

Secretaria. Santiago de Cali, agosto 20 de 2020. A despacho el presente proceso para señalar fecha para continuar con la audiencia de Instrucción y Juzgamiento, teniendo en cuenta la constancia secretarial como consecuencia de la emergencia sanitaria a nivel nacional por la pandemia del COVID 19.

La secretaria,

MARIA DEL CARMEN QUINTERO CARDENAS

JUZGADO DÉCIMO CIVIL DEL CIRCUITO DE ORALIDAD

Santiago de Cali, veinte (20) de agosto de dos mil veinte (2020)

Rad. 76001310301020170012500

Encontrándose las presentes diligencias para continuar con la audiencia de Instrucción y Juzgamiento de conformidad con el artículo 373 del C.G.P., para el 18 de marzo de 2020 a las 9:00 a.m., se presentó el cierre de los despachos judiciales debido a la emergencia sanitaria a nivel nacional por la pandemia del COVID 19 y la suspensión de términos judiciales, tal y como se dispuso en la constancia de secretaria.

Ahora bien, como el término de un año de que trata el artículo 121 del C.G.P., vencía el **9 de mayo de 2020**, pero dada la suspensión de términos del 16 de marzo de 2020 hasta el 30 junio de 2020, y el levantamiento de la misma se procede a su reanudación a partir del 1º de julio de 2020 hasta el **21 de agosto de 2020**.

Igualmente, y teniendo en cuenta que la afectación por la pandemia continua, se considera pertinente PRORROGAR EL TERMINO PARA DICTAR SENTENCIA, hasta por seis (6) meses más, conforme lo prescribe el inciso 5º del artículo 121 ibidem, es decir, hasta el **21 de febrero de 2021**. Por lo que se,

RESUELVE:

Primero: PRORROGAR por una sola vez y por seis (6) meses el término dispuesto en el artículo 121 del C.G.P., esto es, hasta **21 de febrero de 2021**.

Segundo: DECRETAR las siguientes pruebas de oficio, teniendo en cuenta que no se ha cerrado la etapa probatoria, así:

1. Un nuevo dictamen a la señora AURA CECILIA VARGAS OTERO por parte de la JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DEL VALLE DEL CAUCA y para que se califique la pérdida de capacidad laboral excluyendo del mismo los siguientes diagnósticos:
 - Catarata no especificada.
 - Astigmatismo
 - Presbicia.

Y, todos aquellos que no tengan relación con el desprendimiento del vítreo posterior y el compromiso con la retina.

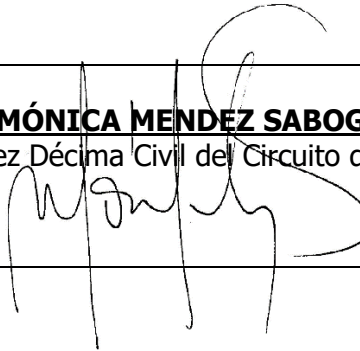
Para llevar a cabo lo anterior, se concede el término de un mes contado a partir de la fecha en que se le comunique a la entidad esta orden y se le adjuntará el dictamen emitido el 26-02-2013.

2. Una vez allegado el referido dictamen, se ordenará que la perito contadora PATRICIA OLAYA ZAMORA realice nuevo dictamen, dentro de los 10 días siguientes a la fecha en que se le ponga en conocimiento del nuevo dictamen de la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Valle del Cauca, sobre los perjuicios materiales solicitados por la parte demandante y comparezca a sustentarlo en la audiencia que se fijará para ello en este proceso, so pena de ser sancionada.
3. Ordenar al perito de CENDES Dr. FABIO RAMÍREZ ARBELAEZ que rehaga su dictamen pericial teniendo en cuenta los enunciados de cada pregunta y determinar si tienen o no soporte en la historia clínica de la señora AURA CECILIA VARGAS OTERO e igualmente que tenga en cuenta la edad al momento de los hechos de la paciente y no la edad al momento de rendir el dictamen. Esto, por cuanto el despacho considera incompletas las respuestas y equivocada la edad de la señora AURA CECILIA VARGAS emitidas en el dictamen que obra en el proceso y de junio de 2019.

