



**JUZGADO TERCERO CIVIL DEL CIRCUITO
MONTERÍA - CÓRDOBA**
Carrera 3 No. 30-01, piso 2.
j03ccmon@cendoj.ramajudicial.gov.co

LISTA DE TRASLADO (Art. 110 C.G.P.).

Asunto que se fija en lista de traslado en la cartelera del Juzgado en proceso(s) que se relaciona(n) a continuación, para el conocimiento de las partes, a saber:

ASUNTO: Proceso Verbal de **OVER LUIS HERRERA DORIA Y OTROS** contra **NUEVA EPS Y OTROS. Radicado 23-001-31-03-003-2018-00382-00**

Se da en traslado a la parte demandante, de las **excepciones de mérito** propuestas por la demandada, **por el término de cinco (5) días**, de conformidad al artículo 370 del Código General del Proceso.

SECRETARÍA DEL JUZGADO. Montería, 16 de febrero de 2021.

A las 08:00 A.M., se fija la presente lista de traslado en la cartelera virtual del Juzgado, por el término de un (1) día, para conocimiento de las partes, en el proceso antes relacionado.

**LUZ STELLA RUIZ MESTRA
SECRETARIA**

SECRETARÍA DEL JUZGADO. Montería, 16 de febrero de 2021.

Siendo las 6:00 P.M., vencido el término indicado por la ley, se desfija la presente lista de traslado de la cartelera virtual del Juzgado. Queda el expediente a disposición de las partes por el término arriba indicado.

**LUZ STELLA RUIZ MESTRA
SECRETARIA**

2

Señora

JUEZATERCERACIVIL DE CIRCUITO DE MONTERÍA

-Sistema Procesal Oral-

E. S. D.

Ref. : N°2018-00382

Proceso : Proceso Verbal de mayor cuantía de Responsabilidad Civil

Demandante : **OVER LUIS HERRERA DORIA** y otros

Demandados: **NUEVA EPS, Instituto Médico de Alta Tecnología** y otras

RECIBIDO 1
08 JUL 2019
3:14 PM
4 PAQUETES
376 FLS
CD
Cm

Asunto : **Contestación de Demanda**

MARY STELLA DUQUE FERNANDEZ, mayor de edad y vecina de Bogotá, abogada, titulada en ejercicio, identificada con la cédula de ciudadanía número 39.541.112 de Engativá y con la tarjeta profesional No.62.880, en mi calidad de representante judicial de **Oncomédica S.A.** propietaria del establecimiento Instituto Médico de Alta Tecnología, según poder adjunto, por medio de la presente allego la Contestación de la demanda, conforme los siguientes términos:

CONTESTACION A LAS PRETENSIONES

Oncomédica S.A. propietaria del establecimiento Instituto Médico de Alta Tecnología IMAT, se opone a todas y cada una de las pretensiones formuladas por los demandantes, a las principales y a las subsidiarias, a su solicitud de declaraciones y condenas, a que se declare responsabilidad por los presuntos perjuicios causados a los demandante con ocasión de la prestación del servicio médico, por no ser procedente tal declaratoria, ya que no existen los elementos axiológicos de la responsabilidad, como es el daño, la culpa y el nexo de causalidad, y por el contrario, como se expondrá y demostrará en el curso del proceso, los facultativos y la institución que represento, actuaron conforme lo esperaba la sociedad y según la ley del arte de la ciencia médica y respecto de la atención de el paciente.



FALTA DE DEMOSTRACION DE PERJUICIOS

Ante la falta evidente de prueba de la existencia de los perjuicios desde esta instancia procesal se le solicita al despacho la aplicación de la Sentencia C-157/13 (Bogotá DC., marzo 21 de 2013) de la Corte Constitucional de manera que ante al falta de demostración de los perjuicios dicha pretensión sea rechazada de plano, incluso aun si, por extraordinario que parezca en este proceso, la sentencia es de condena.

2

CONTESTACION A LOS HECHOS

AL PRIMERO: El día y el año son correctos, la hora de ingreso no, el paciente ingresa a las 13:37 de acuerdo a la Historia Clínica, su Señoría no podrá pasar por alto el hecho que el paciente llega remitido desde el Hospital San Jerónimo, entidad que no ha sido convocada al proceso y la cual participó en estos, a fin de establecer lo ocurrido es necesario contar con la historia clínica la cual se solicitará. Téngase en cuenta que el registro de la remisión señala en enfermedad actual "PACIENTE DE 57 AÑOS CON CUADRO CLINICO DE MÁS O MENOS 1 MES DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR DOLOR TORAXICO TIPO PLEURITICO..." veamos:

Enfermedad Actual: PACIENTE DE 57 AÑOS CON CUADRO CLINICO DE MAS O MENOS 1 MES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR DOLOR TORAXICO TIPO PLEURITICO, ASOCIADO A TOS SECA Y FIEBRE NO CUANTIFICADA, PACIENTE CON TAC QUE REPORTA DERRAME PLEURAL DEL 70% CON COLAPSO PULMONAR IZQUIERDO EN ESTUDIO

Además el paciente ingresó a esa IPS el 20 de febrero del 2016.

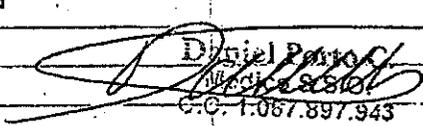
AL SEGUNDO: Señala varios hechos los cuales serán contestados uno a uno así:

- Es cierto, según la historia clínica que el galeno que ingresó al paciente fue el Dr. DANIEL PORTO C. identificado con la C.C. 1.067.897.943.
- No es cierto, que "posteriormente" le haya sido "asignado" el Dr. CESAR MORALES SANABRIA, ni tampoco que este último haya ordenado su Hospitalización. El servicio de salud es prestado por un equipo interdisciplinario de profesionales de la salud, esto obedece a las necesidades del paciente, a su gravedad y de acuerdo a los turnos establecidos. A diferencia de lo afirmado por el Apoderado de los Demandantes, de las órdenes médicas se observa, que el Dr. DANIEL PORTO C. es quien ordena su hospitalización y como lo muestran las



notas, además fue atendido por los Dres. SOL M GONZALEZ P. R.M. 23002737, JULIO ELÍAS AGAMES ARAUJO, cirujano R.M. 23615-02, MARIA WILCHEZ ORTIZ R.M. 70843-2013 y el Dr. DANIEL JOSE JALLER SALLEG R.M. 2430-2000; el médico CESAR MORALES SANABRIA R.M. 305133 figura es como su médico tratante, veamos la nota de hospitalización:

3

FECHA	HORA		ÓRDENES MÉDICAS	FIRMA
	a.m.	p.m.		
7/13/16.			① Hospitalizar ② Dieta normal ③ Cateter venoso ④ O ₂ por CN a 3lt x PRN. ⑤ SIS CH, Creat, BUN, TP, TPT. ⑥ SIS Ux por cx total ⑦ CSO y AC.	 Daniel Jose Jaller Salleg C.C. 1.067.897.943
	2:50 pm			

Finalmente, el diagnóstico citado de manera incompleta por el Apoderado de los demandantes es el dado por un tac de tórax realizado en el Hospital San Jerónimo correspondiente a la atención del 20 de febrero del 2016 en el que se señala:

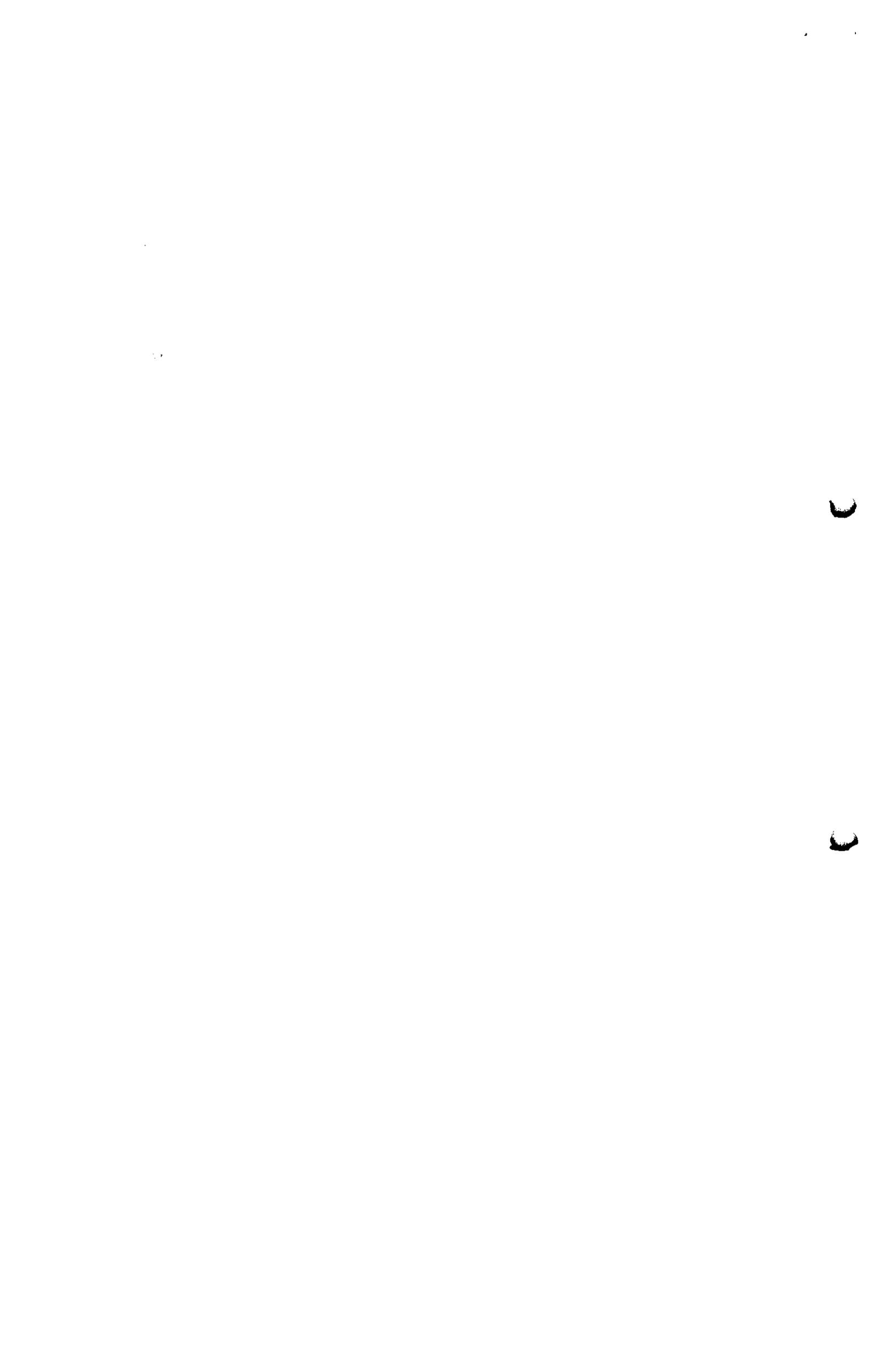
INFORME:

Tejidos blandos periféricos, reja costal y columna dorsal de apariencia normal.
 Llama la atención derrame pleural de 70% y colapso pulmonar centralizado hacia el lóbulo pulmonar izquierdo, que amerita tubo de torax.
 El mediastino anterior medio y posterior muestra grandes vasos cavo-aórticos, aorta torácica (ascendente, cayaca y descendente) cavidades izquierda y derecha de apariencia normal.
 El pulmón derecho bien distendidos con trama broncovascular reticular normal.
 No hay evidencia de masas ocupantes de espacios no hay derrame pleural derecho.
 La region traqueal y carinal estan conservados.
 Las cavidades del corazon muestran normalidad.

El diagnóstico del IMAT, de acuerdo a lo consignado en la historia clínica figura con el siguiente diagnóstico:

Evolución
 Paciente masculino de 57 años de edad con cuadro clínico dado por dificultad respiratoria, y dolor en hemitorax izquierdo en punta de costado, motivo por el cual consultaron a hospital San Jerónimo donde estuvieron 7 días y realizaron toracentesis por derrame pleural que hallaron en radiografía de torax.
TAC DE TORAX: Derrame pleural de 70% y colapso pulmonar centralizado hacia el lóbulo pulmonar izquierdo, engrosamiento pleural concentrico, se debe realizar biopsia de engrosamiento pleural guiada por TAC, la cual se puede realizar de forma ambulatoria.
Manejo
 Biopsia de engrosamiento pleural guiada por TAC de forma ambulatoria.
 -alta

Además de lo anterior, al Sr. ATANACIO JOSE HERRERA BLANQUICETH le fue brindada asistencia permanente por el personal de enfermería y realizadas todas las órdenes médicas para resolver su estado de urgencia, el cual una vez superado permite determinar cuáles son los exámenes requeridos para diagnosticar su patología de base, por lo que es dado de alta con orden para la realización de Biopsia de engrosamiento pleural guiada por TAC de forma



ambulatorio. El paciente en el periodo de tiempo que estuvo en el IMAT del 7 al 9 de marzo presentó dos patologías derrame pleural y engrosamiento pleural que a continuación serán explicados:

4

“Derrame pleural

Es una acumulación de líquido entre las capas de tejido que recubren los pulmones y la cavidad torácica.

Causas

Su cuerpo produce líquido pleural en pequeñas cantidades para lubricar las superficies de la pleura. Este es el tejido delgado que recubre la cavidad torácica y rodea los pulmones. Un derrame pleural es una acumulación anormal y excesiva de este líquido.

