



**JUZGADO SESENTA Y UNO (61) ADMINISTRATIVO DEL
CIRCUITO DE BOGOTÁ
SENTENCIA No. 12**

Bogotá D.C., treinta y uno (31) de enero de dos mil veintidós (2022)

MEDIO DE CONTROL: Reparación Directa.
RADICACIÓN: 11001334306120160030100
DEMANDANTE: Nubia Esperanza Torres Chaparro y otros
DEMANDADO: Instituto Nacional de Cancerología.
LLAMADO EN GARANTÍA: La Previsora S.A. Compañía de Seguros

1. ASUNTO

Una vez surtido el trámite procesal sin que se observe causal de nulidad que invalide lo actuado, procede esta instancia judicial a emitir sentencia en el proceso de la referencia, surtida a través del medio de control de reparación directa impetrado por Nubia Esperanza Torres Chaparro, José Miguel Chaparro, Ricardo Chaparro, Luis Eduardo Torres Chaparro, Cindy Paola Vargas Torres y María Camila Acosta Torres, en contra del Instituto Nacional de Cancerología E.S.E. por los perjuicios causados con ocasión de las presuntas fallas en que incurrió el Instituto Nacional de Cancerología E.S.E. durante la prestación del servicio médico que según se indicó generaron la muerte de María Gertrudis Chaparro Bonilla.

2. TEMA PRINCIPAL TRATADO

Responsabilidad patrimonial del Instituto Nacional de Cancerología E.S.E. por presuntas fallas en la prestación del servicio médico.

3. ANTECEDENTES

3.1. Pretensiones de la demanda

El 17 de mayo de 2016, los interesados instauraron demanda en ejercicio del medio de control de reparación directa (Fls.1 a 15 c.1 ppal.), subsanada el 8 de agosto de 2016 (Fls. 49 a 132 c.1 ppal.) con las siguientes pretensiones:

Primera. Declárase a la demanda EL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA E.S.E., administrativamente responsable de los perjuicios morales y materiales y/o cualquiera otro bien, derecho o interés legítimo constitucional que resulte acreditado y que merezca una valoración o indemnización a los demandantes, como resultado de la deficiente y equivocada intervención médica practicada en ese centro asistencial el día 11 de marzo de 2014, el cual le provocó la muerte a la señora madre y abuela de los demandantes MARIA GERTRUDIS CHAPARRO BONILLA (Q.E.P.D), verificada el día 27 de marzo de 2014, lo cual ha permanecido y permanecerá en el tiempo. Siendo una evidente consecuencia causada por las fallas claras del servicio médico y administrativo de la accionada, al haberse excedido en acciones y omisiones medicas innecesarias, peligrosas y riesgosas; falla en el diagnóstico médico; ocultamiento de la verdadera situación médica de la paciente y posteriormente no haber prestado el servicio médico en forma eficiente, oportuna y digna, toda vez que hubo mala atención médica, dilatación y falta de seguimiento adecuado de los procedimientos que se debían realizar oportunamente para salvar la vida de la señora María Gertrudis; demás fallas en el servicio de salud, causadas por el personal a servicio de la entidad demandada.

Segunda. Declárase que, a consecuencia de la lamentable muerte de la señora MARIA GERTRUDIS CHAPARRO BONILLA por la forma y circunstancias en las falleció, el grupo familiar integrado por sus hijos 1) NUBIA ESPERANZA TORRES CHAPARRO 2) JOSE MIGUEL CHAPARRO, 3) RICARDO CHAPARRO, 4) LUIS EDUARDO TORRES CHAPARRO, y sus nietas 5) CINDY PAOLA VARGAS TORRES, y 6) MARIA CAMILA ACOSTA TORRES, han padecido angustia, dolor, aflicción y quebrantados emocional, psicológicos, sentimentales y además de salud para algunos de ellos; causándoles perjuicios morales, de placer a la vida o daño a la vida en relación o alteración de las condiciones de existencia, lo cual ha permanecido y permanecerá en el tiempo.

Tercera. Que se condene a la demanda EL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA E.S.E., a pagar como indemnización a los demandantes, por los perjuicios y daños morales causados, teniendo en cuenta que la muerte inesperada y sin justa causa de la señora MARIA GERTRUDIS CHAPARRO BONILLA (q.e.p.d.), ocasionó irremediables perjuicios morales (PETITUM DOLORIS) a sus hijos y nietas, consistentes en la pena moral, el afligimiento, tristeza, impotencia, etc., que les ha producido la desaparición acelerada y de improviso de su señora madre y abuela, que era el estandarte y apoyo moral, emocional de toda la familia, toda vez que por carecer de cónyuge, siempre fue cabeza del hogar madre y padre a la vez, abuela, abuelo...

(...)

Cuarta. Como perjuicios materiales se condene a la entidad demandada a la compensación material por valor de CINCO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS (\$5.500.000), representados por gastos de tiquetes aéreos, terrestres y demás, no previstos ni esperados como consecuencia del fallecimiento de la señora MARIA GERTRUDIS CHAPARRO BONILLA (q.e.p.d.), toda vez que su nieta CINDY PAOLA VARGAS TORRES, para el 28 de marzo de 2014, tuvo que viajar de emergencia a las exequias de su señora abuela, desde la ciudad de Brisbane Australia donde se encontraba adelantando estudios desde el 18 de noviembre de 2013. Por lo anterior, las exequias se pudieron realizar hasta el 31 de marzo de 2014, lo que produjo aún mayor angustia y dolor, toda vez que su familia tuvo que dejarla en la morgue del Instituto Nacional de Cancerología desde el 27 hasta el 29 de marzo de 2014, fecha en la que se tenía certeza de la llegada al país de su nieta (En acápite de pruebas se adjuntan los soportes respectivos).