Se le advierte al perito que tendrá el término de un mes contado a partir de la fecha en que reciba CENDES el comunicado por parte del despacho de esta orden

y que deberá sustentarlo vía TEAMS cuando se fije la fecha de la nueva audiencia, so pena de ser sancionado.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE.

 Libertad y Orden República de Colombia	MÓNICA MENDEZ SABOGAL Juez Décima Civil del Circuito de Cali 
---	---



UNIVERSIDAD CES
Un compromiso con la excelencia

1248

Medellín, junio de 2019

Señores

JUZGADO DECIMO CIVIL DEL CIRCUITO DE ORALIDAD DE CALI

E. S. D.

REFERENCIA: DECLARATIVO R.C MEDICA / RADICADO 2017 – 00125

DEMANDANTE: AURA CECILIA VARGAS OTERO Y OTROS

DEMANDADO: NUEVA EPS Y OTRO

ASUNTO: DICTAMEN MEDICO PERICIAL

Respetado Señor Juez,

De manera atenta rindo dictamen médico pericial solicitado en el proceso de la referencia,

PERFIL PROFESIONAL DEL PERITO

Médico Especialista en Oftalmología

Docente Valoración del Daño Corporal CES

Perito CENDES

Dirección de contacto: Calle 10 A # 22 – 04 U CES, Medellín – Antioquia

Teléfono: 444 05 55 ext. 1601 – 1352

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

- Expreso que cuento con los conocimientos necesarios, soy imparcial y no tengo impedimento alguno en la peritación que elaboro.
- Declaro que para el interesado que requiere el peritaje no he rendido dictamen pericial en el pasado.
- Se anexa los certificados de formación académica que me acreditan como idóneo para la presente evaluación pericial.
- La lista de procesos en los que he participado como perito se anexan a este peritaje.
- Declaro que los exámenes, métodos, experimentos e investigaciones efectuados son los mismos que he empleado para la rendición de dictámenes periciales a través de la Universidad CES.
- Declaro que los exámenes, métodos, experimentos e investigaciones efectuados son los mismos respecto de aquellos que utilizo en el ejercicio regular de mi profesión, indicando que una cosa es la prestación de los servicios de salud y otra, muy diferente, la elaboración de dictámenes periciales.



UNIVERSIDAD CES
Un compromiso con la excelencia

- Manifiesto que el dictamen fue elaborado con la historia clínica suministrada por la parte interesada correspondiente a la paciente AURA CECILIA VARGAS OTERO

RESUMEN DE LA HISTORIA CLÍNICA

A continuación, algunas de las anotaciones de la historia más importantes para el caso:

Marzo 11 de 2009

Evaluada por Dr. Zabala, le encuentra DVP ojo izquierdo AV 20/25 en ambos ojos no encuentra desgarros o agujeros retinales. Le explica el diagnostico, da recomendaciones y cita en 2 semanas.

Marzo 29 de 2009

Consulta a la clínica Rafael Uribe Uribe por miodesopsias. Agudeza visual OD 20/30 Ojo izquierdo 20/50. La remiten a retinólogo.

Septiembre 9 de 2009

Evaluada Dr. Diego Marin por visión borrosa por ojo izquierdo hace dos días, AV 20/40 en ambos ojos con corrección OD 20/20- OI 20/40. El remite a valoración del fondo de ojo izquierdo.

Septiembre 16 de 2009

Dr. Zabala: DVP y condensación vítrea inferior, control en tres meses.

Octubre 17 2009

Evaluada en optometría con corrección 20/25 ambos ojos.

Diciembre 21 de 2009

Dr. Zabala, Vitreo turbio, OI AV mm (movimiento de manos), Dx. Hemorragia vítrea. Ordena ecografía y valoración por retina.