Hay dos tipos de derrame:

- El derrame pleural transudativo es causado por líquido que se filtra hacia el espacio pleural. Esto se debe a una presión elevada en los vasos sanguíneos o a un contenido bajo de proteínas en la sangre. La causa más común es la insuficiencia cardíaca.
- El derrame exudativo es causado por vasos sanguíneos o vasos linfáticos bloqueados, inflamación, infección, lesión al pulmón y tumores.

Los factores de riesgo de un derrame pleural pueden incluir:

- Fumar y beber licor
- Tener indicios previos de presión arterial alta
- Historial de contacto con asbesto

Síntomas

Los síntomas pueden incluir cualquiera de los siguientes:

- Dolor torácico, generalmente un dolor agudo que empeora con la tos o la respiración profunda
 - Tos
 - Fiebre y escalofríos
 - Hipo
 - Respiración acelerada
 - Dificultad para respirar
- Algunas veces no hay síntomas.

Pruebas y exámenes

Su proveedor de atención médica lo examinará le preguntará sobre sus síntomas. El proveedor también auscultará sus pulmones con un estetoscopio y palmeará (percusión) su pecho y parte superior de la espalda.

Realizarte una tomografía computarizada del tórax o una radiografía de tórax puede ser suficiente para que su proveedor decida el tratamiento a seguir.

Su proveedor puede querer realizar un examen de líquido. Si es así, tomará una muestra de líquido con una aguja que se inserta entre las costillas. Las pruebas de líquido se realizarán para detectar:

- Infección
- Células cancerígenas



- Niveles de proteína

Las pruebas que sangre que pueden realizarse incluyen:

- Conteo de sangre completo (CSC) para buscar signos de infección o anemia
- Funcionamiento de los riñones y el hígado

De ser necesario, se pueden realizar los siguientes exámenes:

- Ultrasonido de corazón (ecocardiografía) para detectar insuficiencia cardíaca
- Ultrasonido del abdomen y el hígado
- Análisis de proteína en la orina
- Biopsia de pulmón para detectar cáncer
- Pasar una sonda por la tráquea (broncoscopio) para revisar las vías aéreas en caso de tener problemas o cáncer (broncoscopia)

Tratamiento

El objetivo del tratamiento es:

- Extraer el líquido
- Evitar que el líquido se vuelva a acumular
- Determinar y tratar la causa de la acumulación del líquido

La extracción del líquido (toracocentesis) se puede realizar si hay mucho líquido y está causando presión en el tórax, dificultad respiratoria u otros problemas respiratorios, como niveles bajos de oxígeno. La extracción del líquido permite que el pulmón se expanda, lo que hace la respiración más fácil.

También es necesario tratar la causa de la acumulación de líquido:

- Si se debe a la insuficiencia cardíaca, puede recibir diuréticos (píldoras de agua) y otros medicamentos que sirven para tratar la insuficiencia cardíaca.
- Si fue causado por una infección, se tratará con antibióticos.

En personas con cáncer o infección, el derrame con frecuencia se trata utilizando una sonda pleural durante varios días para drenar el líquido y tratando la causa del derrame.

Algunas veces, se puede realizar cualquiera de los siguientes tratamientos:

- Quimioterapia
- Poner medicamento en el tórax para prevenir la reaccumulación de líquido luego del drenado
- Radioterapia
- Cirugía

Expectativas (pronóstico)

El desenlace clínico depende de la enfermedad subyacente.

Posibles complicaciones

Las complicaciones del derrame pleural pueden incluir:



- Daño pulmonar
- Infección que se convierte en un absceso, llamado empiema
- Aire en la cavidad torácica (neumotórax) después del drenaje
- Engrosamiento pleural (cicatrización del revestimiento del pulmón)

6

Cuándo contactar a un profesional médico

Llame a su proveedor o vaya a una sala de emergencias si presenta:

- Síntomas de derrame pleural
- Insuficiencia o dificultad respiratoria inmediatamente después de la toracocentesis.

Nombres alternativos

Líquido en el tórax; Líquido en el pulmón; Líquido pleural

La inflamación Pleural mejor conocida como pleuresía consiste en:

“Pleuresía

Es una inflamación del revestimiento de los pulmones y el tórax (la pleura) que ocasiona dolor torácico al tomar una respiración o toser.

Causas

La pleuresía puede desarrollarse cuando usted presenta inflamación pulmonar debido a infecciones, tales como una infección viral, neumonía o tuberculosis.

También puede ocurrir con:

- Enfermedad relacionada con el asbesto
- Ciertos cánceres
- Traumatismo torácico
- Coágulo de sangre (émbolo pulmonar)
- Artritis reumatoidea

Lupus

Síntomas

El síntoma principal de la pleuresía es el dolor en el tórax. Este dolor a menudo ocurre cuando usted inhala o exhala profundamente o cuando tose. Algunas personas sienten el dolor en el hombro.

La respiración profunda, la tos y el movimiento del pecho hacen que el dolor empeore.

La pleuresía puede hacer que se acumule líquido dentro del tórax. Como resultado, se pueden presentar los siguientes síntomas:

- Tos
- Dificultad para respirar
- Respiración rápida
- Dolor con las respiraciones profundas

Pruebas y exámenes

Cuando se presenta pleuresía, el revestimiento pulmonar (pleura) que normalmente es liso se torna áspero. Se presenta fricción con cada respiración. Esto provoca un sonido bronco,

2

3

250

chirriante denominado roce. El proveedor de atención médica puede escuchar este sonido con el estetoscopio.

El proveedor puede ordenar los siguientes exámenes:

- CSC
- Radiografía del tórax
- Tomografía computarizada del tórax
- Ultrasonido del tórax
- Extracción del líquido pleural con una aguja (toracocentesis)

Tratamiento

El tratamiento depende de la causa de la pleuresía. Las infecciones bacterianas se tratan con antibióticos. Se puede necesitar cirugía para drenar el líquido infectado de los pulmones. Las infecciones virales normalmente siguen su curso sin medicamentos.

Tomar paracetamol o ibuprofeno puede ayudar a reducir el dolor.

Expectativas (pronóstico)

La recuperación depende de la causa de la pleuresía.

Posibles complicaciones

Las afecciones que se pueden presentar a raíz de la pleuresía incluyen:

- Dificultad para respirar
- Acumulación de líquido entre la pared torácica y el pulmón
- Complicaciones de la enfermedad original

Cuándo contactar a un profesional médico

Llame a su proveedor si tiene síntomas de pleuresía. Busque atención médica de inmediato si presenta dificultad respiratoria o la piel se torna morada.

Prevención

El tratamiento oportuno de las infecciones respiratorias bacterianas puede prevenir la pleuresía.

Nombres alternativos

Pleuritis; Dolor torácico pleurítico»

AL TERCERO: Fue contestado en el hecho anterior, como se explicó una vez superada la causa de la urgencia, el derrame pleural, se ordena una biopsia guiada por TAC de la pleura ya que esta tenía un engrosamiento, la orden obedece a la necesidad de diagnóstico de la causa de fondo de las afecciones del Paciente.

AL CUARTO: PARCIALMENTE CIERTO, la nota de remisión dice a folio 64 y 65 de primer tomo de la Historia clínica lo siguiente:



RESUMEN HISTORIA CLINICA

Motivo Consulta: DISNEA AGUDA

Enfermedad Actual: CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR PRESENTAR DISNEA AGUDA DOLOR TORACICO TIPO PLEURITICO IZQUIERDO Y TOS CON ESPUTO HEMOPTOICO

Antecedentes: PAQUIPLEURITIS

Examen Físico: HALLAZGOS AL EXAMEN FISICOS
NORMOCEFALO PINRAL MUCOSA ORAL HUEMDA CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIA TORAX EXPANSIBLE SIMETRICO CON TUBO CONECTADO A SISTEMA DE PLEUROVAC CON 100 CC DE LIQUIDO SERO SANGUINOLENTO EN HEMITROAX IZQUIERDO, RSCSR5 SIN SOPLO MURMULLO VESICULAR IZQUIERDO DISMINUIDO CON CREPITACIONES OCACIONALES. ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACION NO MASA NO MEGALIAS EXTREMIDADES EUTROFICAS SIN EDEMA SNC SIN DEFICIT APARENTE

Signos Vitales: TA: 110 | FC: 74 x Min | FR: 10 x Min | GlasGow: 15 / 15 | TC: 0 | Peso: 0

Ginecobstétricos: G: 0 | P: 0 | A: 0 | C: 0 | Edad Gestante: 0 Sem | FCF: 0 | Alt Uterina: 0

Tiempo Evolución: 0 min

Actividad Uterin Actividad Uterina Regula Amiorot Ruptura Cefalico

TV Dilatación: 0 Borramiento: 0 Estación: 0

Servicio: (21201) RX TORAX PA O P A Y LATERAL REJA COSTAL

Los tejidos blandos periféricos y el tórax óseo de apariencia normal.
Hay tubo de torax en el quinto espacio intercostal izquierdo dirigido hacia el ápice pulmonar en el tratamiento del derrame pleural basal izquierdo que muestra nivel hidro aéreo bien definido.
También se observa discreta densidad parenquimatosa pulmonar en ápices pulmonar izquierda y neumotórax periférico.
Área de fibrosis hacia la base pulmonar izquierdo con disminución del volumen pulmonar ipsilateral.
El mediastino, corazón, grandes vasos y pulmón derecho están conservados.

Servicio: (21712) TOMOGRAFIA TORAX

TECNICA:
Se realizaron cortes axiales desde el estrecho torácico superior hasta la base de ambos diafragmas, observándose:

INFORME:
Tubo de toracotomía izquierdo que está bastante anterior e inferior por lo que sugiero revisión.
Hay gran colección líquida densa en relación a derrame pleural que causa colapso parcial del pulmón de ese lado.
En el lado derecho hay pequeño derrame pleural hacia la parte posterior e inferior.
El resto del parénquima pulmonar visible es normal.
Las estructuras del mediastino, sus divisiones y contenido son de características normales, en especial no hay evidencias de masas, colecciones o adenomegalias.
La apariencia de las estructuras vasculares es normal sin observarse aneurism u otras lesiones.
La tráquea y los bronquios son de calibre y contornos adecuados, sin la presencia de estenosis o desplazamientos.

INSTITUCIÓN A LA QUE SE REMITE

Motivo Remisión: Falta_Cama_IPS_Remite

Descripción Motivo: PACIENTE CON MASAS EN PULMON IZQUIERDO DEMOSTRADA CON TAC CON DERRAME PLEURAL NEOPLASICO, EL CUAL NESECTA MANEJO POR CX DE TORAX PARA PLEURODESIS

Nombre IPS: IMAT Nivel: 0

Municipio: MONTERIA Departamento: CORDOBA

Servicio que Remite: Urgencias Descripción:

Servicio Remitido: Urgencias Descripción:

21/03/2016 08:19:15 a.m. LORA HERNANDO

Información Subjetiva PTE MASCULINO DE 58 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICO DE MASA PULMONAR + DERRAME PLEURAL, ACTUALMENTE MANIFESTANDO MEJORIA DEL CUADRO RESPIRATORIO.
TA120FC86FR24Temp37,0 HALLAZGOS AL EXAMEN FISICOS NORMOCEFALO PINRAL MUCOSA ORAL HUEMDA CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIA TORAX EXPANSIBLE SIMETRICO CON TUBO CONECTADO A SISTEMA DE PLEUROVAC CON 2200 CC DE LIQUIDO SEROSANGUINOLENTO. RSCSR5 SIN SOPLO MURMULLO VESICULAR IZQUIERDO DISMINUIDO CON CREPITACIONES OCACIONALES. ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACION NO MASA NO MEGALIAS EXTREMIDADES EUTROFICAS SIN EDEMA SNC SIN DEFICIT APARENTE Analisis y Conducta P/REMISION A CIRUGIA DE TORAX



Y a folio 68 en la parte final de la nota de remisión encontramos lo anteriormente fotografiado

Como se observa en estas notas el paciente fue atendido en otras instituciones médicas como el HOSPITAL SAN JERONIMO de la ciudad de Montería, la que extrañamente no fue llamada a concurrir al proceso, pero a nuestro sentir, debería hacer parte en el mismo por haber prestado atenciones médicas al paciente, configurándose con ello falta de Litis Consorcio Necesario.

