Paulo
Brasil
- Agosto 1988 - Agosto 1988 **4 Reuniao Científica Mensal na Mesa Redonda "Complicacoes em Abdominoplastias "**
Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica Estética Regional Sao Paulo
Sao Paulo
Brasil

Julio 1988 - Julio 1988

**Encontro de Especialistas em Anomalias
Congénitas: Malfomacoes de Orelha e Fissuras
Lábio - Platinas**

Hospital Israelita Albert Einstein
Sao Paulo
Brasil

Octubre 1988 - Octubre 1988

**5 Reuniao Cientifica Mensal na Mesa Redonda
"Complicacoes em Rinoplastias "**

Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica Estética
Regional Sao Paulo
Sao Paulo
Brasil

Septiembre 1988 - Septiembre 1988

Jornada sobre Cirurgia Do Envelhecimento Facial

Centro de Estudios e Pesquisas - CEPE
Sao Paulo
Brasil

Sociedade Beneficente de Senhoras
Hospital Sirio Libanes

Septiembre 1988 - Septiembre 1988

**VIII Jornada de Oncologia: Cirurgia Mamária
Estético - Terapeutica**

Associacao Paulista de Medicina
Sao Paulo
Brasil

Filiada a Associacao Medica Brasileira
Departamento de Cancerologia da Associacao Paulista
de Medicina

Seminarios

Octubre 2012 - Octubre 2012

Seminario Taller "La Fotografía Médica como Prueba de Defensa"

Eventravel Store

Bogotá, D.C.
Colombia

Con el apoyo de Corporación Universitaria de Ciencia y Desarrollo.

Noviembre 2011 - Noviembre 2011

II Foro de Expertos en Mama

Capítulo de Mamas de la FILACP

Bogotá, D.C.
Colombia

Septiembre 2007 - Septiembre 2007

Programa Botox de Desarrollo de Negocios

Allergan - Botox

Sao Paulo
Brasil

El Rejuvenecimiento de su Clínica

Diciembre 2005 - Diciembre 2005

Taller de Capacitación Preventiva en Responsabilidad Médico - Legal

Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación
SCARE

Bogotá, D.C.
Colombia

Marzo 1997 - Marzo 1997

Seminario Acción del Láser de Baja Potencia en la Estética

Aestretic Corp. de Colombia - CEDEIC

Bogotá, D.C.
Colombia

Agremiaciones

Mayo 2006 - Actualmente ...

Miembro Titular de Número

SCCP - Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica
Estética y Reconstructiva
Bogotá, D.C.
Colombia

Septiembre 2003 - Actualmente ...

Miembro

FILACP - Federación Ibero Latinoamericana de Cirugía
Plástica
Bogotá, D.C.
Colombia

Septiembre 2003 - Actualmente ...

Miembro

IPRAS - International Confederation of Plastic
Reconstructive and Aesthetic Surgery
Bogotá, D.C.
Colombia

Septiembre 2003 - Mayo 2006

Miembro Asociado

SCCP - Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica
Estética y Reconstructiva
Bogotá, D.C.
Colombia

Marzo 1996 - Actualmente ...

Socio Solidario

Sociedad Colombiana de Anestesiología Y Reanimación
SCARE
Bogotá, D.C.
Colombia

Actualmente ...

Miembro Titular

Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica
Sao Paulo
Brasil

Dra. Maria Consuelo Carranza B.
Médica y Cirujana Plástica.

Doctora
Maria Consuelo Carranza B.
CIRUJANA PLÁSTICA



Republica de Colombia
Ministerio de Defensa Nacional

La Universidad Militar Nueva Granada

UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA
Teniendo en cuenta que:

Maria Consuelo Carranza Bottia

C.C. N° 39.685.171 de Usaquén

Como Notario Vices del Circuito de Bogotá, hego oído leer en esta copia el presente documento que he leído y he visto, y he certificado de su autenticidad en Bogotá, D.C., el día 23 de Septiembre de 1984.
SEP. 23 1984
NOTARIA VICARIA DE LOPEZ VILLA
NOTARIA VICES

Ha cumplido con los requisitos académicos exigidos por la Universidad, en nombre de la Republica de Colombia y por autorización del Ministerio de Educación Nacional, le otorga

El título de:

Médico y Cirujano

DISTRITO FEDERAL DE BOGOTÁ
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA
BOGOTÁ, D.C.
23 de Septiembre de 1984

En constancia se firma y sella el presente Diploma en Bogotá, D.C. a los 14 días del mes de Diciembre de 1984

[Signature]
Rector de la Universidad

[Signature]
Consejero Académico

[Signature]
Decano de la Facultad

Acta de Grado No. 010-A
Registro No. 119
[Signature]
Jefe División Registro Académico

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
PROTECCIÓN Y ASISTENCIA
Excedente de la Facultad para todo el país
Estructura regular
11 VIII 86
12122
743

22 X 86
947
Maf Samy
Registro Oficial
Aportado al folio 37 C libro 86
Bogotá, D.C., Republica de Colombia
El 30 Mes Julio Año 1986



**SOCIEDAD COLOMBIANA
DE CIRUGIA PLASTICA - ESTETICA
MAXILOFACIAL Y DE LA MANO**



MIEMBRO DE NUMERO
 MARIA CONSUELO
 CARRANZA BOTIA
 C.C. 39.685.171



SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
 CERTIFICADO DE INSCRIPCION
 No. 27-06-2000

CARRANZA BOTIA
 MARIA CONSUELO
 CC 39685171
 SALUD
 MEDICO

[Signature]
 FIRMA AUTORIZADA



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

Libertad y Orden

Registro No. U1 12122 / 1988

Firma Médico *[Signature]*

Nombres y Apellidos MARIA CONSUELO CARRANZA BOTIA

C.C. o C.E. C 39685171 De USACUEN

Universidad NVA GRANADA Ciudad BOGOTA

Código 3343 / 01 Fecha de Expedición 02 / 08 / 02

Cruz Vermelha Brasileira
Filial do Estado de São Paulo



Hospital dos Defeitos da Face

Serviço credenciado pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica

Diploma

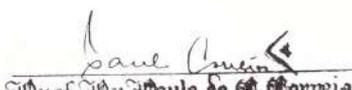
A **Dra. Maria Consuelo Carranza Botia**

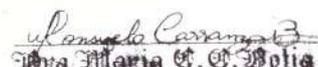
concluiu a sua Residência Médica, com
Especialização em Cirurgia Plástica, Reparadora e Estética,
no período de 01 de fevereiro de 1988 a 31 de janeiro de 1992.

São Paulo, 31 de janeiro de 1992


Dr. Jorge Wolney Atalla
Diretor Geral


Dr. Gerson de A. Moqueira
Gerente Médico


Prof. Dr. Paulo de S. Correia
Coordenador


Dra. Maria C. C. Botia
Diplomada

HISTORIA CLÍNICA

FECHA	4/03/2019	No.	0478
NOMBRE	LINA MARCELA GOMEZ GIRALDO	DOC. No.	1.128.437.434
FECHA NAC:	26/03/1991	EDAD	27
		SEXO	F
DIRECCION:	CRA 69B # 1-60 SUR LAS AMERICAS	TEL.	6403228
CIUDAD:	BOGOTA	OCUPACION	COMERCIANTE
ACOMPAÑANTE		E. CIVIL	CASADA
DIRECCION:		TEL.	
DIRECCION:		SEGURIDAD SOCIAL	COOMEVA
REFERIDO POR:		CEL.	
		EMAIL:	chelarxn@hotmail.com
RESPONSABLE	WALTER PULGARIN	TEL.	3023068464

ANTECEDENTES

G.O:G 1, P - C 1 A - E - PLANIFICA: NO F.U.M: Oct-2018

QUIRURGICOS NO

PATOLOGICOS NO

MEDICAMENTOS HORMONAS - Provera. - Estrógenos Conjugados

FUMA NO TOXICOALERGICOS Dipirona

TRAUMATICOS NO

FAMILIARES H.T.A, Diabetes, C.A.

MOTIVO DE CONSULTA

DESEA: ① Reducción de senos por doble de espaldas y calambres en T=38-40

A delgazar = Abdomen - cintura Desear: 34B

EXAMEN FISICO

② Hiperтрофия Mamaria Bilateral

Asigualdad Mamaria

PESO 65

TALLA 1.57

DIAGNOSTICO

- hiperтрофия Mamaria Bilateral

- desigualdad Mamaria

CONDUCTA

Se sugiere: ① Reducción Mamaria Bilateral con implantes 250cc

② liposucción Corporal.

19/03/19 = 3 días post-operatorio = E Seno - Areola T20

Certifico que la información que he suministrado es verídica y confiable. Entiendo y acepto la consulta sugerida por el médico tratante

FIRMA DEL PACIENTE

Lina Gómez G.