Diciembre 21 2009

Ecografía: retina aplicada, no tracción.

Diciembre 22 de 2009

Dr. Medina, hemorragia vítrea en OI, se ve retina aplicada, no detalles.

Enero 8 de 2010

Dra. Bautista: en OI levantamiento de retina nasal, restos de hemorragia vítrea.

Enero 9 de 2010

Dra. Sandra Garcia: desprendimiento de retina superior, macula con líquido, hemorragia vítrea. Ordena FACO + vitrectomía.



Enero 12 de 2010

Operada de vitrectomía.

Agosto 11 2010

Angiografía del OI que muestra secuelas de obstrucción venosa rama temporal superior y edema macular.

Noviembre 16 de 2010

Edema macular del OI le ordena avastin,

CORRELACIÓN CLÍNICA Y MÉDICO LEGAL

Es el caso de una paciente de 65 años para la fecha (2009 -2010) que presentó cuadro clínico de desprendimiento de vítreo posterior en el ojo izquierdo, no complicado, diagnosticado en varias oportunidades y diferentes oftalmólogos, evoluciona con controles, presenta hemorragia vítrea sin desprendimiento de retina y sin tracción según ecografía, luego se complica con desprendimiento de retina y edema macular que podríamos atribuir también, a otra causa probable y de manera retrospectiva, por hallazgos de angiografía del 11 de agosto de 2010, a una trombosis de rama venosa que podría explicar también el desprendimiento de retina sin tracción, y el edema macular que presentó y que ante la posibilidad de ruptura de la retina, era indicación de vitrectomía. El manejo fue adecuado y oportuno. La evolución fue satisfactoria. Presentó más adelante otras entidades o complicaciones propias de la patología como edema macular y otras no relacionadas como alteraciones maculares en el ojo contralateral.

RESPUESTAS AL CUESTIONARIO PROPUESTO.

El 9 de septiembre de 2009 la paciente consulta nuevamente al servicio de URGENCIAS de la CLÍNICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI y le asignan al Dr. Diego Alberto Marín Gallón. La paciente le refiere ver destellos y moscas volantes en ojo izquierdo (síntomas repetidos por los cuales ya había consultado el 11 de marzo y que llevaron al DX: Desprendimiento de Vítreo Posterior - DVP) tal como se deja registrado en la Historia Clínica. En esta ocasión el Dr. Marín establece DX: Hipermetropía y Presbicia (lo cuales son defectos refractivos del ojo), receta lentes bifocales con filtro UV, remite a valoración del Fondo de Ojo izquierdo y da control en un año. Aunque este manejo es consistente con el DX: Hipermetropía y Presbicia, no lo es con los síntomas por los cuales consulta la paciente al servicio de urgencias y el DX previo del 11 de marzo. El Dr. Marín ignora estos síntomas y no consulto en H.C. los antecedentes previos para establecer un plan de manejo adecuado a la condición actual de la paciente, por esta razón tiene que reconsultar nuevamente por urgencias una semana después con empeoramiento de los síntomas y las consecuencias posteriores.



UNIVERSIDAD CES
Un compromiso con la excelencia

1. *¿Fue oportuno por parte del Dr. Marín diagnosticar y tratar defectos refractivos del ojo cuando en realidad la paciente acude al servicio de urgencias con síntomas repetidos de desprendimiento de vítreo posterior — DVP, los cuales requerían prioridad de atención ya que los destellos son una manifestación de posible tracción de la retina en las primeras etapas del desprendimiento de retina?*

RESPUESTA: El desprendimiento de vítreo (DVP) ocurre con la edad cuando el humor vítreo se vuelve más líquido y adquiere movilidad y se separa de forma espontánea de la retina. Esta situación se da con más frecuencia en personas mayores de 65 años. Según la literatura más del 90% de los casos no presentan complicaciones, por lo tanto, el manejo es conservador: control, instrucciones. El Dr. Marín la remite a valoración del fondo de ojo izquierdo. Considero que el manejo fue adecuado.