Quinta. Se adecue el monto de los perjuicios, de acuerdo con el valor adquisitivo de la moneda en la fecha de la sentencia, efectuando a la vez los incrementos respectivos (indexación) de acuerdo a la regla de tasación de éstos, distinguiendo los perjuicios debidos actualmente a los futuros, para una total valoración.

Sexta. Subsidiariamente, se liquiden los perjuicios, conforme al procedimiento señalado en los artículos 283 y 284 del código general del proceso.

Séptima. Que se condene a la aquí demandada al pago de los gastos, costas y agencias en derecho en los términos del artículo 188 del CPACA en armonía con lo dispuesto en el artículo 16 de la ley 446 de 1998 y los criterios de aplicación del artículo 199 del Decreto 2282 de 1988, esto es, las tarifas establecidas para este tipo de procesos a cuota Litis en lo atinente a las agencias en derecho y dentro de los lineamientos expuestos en la sentencia C-539 de julio 28 de 1999 de la Honorable Corte Constitucional.

Octava. Que se ordene dar cumplimiento a la sentencia, en los términos establecidos en los artículos 192, 193 y 195 del CPACA, pagando intereses moratorios comerciales a partir de la ejecutoria de la sentencia.

3.2. Hechos relevantes de la demanda:

El sustento fáctico relevante que origina el estudio del presente asunto y que se plasmó en la demanda es el siguiente:

- a) En el año 2011 María Gertrudis Chaparro Bonilla se encontraba afiliada al sistema de seguridad social en salud a través de la Nueva EPS, y en junio de ese año el médico internista que la atendió ordenó la realización de una endoscopia en la IPS "Gastro Medical".
- b) El 16 de agosto de 2011 la IPS Gastro Medical le practicó la endoscopia con obtención de biopsia a María Gertrudis Chaparro Bonilla, allí le diagnosticaron una lesión elevada a esófago medio, hernia hiatal sin signos de esofagitis y gastritis crónica multifocal y como resultado de la biopsia de determinó una displasia severa en el epitelio escamoso (lesión intraepitelial escamosa de alto grado, esofagitis crónica activa leve y no se identifica tumor invasor.
- c) Ante el diagnóstico la señora Chaparro Bonilla fue remitida para su tratamiento ante el Instituto Nacional de Cancerología, donde existía convenio con la Nueva E.P.S, no obstante, la paciente se encontraba afiliada a la póliza de hospitalización y cirugía de Coomeva, en donde le practicaron exámenes para corroborar el resultado.
- d) Fue así como el 30 de septiembre de 2011 se le practicó a María Gertrudis Chaparro Bonilla una endoscopia en la que se diagnosticó un carcinoma esofágico, probable esófago Barret y gastritis crónica corporo antral y la biopsia reveló un carcinoma escamo celular moderadamente diferenciado con componente in situ focal.
- e) El 19 de octubre de 2011 a la señora Chaparro Bonilla le realizaron una Endosonografía endoscópica de esófago que determinó como resultado lesión hipoecoica esofágica a 20 cms de las ASD, que le comprometía hasta el muscular propia T2T1, lesión a los 32 CMS de la ADS hipoecoica que comprometía las 3 primeras capas (hasta la submucosa) T1T1, adenopatía sospechosa en el área subcarinal, ganglios en conglomerado en la ventana aorta pulmonar triangulares de aspecto no tumoral.

- f) El 8 de noviembre de 2011 los médicos gastroenterólogos, tratantes de María Gertrudis Chaparro Bonilla, indicaron que la paciente padecía de carcinoma escamocelular moderadamente diferenciado con componente in situ focal en el esófago, lo cual implicaba que no era invasivo, ni metastásico, por lo cual fue remitida a radioterapia en el Instituto Nacional de Cancerología.
- g) El 22 de noviembre de 2011 le ordenaron a la paciente, 23 sesiones de radioterapia, que se llevaron a cabo entre diciembre de 2011 a enero de 2012. Los demandantes afirmaron que la historia clínica no tenía el registro de la realización de los tratamientos brindados entre diciembre de 2011 a abril de 2012, lo que va en contravía de lo dispuesto para la conservación de tales documentos.
- h) El 4 de abril de 2012 le practicaron una nueva endoscopia a María Gertrudis Chaparro Bonilla, en donde se le diagnosticó estenosis esofágica a los 18 CM, sin evidencia de lesión esofágica a los 32 CM y gastritis corporo antral, en relación a la biopsia de esófago a los 18 CM se determinó neoplasia intra epitelial escamosa no invasiva de alto grado (carcinoma escamo celular in situ); de la biopsia a los 32 CM se determinó que era negativa para malignidad, lo cual implicaba que con la radioterapia se había eliminado el tumor a los 32 CM, quedando un tumor no invasivo a los 18 CM.
- i) El 1 de junio de 2012 se realizó Junta Médica Multidisciplinaria Oncológica en la que según criterio unificado de los gastroenterólogos que participaron en ella era procedente realizar un único procedimiento, menos invasivo que consistía en realizar dilataciones mensuales en el esófago a la señora Chaparro Bonilla, a través de endoscopia con bugías de mercurio de diferentes calibres.
- j) El 13 de diciembre de 2012 le practicaron una nueva endoscopia a María Gertrudis Chaparro Bonilla, con diagnóstico de carcinoma en esófago cervical, gastritis corporo antral, en la que según indicaron la enfermedad no había progresado después de la radioterapia.
- k) El 3 de mayo de 2013 se le practicó una nueva endoscopia a la paciente, en donde se reiteró el diagnóstico de carcinoma del tercio superior del esófago, que en interpretación de los demandantes indicaba que no tenía metástasis, ni era invasivo.
- l) El 16 de mayo de 2013 le realizaron una radiografía de esófago con medio de contraste, en la que se determinó *“mediante ingesta y deglución satisfactoria del medio de contraste se obtuvo llenamiento y distensión parcial del esófago, éste con calibres y trayectos normales sin lesiones endoluminales, ni rechazos, tránsito satisfactorio hasta el duodeno. Loculación de la cúpula gástrica no se detectan lesiones endoluminales.*
- m) Afirmó que a la señora Chaparro Bonilla le realizaron tres dilataciones a través de endoscopias con bugías de mercurio, que según se reportó fueron ejecutadas de manera correcta, sin excesos. Estas fueron efectuadas el 23 de julio, 9 y 16 de agosto de 2013. Se le ejecutó una cuarta en enero de 2014, cuyos resultados no fueron entregados.
- n) En control del 23 de enero de 2014 el médico Jairo Ospina dejó recomendación en la historia clínica en la que indicó que se consideraba que, por estenosis proximal, la paciente era candidata a dilataciones