FIRMA DEL MÉDICO

Dra. Ma. Consuelo Carranza S.
 Miembro de la Sociedad Colombiana de Cirujía Plástica
 No. 10319

①

COTIZACION CIRUGIAS

FECHA 4/03/2019

PACIENTE LINA MARCELA GOMEZ GIRALDO

C.C. 1128437434

LINCEUCION	① <u>Corporal completa</u>	<u>6'000.000</u>
	lipotomax	<u>500.000</u>
SEÑOS	② <u>Reducción e implantes</u>	<u>7'000.000</u>
CARA	<u>Corrección de Asimetría</u>	
	<u>Remerie</u>	
OTRAS		

Incluye:

- L Faja
- L Brestier
- Anticoagulantes
- Seguro de complicaciones post-operativas.

VR T. FINANCIADO \$ 13'500.000
 VR T. CONTADO / EFECTIVO \$ 12'500.000

14/03/19 = de paciente firme los consentimientos.
 de los informados = Acepte lo escrito
 se entrega: Faja - Brestier
 Anticoagulantes

FECHA	
LINCEUCION	
LINFECTOMIA	
SEÑOS	
CARA	
OTRAS	

Eps ok
 - Faja OK
 - Brestier OK
 - Anticoagulantes OK
 - Instrucciones OK
 - Poliza OK

Dra. Ma. Consuelo Carranza B
 Cirujana Plástica
 Miembro de Número de la Sociedad
 Colombiana de Cirugía Plástica
 RM 10319

VR T. FINANCIADO
 VR T. CONTADO / EFECTIVO

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.128.437.434

GOMEZ GIRALDO

APELLIDOS

LINA MARCELA

NOMBRES

Marcela Gómez

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 26-MAR-1991
MEDELLIN
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO
1.58
ESTATURA

O-
G.S. RH

F
SEXO

07-ABR-2009 MEDELLIN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-0100100-00731276-F-1128437434-20150808

0045709810A 2

1085389463

16/03/2019 Liposucción Completa y redacción de
Seno con implante 200cc. Con
corrección de Asimetría Torácica
Se realiza en la Clínica Klinimegy
Bajo anestesia General

Dra. Ma. Consuelo Caranza B
Cirujana Plástica
Miembro de Número de la Sociedad
Colombiana de Cirugía Plástica
R.M. 10319

CONSENTIMIENTO PARA LEVANTAMIENTO DE SENOS CON IMPLANTES

Yo, Lina Marcela Gómez con documento No. 1128437434 de Medellín en pleno uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento a la Dra. María Consuelo Carranza Botía, Miembro de Número de la Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica, para que realice en mí el Levantamiento de los Senos con implantes de gel de silicona:

Marca Bella Gel 200 CC. Lado derecho. Ubicación: Sbmusculares P Subglandulares
Marca Sella Gel 200 CC. Lado izquierdo.

La Dra. Carranza me ha explicado la naturaleza, propósitos, ventajas, desventajas, complicaciones, molestias, incapacidad, limitaciones, consecuencias y riesgos que se pueden producir por la intervención, por lo cual estoy de acuerdo y tengo claro que:

1. En donde se hacen incisiones siempre el resultado es una cicatriz, se hará la técnica correcta para que sea poco aparente, está sujeta a la cicatrización intrínseca de cada persona. La ubicación de la cicatriz será, periareolar completa, vertical y en ocasiones se extenderá horizontalmente en el pliegue o surco infra mamario, según sea necesario para cada caso. Generalmente habrá un enrojecimiento inicial el cual puede durar hasta seis (6) meses. Me ha informado la Dra. Carranza que el tamaño y la forma de las areolas generalmente cambian.
2. Al igual que en forma externa, siempre se forma una cicatriz interna alrededor del implante llamada cápsula, esta no debe ser dolorosa ni dura, si esto sucede se llama contractura capsular y existen tres grados siendo el de tercer grado el más doloroso y deformante, debido a esto sé que debo asistir personalmente a control cada año tanto con el médico ginecólogo como con cirugía plástica, realizar cada año ecografía mamaria y avisar inmediatamente cualquier cambio en los senos tanto en forma como endurecimiento; y dependiendo del grado de la contractura, se harán tratamientos con medicamentos y/o con ultrasonido, si el endurecimiento persiste y es doloroso, marcado y deformante, debe realizarse una cirugía llamada capsulotomía (extracción de la cápsula), si persiste la contractura capsular o si se forma nuevamente después de la capsulotomía, se debe extraer el implante y dejar pasar mínimo tres (3) meses para la recolocación. No hago responsable a la Dra. Carranza por esta complicación, por lo tanto no interpondré ninguna acción legal de mi parte. Si se decide cambiar el implante el mismo día de la capsulotomía o se programa la recolocación posterior, los costos de estos nuevos implantes y todo lo relacionado con la nueva cirugía, serán asumidos por mí como paciente, en su totalidad.
3. Siendo el ser humano carente de simetría absoluta en sus dos mitades, es imposible alcanzarla con la cirugía, es importante verificar esta diferencia en la consulta, y así determinar los tamaños de los implantes; siempre se tendrá en cuenta la decisión de la paciente y la orientación médica. La Dra. Carranza me ha explicado ampliamente y para mí es claro las ventajas y desventajas en cuanto al lugar de implantación subglandular o submuscular y arriba marqué mi decisión.
4. Las mismas complicaciones que se presentan en cualquier procedimiento quirúrgico podrán presentarse en este procedimiento tales como: Embolismo graso o sanguíneo, dolor persistente, sangrado abundante y persistente, perforación pulmonar inflamación, infección, hematoma, seroma, depósitos de calcio shock anafiláctico súbito, paro cardio-respiratorio, y en ocasiones excepcionales la muerte, alteraciones temporarias o permanentes de la sensibilidad de la piel de los senos y pezones, necrosis de la piel por reducción de la circulación con la consecuente apertura de la herida, alergia al material de sutura, fibromas de cuerpo extraño, disminución de la vascularidad de los tejidos manifestándose en manchas, alergia a los medicamentos anestésicos u otros utilizados durante el trans o postoperatorio. Asumo, el costo total de cualquier complicación o insatisfacción que se genere por este procedimiento ya sea que requiere reintervención quirúrgica en Innova Cirugía Plástica y Estética Ltda, o en otra institución tratamientos médicos y/o quirúrgicos, honorarios de otro(s) especialista(s), honorarios de anestesia y hospitalización en caso que se requiera.
5. Muy ocasionalmente, la inclusión de implantes de gel de silicona tiene algunos riesgos específicos como la ruptura de los implantes, esta puede suceder inmediatamente o lentamente con los meses o años. Las causas son múltiples y van desde causas externas por trauma, manipulación o compresión excesiva, o internas como contractura capsular, tensión física interna y razones desconocidas. Asumiré en su totalidad la nueva implantación y no responsabilizaré a la Dra. Carranza por la ruptura.
6. Debo asistir a los controles inmediatos a la cirugía tal como los programa la Dra. Carranza hasta mi total recuperación y toma de fotos postoperatorias que generalmente son al tercer mes. En caso de no asistir a los controles programados o no informar cualquier cambio o alteración de los senos personalmente, por vía telefónica, correo electrónico, red social; no traer las ecografías respectivas de cada año, me hago totalmente responsable de cualquier complicación que se presente y no haré reclamación legal a la Dra. Carranza por ningún motivo. Si presento extrusión del implante (salida por la piel) por cualquier motivo, debo someterme a la extracción de dicho implante obligatoriamente y asumiré en su totalidad los gastos que esto genere.
7. No considero que los implantes de gel de silicona son un producto para toda la vida, la recomendación es cambiarlos a los diez (10) años, por lo tanto debo estar en control médico periódico y programar a tiempo el cambio de los implantes; asumiré el costo de la nueva cirugía en su totalidad.
8. El postoperatorio en sus primeros días es doloroso y desconfortable ya que debo dormir boca-arriba durante los primeros diez (10) días, existe inflamación y moretones (equimosis) que desaparecerán hasta el primer (1) mes. Si no me encuentro satisfecha con el tamaño y deseo cambiar los implantes, hago constar que asumiré todos los nuevos costos que se generen y me someteré al concepto médico por parte de la Dra. Carranza.

(4)

9. El resultado final de la cirugía solo se verá hasta el tercer (3) mes después de la intervención ya que este está sujeto a variables como el tipo de piel, formación de fibrosis, antecedentes de trauma o malformaciones, cirugías previas y si se llevó a cabo el cumplimiento estricto de los cuidados postoperatorios dados verbal o por escrito por parte de la Dra. Carranza. Si deseo corregir cualquier cicatriz, reconstrucción de areola, pezón o deformidad de las areolas, sé que debo pagar todos los gastos que esta(s) nueva(s) cirugía(s) implica, sin derecho a reclamar a la Dra. Carranza responsabilidad legal por el resultado.
10. No debo tener exposición al sol directo durante los primeros tres (3) meses postoperatorios, puede ocasionar aumento o reaparición de la inflamación y manchas en la piel de difícil resolución una vez se presenten.
11. No se ha demostrado una relación directa entre la colocación de los implantes y enfermedades de tipo cáncer, inmunológico o artrítico.
12. Si en el momento de presentar complicaciones aún adeudo dinero a la Dra. Carranza o a Innova Cirugía plástica y Estética Ltda., hago constar que cumpliré con dicha deuda en su totalidad, respetando las fechas inicialmente acordadas y fijadas mediante cualquier documento, sin que por alguna complicación o insatisfacción post quirúrgica esto se modifique.
13. Si por algún motivo imprevisto cancelo la cirugía, a pesar de haber realizado algún pago o realizado exámenes de laboratorio, compra de implantes, reserva de sala de cirugía, reserva de instrumentadora, reserva de anesthesiólogo y todos los preparativos para mi intervención, acepto que me descuenten el 10% del valor total de la cirugía, con lo cual cubriría dichos gastos previos.
14. Sé que la Dra. Carranza no me da garantía sobre la calidad y durabilidad de los implantes debido a que ella solo los implanta en mí y la factura de compra queda a mi nombre, así que en caso de presentar algún reclamo por defectos del implante, lo haré directamente por escrito al proveedor diligenciando los formatos que cada compañía tiene, sin que esto garantice la reposición de los mismos.