2. *¿Si en esta oportunidad el Dr. Marín se enfoca en el motivo de la urgencia y establece un plan de manejo consistente con desprendimiento de vítreo posterior -- DVP repetido y sus consecuencias sobre la retina (emisión de órdenes de imágenes diagnósticas y remisión a consulta con retinólogo con resultados), se habría podido intervenir oportunamente y conservar la salud visual de su ojo izquierdo?*

RESPUESTA: El desprendimiento del vítreo posterior no es repetido, se da y se continúa observando en las sucesivas consultas, como para ese momento no había opacidad en el vítreo, la retina se observaba a la oftalmoscopia por lo que no requería ayudas diagnósticas en ese momento, requería el control y se remite a control de fondo de ojo izquierdo. La gran mayoría de DVP no requieren retinólogo ni ayudas diagnósticas.

El 16 de septiembre de 2009 frente al empeoramiento de los síntomas no tratados una semana atrás, la paciente consulta nuevamente al servicio de URGENCIAS de la CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI y le asignan al Dr. John Tayron Zabala. La paciente refiere ver destellos y moscas volantes en ojo izquierdo de mayor intensidad que disminuyen la capacidad visual (síntomas repetidos agravados). En esta ocasión el Dr. Zabala establece nuevamente DX: Desprendimiento de Vítreo Posterior — DVP y condensaciones vítreas inferiores, remite a Optometría, receta gotas y cita de control en 3 meses. Por segunda vez en manos del Dr. Zabala se establece un plan de manejo conservador.

3. *¿Fue oportuno por parte del Dr. Zabala establecer nuevamente un manejo conservador cuando la paciente acude por tercera vez al servicio de urgencias y en segunda oportunidad es atendida por él con síntomas repetidos de desprendimiento de vítreo posterior — DVP que según lo referido por la paciente es posible que se esté generando tracción de la retina y que como se expuso anteriormente sucede en las primeras etapas del desprendimiento de retina?*



RESPUESTA: El manejo conservador por parte del Dr. Zabala corresponde al manejo de la afección diagnosticada, para el diagnóstico de DVP y los hallazgos al examen físico, este era el tratamiento adecuado. Nota: No debemos confundir desprendimiento vítreo con desprendimiento de retina.

4. *¿Si en esta oportunidad el Dr. Zabala establece un plan de manejo consistente con desprendimiento de vítreo posterior — DVP repetido y sus consecuencias sobre la retina (emisión de órdenes de imágenes diagnósticas y remisión a consulta con retinólogo con resultados prioritaria), se habría podido intervenir oportunamente y conservar la salud visual de su ojo izquierdo?*

RESPUESTA: El plan de manejo establecido por el Dr. Zabala y por el Dr. Marín fue el indicado para el manejo del desprendimiento vítreo posterior no complicado (más del 90% de los casos) hasta ese momento no existía evidencia de complicación que ameritara otro manejo.

5. *¿En este punto, ante el evidente empeoramiento de los síntomas que no mejoran con los manejos conservadores recetados y que al parecer sobrepasa el grado de control del Dr. Zabala, no era recomendable que remitiera el caso a Retinólogo quien tiene la capacidad de tratar con elevado nivel de éxito alteraciones graves para la visión como el desprendimiento de retina o emitir un plan de manejo para prevenirlo en caso de que la retina se encuentre vulnerable frente al desarrollo del desprendimiento de vítreo posterior?*

RESPUESTA: La remisión a retinólogo era una alternativa, pero el DVP no complicado puede ser manejado por el oftalmólogo general.

Mientras pasan los 3 meses para la nueva cita programada para el 21 de diciembre de 2009 con el Dr. John Tayron Zabala, los síntomas se agravan aún más hasta el punto en que la paciente refiere presenciar una cortina o mancha en el campo visual, con pérdida de visión del ojo izquierdo (agudeza visual: 20/MM estímulo de movimiento de manos), síntoma de Desprendimiento de retina. En esta ocasión y ante la grave ad manifiesta, el Dr. Zabala establece DX: Hemorragia Vítrea, solicita ojo izquierdo urgente y remite a valoración prioritaria por retina con resultados. La ecografía de contacto ojo izquierdo (10Mhz) realizada por el Dr. Henry Alberto Ramírez Rojas establece DX: Hemorragia vítrea ojo izquierdo y retina aplicada.