9

A folio 68 encontramos al ingreso a la clínica IMAT:

ANTECEDENTES PATOLOGICOS	ANTECEDENTES PATOLOGICOS
ANTECEDENTES PERSONALES	patologicos:niega alergias:niega cirugias:toracotomia izquierda traumas:niega hospitalizaciones:si por derrame pleural recurrente transfusionales:si sin complicaciones oncologicos:niega

AL QUINTO: Señala varios hechos a los cuales se dará respuesta así:

- Como se explicó con anterioridad el paciente es remitido nuevamente del Hospital San Jerónimo que era quien lo atendió con anterioridad, el servicio de salud fue prestado por un equipo interdisciplinario de profesionales de la salud, esto obedece a las necesidades del paciente, a su gravedad y de acuerdo a los turnos establecidos. A diferencia de lo afirmado por el Apoderado de los Demandantes, de las órdenes médicas se observa, que el Dr. JULIO ELÍAS AGAMES ARAUJO, cirujano R.M. 23615-02, es quien ingresa al paciente, además de él, fue atendido por los galenos DANIEL PORTO C., IVAN ARTURO MERCADO PEREZ, MARIA CAMILA PERTUZ, ANDREA PESTANA MIRANDA, ANGELICA M. CARRILLO, JENNIFER BAYONA Gademás de su médico tratante el Dr. DANIEL JOSE JALLER SALLEG R.M. 2430-2000, a continuación la anotación en la hoja de admisión de la historia clínica que corrobora lo explicado:



253

Mary Stella Duque Fernández

Asesorías Jurídicas Especializadas
en salud y bioética

IMAT Oncomédica S.A.
INSTITUTO 812007194
MEDICO DE ALTA CR 6ª # 72-34 ED. IMAT
TECNOLOGIA Teléfonos: 7854344
oncomédica s.a. - Montería - Córdoba

0100153131

Admisión No.: 0100153131

0160322-162533

HISTORIA CLINICA No.: 10780301 0000001

10

Fecha / hora: 22.03.2016 / 16:23

Nombre: HERRERA BLANQUICET ATANACIO JOSE		Tipo afiliado: Beneficiario		Nivel Socio Econ.: 1								
Identificación: CC 10780301		Sexo: Masculino		Fecha nac. 8.MAR.1958								
Dirección: MZ B 02 LOTE 12 BARRIO EL PARAISO		Teléfono: 3114258887										
Contratante: 900155264		NUEVA EPS		Tarifa Base: 003								
Plan: NUEVES		NUEVA EPS TARIFA GENERAL 2015										
IPS Asignada:												
Habitación: 104		Autorización N°:		Quien Autoriza:								
Sede Afiliado: MONTERIA		Tipo admisión: Urgencias										
Causa ext: 13 - ENFERMEDAD GENERAL												
Via ing: 3 - REMITIDO												
Mx ingreso:												
Médico Ingreso: JULIO ELIAS AGAMEZ ARAUJO												
Médico Tratante: JALLER SALLEG DANIEL JOSE												
Poliza Número:		Carnet Número:										
Observaciones: PACIENTE NO TRAE LA CEDULA MOTIVO POR EL QUE NO SE ANEXA COPIA												
MMORENOI												
Veces Admitido en las ultimas		24 Horas	0	24 - 48 Hr	0	48 - 72 Hr	0	72 Hr - 30 D	1	Total 30 D.	1	Ultima Consulta

Como se explica anteriormente el diagnóstico reseñado por el Apoderado de los Demandantes corresponde a uno ya hecho con anterioridad.

No solamente fueron ordenados estos exámenes, algunos fueron practicados el mismo 22 de marzo, así lo acreditan dichos resultados de exámenes al señalar en su parte superior derecha:

Fecha Recepción: 2016-03-22 17:43:12

Fecha Impresión : 2016-03-22 19:04:14.

Médico : JALLER SALLEG DANIEL JOSE

Edad/Sexo : 58 / M

Además, de la realización de los exámenes de laboratorio, fue realizado el 23 de marzo biopsia de lesión pleural guiada por TAC mediante aguja TRUCUT, por el Dr. DANIEL JALLER sin complicaciones, por lo anterior su Señoría no podrá dejar de ver la diligencia del cuerpo médico del IMAT encaminado a diagnosticar el padecimiento del Paciente; lo anterior acredita el incesante actuar médico en pro de tratar la enfermedad del paciente cumpliendo así con la característica de la oportunidad en el servicio médico.

Adicionalmente debido a la buena evolución que presento al manejo medico del derrame pleural fue solicitada la hospitalización en casa, después de haber recibido el resultado del tac de tórax:

Carrera 53 No. 104 B – 35 Edif. Grupo 7 Torre 1 Of. 313
Tel. 3002133102-6102023 Fax: 2555752
E-mail: msduquederechomedico@gmail.com



TAC DE TORAX: Engrosamiento pleural con realce homogéneo y nodularidad pleural izquierda.
Áreas de atelectasia- consolidación con broncograma aéreo en el campo pulmonar izquierdo de predominio para hilar.
La arteria pulmonar principal mide 31 mm.
Nódulos sub centimétricos en mediastino superior
pendiente hospitalizar en casa y salida

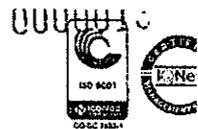
11

4.04.2016 17:47 78747101 JALLER SALLEG DANIEL JOSE
Paciente masculino con diagnóstico de 1.derrame pleural para neoplásico etc
S: hemodinámicamente estable, pasando buen día, refiere dolor en sitio de tubo de torax , no refiere cefalea, vomito u otra sintomatología asociada, sin picos febriles, sin complicaciones de su patología de base.
o, conciente orientado alerta , mucosas húmedas , cr: crepitantes escasos , no tirajes intercostales , hipoventilación en bases, tubo de torax con drenaje 160 cc en 12 h abdomen blando no doloroso gu normal ext-ín edemas snr: sin deficit
análisis y plan :
paciente con patología con reporte de biopsia de pleura : TEJIDO FIBROMUSCULAR CON COMPROMISO POR CARCINOMA DE CELULA NO PEQUEÑA, A FAVOR DE ADENOCARCINOMA, ES NECESARIO REALIZACION DE INMUNOHISTOQUIMICA, se solicita valoración por oncología y se realizará pleurodesis

AL SEXTO: Inexacto el 31 de marzo es impreso reporte realizado por el Laboratorio Clínico y Patología - Bernardo Espinosa, que determina:

laboratorio clínico y patología

bernardo espinosa - martha de espinosa
maría alejandra espinosa M.D.
adriana espinosa



Sede : Montería
Solicitud : 10214887
Paciente : ATANACIO JOSE HERRERA BLANQUICET
Identificación : 10780301
Convenio : ONCOMEDICA S.A (PATOLOGIA)

Forma 1 de 1 Página 1 de 1
Fecha Recepción: 20. 6-03-28 11:24:45
Fecha Impresión : 2016-03-31 10:56:49.
Médico : IMAT ONCOMEDICA
Edad/Sexo : 58 / M

ESTUDIO DE COLORACION EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO

DESCRIPCION MACROSCOPICA

Rotulado "PLEURA": En formol se reciben 5 fragmentos filiformes de tejido pardo claro cauchoso, el mayor de 1 x 0.2 x 0.1cm. Se procesa todo en 1 bloque.

DESCRIPCION MICROSCOPICA

Los cortes muestran tejido fibromuscular difusamente comprometido por proliferación de células grandes de morfología epitelial con gran cantidad de citoplasma, núcleo vesiculoso y nucléolo prominente; que se disponen formando nidos sólidos e insinuado formación de luces glandulares mal definidas, que evidencian un patrón de crecimiento infiltrativo en el estroma. No hay evidencia de invasión linfática o neural. No se evidencia parénquima pulmonar en la muestra examinada.

DIAGNOSTICO

PLEURAL LESIÓN. BIOPSIA TRUCUT:
TEJIDO FIBROMUSCULAR CON COMPROMISO POR CARCINOMA DE CÉLULA NO PEQUEÑA, A FAVOR DE ADENOCARCINOMA.
INVASIÓN LINFÁTICA NO EVIDENTE EN LA MUESTRA EXAMINADA.
INVASIÓN PERINERUAL NO EVIDENTE EN LA MUESTRA EXAMINADA.
NO SE RECONOCE PARENQUIMA PULMONAR EN LA MUESTRA EXAMINADA.

Obsérvese que el contenido del examen va mucho más allá de lo señalado por el Apoderado de la parte Demandante.

El anterior diagnóstico fue consignado en la historia clínica por parte del Dr. Daniel José JallerSalleg de la siguiente manera:

análisis y plan :

paciente con patología con reporte de biopsia de pleura : TEJIDO FIBROMUSCULAR CON COMPROMISO POR CARCINOMA DE CELULA NO PEQUEÑA, A FAVOR DE ADENOCARCINOMA, ES NECESARIO REALIZACION DE INMUNOHISTOQUIMICA, se solicita valoración por oncología y se realizará pleurodesis



235

Cabe resaltar que no existe en estas notas ADENOCARCINO E IV que cita el demandante en este hecho.

12

Paciente evolucionando estable, con tolerancia a realización de pleurodesis, no disnea, continúa manejo médico sin complicaciones respecto a su patología de base.
8/04/2016 9:20 78747101 JALLER SALLEG DANIEL JOSE
Masculino de 58 años de edad con diagnóstico:
1. derrame pleural para neoplásico e/e
SE REALIZO PLEURODESIS EL DIA DE AYER, AUN DRENANDO MAS DE 200 CC DIA, PENDIENTE INICIO DE MANEJO POR PARTE DE ONCOLOGIA. CUANDO SE INICIE MANEJO O CUANDO DEJE DE DRENAR SE RETIRAR EL TUBO. POR EL MOMENTO QUEDA EN MANEJO POR ONCOLOGIA

DANIEL AUGUSTO PORTO CORBACHO
R.M.: -

6/04/2016 12:20 45527702 ANGELICA MARIA CARRILLO HORMISCA
1. Derrame Pleural Para neoplásico
2. Carcinoma De Células No Pequeñas.
3. Refiere dolor pleurítico de leve intensidad
Examen Físico:
Conjuntivas normo crómicas, mucosa oral húmeda, cuello sin rigidez de nuca, tórax simétrico, con disminución de expansibilidad en hemitórax izquierdo, presencia de tubo de toracostomía en hemitórax izquierdo, funcional, sin enfisema subcutáneo, con roncus en ambos campos pulmonares, de predominio izquierdo, y disminución del murmullo vesicular en base pulmonar izquierda, abdomen blando depresible, extremidades móviles, Glasgow 15/15. Paciente quien presenta derrame pleural, con biopsia de lesión pleural guiada por tac, obteniendo reporte histopatológico tejido fibromuscular con compromiso por carcinoma de células no pequeñas, a favor de adenocarcinoma, sin invasión perineural ni linfovascular; se solicitó por oncología inmunohistoquímica, estudios mutacionales, se reevaluará ambulatoriamente por oncología con resultados.
municio con dr jaller el cual ordena retirar tubo de torax y dar alta medica
a. mismo comentario orden de dr jaller a dr onedo el cual ordena salida con este control por consulta externa con reporte de tac y mutaciones

EDUCACION
se educa al paciente acerca de sus derechos y deberes establecidos en la institución y deberes establecidos, se educa sobre el plan de emergencia, se enseña a clasificar los residuos, la importancia de la política del silencio y de no fumar, el horario de visitas, el número de visitantes y la se educa al paciente acerca de las barreras de seguridad y la importancia de mantener las barandas de la importancia del lavado de manos de todo el personal que ingrese a la habitación

2

3

NOTA DE ENFERMERIA No.0100758905
5.04.2016 7:00 52962181 **DAISSY DEL CARMEN DIAZ HERRERA** Reg.: -AUXILIAR DE ENFERMERIA

NOTA DE ENFERMERIA

CONDICION GENERAL DEL PACIENTE
07.00 recibo paciente en unidad en cama despierto conciente orientado en regular estado de salud afebril tes palida con buen patron respiratorio con cateter salinizado sin signos de fiebitis con tubo de torax conectado a pleurobac funcional eliminando espontaneo en compañía de familiar

ESTADO DE CONSCIENCIA
en regular estado de salud
conciente
orientado
despierto

EDUCACION
deberes y derechos
lavado de manos
seguridad del paciente
ruta de evacuacion
manejo de residuos
importancia de la manita
uso del tapá boca
barandas arriba

RIESGOS AL INGRESO
caidas
fiebitis

ANOTACIONES RELEVANTES
08.00 toma de signos vitales y registrados
08.00 recibe dieta ordenada y tolerada
12.00 recibe dieta ordenada y tolerada
14.20 especialista doctor jaleth aplica tratamiento y retiro de tubo de torax por dos horas sin complicaciones acompañado por jefe de turno y auxiliar
15.10 se traslada paciente en silla de rueda al servicio de imagenología a realizacion de estudio en compañía de auxiliar clínico , enfermera de turno y familiar
15.30 regresa paciente en silla de rueda proveniente del servicio de imagenología en compañía de auxiliar clínico y familiar
16.30 jefe de turno instala pleurobac sin complicaciones
18.00 toma de signos vitales y registrados
18.00 recibe dieta ordenada y tolerada

REGISTROS DE APLICACION MEDICAMENTOS
10.00 ranitidina 50 miligramos intravenoso
12.00 dipirona 2.5 gramos intravenoso
14.00 acetaminofen 1 gramo via oral
18.00 dipirona 2.5 gramos intravenoso

ANOTACIONES FINALES
19.00 queda paciente en unidad en cama despierto conciente orientado en regular estado de salud afebril tes palida con buen patron respiratorio con cateter salinizado sin signos de fiebitis con tubo de torax conectado a pleurobac funcional eliminando espontaneo en compañía de familiar

13

NOTA DE ENFERMERIA No.0100758905
6.04.2016 12:00 1067837459 **AILETH DEL CARMEN MOLINA MOLINA** Reg.: -AUXILIAR DE ENFERMERIA

NOTA DE ENFERMERIA

EJECUCION DE TRATAMIENTO
recibe tratamiento ordenado

VALORACIONES MEDICAS
paciente es valorado por ox de torax quien ordenad saliva

ANOTACIONES RELEVANTES
recibe dieta ordenada
medico en turno realiza procedimiento de retiro de tubo a torax

REGISTROS DE APLICACION MEDICAMENTOS
dipirona 2.5 gr iv diluido y lento
e, cual fue bien tolerado

ANOTACIONES FINALES
se descanaliza paciente
egresa paciente del servicio en silla de rueda en compañía del familiar


Firma

AL SEPTIMO: de manera antitécnica, el Apoderado de la parte Refiere varios hechos que serán contestados uno a uno:

En primer lugar, es cierto que el día 6 de abril de 2016 se ordenó dar de alta al



paciente ATANASIO JOSÉ HERRERA. NO ES CIERTO, el plan de manejo señalado por el abogado de la parte demandante, como el establecido por el doctor Jaller, fue diferente de lo manifestado por el apoderado y consistió:

14

6.04.2016 12:20 45527709 ANGELICA MARIA CARRILLO HORMISDA

1. Derrame Pleural Para neoplásico
 2. Carcinoma De Células No Pequeñas.
- S: Refiere dolor pleurítico de leve intensidad.