Todas mis inquietudes y preguntas sobre Aumento de Senos con implantes han sido contestadas satisfactoriamente y no me queda ninguna duda sobre esta intervención. Doy permiso para la toma de fotografías pre y postoperatorias como parte del archivo de mi historia clínica al igual se le tomará foto a la caja sellada de los implantes en donde consta que son nuevos.

Tengo conocimiento que la práctica de la medicina y cirugía no es una ciencia de fin sino de medio, por lo tanto no es exacta y no se pueden garantizar los resultados, siendo consciente de esto acepto dichas condiciones y limitaciones, me hago totalmente responsable de mi decisión para esta intervención quirúrgica.

Me haré responsable de las obligaciones que tengo como paciente, las cuales son: cumplir las instrucciones de cuidado post operatorio dadas por la Dra. Carranza verbal y por escrito, asistir cumplidamente a los controles que yo debo programar con anterioridad hasta mi completa recuperación la cual puede durar hasta seis (6) meses y después cada año con el resultado de la Ecografía; en caso de ausentarme, debo informar a la Dra Carranza con anterioridad para recibir las instrucciones pertinentes, si hago caso omiso a esta recomendación, libero totalmente a la Dra Carranza de la responsabilidad legal de las complicaciones que se deriven de dicha ausencia o por la intervención de terceros en las áreas operadas sin el consentimiento previo de la Dra. Carranza.

Certifico que he leído y comprendido perfectamente la información previa antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre albedrío.

FIRMA Lina Marcela Gómez FECHA 14 Marzo 19 . HUELLA



En caso de ser menor de edad la persona responsable es:

NOMBRE COMPLETO _____

FIRMA _____ CEDULA _____ DE _____

CONSENTIMIENTO PARA LIPOSUCCION CORPORAL

Yo Lina Marcela Gómez con documento No. 1178437484 de Medellín en pleno uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento a la Dra. María Consuelo Carranza Botia, Miembro de Número de la Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica, para que realice en mi la liposucción o lipoescultura corporal en la región: Abdomen - Cintura - Caderas

La Dra. Carranza me ha informado los propósitos, ventajas, desventajas, complicaciones, molestias, incapacidad, limitaciones, consecuencias de irregularidad dérmica y riesgos que se pueden producir por la intervención, por lo cual estoy de acuerdo y tengo claro que:

- 1- En donde se hacen incisiones siempre el resultado es una cicatriz, en este caso se harán incisiones de tres (3) mm, tratando que sean poco aparentes, sin garantizar que sean lineales por estar sujeta a la cicatrización intrínseca y extrínseca de cada persona. Generalmente habrá un ensanchamiento y enrojecimiento inicial el cual puede durar hasta seis (6) meses.
- 2- Siendo el ser humano carente de simetría absoluta en sus dos (2) mitades, y sabiendo que tengo desigualdades, es imposible alcanzar la simetría con la cirugía, por lo tanto, es posible que persista alguna diferencia. Esta cirugía no corrige flacidez
- 3- Las mismas complicaciones que se presentan en cualquier procedimiento quirúrgico, podrán presentarse en este procedimiento, estas son individuales y totalmente impredecibles, tales como: tromboembolismo graso o sanguíneo, shock anafiláctico súbito, paro cardio respiratorio, sangrado abundante, anemia postoperatoria aguda, inflamación, infección, hematoma, seroma, alteraciones temporarias de la sensibilidad, retracción o ensanchamiento de las cicatrices, disminución de la vascularidad de los tejidos traduciendo esto en manchas dérmicas, alergia a los medicamentos anestésicos u otros, utilizados durante el trans o postoperatorio, dolor persistente y en ocasiones excepcionales la muerte. Asumo el costo total de cualquier complicación que se genere por este procedimiento ya sea que requiera reintervención quirúrgica, en otra institución, tratamientos médicos y/o quirúrgicos honorarios de otro(s) especialista(s), honorarios de anestesia y hospitalización, en caso de que se requiera.
- 4- En caso de necesitar sangre o sus componentes, doy plena autorización para que la soliciten al Banco de Sangre y me transfundan. Asumo todos los gastos que esto genere, los cuales cancelaré el mismo día a la Dra. María Consuelo Carranza Botia. De igual forma si decido acudir a otra institución para dicha transfusión y/o hospitalización para tratamiento de anemia hipovolémica postoperatoria, pagaré todos los costos que se generen.
- 5- El postoperatorio en sus primeros días es doloroso e incómodo, existe inflamación y equimosis (moretones) que pueden durar hasta 20 (veinte) días. Las irregularidades u ondulaciones que se forman disminuirán con el drenaje linfático postoperatorio y masajes, este proceso puede durar hasta tres (3) meses.
- 6- El resultado final de la cirugía solo se verá hasta el tercer (3) mes post operatorio, está sujeto a variables como el tipo de piel, formación de fibrosis, antecedentes de trauma o malformaciones, cirugías previas y si se llevó a cabo el cumplimiento estricto de los cuidados postoperatorios dados verbal o por escrito por parte de la Dra. Carranza.
- 7- No se debe tener exposición directa al sol durante los primeros tres (3) meses postoperatorios porque puede ocasionar aumento o reaparición de la inflamación y manchas en la piel de difícil resolución una vez se presenten.
- 8- Siempre que requiera retoque de la liposucción debido a irregularidades dérmicas por el paso de las cánulas o por acúmulos de grasa, este solo se podrá realizar a partir del tercer (3) mes postoperatorio; pagaré los gastos clínicos, anestesia, e insumos. Si pasan tres (3) meses y no se ha detectado irregularidad o no ha manifestado inconformidad o si gana peso y/o talla nuevamente, se hará una nueva liposucción y asumiré nuevamente los costos en su totalidad esta intervención tales como, derechos de sala de cirugía, anestesia, honorarios de la Dra. Carranza, faja, tratamiento

postoperatorio, medicamentos, exámenes prequirúrgicos, etc.

- 9- Me haré responsable de las obligaciones que tengo como paciente, las cuales son: cumplir las instrucciones de cuidado post operatorio dadas por la Dra. Carranza verbal y por escrito, asistir cumplidamente a los controles que yo debo programar con anterioridad hasta mi completa recuperación la cual puede durar hasta seis (6) meses; en caso de ausentarme, debo informar a la Dra. Carranza con anterioridad para recibir las instrucciones pertinentes, si hago caso omiso a esta recomendación, libero totalmente a la Dra. Carranza de la responsabilidad legal de las complicaciones que se deriven de dicha ausencia o por la intervención de terceros en las áreas operadas sin el consentimiento previo de la Dra. Carranza.
- 10- Si en el momento de presentar complicaciones o inconformidad aún adeudo dinero a la Dra. Carranza, hago constar que cumpliré con dicha deuda en su totalidad, respetando las fechas inicialmente acordadas y fijadas mediante cualquier documento, sin que por alguna complicación o insatisfacción post quirúrgica esto se modifique.
- 11- Se requiere de dieta y ejercicio posterior a los treinta (30) días postoperatorios a la intervención ya que si se gana peso nuevamente será por alimentación inadecuada y/o falta de ejercicio.
- 12- Si por algún motivo imprevisto cancelo la cirugía y ya me han realizado toma de exámenes de laboratorio, reserva de sala de cirugía, reserva de instrumentadora, compra de implantes, reserva de anesthesiólogo y todos los preparativos para mi intervención; acepto que me descuenten en la devolución del dinero el quince 15% del valor total de la cirugía, con lo cual cubriría dichos gastos previos.
- 13- Me comprometo a asistir a las terapias posoperatorias que bajo mi responsabilidad las realizaré con: Angele Botache teléfonos: 314-4477176 y vendré a los controles médicos posoperatorios hasta mi completa recuperación.
- 14- Doy fe de que la información sobre mi estado de salud es verdadera y no he ocultado nada respecto a esta.

Todas mis inquietudes y preguntas sobre Liposucción Corporal han sido aclaradas satisfactoriamente y no me queda ninguna duda sobre esta intervención. Doy permiso para la toma de fotografías pre y postoperatorias como parte del archivo de mi historia clínica.