esofágicas por endoscopia, recomendó continuar con dieta líquida y dio recomendaciones de alimentación.

- o) La dilatación del 4 de febrero de 2014 fue realizada a la paciente por el médico Raúl E. Pinilla Morales, quien afirmó efectuar el procedimiento normal, sin complicaciones, ni excesos, cuyo diagnóstico era estenosis maligna esófago superior.
- p) El 11 de marzo de 2014 nuevamente fue realizada dilatación a la señora Chaparro, siendo atendida por el profesional Pinilla Morales quien en su concepto hizo caso omiso a los conceptos contenidos en la Junta Médica y la recomendación del médico Jairo Ospina, procediendo a no solo realizar el único procedimiento recomendado, sino que realizó una biopsia no necesaria, que produjo como diagnóstico carcinoma de células escamosas moderadamente diferenciado.
- q) Aducen los demandantes que con la decisión del médico Pinilla Morales, se fistuló el esófago de María Gertrudis Chaparro Bonilla, lo que posteriormente sería la causa de su anticipado fallecimiento.
- r) El 11 de marzo de 2014, según lo visualizado por la señora Nubia Esperanza Torres Chaparro hija y acompañante de la señora Chaparro Bonilla, esta última salió en mal estado del procedimiento, adolorida, escupiendo sangre, todas estas situaciones que no se presentaron en las dilataciones anteriores, circunstancia que fue puesta en conocimiento del personal médico, que en su momento manifestó que era normal.
- s) Relataron que a partir de ese momento María Gertrudis Chaparro Bonilla no podía pasar bien sus alimentos, situación que además le producía tos, manifestando una sensación de ahogamiento e igualmente notaron una variación en sus signos vitales tales como el ritmo cardiaco, oximetría y presión arterial.
- t) De esta manera afirmaron, que procedieron a consultar con dos médicos domiciliarios de ADOM red prestadora de los servicios cubiertos por la póliza de hospitalización y cirugía de COOMEVA, así como con el médico Jairo Ospina, primer médico tratante, quienes sospecharon de la ocurrencia de una fistula.
- u) El 19 de marzo de 2014 a las 7:30 am María Gertrudis Chaparro Bonilla ingresó a urgencias del Instituto Nacional de Cancerología, por sus propios medios, sin recibir atención oportuna hasta las 10:30 am, por parte de un médico que no consignó la totalidad de la información que se le brindaba y que emitió un diagnóstico errado de fistula traqueoesofágica congénita sin mención de atresia, que correspondía a recién nacido.
- v) La señora Chaparro Bonilla tuvo que permanecer 14 horas sentada en una silla y al momento de ser canalizada fue lastimada por la enfermera, quien no siguió la recomendación de hacer uso de un yelco pequeño.
- w) El 20 de marzo de 2014 le realizaron a la paciente una radiografía de las vías digestivas, precisando que hasta no conocer el resultado no le podían dar alimento, presentando además estreñimiento que debió ser tratado por su hija con un supositorio, para evitar que uno de sus divertículos se rompiera.

- x) Afirieron los demandantes, que el personal médico desde el 20 de marzo de 2014 tenía certeza de la presencia de la fistula traqueoesofágica y pese a ello nunca le informaron de ello a la familia.
- y) El 22 de marzo de 2014 se presentó como solución la colocación de un nuevo stent, sin embargo, no había médicos que realizaran el procedimiento en tal fecha, siendo de vital importancia para la paciente, igualmente carecía de servicio de nutrición la institución en la fecha, por lo cual la paciente permaneció sin alimentación alguna, situación que agravó sus condiciones.
- z) El 25 de marzo de 2014 el profesional Raúl Pinilla se comunicó con la hija de la paciente y le manifestó que la señora Chaparro Bonilla no tenía fistulado el esófago, sino que el tumor que tenía se encontraba activo y había invadido la tráquea, situación que en su concepto es un engaño a la familia.
- aa) El 25 de marzo de 2014 la señora Chaparro Bonilla presentó un derrame pleural y pese a las condiciones le ordenaron una dieta sólida y procedieron a la corrección de la historia clínica afirmando que no existía una fistula, pese a que el diagnóstico era de una neumonía aspirativa y no adquirida en comunidad.
- bb) El 26 de marzo de 2014 continuaron con la dieta sólida y le realizaron una toracentesis, sobre la cual no se determinó si realmente el tumor se había extendido o no al pulmón.
- cc) El 27 de marzo de 2014 la paciente presentó un gran deterioro vital, pese a ello no le brindaron los cuidados intensivos que requería y el médico Raúl Pinilla les informó que ya no se podía hacer más por la vida de la paciente medicamente hablando, por lo que a las 3 de la tarde de ese día la paciente falleció sin auxilio alguno.