6. *¿Si el Dr. Zabala hubiese remitido a la paciente en las consultas anteriores con el Retinólogo, aunque con otras ayudas diagnósticas, se habría podido identificar anticipadamente alguna vulnerabilidad de la retina frente al desarrollo del desprendimiento de vítreo posterior, evitando la aparición de la cortina o mancha en el campo visual, con pérdida de visión del ojo izquierdo lo cual es compatible con Desprendimiento de retina?*



RESPUESTA: No hay evidencias para afirmar tal cosa, además la pérdida de la visión es por una hemorragia vítrea, no por un desprendimiento de retina necesariamente ya que hay otras causas de hemorragia vítrea como la obstrucción venosa de rama de la cual le encontraron secuelas en una angiografía de fecha 11 de agosto de 2010. También hay que recordar que la retina no estaba desprendida ni presentaba tracciones según la ecografía de fecha 21 de diciembre de 2009.

7. *¿Frente a la manifestación de la paciente de presenciar una cortina o mancha en el campo visual que genera pérdida de la visión, lo cual es compatible con desprendimiento de retina, es posible que este desprendimiento de retina no haya sido percibido en la ecografía, entendiendo que la ecografía se recomienda precisamente en casos de hemorragia densa para conocer el estado de la interfase vítreo-retina?*

RESPUESTA: Muchas afecciones oculares se manifiestan como cortina o mancha en el campo ocular, el desprendimiento de retina es una de ellas, en este caso la manifestación de la paciente es compatible con la hemorragia vítrea diagnosticada y no necesariamente se asocia con desprendimiento de retina, para hacer esta diferencia se ordena la ecografía. Aunque todos los exámenes presentan algún grado de error, debemos creer en el resultado, en este caso en particular no encuentro indicios de error en el examen.

El 22 de diciembre de 2009 la paciente fue atendida por el Dr. Jairo Medina, remitida con resultados de ecografía por el Dr. Zabala. Describe agudeza visual ojo izquierdo 20/300, se alcanza a ver retina aplicada, no ven detalles y establece DX: Hemorragia vítrea ojo izquierdo, ordena valoración con Médico Internista y cita de control con resultados.

8. *¿Frente a la sintomatología presentada compatible con Desprendimiento de Retina, aun cuando la ecografía establece retina aplicada, fue oportuno por parte del Dr. Medina remitir a la paciente a Médico Internista máxime cuando en el apartado de enfermedad actual hace referencia a paciente No diabética, No Hipertensa?*

RESPUESTA: Aunque la diabetes y la hipertensión sean las causas más frecuentes de alteraciones vasculares retinianas y hemorragias vítreas, existen otras que consideramos manifestaciones oculares de enfermedades sistémicas y la evaluación por medicina interna es una ayuda en estos casos, por ejemplo en las trombosis de rama venosa, causa a considerar en hemorragias vítreas no relacionadas con rupturas de la retina, es prudente hacer una evaluación cardio circulatoria por obstrucciones vasculares que puedan originar trombos.

9. *¿Cuál debió ser el tratamiento a efectuar por parte del Dr. Jairo Medina (Retinólogo) frente a una paciente que presenta agudeza visual 20/300 en ojo izquierdo, con Desprendimiento de Vítreo Posterior que generaba tracción de*



UNIVERSIDAD CES
Un compromiso con la excelencia

1251

la retina de manera recurrente, ahora con evolución a Hemorragia Vítrea Densa y presencia de una cocina o mancha en el campo visual, con pérdida de visión del ojo izquierdo como síntoma de Desprendimiento de retina?