Examen Físico:

Conjuntivas normo crómicas, mucosa oral húmeda, cuello sin rigidez de nuca, tórax simétrico, con disminución de expansibilidad en hemitórax izquierdo, presencia de tubo de toracostomía en hemitórax izquierdo, funcional, sin enfisema subcutáneo, con roncus en ambos campos pulmonares, de predominio izquierdo, y disminución del murmullo vesicular en base pulmonar izquierda, abdomen blando depresible, extremidades móviles, Glasgow 15/15. Paciente quien presenta derrame pleural, con biopsia de lesión pleural guiada por tac, obteniendo reporte histopatológico tejido fibromuscular con compromiso por carcinoma de células no pequeñas, a favor de adenocarcinoma, sin invasión perineural ni linfovascular; se solicitó por oncología inmunohistoquímica, estudios mutacionales, se reevaluará ambulatoriamente por oncología con resultados.

municio con dr jaller el cual ordena retirar tubo de torax y dar alta medica

a. mismo comento orden de dr jaller a dr oviedo el cual ordena salida con cita control por consulta externa con reporte de tac y mutaciones

- Finalmente debe aclararse que la razón o el motivo del alta del paciente, fue preservar la salud del mismo, por varias razones, una vez agotados los exámenes diagnósticos, establecido un diagnóstico concreto y claro, y resuelta la causa de la estadía de urgencias del paciente; someterlo a una estadía prolongada en hospitalización o en unidad de urgencias se convierte en un riesgo más que en un beneficio, ya que está expuesto a patógenos de distinta índole que pueden complicar su situación, el anterior punto es expuesto con absoluta Claridad en el siguiente estudio al manifestar:

Resumen

La estancia hospitalaria prolongada constituye una preocupación mundial, ya que genera efectos negativos en el sistema de salud como, por ejemplo: aumento en los costos, deficiente accesibilidad a los servicios de hospitalización, saturación de las urgencias y riesgos de eventos adversos. El presente trabajo presenta una investigación que enumera las causas más comunes encontradas en la prolongación de la estancia y las metodologías de logística hospitalaria más aplicadas para su estudio y mejoramiento. **Resultados:** los factores causales de estancias prolongadas más encontrados en la literatura son: demora en la realización de procedimientos quirúrgicos y diagnósticos, necesidad de atención en otro nivel de complejidad, situación sociofamiliar y edad del paciente. Se concluye que para analizar el problema de la estancia hospitalaria es conveniente realizar un "ajuste por riesgo", utilizando el método de grupo relacionado de diagnóstico (GRD) y que una metodología adecuada es la simulación, para la identificación de cuellos de botella.

Palabras clave: estancia hospitalaria; grupo relacionado de diagnóstico; flujo del paciente; logística hospitalaria; gestión de camas; procesos asistenciales

1

- Para terminar, No es cierto que el paciente simplemente se le haya dado de alta, como se observa en el contenido la historia clínica el paciente se le da salida con plan de hospitalización domiciliaria. El plan de hospitalización domiciliaria es un plan que permite al paciente estar en su casa en

¹ Ceballos-Acevedo T, Velásquez-Restrepo PA, Jaén-Posada JS. Duración de la estancia hospitalaria. Metodologías para su intervención. Rev. Gerenc. Polít. Salud. 2014; 13(27): 274-295. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps13-27.dehm>



compañía de sus familiares, sin riesgo de infección asociada al cuidado en
la salud

15

"Las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) anteriormente llamadas nosocomiales o intrahospitalarias son aquellas infecciones que el paciente adquiere mientras recibe tratamiento para alguna condición médica o quirúrgica y en quien la infección no se había manifestado ni estaba en periodo de incubación en el momento del ingreso a la institución. Se asocian con varias causas, pero no limitándose, al uso de dispositivos médicos, complicaciones postquirúrgicas, transmisión entre pacientes y trabajadores de la salud o como resultado de un consumo frecuente de antibióticos."

2

y a la vez mantener un monitoreo constante por parte de personal asistencial, evitando cualquier evento adverso, obsérvense los registros médicos: La nota de salida señala:

paciente masculino de 58 años de edad con dx de derrame pleural, de probable origen neoplásico,

Paciente actualmente hemodinámicamente estable, pasando buena noche, niega dolor u otra sintomatología asociada, afebril, sin complicaciones de su patología de base, continúa manejo médico instaurado

Normocefalo mucosa oral húmeda, cuello móvil sin adenopatías pulsos palpables, ruidos cardíacos rítmicos sin soplo, precordio calmo, tórax expansible con tubo a tórax funcionando con salida de líquido 190 cc 12 horas. serohemético, pulmones ventilados no agregados murmullo abolido en base izquierda, abdomen blando, depresible, genitales sin lesiones, extremidades simétricas no edemas buen llenado capilar distal
Snc sind eficit aparente

Paciente en manejo de derrame pleural posiblemente paraneoplásico, en espera de estudios solicitados y reporte de biopsia.

manejo en casa con hospitalización domiciliar.

manejo de tubo de tórax en casa,

hb: 10.6 hto: 31.9 plaqie: 262.000 leuco: 7.5 neutro: 76.5 linfo: 14.7.

P/ HOSPITALIZACIÓN EN CASA CON CUIDADOS DE TUBO

P/ INF TAC TCRAX CONTRASTADO

P/ INF BIOPSIA PULMONAR 23-03

²<https://es.slideshare.net/OPSColombia/infecciones-asociadas-a-la-atencion-en-salud-iaas-yresistencia-antimicrobiana>

3

3

paciente masculino

- 1. Derrame Pleural Para neoplásico
- 2. Carcinoma De Células No Pequeñas.

S: Refiere dolor pleurítico de leve intensidad.

Examen Físico:

Conjuntivas normo crónicas, mucosa oral húmeda, cuello sin rigidez de nuca, tórax simétrico, con disminución de expansibilidad en hemitórax izquierdo, presencia de tubo de toracostomía en hemitórax izquierdo, funcional, sin enfisema subcutáneo, con roncus en ambos campos pulmonares, de predominio izquierdo, y disminución del murmullo vesicular en base pulmonar izquierda, abdomen blando depresible, extremidades móviles, Glasgow 15/15.

Paciente quien presenta derrame pleural, con biopsia de lesión pleural guiada por tac, obteniendo reporte histopatológico tejido fibromuscular con compromiso por carcinoma de células no pequeñas, a favor de adenocarcinoma, sin invasión perineural ni linfovascular; se solicitó por oncología inmunohistoquímica, estudios mutacionales, se reevaluará ambulatoriamente por oncología con resultados.

me comunico con dr jallier el cual ordena retirar tubo de torax y dar alta medica así mismo comento orden de dr jallier a dr oviedo el cual ordena salida con cita control por consulta externa con reporte de tac y mutaciones

Plan: alta medica

- Pendiente reporte de Tac de abdomen y pelvis.
- S/S Mutación EGFR, ALK.
- Inmunohistoquímica de biopsia de pleura.
- Revaloración ambulatorio por oncología con resultados de estudios.

cita por oncología con reporte de tac y mutaciones

las anotadas

cita control
signos de alarma

AL OCTAVO: No es cierto desde el 22 de marzo se había realizado el examen imagenológico, el cual indica:

INFORME DE ESTUDIO IMÁGENES DX

Fecha De Estudio	22 MAR 2016 - 1:00
ESTUDIO REALIZADO	ESTUDIO REALIZADO
Tipo de Estudio	Radiografía
Estudio	TORAX
Ambito	Hospitalario

LECTURA DEL ESTUDIO

Lectura

HALLAZGOS

Borramiento del seno costofrénico izquierdo y presencia de probables canales de hidroneumotorax tabicada en este hemitórax.
Tubo de drenaje en hemitórax izquierdo en posición adecuada.
La transparencia pulmonar derecha y su vascularización son normales.
Silueta cardiovascular y mediastino sin alteraciones.
Tráquea, carina y bronquios principales de aspecto normal.
Estructuras óseas y partes blandas normales.

Pero sin embargo y más importante que la radiografía de tórax, está el estudio de TAC de Abdomen simple así:

Estudio	TAC DE ABDOMEN Y PELVIS SIMPLE
Ambito	Hospitalario
LECTURA DEL ESTUDIO	



DETALLE

Lectura

TÉCNICA

Se realizan múltiples cortes axiales en fase simple desde los hemidiaframas hasta la sínfisis del pubis. Observación

17

INFORME

Pneumotórax izquierdo

Opacidades con broncograma aéreo en la base pulmonar izquierda.

Hígado con diámetro longitudinal de 18 cm; contornos y configuración normal de textura homogénea. En el hilio no se definen masas o adenopatías. Vena porta de calibre normal. No hay dilatación de la vía biliar intra y extrahepática.

La vesícula presenta distensión normal, sin cálculos radiodensos en su interior, ni evidencia de inflamación per vesicular.

El páncreas se aprecia en toda su extensión de forma y tamaño normal. No hay calcificaciones parenquimatosas, cambios inflamatorios en la grasa perpancreática ni colecciones líquidas.

La sonda es de calibre y trayecto normal, sin dilataciones aneurismáticas. Vena cava de calibre normal.

No se identifican adenomegalias en el retroperitoneo ni en el abdomen superior.

Ambos riñones son de tamaño y posición normal, sus contornos bien definidos. No se observan calcificaciones ni dilatación de los sistemas pielocaliciales que indiquen proceso obstructivo.

Bazo de tamaño y consistencia normal.

Las glándulas suprarrenales conservan morfología normal.

Vejiga apropiadamente distendida, de paredes delgadas sin evidencia de patología endoluminal.

No se identificó líquido libre o masas intra-abdominales.

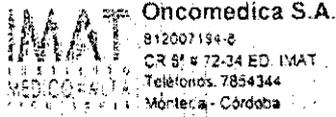
Asas intestinales de calibre y distribución normal.

Grasa mesentérica conservada.

Lesión de seudo frico en el cuerpo vertebra T10 que mide 7 mm.

En





Oncomedica S.A.
812007194-8
CR 5ª # 72-34 ED. IMAT
Teléfonos: 7854344
Montería - Córdoba

Consecutivo 0100739691

No. Historia: 10780301

0000022

INFORME QUIRURGICO

Fecha: 23.MAR.2016 17:14

Afiliado
 Nombre: HERRERA BLANQUICET ATANACIO JOSE
 Identificación: 10780301 Documento Identidad: 10760301 Tipo: CC
 Dirección: MZ B 02 LOTE 12 BARRIO EL PARAISO Zona: U Telefonos: 311425858
 Lug. residencia: 23001 MONTERIA CORDOBA
 Sexo: Masculino F. Nacimiento: 8.MAR.1958 Edad: 58 Años 15 D.as
 Contratante: NUEVA EPS Plan: NEPSUISubsidado No. Autor:
 Ocupación: EN CASA Estado civil: Unión libre Religión: Catolico

Admisión
 No. Admisión: 0100153131 Fecha: 22 MAR. 2016 Hora: 15:23 Habitación: 0-101
 Via de Ingreso: Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL Dx Ingreso: DERRAME PLEURAL NO CLASIFICADO EN OTRA P
 Médico Ingreso: 78732233 JULIO ELIAS AGAMEZ ARAJUC Médico Tratante: 45527709 ANGELICA MARIA CARRILLO HORN

Acompañante / Responsable
 Nombre: MARIO HERRERA Telefono: 3014326747
 Dirección: MZ B 02 LOTE 12 BARRIO EL PARAISO
 Responsable: MARIO HERRERA Telefono: 3014326747
 Dirección: MZ B 02 LOTE 12 BARRIO EL PARAISO Parentesco: HIJO

Dx: Dx: C341 TUMOR MALIGNO DEL LÓBULO SUPERIOR, BRONQU Dx Ref: 1
 Dx. Ref 2:

DETALLE

Diagnóstico Relacionado 3	D
LISTADO DE PROCEDIMIENTOS	
PROCEDIMIENTO 1	Procedimiento 1
Nombre	BIOPSIA DE LESION PLEURAL GUIADA POR TAC
PROCEDIMIENTO 2	Procedimiento 2
PROCEDIMIENTO 3	Procedimiento 3
PROCEDIMIENTO 4	Procedimiento 4
PROCEDIMIENTO 5	Procedimiento 5
PROCEDIMIENTO 6	Procedimiento 6
PROCEDIMIENTO 7	Procedimiento 7
DESCRIPCION QUIRURGICA	
SANGRE	Sangre

AL NOVENO: No es cierto, fueron dos los exámenes de inmunohistoquímica las fechas son muy diferentes a la descrita por el demandante así;

laboratorio clínico y patología
 bernardo espínosa - martha de espínosa
 maría alejandra espínosa M.D.
 adriana espínosa

Sede : Montería
 Solicitud : 10214887
 Paciente : ATANACIO JOSE HERRERA BLANQUICET
 Identificación : 10780301
 Convenio : ONCOMEDICA S.A. (PATOLOGIA)

Forma 1 de 1 Página 1 de 1
 Fecha Recepción: 2016-03-28 11:24:45
 Fecha Impresión: 2016-03-31 10:56:49
 Médico : IMAT ONCOMEDICA
 Edad/Sexo : 58 / M

ESTUDIO DE COLORACION EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO

DESCRIPCION MACROSCOPICA

Rotulado "PLEURA": En formol se reciben 5 fragmentos filiformes de tejido pardo claro cauchoso, el mayor de 1 x 0.2 x 0.1cm. Se procesa todo en 1 bloque.