Tengo conocimiento que la práctica de la medicina y cirugía no es una ciencia de fin sino de medio, por lo tanto, no es exacta y no se pueden garantizar los resultados, siendo consciente de esto acepto dichas condiciones y limitaciones, me hago totalmente responsable de mi decisión para esta intervención quirúrgica. Manifiesto que he leído, comprendido, aceptado y diligenciado en su totalidad todos los espacios en blanco estos han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar libremente mi consentimiento. Así mismo me comprometo para tener en cuenta las recomendaciones e instrucciones entregadas, relacionadas con mi cuidado después del procedimiento quirúrgico, entiendo que, si no las sigo, mi vida o mi salud podrían verse afectadas. También se me ha informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento antes del procedimiento.

FIRMA Lina Marcela Gómez . FECHA 14 marzo 19 HUELLA



FECHA: D 23 M 03 A 19 paciente con Evolucion satisfactoria con edema leve, por orden medica se aplica

PARACLINICOS: plasma en Pezon Izquierdo -----

MEDICAMENTOS: Relieve diarrea por 4 dias se formula Esmecta. No relieves dolor Abdominal ni vomito ni fiebre.

Dra. Ma. Consuelo Carranza B
Cirujana Plástica
Miembro de Número de la Sociedad
Colombiana de Cirugía Plástica
RM 10319

FECHA: D 27 M 03 A 19 10º dias post-operatorio.

PARACLINICOS: Se observa submucosa dérmica de grado I Izquierdo - Necrosis

MEDICAMENTOS: R/ Repiril Gel + Furecin Relieve dolor y distensión con Diarrea - R/ Janatil.

Dra. Ma. Consuelo Carranza
Cirujana Plástica
Miembro de Número de la Sociedad
Colombiana de Cirugía Plástica

FECHA: D 30 M 03 A 19 No se observa endurecimiento abdominal ni fiebre. Solo relieves diarrea.

PARACLINICOS: EF: Senos = Areola Izquierdo = Necrosis Dérmica

29/03/19 El Esposo relieves que la paciente presente dolor abdominal y distensión. Se recomienda ir por urgencias por la EFR.

FECHA: D 30 M 03 A 19 Debe Activar el seguro de complicaciones.

PARACLINICOS: 30/03/19 Esposo dice que la desahospitalizade y que le van a hacer exámenes Preclínicos y de imágenes

Dra. Ma. Consuelo Carranza
Cirujana Plástica
Miembro de Número de la Sociedad
Colombiana de Cirugía Plástica

FECHA: D 31 M 03 A 19 se realizan TAC contrastado Relieves el esposo que hay posible perforación con del colon.

PARACLINICOS: Hospital de Kennedy

Dra. Ma. Consuelo Carranza
Cirujana Plástica
Miembro de Número de la Sociedad
Colombiana de Cirugía Plástica

FECHA: D 01 M 04 A 19 Fue pasada a cirugía. Estaba perforada, infectada con herida abierta y en septicemia

PARACLINICOS: 02/04/19 Visita al paciente en el Hospital de Kennedy. Esté en recuperación post-operatoria - Herida Abdominal semiabierta

Dra. Ma. Consuelo Carranza
Cirujana Plástica
Miembro de Número de la Sociedad
Colombiana de Cirugía Plástica

CIRUGIAS

FECHA: D M A

Se hace seguimiento telefónico

PARACLINICOS:

días y por whatsapp. El esposo:
Relieve mejor lente pero con buen
pronóstico.

Dra. Ma. Consuelo Carranza B
Cirujana Plástica
Miembro de Número de la Sociedad
Colombiana de Cirugía Plástica
R.M. 2033

MEDICAMENTOS:

FECHA: D M A

PARACLINICOS:

MEDICAMENTOS:

(a)

Bogotá D.C 28 de marzo de 2023

Señores

Klinimeqx 147

Clínica Médico Quirúrgica

La ciudad.

Asunto: Derecho de Petición.

Respetada clínica Médico Quirúrgica **Klinimeqx 147**, por medio de la presente **Pedro Joaquín Velandia Pérez**, identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma, en calidad de apoderado judicial de la doctora **María Consuelo Carranza Botia** identificada con cédula de ciudadanía 39.685.171, especialista en Cirugía Plástica, presento de forma respetuosa derecho de petición, conforme a lo establecido en la carta política en su artículo 23 y regulado en la ley estatutaria 1755 de 2015 la cual modificó la ley sustancial Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, en atención a lo siguiente:

En el año 2019 mi representada doctora **María Consuelo Carranza Botia** intervino quirúrgicamente en las instalaciones de Klinimeqx a la señora **Lina Marcela Gomez Giraldo** identificada con cédula de ciudadanía 1.128.437.434, como consecuencia de ello, la paciente en el año 2021 decidió iniciar demanda civil en su contra por los servicios prestados, proceso que se adelanta ante el **Juzgado 25 Civil del Circuito de Bogotá D.C.**, con número de radicación **110013103025 2021 00103 00**.

Por lo anterior, en aras de garantizar la verdad, la justicia y el derecho a la defensa de mi representada dentro del proceso referido, se hace indispensable que la Historia Clínica que obra en esta institución, de la cual son custodios, haga parte del expediente, por lo tanto, solicito respetuosamente lo siguiente:

Petición

Enviar copia integral de la Historia Clínica de la señora Lina Marcela Gómez Giraldo al despacho del **Juzgado 25 Civil del Circuito de Bogotá D.C.** para que obre dentro del proceso con radicación **110013103025 2021 00103 00**, con copia a mi correo personal.

Anexo

-Poder de representación judicial.

Notificaciones

-El juzgado 25 Civil del Circuito de Bogotá D.C. recibe notificaciones al correo electrónico ccto25bt@cendoj.ramajudicial.gov.co

-El suscrito recibe notificaciones al correo electrónico pedrovelandiaperez@gmail.com o a la dirección física calle 95 ·15-33 oficina 401 edificio Ingeniarco

Sin ser más el motivo de la presente.

Atentamente,



Pedro Joaquín Velandia Pérez
C.C. 79.718.262
T.P. 114.912 C.S.J

Derecho de Petición (Importante) ▾



P Pedro Joaquín Velandía Pérez <pedrovelandiaperez@gmail.com>
para contacto ▾

mar, 28 mar, 16:32 (hace 21 horas) ☆ ↶ ⋮

Respetada clínica Médico Quirúrgica **Klinimeqx 147**

Por medio de la presente **Pedro Joaquín Velandía Pérez**, actuando en calidad de apoderado judicial de la doctora **María Consuelo Carranza Botia**, especialista en Cirugía Plástica, presento de forma respetuosa derecho de petición, con la finalidad de que:

Se envíe copia integral de la Historia Clínica de la señora **Lina Marcela Gómez Giraldo** al despacho del **Juzgado 25 Civil del Circuito de Bogotá D.C.** para que obre dentro del proceso con radicación **110013103025 2021 00103 00**, con copia a mi correo personal.

Pedro Joaquín Velandía Pérez
Abogado
Calle 95 número 15-33, oficina 401
(1) 745 0553
(57) 314544430
Bogotá D.C. Colombia

2 archivos adjuntos • Analizado por Gmail ⓘ



Manejo perioperatorio del paciente con trauma abdominal con lesión de víscera maciza

Dra. María Elena Launizar-García

*Anestesiólogo residente del Curso «Anestesia en el Paciente Politraumatizado Grave».

Los traumatismos accidentales o intencionales son causales de muerte frecuente en individuos jóvenes (primera causa antes de los 40 años). De los pacientes que mueren, aproximadamente la mitad lo hace entre el momento del accidente y el comienzo de su tratamiento y un cuarto en las primeras dos o tres horas de llegar a un centro asistencial. De los que no fallecen, una proporción importante requiere hospitalización, tratamientos intensivos, prolongados y costosos y rehabilitación por meses o años.

El costo de la atención y de la rehabilitación, sumado al lucro cesante de personas jóvenes implica una proporción importante del gasto de países desarrollados y de aquellos que no lo son.

La incidencia del trauma abdominal ha aumentado en las últimas décadas hasta en un 30% como consecuencia de los accidentes vehiculares (60%) y de la violencia como parte del crecimiento y de la evolución de la población.

El abdomen se divide en tres compartimientos o regiones anatómicas principales.

- a) La **cavidad peritoneal**, que se subdivide en:
 1. *Abdomen superior*, la región ubicada bajo el diafragma y la caja costal, donde se hallan el bazo, hígado, estómago y colon transverso, y
 2. *Abdomen inferior*, la parte baja de la cavidad peritoneal que contiene el intestino delgado y el resto del colon intraabdominal.
- b) El **espacio retroperitoneal**, donde están ubicados la aorta, la vena cava inferior, el páncreas, los riñones y sus uréteres, algunas porciones del colon y el duodeno.
- c) La **pelvis**, donde se albergan el recto, la vejiga, la próstata, los vasos ilíacos y los órganos genitales femeninos.

El trauma abdominal puede ser abierto (o penetrante) o trauma cerrado según el mecanismo de lesión y forma de presentación.

El trauma cerrado

Usualmente resulta en lesiones de los órganos sólidos, como bazo, hígado o el páncreas, en tanto que el trauma penetrante causa más frecuentemente perforaciones de las vísceras huecas.