3.3. Actuación Procesal:

- a. El 17 de mayo de 2016 fue radicada la demanda ante la Oficina de Apoyo para los Juzgados Administrativos correspondiendo por reparto a este despacho (Fls. 1 a 15 c.1).
- b. El 27 de junio de 2016 se inadmitió la demanda (Fls. 40 a 41 c.1). El 1 de agosto de 2016 se decidió no reponer el inadmisorio (fl 47 c1)
- c. El 5 de septiembre de 2016 fue admitida la demanda en contra del Instituto Nacional de Cancerología (Fls. 134 a 135 c.1).
- d. El 27 de enero de 2017 se notificó la admisión de la demanda al Instituto Nacional de Cancerología (Fls. 134 a 135 c.1 ppal.).
- e. Los traslados fueron recibidos el 17 de mayo de 2017 por la entidad demandada (Fls. 372 c.2 ppal.).
- f. La demanda fue contestada el 4 de julio de 2017 (Fls. 169 a 371 c.2 ppal.), así mismo la entidad demandada solicitó el llamamiento en garantía de Raúl Eduardo Pinilla Morales y La Previsora S.A. Compañía de Seguros (Fls. 1 a 29 c.3).

- g. El llamamiento en garantía en contra de La Previsora S.A. Compañía de Seguros S.A. surtió el trámite que se describe a continuación:

Trámite	Fecha	Folios
Se requirió a la demandada para que allegara completos los documentos del llamamiento	16 de noviembre de 2017	374 a 375 c.2 ppal.
Demandante subsanó las falencias de la solicitud de llamamiento	22 de noviembre de 2017	379 a 380 c 2 ppal.
Se aceptó el llamamiento en garantía	18 de diciembre de 2017	16 a 17 c.3 llamamiento Previsora
Notificación a La Previsora S.A. Compañía de Seguros	19 de diciembre de 2017	32 a 35 c.3 llamamiento Previsora
Recibe traslado	23 de febrero de 2018	36 c.3 llamamiento Previsora
Contesta La Previsora S.A. Compañía de Seguros	5 de marzo de 2018	37 a 63 c.3 llamamiento Previsora

- h. El llamamiento en garantía en contra de Raúl Eduardo Pinilla Morales surtió el trámite que se describe a continuación:

Trámite	Fecha	Folios
Se requirió a la demandada para que allegara completos los documentos del llamamiento	16 de noviembre de 2017	374 a 375 c.2 ppal.
Demandante subsanó las falencias de la solicitud de llamamiento	22 de noviembre de 2017	379 a 380 c 2 ppal.
Se aceptó el llamamiento en garantía	18 de diciembre de 2017	7 a 8 C.4 llamamiento Raúl
Notificación	19 de diciembre de 2017	9 a 13 C.4 llamamiento Raúl
Declara ineficacia del llamamiento en garantía	19 de junio de 2018	385 a 386 C.2 ppal.

- i. La Secretaría del despacho corrió traslado de las excepciones formuladas el 23 de octubre de 2018 (Fls. 415 c.3 ppal.), pese a ello desde el 5 de junio de 2018 la parte demandante se pronunció sobre estas (Fls. 390 a 391 c.2 ppal.).
- j. El 20 de febrero de 2019 se adelantó la audiencia inicial de que trata el artículo 180 de la Ley 1437 de 2011, donde se declaró no probada la excepción de caducidad, decisión que fue apelada y cuyo recurso fue concedido en efecto devolutivo, fijó el litigio y decretó pruebas (Fls. 431 a 442 c.3 ppal.).
- k. El 26 de marzo de 2019 el Tribunal Administrativo de Cundinamarca – Sección Tercera confirmó la decisión adoptada en la audiencia inicial del 20 de febrero de 2019 (Fls. 15 a 21 cuaderno Tribunal).
- l. El 30 de julio de 2019 se realizó la audiencia de pruebas en donde se incorporaron documentales, se rindió testimonio Marlene Novoa Celis, Martha Cecilia Álvarez Benavidez, Raúl Eduardo Pinilla Morales y Ricardo Oliveros Wilches, se prescindió de la práctica de los testimonios de Sandra Acuña Vargas, Arturo Peña Ramírez y José Miguel Chaparro, se desistió de la práctica del dictamen pericial decretado ante la ausencia de trámite para

ello y se ordenó la presentación de los alegatos de conclusión por escrito a las partes dentro del término de Ley (Fls. 528 a 537 c.3 ppal.).

m. Los alegatos se presentaron de la siguiente manera:

Parte/ Llamada en garantía	Fecha de radicación	Folios
Demandada – Instituto Nacional de Cancerología	9 de agosto de 2019	539 a 545 c.3 ppal.
Llamada en garantía – La Previsora S.A Compañía de Seguros	13 de agosto de 2019	546 a 560 c.3 ppal.
Demandante	13 de agosto de 2019	561 a 571

n. El Ministerio Público no presentó concepto en esta oportunidad.

3.4. Argumentos de las Partes

Parte demandante: Trajo a colación artículos constitucionales en torno al derecho a la vida, la salud, protección al adulto mayor y el artículo 90 relativo a la responsabilidad patrimonial del Estado.

Igualmente, hizo alusión a la normativa relacionada con la seguridad social en salud contenida en la Ley 100 de 1993, el Decreto 2174 de 1996 y el Decreto 2309 de 2002, así como los artículos 2341 y 2342 del Código Civil.