DESCRIPCION MICROSCOPICA

Los cortes muestran tejido fibromuscular difusamente comprometido por proliferación de células grandes de morfología epitelial con abundante cantidad de citoplasma, núcleo vesiculoso y nucleolo prominente; que se disponen formando nidos sólidos e insinuado formación de luces glandulares mal definidas, que evidencian un patrón de crecimiento infiltrativo en el estroma. No hay evidencia de invasión linfática o neural. No se evidencia parénquima pulmonar en la muestra examinada



262

DIAGNOSTICO

PLEURAL. LESIÓN. BIOPSIA TRUCUT:

TEJIDO FIBROMUSCULAR CON COMPROMISO POR CARCINOMA DE CÉLULA NO PEQUEÑA, A FAVOR DE ADENOCARCINOMA.
INVASIÓN LINFÁTICA NO EVIDENTE EN LA MUESTRA EXAMINADA.
INVASIÓN PERINERUAL NO EVIDENTE EN LA MUESTRA EXAMINADA.
NO SE RECONOCE PARENQUIMA PULMONAR EN LA MUESTRA EXAMINADA.

19

COMENTARIOS INTERNOS

ES INDISPENSABLE LA REALIZACIÓN DE MARCADORES DE INMUNOHISTOQUÍMICA, PARA DETERMINAR HISTOGENESIS Y
EN.

Debido al resultado del primer examen fue necesario hacer otro, el resultado de este examen en primer lugar identificó un CA de pulmón En que requirió de un segundo examen para determinar la histogénesis³

Teniendo en cuenta que no fue conclusivo y la necesidad de definir los marcadores genéticos del tumor fue necesaria una segunda inmunohistoquímica es de anotar que este proceso requiero de un tiempo, debido a que existe un universo muy alto de posibilidad de marcadores y el patólogo debe adicionar uno a uno y entre cada uno esperar la respuesta del tejido que es la que manifiesta si es compatible por decirlo de alguna manera con ese marcador tumoral y por lo tanto se identifica entonces así la genética del mismo.

³Los carcinomas reciben nombres en base a cómo se ven las células al microscopio. El adenocarcinoma es un tipo de cáncer de pulmón no microcítico, cuyas células se asemejan a las células de las glándulas, tal como las glándulas que secretan moco en los pulmones.

En algunos casos, el cáncer no se ve claramente como un carcinoma de células pequeñas en el microscopio, pero a la vez es difícil determinar si es un carcinoma de células escamosas o un adenocarcinoma. Esta distinción entre el carcinoma de células escamosas y el adenocarcinoma puede ser especialmente difícil en pequeñas muestras obtenidas mediante la biopsia. El término *carcinoma de células no pequeñas* se emplea con frecuencia para estos carcinomas hasta que se puedan clasificar con más precisión mediante pruebas de laboratorio especiales (por ejemplo, inmunohistoquímica), o hasta que se extirpa todo el tumor durante la cirugía para luego examinarlo.

<https://www.cancer.org/es/tratamiento/como-comprender-su-diagnostico/pruebas/como-comprender-su-informe-de-patologia/patologia-del-pulmon/patologia-del-cancer-de-pulmon.html>



laboratorio clínico y patología

bernardo espinosa - martha de espinosa
maría alejandra espinosa M.D.
adriana espinosa

Sede : Montería
Solicitud : 10219659
Paciente : ATANACIO JOSE HERRERA BLANQUICET
Identificación: 10760301
Convênio : ONCOMEDICA S.A (Inmunohistoquímica)

Forma : cs : Página 1 de 1
Fecha Recepción: 2016-04-21 07:08:27
Fecha Impresión : 2016-04-27 09:37:00
Médico : IMAT ONCOMEDICA
Edad/Sexo : 58 / M

20

ESTUDIO COLORACION INMUNOHISTOQUIMICA EN BIOPSIA

DESCRIPCION MACROSCOPICA

Se realiza estudio de marcadores de inmunohistoquímica en material de bloque de parafina rotulado 10214887, de esta intuición.

DESCRIPCION MICROSCOPICA

Los cortes muestran tejido fibromuscular difusamente comprometido por proliferación de células grandes de morfología epitelial con escasa cantidad de citoplasma, núcleo vesiculoso y nucleolo prominente, que se disponen formando nidos sólidos e insinuado invasión de luces glandulares mal definidas, que evidencian un patrón de crecimiento infiltrativo en el estroma. No hay evidencia de invasión linfática o neural. No se evidencia parénquima pulmonar en la muestra examinada.

ESTUDIO DE INMUNOHISTOQUIMICA

Las células tumorales son difusamente positivas para CK COCKE1, CK7, TTF1 y NAPS-N-A, y negativas para CK20, TIRGLOBULINA, SINAPTOFISINA y CROMOGRANINA. Los anteriores hallazgos corresponden a un adenocarcinoma de origen primario pulmonar.

DIAGNOSTICO

ESTUDIO DE MARCADORES DE INMUNOHISTOQUIMICA EN MATERIAL DE BLOQUE DE PARAFINA 10214887. PLEURA-
TEJIDO FIBROMUSCULAR CON COMPROMISO POR ADENOCARCINOMA, DE ORIGEN PRIMARIO PULMONAR.
INVASION LINFÁTICA NO EVIDENTE EN LA MUESTRA EXAMINADA.
INVASION PERINEURAL NO EVIDENTE EN LA MUESTRA EXAMINADA.
NO SE RECONOCE PARENQUIMA PULMONAR EN LA MUESTRA EXAMINADA.

Teniendo en cuenta que este tipo de examen(inmunohistoquímica)que se realiza sobre el bloque de parafina como lo indica la literatura médica consiste en:

El estudio de inmunohistoquímica en material de bloque de parafina es una prueba que se realiza para la identificación de un antígeno específico, generalmente de origen proteico. En este caso, la inmunohistoquímica se realizó a partir de la fijación e incrustación del tejido en parafina que, ayuda a su preservación y observación al microscopio⁴.

Insistimos, en vista de que el anterior resultado no era conclusivo para tratamiento se solicitó en el mismo resultado la realización de otro tipo de inmunohistoquímica así:

ES INDISPENSABLE LA REALIZACIÓN DE MARCADORES DE INMUNOHISTOQUIMICA, PARA DETERMINAR HISTOGENESIS Y
EN.

Lo anterior debido a que era necesario detectar el tipo de proteína que produce este tumor, que identifica el tipo de cáncer que presentaba el paciente, puesto que dependiendo de este resultado se definía el tratamiento a seguir con el paciente

⁴ <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0121737217301000>



en comentario.

Se encontró en el segundo examen positivo para:

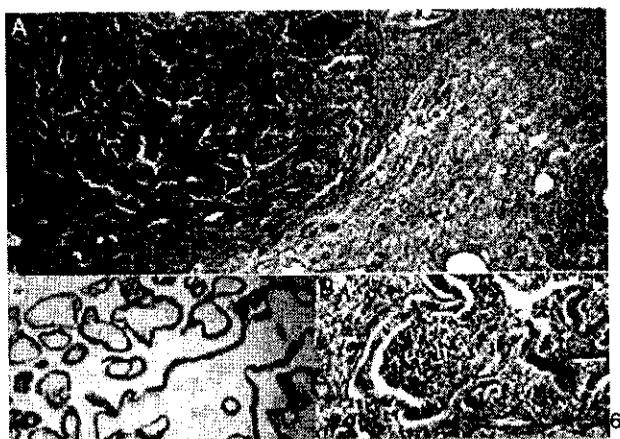
21

- CK COCTEL⁵
- CK7
- TTF1
- NAPSIN'A

Y NEGATIVAS PARA

- CK20
- TIROGLOBULINA
- SINAPTOFISINA
- CROMOGRANINA

EJEMPLO DE INMUNOHIISTOQUÍMICA



⁵ En la actualidad una de las herramientas más importantes para el diagnóstico patológico es la inmunohistoquímica (IHQ). Esta técnica se basa en la detección in situ de componentes celulares y extracelulares por medio de la unión específica de anticuerpos, empleando para ello sistemas de detección enzimáticos. La posibilidad de aunar varios anticuerpos en un "cóctel" supone una ventaja añadida a la IHQ, debido a que, por ejemplo, en ocasiones se requiere detectar dos o más antígenos en el mismo tejido. Se estudiaron las posibles combinaciones de anticuerpos en función de la localización celular del antígeno, es decir, su patrón de tinción (nuclear, citoplasmático y de membrana), con sus respectivos tejidos controles positivos para cada anticuerpo. Se ensayaron dos cócteles de anticuerpos: CDX2/CK7 y HER2/Ki-67. CDX2/CK7 es un cóctel útil para diferenciar metástasis de colon (CDX2+) frente a las de mama, pulmón y ovario (CK7+) en otros tejidos, mientras que HER2/Ki-67 es de interés diagnóstico para visualizar al mismo tiempo los niveles de expresión de estas dos proteínas. Se llevó a cabo ensayos de IHQ con los anticuerpos individualmente sobre muestras de tejidos controles positivos (previamente caracterizadas) para éstos mismos anticuerpos. La funcionalidad de los cócteles se evaluó mediante dobles IHQ sobre diferentes muestras de tejidos de interés diagnóstico. El período de validez para el cóctel CDX2/CK7 se estudió mediante ensayos de estabilidad acelerados. El cóctel CDX2/CK7 es útil para la identificación de tumores primarios de origen desconocido con expresión diferencial de ambas proteínas. Sin embargo, para el cóctel HER2/Ki-67, los resultados obtenidos hasta el momento no son concluyentes. El hecho de no poder reproducir los resultados obtenidos, independientemente del tipo de muestra, lo invalida como producto para diagnóstico in vitro. Sugerimos la realización de otros experimentos para responder a las interrogantes que aparecieron durante la evaluación del funcionamiento de este cóctel.

⁶⁶ Estas pruebas a veces se utilizan para ayudar a determinar si un cáncer en el pulmón ha comenzado allí (es un cáncer de pulmón primario) o si se ha propagado allí desde otro lado (es una metástasis). No



- A) Proliferación adenocarcinomatosa del parénquima pulmonar (G×10). B) Imagen anatomopatológica que muestra glándulas de Lieberkühn (G×20). C) Imagen anatomopatológica que muestra positividad anti-CK7 (G×20).

DECIMO Parcialmente cierto. Con los anteriores resultados el oncólogo determino el estadio del cáncer y de acuerdo con ello la terapéutica el día 3 de junio de 2016 en la nota de la consulta externa a folio 000187 de la historia clínica tomo II:

Opinión	Paciente con Adenocarcinoma de pulmón EV por compromiso de pleura y derrame pleural, probable compromiso óseo, diagnosticado en abril de 2016. Actualmente refiere cefalea y dolor a nivel de columna dorsal. Plan: S/S RMN de cerebro y columna total con gadolinio. -Pendiente Pruebas mutacionales EGFR y ALK -Cita con resultados.
---------	---

Se hizo un hallazgo muy importante el estadio del cáncer de pulmón que era V es decir el estadio más grave de este tipo de cáncer y sin posibilidad de cirugía con extensión a otro órgano.

AL DECIMO: Parcialmente cierto

El paciente asiste por control por el servicio de externa a la clínica ImatOncomedicaye hace el diagnóstico señalado en el hecho anterior que corresponde a:

Estadio IV

El estadio IV significa que el cáncer de pulmón se ha diseminado a más de 1 área en el otro pulmón, al líquido que rodea el pulmón o el corazón, o a partes distantes del cuerpo a través del torrente sanguíneo. Una vez que las células cancerosas ingresan en la sangre, el cáncer se puede diseminar a cualquier parte del cuerpo. Sin embargo, es más probable que el NSCLC se disemine al cerebro, los huesos, el hígado y las glándulas suprarrenales. El NSCLC en estadio IV se divide en 2 subestadios:

- El cáncer en estadio IVA se ha diseminado dentro del tórax y/o a 1 área fuera del tórax.
- El cáncer en estadio IVB se ha diseminado fuera del tórax a más de 1 lugar en 1 órgano o a más de 1 órgano.

En general, la cirugía no es exitosa para la mayoría de los tipos de cáncer de pulmón en estadio III o IV. También puede suceder que sea imposible eliminar el cáncer de pulmón si se ha diseminado a los ganglios linfáticos encima de las clavículas. También puede ser imposible eliminarlo si ha invadido estructuras vitales del tórax. Estas estructuras vitales incluyen el corazón, los vasos sanguíneos grandes o las vías respiratorias principales que van a los pulmones. En estos casos, el médico le recomendará otras opciones de tratamiento.⁷

todos los pacientes necesitan estas pruebas, de modo que si su informe no las menciona, no significa que haya un problema o pregunta sobre su diagnóstico.