El trauma cerrado resulta del impacto sobre la pared abdominal; una causa frecuente es la desaceleración que ocurre en un accidente automovilístico, aún en las personas que llevan colocado el cinturón de seguridad; una caída de grandes alturas también puede producir el mismo efecto de desaceleración. Es decir:

- a) Aceleración-desaceleración de alta energía.
- b) Aceleración-desaceleración de baja energía.

El trauma cerrado del abdomen puede pasar desapercibido, como ocurre con relativa frecuencia en aquellos pacientes que han sufrido otro traumatismo severo, especialmente trauma craneoencefálico. La mayoría de las muertes tempranas en pacientes que han sufrido trauma cerrado del abdomen se debe a la hemorragia inicial, a sus complicaciones o a las complicaciones de la reanimación.

También se puede clasificar por mecanismo de lesión como:

Trauma contuso.

- a) Trauma directo inducido por terceros.
- b) Trauma por accidente en vehículo automotor en movimiento.
- c) Caída libre o de plano de sustentación.

Trauma penetrante

El trauma penetrante, que en nuestro medio comúnmente ocurre por heridas con arma blanca o heridas con arma de

fuego, asta de toro o elementos mecánicos es de diagnóstico obvio o relativamente fácil.

Toda herida penetrante del abdomen es sinónimo de sospecha de perforación visceral, y debe ser manejada como tal.

Las heridas penetrantes del tórax por debajo del 4º espacio intercostal, así como el trauma cerrado con impacto sobre la porción inferior de la reja costal, deben ser manejadas como trauma abdominal, por cuanto a este nivel son los órganos abdominales, especialmente el hígado, el bazo y el estómago, las estructuras que más frecuentemente resultan lesionadas.

Traumatismo de víscera maciza. Cuando se lesiona el hígado o el bazo se produce una hemorragia visceral que se traduce en un cuadro llamado hemoperitoneo (Cavidad peritoneal llena de sangre). La hemorragia da lugar a un cuadro de shock hipovolémico. También se pueden producir hematomas subcapsulares (Por debajo de la cápsula del órgano afectado) que al romperse la cápsula da lugar a la ruptura visceral en dos tiempos (Típica de traumatismos de bazo).

Tabla I. Lesiones hepáticas.

Grado	Descripción de la lesión
I	Hematoma Subcapsular, < 10% de área superficial
	Laceración Desgarro capsular, < 1 cm de profundidad en el parénquima
II	Hematoma Subcapsular, 10-50% de área superficial, intraparenquimatosa < 10 cm de diámetro
	Laceración Desgarro capsular 1-3 cm de profundidad, < 10 cm de longitud
III	Hematoma Subcapsular > 50% de área superficial o progresivo
	Laceración Subcapsular o parenquimatoso roto
IV	Hematoma intraparenquimatoso > 10 cm de diámetro progresivo
	Laceración Profundidad > 3 cm
V	Laceración Lesión del parénquima que afecta 25% a 75% del lóbulo hepático o 1 a 3 segmentos de Couinaud dentro de un solo lóbulo
	Laceración vascular Ruptura del parénquima que afecta > 75% del lóbulo hepático o > 3 segmentos de Couinaud dentro de un solo lóbulo
VI	Lesión venosa yuxtahepática (ejem. Vena cava retrohepática, venas hepáticas mayores centrales)
	Arrancamiento hepático

Clasificación de lesión hepática

El hígado, como el órgano intraabdominal y subdiafragmático sólido de mayor volumen es, después del bazo, el que más frecuentemente resulta lesionado por trauma cerrado o penetrante, tanto del abdomen como del tórax (Gutiérrez, 1986).

El trauma de magnitud suficiente para afectar al hígado usualmente resulta en lesiones de otros órganos.

El trauma cerrado puede producir hematoma intrahepático o fracturas del órgano, mientras el trauma penetrante comúnmente produce laceraciones; en ambas situaciones puede haber desgarro, laceraciones o avulsiones vasculares (Tabla I). Es con base en estos cuatro tipos de lesiones que se establece la gradación y clasificación del trauma del hígado.

La mortalidad asociada con el trauma cerrado es mayor, del orden de 25% según Pachter et al (1991), que con el trauma penetrante. La mortalidad global es de alrededor de 10%.

La gravedad de las lesiones oscila entre las mínimas (Grados I y II), que representan la gran mayoría, y las muy complejas (Grados III-V).

En los traumas abiertos suele señalarse al hígado y al intestino delgado como los más afectados, y en los cerrados suele reportarse al bazo seguido del hígado.

Tabla II. Clasificación de lesión esplénica

Grado	Descripción de la lesión
I	Hematoma Subcapsular < 10% de área superficial
	Laceración Desgarro capsular, < 1 cm de profundidad en el parénquima
II	Hematoma Subcapsular, 10-50% de área superficial; intraparenquimatoso < 5 cm de diámetro
	Laceración 1-3 cm de profundidad en el parénquima pero no incluye los vasos trabeculares
III	Hematoma Subcapsular > 50% de área superficial o progresivo. Subcapsular o parenquimatoso roto
	Laceración Hematoma intraparenquimatoso > 5 cm de diámetro o progresivo > 3 cm de profundidad en el parénquima o que incluye vasos trabeculares
IV	Laceración Laceración que incluye vasos hiliares o segmentarios que producen una desvascularización mayor (> 25% del bazo)
V	Laceración vascular Bazo completamente desecho
	Lesión de vasos hiliares con desvascularización completa

Las fracturas de la 9ª y 10ª costillas izquierdas frecuentemente se asocian con rupturas del bazo. Aunque sólo 2% de los pacientes que ingresan a un hospital con trauma cerrado desarrollan hemorragia intraabdominal masiva, 10% de los casos de ruptura esplénica sangran hasta la muerte y 40% se presentan en shock. Cerca de 55% de las muertes por trauma hepático se deben a desangramiento y shock.

Las heridas vasculares –aorta, vena cava inferior o sus ramas– también son causa de desangramiento y de shock profundo. Cuando se traumatiza el bazo, puede haber hematomas subserosos mínimos, rupturas del parénquima esplénico y cápsula en diferente magnitud, destrucción total del bazo quedando sólo los vasos del pedículo (*Tabla II*). Cuando el trauma es severo, la inundación hemática de la cavidad peritoneal es violenta y los signos de hipovolemia y descompensación de los signos vitales son inmediatos. En cambio, cuando la lesión del bazo es de poca magnitud, lo frecuente es que se condiciona un hematocele periesplénico progresivo hasta sobrepasar la capacidad de contención de la celda esplénica, manteniendo los signos vitales en términos normales y sin signos de hipovolemia por espacio de muchas horas y a veces días, que luego se descompensan al producirse el vaciamiento del hematoma periesplénico en forma brusca. Esta modalidad es conocida como la «hemorragia en 2 tiempos», característica sólo del bazo. El tratamiento quirúrgico conservador del bazo lesionado, por medio de suturas, compresiones por epiplón, o gelfoan, son insatisfactorias, debido a la friabilidad del parénquima; es frecuente que se haga la ablación total del órgano, no obstante las consecuencias inmunológicas que conlleva.

Síntomas y signos

Más que la existencia de un cuadro clínico definido, es el análisis adecuado y minucioso de los síntomas y signos en la evolución de horas, que pueden ser hasta las 72 en algunos casos, el que va a conducir al diagnóstico y conducta quirúrgica adecuados.

Puede suceder la muerte súbita o instantánea en el momento del traumatismo, como producto de un reflejo vago-simpático que condiciona paro cardíaco, el que de no ser asistido con reanimación urgente (2 a 5') deja definitivamente muerto al traumatizado. Este cuadro dramático se presenta en los traumatismos violentos que comprometen la zona del epigastrio o mesogastrio, por encontrarse en el centro neurovegetativo del abdomen (plexo solar).

Más frecuente es el shock inicial, que es el colapso neurovegetativo secundario al trauma que produce pérdida de conciencia, hipotensión marcada con bradicardia, palidez intensa y sudoración fría; estado de duración corta, que puede ser desde 1' a 60'. Hay recuperación asistida cuando es posible; de otro modo es espontánea lográndose superar el

trance. Este tipo de shock es de causa neurogénica, que no debe confundirse con el shock hipovolémico o el shock séptico que puede manifestarse en la evolución del cuadro.

El dolor es un síntoma capital en la evolución del abdomen con traumatismo. La semiología del dolor debe ser analizado en todos sus aspectos durante un tiempo de 24 horas iniciales. La localización, el tipo, forma de inicio, la irradiación, relación con los movimientos de la respiración, intensidad, variaciones en el tiempo, etc. Es un síntoma de los más importantes para el diagnóstico, de ahí la necesidad de su estudio exhaustivo.

Vómitos: Pueden existir vómitos en forma precoz, de tipo mucoso o de alimentos y que son de naturaleza refleja, condicionados por el miedo o el pánico. Por el contrario, los vómitos tardíos (4 a 6 horas), son por irritación peritoneal, por infección o secreciones libres en la cavidad.