RESPUESTA: Manejo conservador de la hemorragia vítrea, ecografía que ya la tenía en donde no se encuentra desprendimiento de retina y controles posteriores para detectar tracciones retinales por la organización de la hemorragia o rupturas que en ese momento no presentaba.

El 8 de enero de 2010 la paciente consulta nuevamente al servicio de URGENCIAS de la CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI atendida por la Dra. Ana Milena Bautista quien ante la gravedad presentada por la paciente la remite a valoración por urgencias al día siguiente 9 de enero de 2010 por la Dra. Sandra Myleth García Ramírez, quien describe que al haberse decantado parcialmente la hemorragia vítrea puede observarse retina superior desprendida con compromiso de la macula (macula con líquido en polo posterior), más hemorragia vítrea inferior densa en ojo izquierdo, que posiblemente la causa de la hemorragia vítrea fue un Desgarro Retinal; si la paciente no es llevada cirugía presenta riesgo de pérdida visual parcial o definitiva del ojo izquierdo. DX: Hemorragia Vítrea (izquierdo) con Desprendimiento de Retina (izquierdo) y compromiso de la macula, ordena Extracción extracapsular de cristalino por facoemulsificación SOD URGENTE y Vitrectomía con o sin inserción de silicón o gases, mas Retinopexia, mas endolaser URGENTE, sin embargo, no la interviene quirúrgicamente porque manifiesta no tener autorización de la EPS.

10. ¿Con base en lo expuesto por la Dra. García, el Desgarro Retinal se ubica entre el 21 de diciembre de 2009 y días anteriores; es posible que el desgarro retinal no tratado en ese tiempo haya evolucionado progresivamente a compromiso de macula?

RESPUESTA: No encuentro evidencia del desgarro retinal, la Dra. García escribe "posiblemente la causa de la hemorragia vítrea fue un Desgarro Retinal" (el subrayado es mío), el desprendimiento de la retina puede ser de tipo regmatogeno (desgarro) o de tipo seroso (acumulación de suero detrás de la retina por aumento de presión como en trombosis venosa) que es el descrito en la macula (edema macular) no encuentro diagnóstico de desprendimiento de la macula, sino de edema macular que se resuelve post cirugía. La hemorragia vítrea no permite diferenciar claramente estas situaciones y ante el desprendimiento de la retina está indicada la vitrectomía para hacer una limpieza del vítreo y poder visualizar la retina adecuadamente y encontrar y sellar con láser el desgarro si lo hay.

11. ¿Cuáles son las consecuencias ara la paciente frente a la NO intervención en ese momento del desprendimiento de retina con compromiso de macula?



UNIVERSIDAD CES
Un compromiso con la excelencia

RESPUESTA: Si la retina se estaba desprendiendo por un desgarro o por tracción, la no intervención llevaría a que el desprendimiento fuera total con compromiso de la macula y la visión final sería muy mala (20/200 o peor).

12. ¿Es posible que la Macula Comprometida después de un Desprendimiento de Retina y que es aplicada quirúrgicamente vuelva a permitir una visión perfecta, es más, aún mejor que la que ya tenía la paciente mucho antes de iniciar con los síntomas de desprendimiento de vítreo posterior?

RESPUESTA: No es posible, cuando la macula se desprende la visión central se compromete de manera irreversible y generalmente sería igual o peor de 20/200.

13. ¿Es posible que una persona que sufrió un desprendimiento de retina con compromiso macular presenta visión en zigzag, líneas torcidas o imágenes distorsionadas?

RESPUESTA: Estos son síntomas de edema macular de cualquier etiología, el desprendimiento de macula da pérdida de la visión central.

14. ¿A través de una Tomografía Óptica Coherente — OCT de macula es posible identificar por qué la paciente presenta visión en zigzag, líneas torcidas o imágenes distorsionadas?

RESPUESTA: Es muy probable, es un examen muy útil para diagnosticar patología macular como el edema, o la degeneración que puede dar estos síntomas.