⁷<https://www.cancer.org/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/estudios-clinicos.html>



Como alternativa terapéutica se le dio que aceptó según consentimiento informado que reposa en la historia clínica ceritino de 450 g

IMAT Oncomedica S.A. 812007194 Cod. Habilitación: 230010094901 000183
MEDICO ALTA CR 8° # 72-34 ED. IMAT Consecutivo: 0100819914
 Teléfono: 7854344 Montería - Córdoba

Investigación Ingreso

Afiliado	Nombre: HERRERA BLANQUICET ATANACIO JOSE	Fecha:	3 JUN 2016 11:09
Identificación:	10780301	Sexo: Masculino	F. Nacimiento: 0 MAR 1958
Sede Afiliado:	MONTERIA	Edad: 58 Años 2 Meses 26 Días	Plan: 90730
DX:	C349 TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS O DEL PULMON.	Regimen:	
DX Rel.:		Tipo Dx: Definitivo	
Ocupación:	EN CASA	Estado Civil: Union libre	Religion: Catolico
Dirección:	MZ B 02 LOTE 12 BARRIO EL PARAISO	Teléfono: 3215397560	
Lugar Residencia:	MONTERIA	Administradora: NUEVA EPS	
Responsable:		Teléfono:	
Dirección:		Parentesco:	
Acompañante:		Teléfono:	

DESCRIPCION

Abdomen	blando sin masas
Extremidades	sin edemas
Neurológico	no déficit motor o sensitivo aparente
Plan de tratamiento	el paciente ingresa a pedido de preselección para realizar estudio de trasplante ALK a laboratorio central

IMAT Oncomedica S.A. 812007194 Cod. Habilitación: 230010094901 000189
MEDICO ALTA CR 8° # 72-34 ED. IMAT Consecutivo: 0100819914
 Teléfono: 7854344 Montería - Córdoba

Investigación Ingreso

Afiliado	Nombre: HERRERA BLANQUICET ATANACIO JOSE	Fecha:	3 JUN 2016 11:09
Identificación:	10780301	Sexo: Masculino	F. Nacimiento: 0 MAR 1958
Sede Afiliado:	MONTERIA	Edad: 58 Años 2 Meses 26 Días	Plan: 90730
DX:	C349 TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS O DEL PULMON.	Regimen:	
DX Rel.:		Tipo Dx: Definitivo	
Ocupación:	EN CASA	Estado Civil: Union libre	Religion: Catolico
Dirección:	MZ B 02 LOTE 12 BARRIO EL PARAISO	Teléfono: 3215397560	
Lugar Residencia:	MONTERIA	Administradora: NUEVA EPS	
Responsable:		Teléfono:	
Dirección:		Parentesco:	
Acompañante:		Teléfono:	

DESCRIPCION

Protocolo	CLDK378A2112
Visita	Pre selección
Consentimiento informado	Se le explica al paciente que se esta llevando a cabo un estudio multicéntrico aleatorizado y abierto para evaluar la exposición sistémica, eficacia y seguridad de certinib 450 g tomados con una comida con bajo contenido de grasa y certinib 600 mg tomados con una comida con bajo contenido de grasa, comparados con certinib 750 mg tomados en ayunas, en pacientes adultos con cancer de pulmon metastásico de células pequeñas con reordenamiento de la ALK (positivo). Se le entrega el consentimiento informado version 1.1 para Colombia del 09 de Noviembre de 2015 para que lo lea en conjunto con su esposa, y un testigo de la sala de espera. Se le resuelven dudas, el paciente decide voluntariamente ingresar y firma consentimiento informado, así mismo lo hacen sus testigos. Dejo constancia que la paciente esta en condiciones adecuadas físicas y mentales para ingresar al protocolo, se le entrega copia del consentimiento al paciente y como constancia firma el formato institucional de recibido de consentimiento informado. El paciente no sabe firmar, por lo tanto delega a su esposa para que diligencie los campos de nombre, dirección, fecha y cedula, el paciente pone su huella.
Criterios inclusión / Exclusión	se revisan criterios de inclusión y exclusión, aunque no se le han hecho todos los exámenes de selección, el paciente es candidato para ingresar al estudio y enviar los bloques de patología a laboratorio central para estudio de mutación ALK, en caso de ser positivo se le harán todo el resto de parámetros necesarios para aleatorización. (ver lista de chequeo anexa)
Enfermedad actual	Paciente con Adenocarcinoma de pulmón EV por compromiso de pleura y derrame pleural diagnosticado en abril de 2016

AL UNDECIMO: No es cierto ese diagnóstico se había hecho meses atrás lo que se estaba estableciendo era el estadio del cáncer y los resultados de inmunohistoquímica para definir el tratamiento y si el experimental era de utilidad, o no.



Opinion	<p>Masculino de 58 años con historia clínica de valoraciones por diagnóstico de carcinoma de pulmón izquierdo de célula no pequeña por adenocarcinoma infiltrante, EGFR mutado, estadio clínico IV por pleural y hueso, diagnosticado en abril de 2016</p> <p>Actualmente en buen estado general, se considera con enfermedad avanzada con indicación de manejo con intención paliativa con terapia biológica con Gefitinib</p> <p>Se educa al paciente y familiar sobre el estado de la enfermedad y el pronóstico; la intención, beneficio y riesgos de la conducta; además se explica el derecho de solicitar segundo concepto oncológico, lo entienden y aceptan. Se firma consentimiento.</p>
Plan de Tratamiento	<p>Se ordena Gefitinib tab de 250 mg x 1 para 3 meses, LBTO y cita oncología en 3 meses</p>
TEGUMENTARIO	<p>Se dan ordenes para cumplimiento PRIORITARIO, se envía con trabajo social y enfermera jefe de consulta externa</p> <p>Se da recomendación e instrucciones sobre signos de alarma y de la necesidad de consultar en forma oportuna</p>

Estudios clínicos

Los estudios clínicos son investigaciones médicas en las que las personas participan de manera voluntaria sometándose a pruebas médicas para nuevos medicamentos o procedimientos médicos. Los médicos utilizan los estudios clínicos para el desarrollo de nuevos tratamientos para enfermedades graves como el cáncer.

En esta sección podrá acceder a información general sobre estudios clínicos, así como a herramientas de búsqueda para encontrar aquellos para los cuales usted puede ser elegible para participar.

AL DUODECIMO: Parcialmente cierto para ese momento no existía una alternativa terapéutica que garantizara su salud, claramente se establece que se informó esta situación al paciente y su familia y además se deja constancia en la historia clínica así:

Opinion	<p>Masculino de 58 años con historia clínica de valoraciones por diagnóstico de carcinoma de pulmón izquierdo de célula no pequeña por adenocarcinoma infiltrante, EGFR mutado, estadio clínico IV por pleural y hueso, diagnosticado en abril de 2016</p> <p>Actualmente en buen estado general, se considera con enfermedad avanzada con indicación de manejo con intención paliativa con terapia biológica con Gefitinib</p> <p>Se educa al paciente y familiar sobre el estado de la enfermedad y el pronóstico; la intención, beneficio y riesgos de la conducta; además se explica el derecho de solicitar segundo concepto oncológico, lo entienden y aceptan. Se firma consentimiento.</p>
Plan de Tratamiento	<p>Se ordena Gefitinib tab de 250 mg x 1 para 3 meses, LBTO y cita oncología en 3 meses</p>
TEGUMENTARIO	<p>Se dan ordenes para cumplimiento PRIORITARIO, se envía con trabajo social y enfermera jefe de consulta externa</p> <p>Se da recomendación e instrucciones sobre signos de alarma y de la necesidad de consultar en forma oportuna</p>



AL DECIMOTERCERO: Refiere un hecho acaecido fuera de las instalaciones del IMAT, por lo que resulta ajeno a nuestra entidad. Sin embargo, nos pronunciamos en el sentido que según el artículo 178 de la ley 100/93 se establece que las EPS tendrán las siguientes funciones:

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

De esta lista se concluye que deben cumplir fundamentalmente dos tipos de funciones: la gestión del aseguramiento, que incluye el proceso de afiliación, registro y recaudo de cotizaciones, y la protección de la salud, en el sentido de que deben desarrollar un plan de protección de la salud de los beneficiarios que deberá ser garantizado en forma directa o por medio de contratación con terceros. Entonces es bien claro que, según la norma citada, las EPS responderán por sus propios hechos, y las IPS por los que le sean imputables, la clínica u hospital no



siendo nunca responsables de los hechos originados en el comportamiento de la aseguradora.

AL DECIMOCUARTO: De acuerdo a los registros adosados al proceso, es cierto. Al respecto cabe señalar que en el escrito de tutela no existe reclamo o inconformidad en relación a la atención brindada por parte del IMAT.

26

AL DECIMOQUINTO: Cierta señor Juez obsérvese como, con relación a la Institución que represento el Instituto Médico de Alta Tecnología IMAT, no existe orden alguna por parte del Juez de tutela.

AL DECIMOSEXTO: Refiere un hecho acaecido fuera de las instalaciones del IMAT, por lo que resulta ajeno a nuestra entidad.

AL DECIMO SEPTIMO: Cierta señor Juez, de acuerdo a los documentos aportados por el Demandante existió incidente de desacato, obsérvese como, con relación a la Institución que represento el Instituto Médico de Alta Tecnología IMAT, inconformidad alguna en dicha acción.

AL DECIMO OCTAVO: Es Inexacto, si bien el Paciente en los controles de consulta externa, presentaba un buen estado general, el Paciente estaba enterado que el tratamiento con GEFITINIB era de carácter paliativo, veamos:

Masculino de 58 años con historia clínica de valoraciones por diagnóstico de carcinoma de pulmón izquierdo de célula no pequeña por adenocarcinoma infiltrante, EGFR mutado, estadio clínico IV por pleural y hueso, diagnosticado en abril de 2016

Actualmente en buen estado general, se considera con enfermedad avanzada con indicación de manejo con intención paliativa con terapia biológica con Gefitinib

Se educa al paciente y familiar sobre el estadio de la enfermedad y el pronóstico; la intención, beneficio y riesgos de la conducta; además se explica el derecho de solicitar segundo concepto oncológico, lo entienden y aceptan. Se firma consentimiento.

Los cuidados paliativos son definidos por el Ministerio de Salud Colombiano en su cartilla ABC-Cuidados Paliativos, así:

1. ¿Qué son los Cuidados Paliativos?

.....
"Los Cuidados Paliativos son los cuidados apropiados para el paciente con una enfermedad terminal, crónica, degenerativa e irreversible donde el control del dolor y otros síntomas, requieren además del apoyo médico, social, espiritual, psicológico y familiar, durante la enfermedad y el duelo. La atención paliativa afirma la vida y considera el morir como un proceso normal"²

De acuerdo a lo anterior, no existía expectativa de curación para el caso del Sr.



ATANACIO JOSE HERRERA BLANQUICETH.

AL DECIMO NOVENO: No es un hecho, es una afirmación realizada por los Demandantes que debe ser probada conforme lo ordena el artículo 167 del Código General del proceso que establece:

“Artículo 167. Carga de la prueba. Incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen...”

AL VIGESIMO: No es un hecho, es una afirmación realizada por los Demandantes que debe ser probada conforme lo ordena el artículo 167 del Código General del proceso que establece:

“Artículo 167. Carga de la prueba. Incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen...”

AL VIGESIMO PRIMERO: FALSO, como se ha observado durante el análisis del escrito de demanda y las demás acciones legales interpuestas con ocasión de los hechos que nos ocupan, en contra del IMAT nunca fue realizada manifestación de falta sus deberes legales, negligencia impericia ni actuación en contra del Sr. ATANACIO JOSE HERRERA BLANQUICETH, por el contrario, fueron cumplidos a cabalidad sus deberes. El Apoderado de los accionantes, pretende endilgar sin fundamento alguno, responsabilidad al IMAT de actuaciones en las cuales no tenía injerencia más allá de expedir las órdenes para el suministro del medicamento. En el caso que nos ocupa el presunto perjuicio se produjo por fuera del marco funcional que la ley impone a la mi prohijada, con lo que queda desvirtuado el juicio de atribución, ya que, la conducta determinada como lesiva para el Sr. ATANACIO JOSE HERRERA BLANQUICETH, esto es, **el no suministro oportuno del medicamento GEFITINIB por cuenta de la EPS**; es ajena al IMAT, con lo que el fallecimiento del Paciente no es atribuible al IMAT, al no haber quebrantamiento del deber de acción que la ley le impone, sino a otra razón determinante; una causa extraña.

AL VIGESIMO SEGUNDO: FALSO, como se observa en la acción de tutela realizada por los Demandantes no existe reproche alguno frente al actuar del IMAT, Tampoco manifestación en ese sentido por parte del Juez de Tutela. Obsérvese como el Apoderado de la parte Demandante señala una presunta falta



a las obligaciones legales, no trae a colación la norma que obliga al IMAT a suministrar el medicamento que no fue brindado por la NUEVA EPS, ellos son porque no existe. Por lo que esta afirmación es general, sin sustento fáctico ni probatorio, que será objeto de este litigio y su conclusión solo es dable a su Señoría

EXCEPCIONES DE FONDO

Las Causas de Exoneración

“Por causa de exoneración de responsabilidad, se entiende aquella que impide imputar determinado daño a una persona, haciendo improcedente la declaratoria de responsabilidad. En este sentido, las causales de exoneración impiden la imputación”⁸ porque es inexistente el nexo de causalidad y libran al demandado, en este caso a la Instituto Medico de Alta Tecnología IMAT. Me permito entonces proponer los siguientes medios exceptivos de mérito:

A. LA INEXISTENCIA DE LA RELACION DE CAUSALIDAD ENTRE LAS INTERVENCIONES REALIZADAS AL PACIENTE Y LOS PERJUICIOS QUE SE ALEGA SUFRIRON SUS CAUSANTES

La excepción se fundamenta en la inexistencia de culpa médica que inexorablemente rompe el nexo causal y se constituyen en factor de exoneración de la demandada Oncomedica S.A. propietaria del IMAT La norma que regula esta causal de irresponsabilidad, esta eximente, es el artículo 1604 del Código Civil que dice:

“La prueba de la diligencia o cuidado incumbe al que ha debido emplearlo; la prueba del caso fortuito al que lo alega”.