Pueden ser hemáticos, por desgarros en la pared del estómago o por hematemias, secundarias a lesión de hígado o vías biliares.

EVALUACIÓN Y MANEJO INICIAL

«La meta del médico es rápidamente determinar si existe una lesión abdominal y si ésta es o no la causa de la hipotensión. En pacientes hemodinámicamente estables sin signos de peritonitis, se puede realizar una evaluación más prolongada con el fin de determinar si está presente una lesión específica».

La evaluación inicial tiene como objeto inmediato:

- Determinar el estado de la vía aérea y mantener su permeabilidad total.
- Establecer si hay dificultad de la ventilación y proceder a solucionarla.
- Controlar la hemorragia y restablecer el volumen circulatorio para lograr estabilidad hemodinámica.

MANEJO DE LÍQUIDOS

Reposición de volumen de líquidos parenterales por programa:

a) Programa de reposición horaria.

Cálculo de requerimientos basales por hora:

Primeros 10 kg de peso-4 mL/kg.

Segundos 10 kg de peso-2 mL/kg del kg 21 en adelante-60 mL más 1 mL por cada kg que pase de 20 kg.

b) Cálculo del déficit.

A partir de la hora de ayuno y del trauma, se calculará el déficit de las últimas 4 h de ayuno, ya que son las que pueden influir sobre el espacio intravascular. De tal manera que se determina por el cálculo de requerimientos basales en una hora multiplicado por el número de horas de ayuno no más de cuatro durante las cuales no haya

habido reposición, si hubo reposición se deberá restar ésta. Para completar este déficit deberá sumarse a partir de la hora en que se estableció el trauma, el tercer espacio abierto por el trauma desde 5 mL/kg/hora, hasta 10 mL/kg/ hora dependiendo de la magnitud y extensión, no tomando en cuenta el inicio de la cirugía, pensando que el tercer espacio está dado a partir del inicio del trauma hasta el momento en que se inicia el procedimiento anestésico quirúrgico. Se deberá sumar el gasto urinario horario. Finalmente las pérdidas visibles tal como sangrado y sondas (pleurostomía, nasogástrica, etc.). Corrigiendo en todo momento de acuerdo al volumen de aporte por restitución de acuerdo a su terapéutica de soluciones establecida por su servicio tratante. Todo este cálculo suma una sola variable en su programa, denominándose déficit de líquidos.

- c) **Tercer espacio:** A partir de la primera hora de cirugía deberá establecerse además de las pérdidas dadas previamente e incluidas en el déficit el cálculo de un tercer espacio agregando al del trauma, el quirúrgico por hora de cavidad abierta y por extensión.
- d) **Diuresis horaria:** Ya sea que tenga sonda instalada o un cálculo por gasto urinario horario que en un adulto sano pudiera ser de 0.5 a 1 mL/kg/hora.
- e) **Otras pérdidas visibles:** Evaluando en forma clara y objetiva de donde se obtiene el cúmulo.
- f) **Otras pérdidas no visibles:** El síndrome febril asociado puede incrementar en forma aparatosa las pérdidas, hasta 5 mL por cada grado centígrado, el circuito de ventilación, si es circular semicerrado, podría incrementar 2 mL/kg/hora, si es semiabierto de 3 mL/kg/hora. Dependiendo del flujo de gases frescos hasta 5 mL/kg/hora, que deberá sumarse a sus requerimientos horarios.

b) Examen físico sistémico general, con detalles de la inspección para determinar la presencia de abrasiones y heridas por esquirlas, hematomas y contusiones, palpación, percusión y auscultación del abdomen. Existen lesiones abdominales o extraabdominales en el 97% de quienes llegan muertos al hospital y en el 70% de los que ingresan vivos. Recordar que los órganos abdominales pueden sufrir lesiones aun con traumatismos o heridas leves. Lo que más ayuda al diagnóstico es la repetición frecuente por el mismo médico del examen físico completo.

El rápido deterioro de la presión arterial luego de expansión y recuperación transitoria o la persistencia de hipotensión ortostática son signos valiosos de hemorragia severa. La pérdida del 30 ó 40% de la volemia se acompaña de hipotensión sostenida, pese a la expansión.

Dolor y sensibilidad abdominal son confiables. Rigidez abdominal voluntaria o involuntaria justifican la laparotomía.

El hemoperitoneo y las lesiones retroperitoneales son poco sintomáticas.

La **evaluación** inicial además debe incluir:

- a) Una **meticulosa historia clínica**, obtenida por el interrogatorio al paciente, al personal que atendió o que lo transportó, o de familiares y testigos. Indagar sobre el mecanismo mismo del trauma, cuadro inicial, la respuesta a las medidas de atención inmediata y la evolución cronológica de los signos y síntomas.
- b) **Examen rectal**, determina si hay sangrado que indicaría perforación intestinal, verificar el buen tono del esfínter anal en caso de agregarse trauma raquímedular y palpar la próstata, la cual puede estar «flotante» en pacientes que han sufrido rupturas de la uretra posterior.
- c) **Examen vaginal**, éste es de gran valor en las mujeres embarazadas que sufren trauma abdominal o pélvico y puede mostrar sangrado por fracturas de la pelvis.
- d) **Colocación de sonda nasogástrica**, procedimiento que tiene el doble propósito diagnóstico y terapéutico. La apariencia y el examen del aspirado intestinal pueden significar información diagnóstica valiosa, y la descompresión del estómago es conveniente para reducir el volumen gástrico, la presión intraabdominal y prevenir la aspiración traqueobronquial, sin embargo puede romper el gradiente de presión del cardíaco al esófago y provocar vómito, además ésta se debe colocar por vía oral en caso de sospecha de fractura cribiforme.
- e) **Cateterismo vesical**, permite establecer si hay hematuria y determinar la respuesta a la administración de líquidos intravenosos durante el proceso de reanimación, así como medir la diuresis horaria como valioso signo del estado de la volemia y de la perfusión renal. Pero antes de realizar el cateterismo vesical debe haberse practicado el examen rectal/vaginal, a fin de excluir lesiones de la uretra que puedan contraindicar el paso de una sonda.
- f) **Exámenes de laboratorio:** BH completa, química sanguínea, amilasa, lipasa sérica y urinaria; DHL; tiempos de coagulación, uroanálisis; pruebas de embarazo en las mujeres en edad fértil; niveles de alcohol y/o de drogas; gases sanguíneos. Grupo sanguíneo y Rh.
- g) **Estudios imagenológicos** generalmente incluyen:
 1. Radiografías de la columna cervical (laterales y AP);
 2. Radiografía simple del tórax AP y, si posible, lateral;
 3. Radiografía de pelvis;
 4. La radiografía simple de abdomen, en decúbito y de pie de ser posible, puede revelar la presencia de neumoperitoneo indicativo de perforación de una víscera hueca, así como el borramiento de las líneas del psoas que se asocia con lesiones retroperitoneales y fracturas óseas; se debe solicitar sólo en casos seleccionados;

5. La *tomografía axial computadorizada* del abdomen y de la pelvis, constituye hoy el examen de mayor importancia en la evaluación del trauma, por cuanto permite identificar lesiones específicas de los diferentes órganos, de la región retroperitoneal (especialmente del páncreas y los riñones), la presencia de sangre y líquido y de fracturas.
6. La *ultrasonografía del abdomen y de la pelvis*, permite identificar lesiones específicas, particularmente en el hígado y en el bazo, y la presencia de hemorragia y derrames en la cavidad peritoneal. Su precisión y rendimiento diagnóstico es menor que los de la TAC o del lavado peritoneal. Su principal valor reside en ser de carácter no invasor y que es un examen que puede ser realizado al lado de la cama del paciente.
7. El *lavado peritoneal*, (con citoquímico) que es un método de alto valor diagnóstico, con un índice de sensibilidad de 98% para sangrado intraperitoneal, ha venido a llenar los vacíos que dejan el examen físico y la radiografía simple de abdomen.

INDICACIONES

- Hallazgos equívocos en el examen abdominal;
- Examen físico limitado y no confiable por el estado neurológico del paciente (trauma craneoencefálico, cervical, paraplejía, intoxicación, coma);
- Necesidad de estudios imagenológicos prolongados, tales como angiografía;
- Necesidad de anestesia para tratar lesiones extraabdominales;
- Hipotensión o anemia de causa no establecida.