Citó extractos jurisprudenciales del Consejo de Estado relacionadas con la responsabilidad derivada de las fallas médicas.

Sumado a ello presentó normas relacionadas con el tratamiento de las personas con cáncer contenido en la Ley 1384 de 2010, así como lo pertinente a las normas de ética médica contenidas en la Ley 23 de 1981, que en su sentir fueron vulneradas por el profesional de la salud Raúl Pinilla.

Relacionó la falla en la prestación del servicio médico con el actual negligente y descuidado del médico Raúl Eduardo Pinilla Morales, quien pese a las restricciones médicas descritas por la Junta Médica decidió realizar una biopsia presuntamente inadecuada, que generó una fistula, desencadenante fundamental del fallecimiento de la paciente.

Señaló que se presentó pérdida de oportunidad de mejoría para la paciente puesto que la falta de diligencia en los procedimientos efectuados a la paciente conllevó a su prematura muerte, citando extractos jurisprudenciales relacionados con ello, así como alega una falta de diligencia en el diagnóstico médico.

Informó que de los medios de prueba aportados se desprende la relación de causalidad entre el actuar negligente del personal de la salud perteneciente al Instituto Nacional de Cancerología y el fallecimiento de la señor Chaparro Bonilla.

Parte demandada – Instituto Nacional de Cancerología E.S.E: Se opuso a las pretensiones de la demanda al carecer de fundamentos fácticos y jurídicos y al no estar demostrada la responsabilidad en los hechos, considerando que se presenta la culpa exclusiva de las víctimas en el asunto.

Precisó que de la historia clínica se desprende que la paciente fue atendida conforme a los protocolos médicos establecidos para curar su enfermedad o al menos ofrecer una mejor calidad de vida ante la enfermedad que presentaba, destacando que la paciente desde hacía tres años antes del diagnóstico presentaba síntomas y pese a ello no asistía a los controles médicos.

Afirmó que cuando se sufre de cáncer el riesgo de perder la vida aumenta por la evolución de la enfermedad, sin que sea posible sanarse del padecimiento, destacando que una situación diferente es que se logró el control de la enfermedad, lo cual depende de las condiciones fisiopatológicas del paciente y no solo del tratamiento.

Destacó que, pese a los antecedentes de cáncer de cérvix, hipotiroidismo y diabetes mellitus que presentaba la paciente, sus familiares de manera poco responsable acudieron al tratamiento con un médico particular, sumado a que señalan en los hechos de la demanda que, sin consultar al médico le colocaron un supositorio a la señora Chaparro Bonilla.

Adujo que no existe prueba alguna que permita determinar que los servicios médicos fueron negados por la entidad, concluyendo que no es culpa de la hoy demandada que la radioterapia no surtiera los efectos deseados, así como la negligencia de la familia de permitir que la enfermedad avanzara por tres años sin desarrollar los controles médicos requeridos.

Indicó que el Instituto Nacional de Cancerología ESE no cometió ninguna falla en la prestación del servicio médico, destacando la omisión en la realización de controles a la paciente.

Propuso las siguientes excepciones:

- *Caducidad de la acción incoada*, en atención a que, si el presunto actuar lesivo se produjo desde el 11 de marzo de 2014 conforme a lo narrado en los hechos de la demanda, la radicación de la demanda se produjo de manera extemporánea.
- *Inexistencia de daño antijurídico*, trajo a colación el artículo 90 de la Constitución Política, así como extractos jurisprudenciales, para determinar que la entidad atendió al paciente dentro de las posibilidades médicas existentes, refiriendo que la atención fue oportuna y acorde a los protocolos.
- *Inexigibilidad de las obligaciones de resultado*, ya que la prestación del servicio de salud comporta una obligación de medio y no de resultado, que depende de factores fisiopatológicas y mentales.
- *Incongruencia entre lo pretendido y los fundamentos de hecho y derecho relacionados*, afirmando que en tales acápites se observa un desconocimiento de los términos médicos y oncológicos.
- *Ausencia del derecho reclamado por no encontrarse nexo de causalidad*, ya que la entidad cumplió con la totalidad de las obligaciones constitucionales y legales que le asistían para la atención de la paciente, citando apartes jurisprudenciales del Consejo de Estado.

Llamada en garantía – La Previsora S.A. Compañía de Seguros: Se opuso a las pretensiones de la demanda en consideración a que el actuar de la asegurada se produjo en el marco de los protocolos existentes para tal fin.

Respecto a la demanda formuló las siguientes excepciones:

- *Diligente y adecuada prestación de los servicios de salud por parte del Instituto Nacional de Cancerología – Cumplimiento de Lex Artis y Lex Artis Ad-Hoc*, ya que la entidad prestó sus servicios con la debida diligencia y cuidado para la mejoría de la salud de la señora Chaparro Bonilla, citando,

al efecto, pronunciamientos de la Corte Suprema de Justicia, para determinar que la culpa profesional, el nexo causal y el daño deben ser debidamente demostrados.

- *Inexistencia de nexo de causalidad*, dado que el fallecimiento de María Gertrudis Chaparro Bonilla no tiene relación con la actividad desplegada por el Instituto Nacional de Cancerología.
- *Excepción susceptible de declaración oficiosa*.