Por ello se rompe el nexo de causalidad con la demostración de la debida diligencia y cuidado que se debió emplear en la atención del paciente por parte del

⁸ Patiño, Héctor. *Responsabilidad Extracontractual y causales de exoneración*. Revista Derecho Privado, No. 14, 2008, Ed.: Universidad Externado de Colombia, Bogotá, 2008.



prestador, sea una institución o un profesional, circunstancia que aquí ciertamente ocurrió y que será indudablemente probada en el debate, como la Instituto Medico de Alta Tecnología IMAT fue diligente y cuidadosa y respetuosa en extremo de los derechos fundamentales del paciente, al no presentarse eventos adversos, falla médica, negligencia o impericia alguna.

Por lo consignado en la historia clínica, el paciente fue tratado con los más diligentes estándares médicos y quirúrgicos, pero por las características y entidad de su enfermedad, el fallecimiento Sr. ATANACIO JOSE HERRERA BLANQUICETH acaeció.

Estos factores de carácter biológico, aunados a posteriores circunstancias ajenas al IMAT (no suministro de medicamento ordenado) y la presunta agravación del cuadro, desencadenaron una sucesión de acontecimientos que determinaron la evolución del paciente, situaciones que no ha sido posible evitar por el IMAT.

Por lo anterior, la diligencia y cuidado empleado por la Instituto Medico de Alta Tecnología IMAT en la atención del paciente, destruye el nexo causal, desvirtúa la culpa y controvierte la responsabilidad que se pretende declarar.

En el escrito de la demanda, se quiere mostrar que hubo incumplimiento del estándar de diligencia y esa es la supuesta culpa de mi prohijada, pero por el contrario es particularmente visible como en este caso no es posible establecer el nexo de causalidad: la relación causal es el elemento que ata el fallo, un requisito necesario para la declaratoria de responsabilidad; si no se demuestra la existencia de un nexo entre el daño y la culpa, no puede hablarse de declaratoria de responsabilidad. Por ello este elemento siempre, necesariamente, debe ser probado, como al respecto se mencionó en la jurisprudencia:

“(...) con el fin de liberarlo, en lo posible, de sus dolencias; para este efecto aquel [el médico] debe emplear sus conocimientos profesionales en forma ética, con el cuidado y diligencia que se requieran, sin que, como es lógico, pueda garantizar al enfermo su curación ya que esta no siempre depende de la acción que desarrolla el galeno, pues pueden sobrevenir circunstancias negativas imposibles de prever” (sent. Cas. Civ., nov. 26/86). Entonces, la declaración de responsabilidad en la actividad médica supone la prueba de “los elementos que la estructuran, como son la culpa contractual, el daño y la relación de causalidad” (sent. Cas. Civ., jul. 12/94, Exp. 3656).

Destacase ahora que acerca del último de los requisitos aludidos, la Corte tiene



decantado que:

“ese nexo de causalidad debe ser evidente, de modo que el error del tribunal haya sido del mismo calibre, pues en esta materia tiene esa corporación discrecionalidad para ponderar el poder persuasivo que ofrecen las diversas probanzas, orientadas a esclarecer cuál de las variadas y concomitantes causas tiene jurídicamente la idoneidad o aptitud para producir el resultado dañoso.

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

En suma, en asuntos semejantes al de ahora, es aceptado que la responsabilidad médica depende del esclarecimiento de la fuerza del encadenamiento causal “entre el acto imputado al médico y el daño sufrido por el cliente. Por lo tanto, el médico no será responsable de la culpa o falta que le imputan, sino cuando estas hayan sido las determinantes del perjuicio causado. Al demandante incumbe probar esa relación de causalidad o en otros términos, debe demostrar los hechos donde se desprende aquella”⁹.

**B. CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES QUE LE CORRESPONDIAN
A LA CLINICA Y QUE SURGEN DEL CONTRATO DE SUSCRITO CON
LA EPS Y DE LA NATURALEZA DE LOS SERVICIOS QUE SE
PRESTAN EN LA INSTITUCION**

El doctor YEPES RESTREPO, tratadista de la materia claramente lo expresa en su obra LA RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA, 1993, páginas 60 y 61:

“Obligaciones de las clínicas y hospitales. Los deberes de los establecimientos hospitalarios surgen del contrato de hospitalización y de la

⁹ (G.J. t. XLIX. pág. 120). Sentencia 2000-67300 de enero 15 de 2008 Prueba de la relación de causalidad entre la conducta y el daño. Magistrado Ponente: Dr. Edgardo Villamil Portilla.



274

naturaleza de los servicios que se prestan en estas instituciones”.

Las obligaciones de la clínica son diversas y van desde el alojamiento y alimentación del enfermo hasta el suministro de drogas, pasando por la realización de exámenes y el cuidado del paciente en aras de su recuperación.

La Corte Suprema de Justicia señala sobre este aspecto que:

“Surgen para la entidad asistencial obligaciones que pertenecen a la naturaleza misma del acuerdo, que hacen parte suya en condiciones normales de contratación, tales como las de suministrar habitación y alimentos al enfermo, lo mismo que las drogas que le prescriban los facultativos, la de un debido control y la atención por parte de los médicos residentes y enfermeras del establecimiento, que para excluirlas válidamente se debería pactar en contrario con tal que no se desnaturalice el contrato. Dentro de ese mismo género de obligaciones es indispensable también incluir la llamada por la Doctrina Obligación de Seguridad en este caso seguridad personal del enfermo, que impone al centro asistencial la de tomar las medidas necesarias para que el paciente no sufra algún accidente en el curso o con ocasión del cumplimiento del contrato”. (Corte Suprema de Justicia Sala de Casación Civil s.c. 12 de Sep., 1985.)

De esta forma, la Instituto Medico de Alta Tecnología IMAT no solo cumplió con las obligaciones prestaciones propias del servicio médico, lo que se evidenció la realización de los procedimientos necesitados por el pacientesino también porque las obligaciones de seguridad del paciente fueron satisfactoriamente cumplidas en el sentido de que mi prohijada tomó todas las medidas necesarias evitando cualquier accidente o circunstancia indeseada en la vida del enfermo; así, actualmente es indiscutible como al paciente se le realizaron todos los procedimientos que estaban en las manos de los profesionales de la Instituto Medico de Alta Tecnología IMAT para tratar las enfermedades presentadas, de acuerdo como estas se fueron presentando y hasta donde le fue posible al IMAT.

Así las cosas, cuando se trata de una prestación médica, la regla general es que la obligación es de medio como lo certifica la Ciencia Médica a nivel mundial respecto de la oncología, que sigue presentando desafíos importantes sin que se garantice una eficacia del 100 % y más como se ha establecido, que para el caso que nos ocupa Carcinoma de pulmón izquierdo de célula no pequeña por adenocarcinoma infiltrante EGFR mutado estadio clínico IV por pleural y hueso y por lo tanto no puede imputarse a falta en la prestación del servicio por parte de la Clínica IMAT.



275

El Instituto Médico de Alta Tecnología IMAT cumplió en el debido momento con las obligaciones que le correspondían como anteriormente lo expresó el doctrinante, que es la obligación de la IPS. Por lo tanto, no hay responsabilidad por incumplimiento de sus obligaciones que configure falta en el servicio, cosa bien distinta, es el actuar del profesional; que se constituye en obligación de medio y no de resultado ya que a la institución únicamente le compete verificar su competencia, diligencia y conocimientos, prueba de lo anterior es que la entidad puso a disposición de los médicos todos los medios necesarios para llevar a cabo los procedimientos y además se le brindó toda la atención por el paciente necesitada, a pesar de lo cual sobrevino un evento extraño al actuar de la clínica pero que puede ocurrir en el caso de este tipo de patologías, informado al paciente, pero como se ha explicado, no ocurrió por comportamiento alguno de los profesionales de la Instituto Médico de Alta Tecnología IMAT, sino que por las enfermedades con que ingresó las condiciones propias de la anatomopatología del paciente al presentar Carcinoma de pulmón izquierdo de célula no pequeña por adenocarcinoma infiltrante EGFR mutado estadio clínico 4 por pleural y hueso, enfermedad incurable que determino su deceso.

**C. PRINCIPIO DE ASERTIVIDAD DEL ACTO MEDICO BASADO EN LA
TEORIA DEL ALEA TERAPEUTICA COMO LÍMITE DE LAS
OBLIGACIONES**

Ocupa el centro de la teoría de la responsabilidad objetiva la noción riesgo, lo que es coherente con el sustrato sociológico que nutre La sociedad y su expresión institucionalizada que es el Estado, permite, consiente y auspicia ciertas conductas (como las del arte de curar) que generan riesgo; esto es, la contingencia o proximidad de un daño.

Las permite, porque resulta imposible (y más bien absurda la pretensión) de impedir las todas, siendo que prácticamente cualquier comportamiento humano conlleva peligro. Las consiente en la medida en que los beneficios que generan son superiores a los perjuicios. Es lo mismo que decir: en la serie estadística la efectiva concreción de un daño es infrecuente y su entidad mínima.

La Medicina se puede invocar como el ejemplo ideal, pues los fracasos luctuosos o gravemente desgraciados, constituyen una proporción pequeña dentro



del universo de las prácticas que cotidianamente se realizan en todos los lugares de la Tierra con finalidad curativa. Incluso algunas actividades médicas, más comprometidas que las ordinarias, son apoyadas por entender que la finalidad que persiguen es útil y el llegar a realizarla será un progreso.

Si no fuese así, si en todos los casos se exigiese obrar estrictamente sobre seguro, ello inhibirá el avance científico. Siendo lo anterior exacto, para que la convivencia sin embargo sea armónica se hace necesario que la posibilidad de generar peligro tenga límites. La tarea de establecerlos corresponde a la misma sociedad y ella expresa sus decisiones por medio del legislador.

Para el caso particular los médicos del Instituto Médico de Alta Tecnología IMAT actuaron bajo el principio de beneficencia y de no maleficencia, puesto que ellos hicieron todo lo posible por curar a el paciente de la condición que presentaba. Por ello, no se evidencia por ningún lado en el personal médico una atención con un actuar inadecuado a los protocolos establecidos, pues reiteramos los daños se trataron de un inconveniente propio de la presentación anatomopatológica del Carcinoma de pulmón izquierdo de célula no pequeña por adenocarcinoma infiltrante EGFR mutado estadio clínico 4 por pleural y hueso; y por ello no puede hablarse de una conducta ilícita, ya que el actuar del equipo médico asistencial de la Instituto Médico de Alta Tecnología IMAT, evidenció la enfermedad y realizó los procedimientos que necesitaba con diligencia y cuidado; sin embargo no se pudieron evitar las consecuencias de dicha condición anatomopatológica, luego no puede imputárseles ese resultado a la Entidad ya que se hizo todo lo que estaba bajo las posibilidades terapéuticas (clínicas y tecnológicas).

Ahora bien, el Alea Terapéutica o riesgo terapéutico indefectiblemente hace parte del ejercicio de la medicina y más en el campo quirúrgico. Por ello es trascendente citar lo manifestado por autoridades en la materia como lo es Mónica Lucía Fernández Muñoz quien en su perspectiva basada en el derecho comparado señala:

“A partir de una reconstrucción de la experiencia francesa, donde el tema ha sido ampliamente regulado, este estudio se trata de mostrar que el concepto “alea terapéutico” es ajeno al contenido de las obligaciones médico hospitalarias, en consecuencia, no puede ser objeto de discusión en



el marco de la responsabilidad, por lo tanto, pretender que el médico o la entidad hospitalaria respondan patrimonialmente por esta clase de eventos constituye un despropósito y resulta atentatorio de los principios de justicia y equidad.

La proliferación cada vez mayor de normas y reglamentos hospitalarios, la actitud de los pacientes cada vez menos conformistas con los resultados de sus tratamientos, el aliento recibido por los últimos avances mundiales en lo relativo al surgimiento de mayores hipótesis de responsabilidad médica objetiva y los nuevos mecanismos para aligerar el peso probatorio en cabeza del demandante; la actitud del juez cada vez más laxa ante el respaldo económico de las grandes organizaciones hospitalarias puede estar constituyendo, entre muchos otros, los factores para que cada vez se reconozca con mayor facilidad la responsabilidad médica y consecuente reparación del daño; sin embargo, es preciso determinar los límites de las obligaciones de estos profesionales de la salud, pues no debemos correr el riesgo de que en los fallos condenatorios no se vislumbre de manera clara el factor de atribución de la responsabilidad (López, 2007, 229), es necesario que se tenga una clara concepción y delimitación de los deberes y obligaciones médicas, en las cuales no entra el concepto *alea terapéutica*, el cual debe quedar por fuera de las discusiones del ámbito de la responsabilidad, pues lo contrario constituiría una injusticia para el gremio médico¹⁰.

D. COMO EXCEPCIÓN SUSTITUTIVA PARA EL CASO EVENTUAL DE QUE EL SEÑOR JUEZ NO ACEPTE LAS INVOCADAS EN LOS NUMERALES ANTERIORES, PLANTEO LA INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD DE ACUERDO CON LA LEY

La excepción propuesta se fundamenta en la Ley 23 de 1981, "Por la cual se dictan normas en materia de ética médica", Art. 16 y en el Decreto reglamentario 3380 de 1981, cuyos textos son los siguientes:

LEY 23 DE 1981. "ARTICULO 16.- La responsabilidad del médico por reacciones adversas, inmediatas o tardías, producidas por efecto del tratamiento, no irá más allá del riesgo previsto. El médico advertirá de él al paciente o a sus familiares allegados."