CRITERIOS PARA EL LAVADO PERITONEAL DIAGNÓSTICO DESPUÉS DE TRAUMATISMO ABDOMINAL NO PENETRANTE

Índice	Positivo	Dudoso
Aspiración:		
Sangre	• 10 mL	• 5 m
Líquido	• Contenido intestinal	
Lavado:		
Eritrocitos	• 100,000/mm ³	> 50 000/ mm ³
Leucocitos	• 500/mm ³	> 200/mm ³
Enzimas:		
Amilasa	20 UI/I	
Fosfatasa alcalina	3 UI/I	
Bilis	Confirmación bioquímica	

En el contexto de un traumatismo abdominal no penetrante, hay lesión visceral en más del 95% de pacientes en quienes el recuento de glóbulos rojos es mayor de 100,000/mm³. Pero en menos de 15% de pacientes en quienes el recuento de hematíes es menor de 20,000/mm³. Los recuentos de hematíes entre 20,000 y 100,000/mm³ pueden reflejar lesión grave en 15 a 25% de los casos y exigen proseguir la valoración diagnóstica. En ocasiones las cifras de leucocitos (> 500/mm³), de amilasa o de fosfatasa alcalina indican lesión intestinal oculta aun cuando la sensibilidad del lavado basado en el recuento de eritrocitos sea limitada. El contenido de una víscera perforada desencadena en una migración de leucocitos hacia la cavidad peritoneal, pero esta respuesta se retrasa tres horas, por lo menos, después de producida la lesión. Se ha comprobado que el líquido de lavado, una concentración de fosfatasa alcalina mayor de 3 UI/L tiene mayor precisión que el recuento de leucocitos para descubrir lesión de intestino delgado.

La técnica preferible para el procedimiento del lavado peritoneal es la «abierta» mediante minilaparotomía. La técnica por punción percutánea, tiene mayores riesgos y sólo debe ser realizada por un experto.

8. *Laparoscopia y/o cirugía de control de daños.*

9. No se indica el bloqueo regional pre ni postquirúrgico, hasta no verificar tiempos de coagulación. (Nivel de evidencia 1).

INDICACIONES PARA LAPAROTOMÍA

La evaluación general y especial del paciente con trauma abdominal está orientada, una vez completada la reanimación, a *determinar la necesidad de realizar laparotomía.*^(10,5)

No se justifica realizar laparotomía en todos los pacientes que han sufrido una herida por arma blanca. Mediante estrictos criterios de evaluación y de observación, se encuentra que en alrededor de una tercera parte de estos casos se puede evitar la laparotomía. Los pacientes con heridas penetrantes leves y superficiales pueden ser observados por 24 horas, con examen físico secuencial cada 4 horas y determinaciones frecuentes, cada 4-8 horas, de hematócrito y recuento leucocitario (Holcroft & Blaisdell, 1989).

En general se aceptan las siguientes indicaciones para laparotomía, según aparecen enumeradas en el Manual ATLS del American College of Surgeons:

- a) Hipotensión con evidencia de lesión abdominal:
 1. herida de bala;
 2. herida penetrante por arma blanca;
 3. trauma cerrado con lavado peritoneal positivo para sangre.
- b) Peritonitis.
- c) Hipotensión recidivante a pesar de resucitación adecuada.

- d) Aire extraluminal (neumoperitoneo).
- e) Herida de diafragma.
- f) Perforación de la vejiga demostrada en cistografía.
- g) Demostración por TAC de lesión del páncreas, tracto gastrointestinal y lesiones específicas del hígado, bazo o riñón.
- h) Examen radiológico contrastado positivo del tracto gastrointestinal alto o bajo.
- i) Persistencia de amilasemia elevada en presencia de signos abdominales positivos.

El último punto se basa en la posibilidad de lesión del páncreas, pancreatitis traumática o perforación del intestino alto con escape al peritoneo de contenido duodenal rico en amilasa. La TAC puede aclarar la existencia de una lesión del páncreas, y diferenciarla de una pancreatitis aguda desencadenada por el trauma cerrado, pero sin ruptura o laceración del páncreas, hallazgo que haría mandatoria la laparotomía.

La mayoría de las heridas penetrantes por arma de fuego requieren laparotomía inmediata. Ocasionalmente se observan heridas que penetran la pared abdominal solamente, sin ingresar a la cavidad peritoneal. En estos casos lo usual es identificar el tracto subcutáneo del paso del proyectil, tracto que es doloroso a la palpación, y comprobar la situación mediante radiografías apropiadas.

La realización de la laparotomía debe estar precedida por la administración de antibióticos profilácticos. Como en todo caso de trauma, se debe considerar la necesidad de inmunización antitetánica.

La primera prioridad al ingresar a la cavidad peritoneal es controlar el sangrado, identificando tan pronto como sea una posible herida vascular. Esto se logra mediante la detección y exposición clara de la lesión, y la correspondiente hemostasia; en ocasiones es necesario recurrir al empaquetamiento hemostático. Luego se procede con una exploración metódica y sistemática del diafragma (en ambos lados), del hígado, bazo, duodeno, riñones y de la longitud total del intestino, desde el hiato hasta el recto.

El propósito de la exploración es identificar y tratar todas las lesiones, y por ello la exploración debe ser efectuada en forma tan sistemática y metódica que garantice un 100% de sensibilidad.

En el trauma cerrado es necesario visualizar totalmente tanto el páncreas como el duodeno, órganos que frecuentemente resultan lesionados en las lesiones por compresión contra la columna vertebral.

Los hematomas retroperitoneales de la pelvis en los pacientes con fracturas pélvicas no deben ser abiertos, por el peligro de hemorragia incontrolada. Pero los hematomas retroperitoneales ubicados por fuera de la pelvis, especialmente los asociados con la vena cava inferior o con el riñón, sí deben ser abiertos, drenados y controlados.

MANEJO QUIRÚRGICO DE LOS HEMATOMAS RETROPERITONEALES DESPUÉS DE TRAUMA ABDOMINAL

Localización	Abordaje quirúrgico
Supramesocólico	
línea media.	
Inframesocólico	Explorar el hematoma
línea media	
Lateral:	
Perirrenal	No explorar si la urografía, USG o TAC revela un riñón razonablemente intacto
Paraduodenal.	Explorar el hematoma para descartar perforación duodenal.
Pericolónico	Explorar el hematoma para descartar lesión, sólo si no está asociado a hematoma pélvico
Pélvico	No explorar el hematoma si hay fractura de pelvis presente, expansión lenta del hematoma, pulsos arteriales inguinales intactos y uretrograma y cistograma normales
Portal y retrohepático:	
Portal	Explorar el hematoma para descartar lesión del conducto biliar común o de la vena porta.
Retrohepático	Controversial. No explorar si el paciente se encuentra estable y si no hay hemorragia activa obvia después de lesión hepática tratada

Cuando se hace necesario el empaquetamiento para hemostasia, como en ciertas heridas del hígado, o del psoas y de la pared muscular posterior, se cierra la laparotomía y se programa reexploración en 24-72 horas; en el caso del hígado, en 24-48 horas. Lo usual es que durante este intervalo se corrijan las anomalías de la coagulación y la segunda operación transcurra sin mayores dificultades.

Cirugía de control de daños (conceptos e indicaciones)⁽¹⁰⁾.

Tiene la finalidad de interrumpir la cascada mortal de acontecimientos que culmina con el deceso del paciente por desangramiento.

PRIMERA ETAPA

Consiste en laparotomía exploradora inmediata para el control de la hemorragia y de la contaminación por las técnicas más simples. Se retrasa la reconstrucción definitiva, y la aplicación de taponamiento intraabdominal a todas las su-

perficies disecadas y a los órganos lesionados se les realiza un cierre simple rápido.

SEGUNDA ETAPA

Reanimación secundaria en la Unidad de Terapia Intensiva que se caracteriza por:

- a) Establecimiento de la hemodinamia a su máximo.
- b) Recalentamiento central.
- c) Corrección de la coagulopatía.
- d) Apoyo ventilatorio completo.
- e) Identificación sostenida de las lesiones traumáticas.

TERCERA ETAPA

Reoperación para eliminar el taponamiento abdominal y reparación del traumatismo abdominal y cierre definitivos. Si es necesario, se pueden reparar en ese momento las lesiones extraabdominales.

Indicaciones para la cirugía de control de daños.

1. Necesidad de terminar con prontitud la laparotomía (medidas de salvamento) en el paciente hipotérmico y coagulopático que se desangra y que está pronto a morir.
2. Incapacidad para controlar la hemorragia mediante hemostasia directa (como en las lesiones hepáticas de alto grado o en caso de hematoma pélvico roto).
3. Incapacidad para cerrar de manera formal el abdomen sin tensión a causa de edema visceral masivo y pared abdominal que no es elástica.

Anestesia en los traumatismos abdominales.

El manejo del paciente con trauma abdominal debe dirigirse a la restauración de las funciones vitales y la optimización de la oxigenación y de la perfusión tisular.

Inducción de la anestesia

La inducción de los pacientes traumatizados hipovolémicos sin lesiones intracraneales suele hacerse con ketamina intravenosa. Este agente está contraindicado en las lesiones craneales, ya que se puede elevar el consumo de O₂ por el cerebro y la presión intracraneal. La ketamina mantiene la presión arterial, pero puede provocar hipertensión en los pacientes traumatizados normovolémicos. Los efectos psicomiméticos pueden tratarse con benzodiazepinas. El etomidato ofrece estabilidad hemodinámica; sin embargo, como sucede con los restantes inductores en traumatología, las dosis deben reducirse a causa de la disminución del volumen de distribución secundaria a la hemorragia. La preocupación de la posible supresión del cortisol, un efecto secundario del etomidato, rara vez se traduce en secuelas clínicas; éste reduce el flujo

sanguíneo cerebral y el consumo de O₂ por el cerebro y, a diferencia de la ketamina, es adecuado en los traumatismos toracoabdominales con lesiones intracraneales coexistentes.