En torno al llamamiento en garantía formuló las siguientes excepciones:

- *Falta de cobertura de la póliza No. 1005965, única aportada como base del llamamiento en garantía*, determinando que las coberturas de la póliza se encuentran descritas en el RCP-006-3, destacando que el asegurado no dio aviso del acontecimiento adverso durante el término de su vigencia.
- *Sujeción a las condiciones del contrato de seguro: Amparos contratados, límites y sublímites de valores asegurados, deducibles, agotamiento del valor asegurado, exclusiones, garantías, delimitación contractual del riesgo*, puesto que en el caso hipotético de determinar la responsabilidad de la entidad llamada en garantía deben tenerse en cuenta las cláusulas que contemplan las exclusiones absolutas, la suma asegurada, el sublímite por perjuicios extrapatrimoniales, disponibilidad del valor asegurado, así como las personas aseguradas y la demostración del cumplimiento de las condiciones de la aseguradas.
- *Susceptible de declaración oficiosa*.

3.5. Alegatos de conclusión y concepto del Ministerio Público

Parte demandante: Presentó sus alegatos el 13 de agosto de 2019.

Señaló que se probó las relaciones de familiaridad entre los demandantes con la señora Chaparro Bonilla, así como la afiliación de esta a la Nueva EPS y los servicios del plan complementario desde el año 2000.

Indicó que María Gertrudis Chaparro Bonilla fue atendida sin interrupción por el Instituto Nacional de Cancerología desde el 2004 hasta el 2011, por padecer cáncer de útero y posteriormente de esófago, estableciendo que pese a ello no era una paciente terminal.

Señaló que la fallecida permaneció estable de salud hasta el 11 de marzo de 2011, fecha en la que, en cita endoscópica, fue fistulado su esófago, situación por la que falleció el 27 de marzo de 2014.

Resaltó que la historia clínica no se encuentra completa, integral y clara, por no poseer los requisitos que legalmente se exigen de tal documento, situación que además hizo imposible pudiese ser aportado un dictamen pericial al respecto.

Afirmó que en la historia clínica no existe prueba de las dilataciones realizadas a María Gertrudis Chaparro Bonilla.

Citó extractos de las narraciones de los testigos para indicar que no es comprensible por qué existiendo otros tratamientos médicos diferentes a las dilataciones, que resultaban peligrosas, no se explicaron a los familiares.

Determinó que no fue la familia la que impidió la colocación del stent, sino que se debió a la ausencia de personal especializado ese fin de semana, lo cual implicó una demora y omisión, en los trámites médicos y administrativos.

Concluyó que el consentimiento informado de la endoscopia del 11 de marzo de 2014 carecía de validez médica y legal, ya que el médico se limitó a indicar que la paciente conocía los riesgos porque ya le habían realizado varias veces el mismo procedimiento, el documento no indica a que médico se le autorizó la realización del procedimiento, no tenía autorización para la realización de la dilatación y se trataba de una paciente vulnerable.

Reiteró que la historia clínica se encuentra incompleta, ya que no se encuentran las atenciones en salud prestadas a la señora Chaparro Bonilla en los años 2008 a 2010, tampoco se encuentra registro en la historia clínica que el 11 de marzo de 2014 le fue practicada una biopsia a la paciente, ni el estudio anatómico patológico y citológico del líquido pleural extraído el 26 de marzo de 2014, citando extractos normativos y jurisprudenciales relacionados con el asunto.

Parte demandada – Instituto Nacional de Cancerología E.S.E: El 9 de agosto de 2019 formuló sus alegaciones.

Afirmó que la demanda partió de supuestos de hecho que no fueron probados, destacando que la señora Chaparro Bonilla ya había sido atendida por la entidad, al recibir tratamiento para cáncer de cérvix, pero solo asistió hasta el 2008.

Destacó que en las notas medicas se puede establecer que la paciente padecía de la molestia en su esófago desde hacía 3 años, es decir, desde el 2009, y pese a ello sus familiares no la llevaron al médico.

Informó que en la Junta Médica realizada a la paciente nunca se dijo que el único procedimiento y el menos invasivo era realizar dilataciones mensuales.

Adujo que carecía de argumentación el hecho planteado por la parte demandante según el cual la historia clínica estaba incompleta, determinando que la prueba que ellos refieren fue tomada, pretendía determinar la existencia de una infección para determinar el tratamiento a seguir.

Indicó que de los testimonios presentados se pudo establecer que era claro que el carcinoma del tercio superior del esófago tenía la anotación recidiva post radioterapia, situación que daba cuenta que el cáncer persistió pese al tratamiento.

Solicitó que se diera prosperidad a las excepciones planteadas y se negaran las pretensiones de la demanda.

Llamada en garantía – La Previsora S.A. Compañía de Seguros: Allegó sus alegaciones el 13 de agosto de 2019.

Refirió que el testigo Raúl Pinilla relató ante el estrado judicial que, una vez realizada la radioterapia inicial a la paciente y por concepto de la Junta Médica, se determinó no proceder con la quimioterapia y cirugía de tumor cancerígeno de esófago, ya que presentaba múltiples comorbilidades, brindando como tratamiento una dilatación del estrechamiento del esófago para que la paciente pudiese alimentarse mejor, procedimiento que pese a realizarse por más de 5 veces, la paciente no tuvo respuesta al tratamiento.

Afirmó que no obra prueba alguna, en torno a que se produjo algún acto médico incorrecto, por el contrario, se probó que el tratamiento se ajustó a los protocolos médicos.

Reiteró la totalidad de las excepciones formuladas respecto al llamamiento en garantía.

Concepto del Ministerio Público: No conceptuó en esta oportunidad.