15. ¿Existen mecanismos diagnósticos que permitan establecer la vulnerabilidad de la Retina y aplicar un tratamiento para anticiparse al Desprendimiento de Retina cuando el paciente inicia con los síntomas de desprendimiento de vítreo posterior?

RESPUESTA: El más adecuado es el examen de la retina con pupila dilatada y oftalmoscopio indirecto, también ayuda el examen con lente de tres espejos. Ambos de uso corriente en la consulta de oftalmología. Se pueden complementar con OCT cuando los medios ópticos están transparentes o la ecografía si hay opacidad.

16. ¿La fotocoagulación con láser pudo ser un tratamiento preventivo realizado de manera prioritaria, más en estos casos en los que el desprendimiento de vítreo produce tracción de la retina evitando un desgarro de la retina o el desprendimiento de la misma?

RESPUESTA: El tratamiento con láser es preventivo cuando se identifican desgarros de la retina o áreas de degeneración periférica (áreas debilitadas), no es un tratamiento indicado para el desprendimiento de vítreo posterior no complicado. En caso de detectarse tracción sobre la retina, si es significativa requiere de vitrectomía.



UNIVERSIDAD CES
Un compromiso con la excelencia

1234

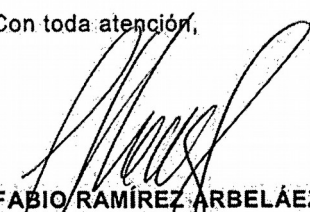
17. ¿La discapacidad establecida por la Junta Medica Regional del Valle, es consistente con la pérdida visual del ojo izquierdo de la paciente AURA CECILIA VAREAS?

RESPUESTA: No conozco el informe de la Junta Regional del Valle. Tengo un informe del 20 de mayo de 2019 en donde encuentran agudeza visual con corrección de ojo derecho 20/50 y ojo izquierdo de 20/70. Los resultados de campos visuales no son muy confiables.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Byer NE. Natural history of posterior vitreous detachment with early management as the premier line of defense against retinal detachment. *Ophthalmology*. 1994; 101:1503-14.
2. The Eye Disease Case-Control Study Group. Risk factors for idiopathic rhegmatogenous retinal detachment. *Am J Epidemiol*. 1993; 137:749-57.
3. American Academy of Ophthalmology. Policy Statement. An Ophthalmologist's Duties Concerning Postoperative Care. San Francisco, CA: American Academy of Ophthalmology; 2006.
4. Marmor MF. Mecanismos de adherencia normal de la retina. En: Ryan SJ, Wilkinson CP, Retina, vol. 3. Retina quirúrgica, 4ª edición. San Luis: Mosby; 2006.
5. Kaiser PK, Riemann CD, Sears JE et al. Desprendimiento de tracción macular y edema macular diabético asociado a tracción hialoidal posterior. *Am J Ophthalmol* 2001; 131: 44-49.
6. Thompson JT, de Bustros S, Michels RG et al. Resultados y factores pronósticos en la vitrectomía para el desprendimiento de retina rhegmatogenous de tracción diabética. *Arch Ophthalmol* 1987; 105: 503-507.
7. Marmor MF. Mecanismos de adherencia normal de la retina. En: Ryan SJ, Wilkinson CP, Retina, vol. 3. Retina quirúrgica, 4ª edición. San Luis: Mosby; 2006.
8. Kaiser PK, Riemann CD, Sears JE et al. Desprendimiento de tracción macular y edema macular diabético asociado a tracción hialoidal posterior. *Am J Ophthalmol* 2001; 131: 44-49.
9. Thompson JT, de Bustros S, Michels RG et al. Resultados y factores pronósticos en la vitrectomía para el desprendimiento de retina rhegmatogenous de tracción diabética. *Arch Ophthalmol* 1987; 105: 503-507.

Con toda atención,


FABIO RAMÍREZ ARBELÁEZ
Médico Especialista en Oftalmología
Docente Valoración del Daño Corporal U CES
Perito CENDES