El tiopental no altera en gran medida la hemodinamia de los pacientes normovolémicos sanos pero su uso resulta peligroso en los que presentan hipovolemia y pueden inducir o exacerbar la hipotensión. Aunque se puede utilizar como seguridad en los pacientes con traumatismos toracoabdominales, las dosis deben ajustarse a la disminución del volumen de distribución. Con el propofol la inducción se produce en el tiempo circulación brazo-cerebro. Su potencia aproximada dobla la del tiopental y su distribución y vida media de eliminación son de 2.5 y 55 minutos respectivamente. La bradicardia, junto con el descenso del gasto cardíaco, han motivado la disminución de este producto en los pacientes hemodinámicamente inestables y en los ancianos. La inducción se hace a veces con fentanyl solo, pero en los pacientes con estómago lleno es mejor utilizar agentes de inducción rápida para asegurar la amnesia y la relajación muscular, y la intubación.

Relajación neuromuscular

La presión cricoidea comprime el cartílago cricoides contra el cuerpo vertebral c6 y está indicada en todas las inducciones de secuencia rápida tras la preoxigenación de las víctimas de traumatismos abdominales, si no existe contraindicación de una quemadura reciente de lesión de la médula espinal o de antecedentes de hipertermia maligna la succinilcolina proporciona una rápida relajación neuromuscular; otra opción aceptable está el uso de rocuronio o cisatracurio relajantes de acción ultracorta. Posteriormente se puede mantener la relajación con relajantes de acción media según lo requiera la cirugía.

Agentes inhalados

Parece haber poca diferencia en los efectos de concentraciones de 0.5 a 1 MAC, mientras exista una hiperventilación moderada (25-30 mmHg de CO₂). El isoflurano reduce la presión sanguínea a través de su efecto sobre la postcarga, mientras que el halotano reduce la presión por disminución del gasto cardíaco. En los pacientes hipertensos parece existir poca diferencia en el agente a utilizar. El isoflurano, ocasionalmente causa taquicardia compensatoria. El uso de betabloqueadores contrarresta esta taquicardia y permite un control más rápido de la presión sanguínea con una concentración menor de isoflurano. El fentanyl, con su efecto anticolinérgico, también ha sido empleado en la disminución de la frecuencia cardíaca y la presión arterial, por lo que debe usarse con precaución, ya que el niño está propenso a desarrollar hipotensión súbita como resultado de sus heridas, ya sean obvias u ocultas.

MANEJO NO OPERATORIO

El manejo no quirúrgico de lesiones de los órganos sólidos del abdomen, específicamente del hígado y el bazo, en pacientes hemodinámicamente estables y que pueden ser estudiados por TAC. Los criterios para manejo no operatorio incluyen: restauración de la estabilidad hemodinámica con mínima resucitación con líquidos parenterales.

- No hay lesión craneoencefálica;
- Edad < 55 años (pero este criterio no es absoluto, y se informan buenos resultados en pacientes mayores); ausencia de lesiones intraabdominales o extraabdominales significantes.

Pronóstico

Las lesiones de hígado severas a veces no se tratan. Las otras se manejan como cualquier herida: hemostasia, debridación, dejar abierto con drenaje.

En algunas heridas es necesario extirpar un segmento o un lóbulo hepático. Las heridas perforantes hepáticas son de difícil manejo; a veces por el trayecto de la herida se usa una sonda inflable para comprimir, esto queda así transitoriamente para parar la hemorragia, luego se ve si se hace una segmentectomía.

En caso de hemorragias graves a veces lo único que se puede hacer es usar compresas para detener el sangrado. En sangramientos extremos se puede pinzar el pedículo hepático a nivel del hiato de Winslow. Si hay lesión de la vena cava agregada se puede canular. Hace 15 años las lesiones del bazo terminaban casi siempre en una esplenectomía; hoy se tiende a manejar similar al hígado, tratando de conservarlo. Se pueden hacer resecciones parciales o suturas; en casos severos resección total.

Pero en términos generales, el pronóstico del trauma abdominal depende de qué órganos están afectados y el nivel de gravedad de la lesión⁽¹²⁾.

REFERENCIAS

- Cuenca DJ. Rev Mex Anest Anestesiología en Traumatología y Ortopedia «Abordaje del Paciente Politraumatizado Grave» Vol. 29. Supl. 1, Abril. Junio 2006 pp: s250-s255.
- Soler R. Traumatismo del abdomen. La Habana: Ed. Ciencias Médicas; 1994.
- Restrepo CJ, Duque T. La observación en heridas penetrantes abdominales por arma blanca. Trib Médica 1977; 8:31.
- Beal SL. Fatal hepatic hemorrhage: An unsolved problem in the management of complex liver injuries. J Trauma 1990; 30:163.

Doctor
Jaime Chavarro Mahecha
Juez Veinticinco Civil del Circuito de Bogotá D.C.
E.S.D

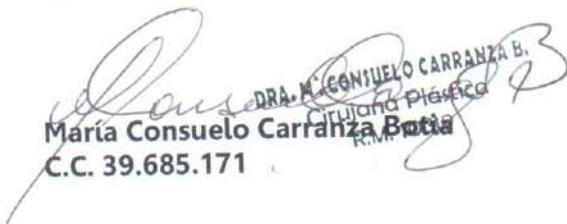
Asunto. Poder especial.
Referencia: Declarativo Verbal de Mayor Cuantía de Lina Marcera Gómez Girando Y
Otros Vs María Consuelo Carranza Botia.
Radicado: 110013103025-2021-00103-00.

María Consuelo Carranza Botia, identificada con cédula de ciudadanía número **39.685.171**, por medio del presente escrito de manera atenta y respetuosa manifiesto que confiero poder especial, amplio y suficiente al abogado **Pedro Joaquín Velandia Pérez**, identificado con cédula de ciudadanía número 79.718.262 y número de tarjeta profesional 114.912 del Consejo Superior de la Judicatura, para que me represente y defienda mis intereses dentro del proceso Declarativo Verbal que cursa en el presente Despacho promovido por la señora Lina Marcera Gómez Girando y otros.

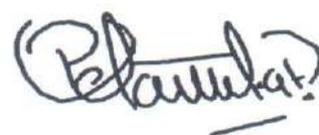
Mi abogado queda facultado para representarme, contestar, interponer recursos, allanarse, recibir, aplazar, desistir, sustituir, reasumir, renunciar, conciliar, transigir, recibir, realizar llamamientos en garantía, solicitar reagendamientos y demás facultades otorgadas por la Ley para el cabal cumplimiento de su labor.

Solicito reconocer personería a mi abogado en los términos y para los efectos del presente poder.

Atentamente,


DRA. M. CONSUELO CARRANZA B.
Ciudadana Plástica
María Consuelo Carranza Botia
C.C. 39.685.171

Acepto,


Pedro Joaquín Velandia Pérez
C.C. 79.718.262



Pedro Joaquín Velandia Perez

mar, 28 mar, 13:54 (hace 1 día)



Doctora María Consuelo, por medio del presente envío poder para que por favor verifique que sus datos estén bien, lo firme y me lo en...



Dra Maria Consuelo Carranza

mar, 28 mar, 15:30 (hace 23 horas)



para mi

Buenas tardes

envio documento firmado por la Doctora Carranza

por favor confirmar recibido

Gracias

Enviado desde [Correo](#) para Windows



Un archivo adjunto • Analizado por Gmail ⓘ



Contestación de Demanda Radicado: 110013103025-2021-00103-00

Pedro Joaquín Velandia Perez <pedrovelandiaperez@gmail.com>

Mié 29/03/2023 3:47 PM

Para: Juzgado 25 Civil Circuito - Bogotá - Bogotá D.C. <ccto25bt@cendoj.ramajudicial.gov.co>;gambaruth@hotmail.com <gambaruth@hotmail.com>;Notificaciones Judiciales <notificacionesjudiciales@positiva.gov.co>;Dra Maria Consuelo Carranza <contacto@draconsuelocarranza.com>

 1 archivos adjuntos (3 MB)

Contestación y Anexos - Dra. María Consuelo.pdf;

Doctor

Jaime Chavarro Mahecha**Juez Veinticinco Civil del Circuito de Bogotá D.C.**

E.S.D

Ref. Declarativo Verbal de Mayor Cuantía de Lina Marcera Gómez Girando Y Otros Vs María Consuelo Carranza Botia.

Radicado: 110013103025-2021-00103-00

Pedro Joaquín Velandia Pérez, identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma, abogado en ejercicio con T.P. 114.912 del C.S.J., actuando en mi calidad de apoderado judicial del doctor **María Consuelo Carranza Botia**, conforme al poder anexo al presente proceso, por medio de la presente, estando dentro del término y la oportunidad procesal correspondiente, me permito dar contestación a la demanda de responsabilidad civil formulada en contra de mi representada.

Anexo:**Contestación y Anexos.**

--

Pedro Joaquín Velandia Pérez**Abogado****Calle 95 número 15-33, oficina 401****(1) 745 0553****(57) 3145444430****Bogotá D.C. - Colombia**