3.6 Pruebas obrantes en el proceso

A continuación, se hace la relación de los elementos probatorios más relevantes allegados al plenario:

3.6.1 Documentales

1. Copia auténtica registro civil de defunción de María Gertrudis Chaparro Bonilla (Fls. 22 c.1 ppal.).
2. Copia auténtica registro civil de nacimiento José Miguel Chaparro (Fls.23 c.1 ppal.).
3. Registro civil de nacimiento de Ricardo Chaparro (Fls. 24 c.1 ppal.).
4. Copia auténtica registro civil de nacimiento de Luis Eduardo Torres Chaparro (Fls. 25 c.1 ppal.).
5. Copia auténtica registro civil de nacimiento de Nubia Esperanza Torres Chaparro (Fls. 26 c.1 ppal.).
6. Copia auténtica registro civil de nacimiento de Cindy Paola Vargas Torres (Fls. 27 c.1 ppal.).
7. Copia auténtica registro civil de nacimiento de María Camila Acosta Torres (Fls. 28 c.1 ppal.).
8. Copia simple de la cédula de ciudadanía número 51.785.865 de Nubia Esperanza Torres Chaparro (Fls. 29 c.1 ppal.).
9. Copia simple de la tarjeta profesional de abogado de número 103.097 de Nubia Esperanza Torres Chaparro (Fls. 30 c.1 ppal.).
10. Copia simple de la cédula de ciudadanía número 3.181.028 de José Miguel Chaparro (Fls. 31 c.1 ppal.).
11. Copia simple de la cédula de ciudadanía número 3.181.107 de Ricardo Chaparro (Fls. 32 c.1 ppal.).
12. Copia simple de la cédula de ciudadanía número 79.232.931 de Luis Eduardo Torres Chaparro (Fls. 33 c.1 ppal.).
13. Copia simple de la cédula de ciudadanía número 1.018.417.736 de Cindy Paola Vargas Torres (Fls. 34 c.1 ppal.).
14. Copia simple de la cédula de ciudadanía número 1.015.470.326 de María Camila Acosta Torres (Fls. 35 a 36 c.1 ppal.).

15. Constancia del 4 de marzo de 2016 de naturaleza jurídica del Instituto Nacional de Cancerología expedida por el Secretario General del Ministerio de Salud y Protección Social (Fls.1 c.1 pruebas).
16. Copia simple de Historia Clínica de María Gertrudis Chaparro Bonilla del Instituto Nacional de Cancerología E.S.E. (Fls.3 a 83 c.1 pruebas).
17. Copia simple de exámenes médicos practicados la señora María Gertrudis Chaparro Bonilla del 16, 18 de agosto, 30 de septiembre, 4, 19 de octubre de 2011; 4, 11 de abril y 13 de diciembre de 2012 (Fls. 84 a 87c.1 pruebas).
18. Copia simple del oficio No. 074115 del 15 de abril de 2015 de la abogada secretaria del Tribunal de Ética Médica de Bogotá dirigido a la señora Nubia Esperanza Torres Chaparro (Fls. 90 c.1 pruebas).
19. Copia simple del oficio No. 2015EE78449 del 6 de noviembre de 2015 de la Subdirectora de Inspección y Vigilancia y Control de Servicios de Salud de la Secretaría de Salud de la Alcaldía Mayor de Bogotá dirigido a la Coordinadora del Grupo de Instrucción de la Superintendencia Nacional de Salud (Fls. 91 c.1 pruebas).
20. Copia simple de formato de solicitud de copia de historia clínica del 9 de abril de 2014 dirigida al Director del Instituto Nacional de Cancerología E.S.E. (Fls. 92 c.1 pruebas).
21. Copia simple del radicado del 4 de abril de 2014 de derecho de petición impetrado ante el Director del Instituto Nacional de Cancerología E.S.E. suscrito por Nubia Esperanza Torres Chaparro (Fls.92 vuelto c.1 pruebas).
22. Copia simple del radicado del 21 de abril de 2014 de respuesta a solicitud de historia clínica suscrito por el asesor del Director del Instituto Nacional de Cancerología E.S.E. dirigido a Nubia Esperanza Torres Chaparro (Fls.93 c.1 pruebas).
23. Copia simple comprobante único de consignación No. 133249438 del 22 de abril de 2014 (Fls. 93 vuelto c.1 pruebas).
24. Impresión de correo electrónico del 6 de junio de 2014 de Nubia E torres Chaparro para avrodriguez@cancer.gob.co y anexos (Fls. 94 a 96 c.1 pruebas).
25. Copia simple de reporte de estado de obligaciones del 22 de julio de 2014 de Libranzas Prestaya (Fls. 96 vuelto c.1 pruebas).
26. Impresión de correos electrónicos del 29 de agosto y 1 de septiembre de 2014 de Nubia E torres Chaparro para avrodriguez@cancer.gob.co y anexos y viceversa respectivamente (Fls. 97 a 100 c.1 pruebas).
27. Copia simple de certificación del 19 de febrero de 2016 de Coomeva Medicina Prepagada (Fls.101 c.1 pruebas).
28. Copia simple de la orden de salida del 27 de marzo de 2014 de María Gertrudis Chaparro Bonilla del Instituto Nacional de Cancerología (Fls.102 c.1 pruebas).