DECRETO REGLAMENTARIO 3380 DE 1981. "ARTICULO 13.- Teniendo en cuenta que el tratamiento o procedimiento médico puede comportar efectos adversos o de carácter imprevisible, el médico no será responsable por riesgos, reacciones o resultados desfavorables, inmediatos o tardíos de

¹⁰Mónica Lucía Fernández Muñoz - Ph'DUniversidad Militar Nueva Granada



imposible o difícil previsión dentro del campo de la práctica médica al prescribir o efectuar un tratamiento o procedimiento médico."

Si los riesgos, reacciones o resultados desfavorables, inmediatos o tardíos, son de imposible o difícil previsión dentro del campo de la práctica médica el profesional, a la luz del artículo 13 del Decreto 3380 citado, no puede ser responsable de ellos el profesional o la institución. En efecto, cuando el tratamiento del Carcinoma de pulmón izquierdo de célula no pequeña por adenocarcinoma infiltrante EGFR mutado estadio clínico IV por pleural y hueso, fueron realizados por profesionales especialistas con una trayectoria científica y una pericia profesional reconocida, siendo el riesgo previsto advertido al paciente mediante el consentimiento informado y cualquier otro de imposible o difícil previsión, no resulta procedente imputar dolo al profesional, ni puede hablarse de responsabilidad patrimonial de algún tipo. Así se desprende del armonizado examen de las disposiciones legales transcritas, con el mandato del artículo 1616 del Código Civil, con fundamento en el cual se puede concluir que no existe en el presente caso responsabilidad de Indemnizar los perjuicios que los demandantes estiman les fueron causados.

El Instituto Médico de Alta Tecnología IMAT, como institución que hace parte del Sistema de Seguridad Social en Salud, para su funcionamiento debe contar con una serie de equipos que estarán en correlación directa con el nivel de complejidad declarado por la Institución; para el caso específico de la Clínica, cuenta con los equipos, profesionales, auxiliares e insumos necesarios para el cumplimiento de las obligaciones que le corresponden, con lo que se da cumplimiento a la normatividad vigente. Por ello no puede desprenderse responsabilidad por el daño alegado, porque ocurrió como un evento no predecible, dentro del campo médico un asunto específicamente ajeno a cualquier comportamiento profesional o institucional y por lo tanto lo procedente es la absolución de cualquier responsabilidad.

FUERZA MAYOR: EL HECHO DE LA NATURALEZA EN LA APARICIÓN DE LAS PATOLOGÍAS AFECTANDO A LA PACIENTE

En el presente caso puede hablarse de la presentación de la denominada fuerza mayor. Esta fuerza mayor la constituye la realización de exámenes complementarios solicitados por mi prohilada y que no se realizaron en nuestra Puesto que a pesar de los correctos cuidados prodigados y el control realizado de las diferentes variables y riesgos que afectaron el proceso de evaluación médico científico, no fue posible evitar el resultado no deseado.

Para el caso que nos ocupa la fuerza mayor la constituyó la realización de



279

exámenes complementarios solicitados por mi prohijada y que no se realizó la misma, y la evaluación de dichos resultados por parte del médico especialista en oncología quien era su médico tratante.

Los Tribunales no han dudado en darle esta forma jurídica de resolución de los conflictos presentados a la ocasión de las patologías que afectan a los pacientes y que no provienen en forma alguna de un acto prestacional.

**E. POR ÚLTIMO Y COMO EXCEPCIÓN SUSTITUTIVA PARA EL CASO
EVENTUAL QUE EL SEÑOR JUEZ NO ACEPTE LAS INVOCADAS
ANTERIORMENTE, PLANTEO LA EXCEPCIÓN INNOMINADA**

Esta excepción será declarada con fundamento en los medios de pruebas arrojados al proceso y en la medida que sirvan para probar los hechos relevantes, fundamentales o decisivos dentro del proceso y de su análisis permitan argumentar presencia de una excepción genérica o atípica debidamente probadas.

FRENTE A LAS PRUEBAS SOLICITADAS POR LA DEMANDANTE

Documentales Aportadas.

No nos oponemos a su apreciación siempre y cuando cumplan los requisitos procedimentales para su presentación y allegamiento al proceso conforme lo señalan los artículos 254, 268, 271 y demás concordantes del C.P.C. y art 10 de la ley 446 de 1998, y artículo 173 del Código General del Proceso.

**PRUEBAS DE LA DEMANDADA INSTITUTO MEDICO DE ALTA
TECNOLOGÍA IMAT**

• **Documentales mediante Oficios**

1. Solicitamos oficiar al Hospital San Jerónimo de la Ciudad de Montería, a fin de que remita copia íntegra, completa con exámenes y demás documento que la componen, de la historia clínica del paciente ATANACIO JOSE HERRERA BLANQUICETH C.C. 10.780.301, a la dirección Cr. 14 No. 22 -



280

200 de la ciudad de Montería (Córdoba).

2. Solicitamos al Señor Juez, para que, con destino a este proceso, oficie al Representante Legal de NUEVA EPS, para que allegue certificación de los aportes, copagos y cuotas moderadoras y el rango de afiliación en que se encontrabael señor ATANACIO JOSE HERRERA BLANQUICETH C.C. 10.780.301.
3. Solicitamos al Señor Juez, para que, con destino a este proceso, oficie al Representante Legal de NUEVA EPS, para que allegue todo el listado de autorizaciones y demás que se dieron al paciente que en vida se llamara señor ATANACIO JOSE HERRERA BLANQUICETH C.C. 10.780.301.

37

4. **Interrogatorio de Parte**

Solicitamos al Despacho para que ordene hora y fecha para comparecer a las siguientes personas demandantes para que respondan a interrogatorio que será aportado en el momento indicado o en el momento de la audiencia directamente, los cuales pueden ser notificados a las direcciones que aparecen en el libelo de la demanda:

CARMEN ALICIA DORIA DORIA, OBVER LUIS HERRERA DORIA,
OSCAR MANUEL HERRERA DORIA, MARIO ENRIQUE HERRERA
DORIA E INGRIS PAOLA HERRERA DORIA

Solicitamos al Despacho para que ordene hora y fecha para comparecer a las siguientes representantes legales de las demandas incluyendo mi representada, para que respondan el interrogatorio que será aportado en el momento indicado o en el momento de la audiencia directamente, los cuales pueden ser notificados a las direcciones que aparecen en el libelo de la demanda

Solicitamos al Despacho para que ordene hora y fecha para que se le de el valor probatorio, para que respondan el interrogatorio que será aportado en el momento indicado o en el momento de la audiencia directamente, los cuales pueden ser notificados a las direcciones que aparecen en el libelo de la demanda

00

00

- **Periciales**

Teniendo en cuenta lo reglado en el artículo 227 del Código General del Proceso, aportamos peritaje de un médico **PATOLOGO** y un **ONCOLOGO** en la contestación de la demanda, con fundamento en el siguiente

38

Artículo 227. Dictamen aportado por una de las partes. La parte que pretenda valerse de un dictamen pericial deberá aportarlo en la respectiva oportunidad para pedir pruebas.(...)

Es por ello que solicitamos a su Señoría nos otorgue mínimo 30 días para poder anexar dicho peritaje ya que estos especialistas son difíciles de conseguir.

En Caso de designar un perito médico **PATOLOGO** y un **ONCOLOGO** por parte del Despacho solicito este de respuesta al presente cuestionario y a las preguntas que le formularé al momento de sustentar el dictamen, junto con las que acá se enlistan

Preguntas Generales para que absuelvan los señores peritos:

- a) Que digan los peritos médicos si la medicina es o no una ciencia exacta. Se sirvan explicar el alcance de una u otra afirmación.
- b) Que digan los peritos si desde el punto de vista científico un correcto ejercicio de la medicina debe garantizar los resultados de una intervención o procedimiento. En caso negativo se sirvan indicar porque no es posible en medicina garantizar los resultados de una intervención.
- c) Que digan los peritos si el resultado del tratamiento, depende solo de los médicos que lo atienden, o si el resultado influye la respuesta individual del paciente y si esta es la misma siempre o es diferente en cada caso de acuerdo con reacciones orgánicas propias del paciente Qué es un sangrado abundante?
- d) Explique la patología conocida como Carcinoma de pulmón izquierdo de célula no pequeña por adenocarcinoma infiltrante EGFR mutado estadio clínico IV por pleural y hueso es curable.
- e) Cuál puede ser la sobrevivencia de un paciente con diagnóstico de Carcinoma de pulmón izquierdo de célula no pequeña por adenocarcinoma infiltrante EGFR mutado estadio clínico IV por pleural y hueso?

8

8

282

- f) Explique en que consiste un tratamiento paliativo?
- g) Explique qué es el Carcinoma de pulmón izquierdo de célula no pequeña por adenocarcinoma infiltrante EGFR mutado estadio clínico IV por pleural y hueso.
- h) Señale que efecto tiene el medicamento GEFITINIB en un paciente que padece de Carcinoma de pulmón izquierdo de célula no pequeña por adenocarcinoma infiltrante EGFR mutado estadio clínico IV por pleural y hueso.
- i) Indique si de la revisión de la historia clínica aportada por el IMAT, se observa negligencia, impericia o falla medica alguna, o si por el contrario el tratamiento brindado estuvo acorde a la lex artis y a los protocolos aplicables al Carcinoma de pulmón izquierdo de célula no pequeña por adenocarcinoma infiltrante EGFR mutado estadio clínico IV por pleural y hueso, para el momento de la ocurrencia de los hechos.

39

Las demás las formulare en su debida oportunidad

Documentales que se aportan

Solicito ser tenidas las documentales siguientes:

1. Certificado de existencia y representación de la Instituto Medico de Alta Tecnología IMAT.
2. Contrato existente entre la Instituto Medico de Alta Tecnología IMAT y NUEVA EPS, para el momento de los hechos.
3. Poder para actuar.
4. Historia Clínica de la atención prestada a en la Instituto Medico de Alta Tecnología IMAT.

Testimoniales

Solicito se citen los siguientes médicos que atendieron al señor ATANACIO JOSE HERRERA BLANQUICETH C.C. 10.780.301, quienes tienen conocimiento personal de los hechos de la demanda y las excepciones propuestas, todos con domicilio en la ciudad de Montería (Córdoba) Y quienes pueden ser citados en la dirección del Instituto Medico de Alta Tecnología IMAT Cra 6 N°72-34 vía cerete, ellos son:

- El Dr. DANIEL JOSE JALLER SALLEG R.M. 2430-2000.

8

9

10

- El DR. DANIEL PORTO C. identificado con la C.C. 1.067.897.943.
- El Dr. JULIO ELÍAS AGAMES ARAUJO, cirujano R.M. 23615-02,
- El Dr. CESAR MORALES SANABRIA.
- La Dra. SOL M GONZALEZ P. R.M. 23002737.
- La Dra. MARIA WILCHEZ ORTIZ R.M. 70843-2013
- El médico CESAR MORALES SANABRIA R.M. 305133.
- El Dr. MARCO ANTONIO TORREGROSA R.M.10881239
- El Dr. MANUEL GONZALEZ FERNANDEZ R.M. 78710540
- El Dr. RAFAEL COGOLLO HERNANDEZ R.M. 78019385
- El Dr. CESAR RIOS NIETO R.M 80092393
- El Dr. FERNANDO OVIEDO MARTINEZ R.M. 78749678
- El Dr. RAFAEL OVIEDO MARTINEZ R.M. 78715084

CUANTIA

La demanda no cumple con los lineamientos básicos de la estimación de perjuicios, regulados en la nueva reforma al actual Código de Procedimiento Civil. El artículo 75 del Código de Procedimiento Civil no sufrió alteraciones en su texto, en forma directa. Pero sí de manera indirecta, con la norma del artículo 10 de la Ley 1395 de 2010, que como consecuencia de la renovación del artículo 211 del Código de Procedimiento Civil, que señaló los valores que se impondrán como multa ante el ejercicio temerario de la facultad de fijar razonadamente la cuantía:

“Artículo 211. Juramento estimatorio.

()

Si la cantidad estimada excediere del treinta por ciento (30%) de la que resulte en la regulación, se condenará a quien la hizo a pagar a la otra parte una suma equivalente al diez por ciento (10%) de la diferencia”.

Ya que la demanda está excediendo astronómicamente los toques indemnizatorios establecidos por la propia Corte Suprema de Justicia¹¹, se solicita la aplicación de la sanción contenida en el artículo 211 del Código de Procedimiento Civil modificado por el artículo 10 de la ley 1395 de 2010.

¹¹ Jurisdicción Penal: 1000 smlmv, Jurisdicción Administrativa, 100 smlmv, Jurisdicción Laboral 15 millones de pesos, Jurisdicción Civil 15 millones de pesos, en: Díaz-Granados, Juan Manuel, *El Seguro de Responsabilidad*, Ed.: Universidad del Rosario, Universidad Javeriana, Bogotá, 2006.

8

9

10

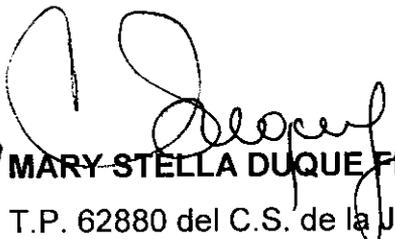
284

ANEXOS

Los enunciados en el acápite de pruebas
Poder para actuar
Copia para archivo y para el traslado.

41

Señor Juez, con todo respeto.



MARY STELLA DUQUE FERNANDEZ
T.P. 62880 del C.S. de la J.