29. Copia simple formato de entrega de cadáveres del 29 de marzo de 2014 (Fls. 102 vuelto c.1 pruebas).
30. Copia simple aviso funerario de la señora María Gertrudis Chaparro Bonilla de la funeraria Los Olivos (Fls.103 c.1 pruebas).
31. Impresión de correo electrónico del 19 de febrero de 2016 de Paola Vargas Torres para nuestoch@yahoo.com.ar y anexos (Fls.104 a 105 c.1 pruebas).
32. Copia simple a color de visa de los Estados Unidos de América de la señora María Gertrudis Chaparro Bonilla (Fls.106 c.1 pruebas).
33. Copia simple de permiso especial sin fecha de la Coordinadora Gaica del Instituto Nacional de Cancerología (Fls.107 c.1 pruebas).
34. Certificación del 4 de julio de 2017 del Subdirector General de la Atención Médica y Docencia del Instituto Nacional de Cancerología E.S.E. de autenticidad de la historia clínica de María Gertrudis Chaparro Bonilla (Fls.208 c.2 ppal.).
35. Copia auténtica de la historia clínica de María Gertrudis Chaparro Bonilla del Instituto Nacional de Cancerología E.S.E. (Fls. 209 a 371 c.2 ppal.).
36. Copia simple del certificado de existencia y representación de La Previsora S.A. Compañía de Seguros (Fls. 51 a 52 c.3 llamamiento en garantía).
37. Copia simple de la póliza 1005965 de la Previsora S.A. Compañía de Seguros anexos y condiciones generales (Fls. 53 a 63 c.3 llamamiento en garantía).
38. Respuesta oficio J61-EAB-2019-00164 emitida por el Asesor Dirección General del Instituto Nacional de Cancerología (Fls. 448 a 463 c.3ppal.).
39. Respuesta emitida por el Asesor Dirección General del Instituto Nacional de Cancerología del 16 de mayo de 2019 (Fls. 483 a 484 c.3. ppal.).
40. Respuesta allegada por el Coordinador Grupo Imagenología Diagnóstica del Instituto Nacional de Cancerología E.S.E. (Fls. 519 a 521 c.3 ppal.)

3.6.2 Testimoniales

Dentro de la audiencia inicial del 1 de agosto de 2019 fue decretada la práctica de los siguientes testimonios, que tuvieron el trámite que se describe a continuación:

- *Sandra Acuña Vargas, Arturo Peña Ramírez y José Miguel Chaparro*, los cuales fueron prescindidos ante la inasistencia de los testigos a la audiencia de pruebas.
- *Raúl Eduardo Pinilla Morales*, quien dijo ser médico general egresado de la Universidad del Bosque en diciembre de 1999, especialista en cirugía general de la Universidad Javeriana egresado en el año 2005 y en gastroenterología y endoscopia digestiva egresado de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud Hospital San José en el año 2011.

Manifestó que tiene perfeccionamiento en cirugía gastrointestinal de la Universidad de Barcelona del año 2011 y de la Universidad de Chile del

año 2005.

Dijo que para la época de su testimonio era el coordinador del Servicio de Cirugía Gastrointestinal Oncológica del Instituto Nacional de Cancerología, desde hace 6 años, aclarando que antes trabajaba como especialista, en donde es de planta provisional.

Mencionó que conoce a Nubia Esperanza Torres Chaparro y Luis Eduardo Torres porque eran familiares de una paciente que estaban tratando en el Instituto Nacional de Cancerología, sobre los demás demandantes negó conocerlos.

Especificó que para la época de los hechos se desempeñaba como especialista en gastroenterología, endoscopia digestiva y cirugía general.

Se le puso de presente la historia clínica e indicó que la primera vez que atendió a la señora María Gertrudis Chaparro Bonilla fue en noviembre de 2011, indicando que consultó por problemas con la ingesta, por lo cual por medio de estudios endoscópicos se le realizó el diagnóstico de un cáncer a nivel de esófago medio, aclarando que el esófago se divide en varias secciones.

Precisó que tiene entendido que los primeros estudios de endoscopia y biopsia se le realizaron a la paciente fuera del Instituto Nacional de Cancerología, y en valoración realizada allí se documentó el diagnóstico de cáncer de sofoco, que requería manejo con radioterapia exclusiva.

Señaló que el cáncer de sofoco puede ser manejado con varios tipos de tratamiento, que son quimioterapia, radioterapia y cirugía, destacando que en el caso la paciente tenía 85 años aproximadamente, tenía diabetes mellitus, enfermedad pulmonar obstructiva crónica e hipertensión arterial, lo que la condicionaba para recibir el tratamiento estándar que sería la quimioterapia, posteriormente radioterapia seguido de cirugía, informando que esta última no se consideró por las mismas comorbilidades.

Adujo que a la paciente solo se le brindó tratamiento con radioterapia, que terminó aproximadamente en mayo de 2012, y lo que usualmente hacen después de que los pacientes se someten a ese tratamiento es una revaloración para evaluar el paso a seguir.

Informó que a la señora Chaparro Bonilla se le hizo una junta médica, y en dicha ocasión la conoció personalmente, indicando que allí se decidió que el tratamiento con radioterapia era suficientes en términos de no poder ofrecer ni quimioterapia, ni cirugía por las condiciones de la paciente, por lo cual se determinó que se brindaría tratamiento según el desarrollo de los síntomas, como lo eran dificultada para tragar, pérdida de peso o cualquier situación derivada del cáncer que padecía la paciente.

Mencionó que, en seguimiento clínico en abril de 2013, María Gertrudis Chaparro Bonilla comenzó a presentar disfagia, que consiste en la dificultad para consumir alimentos, lo cual se asociaba a la pérdida de peso que presentaba, por lo cual se realizó una valoración endoscópica que determinó que había lesiones persistentes a nivel del esófago.

Afirmó que igualmente se pudo documentar que había persistencia del cáncer, explicando que cuando hay lesiones de cáncer de sofoco, la única opción de tener curación se da con la terapia estándar, que es la

quimioterapia, la radioterapia y la cirugía, y al no concurrir las tres situaciones, no es posible demostrar curación en este tipo de pacientes.

Reiteró que a la paciente no se le podía brindar quimioterapia por las condiciones anotadas y después de la radioterapia no se ofreció cirugía ya que esta a su vez implica morbilidades que ocasiona complicaciones importantes que no se ofrecen a pacientes mayores de 80 años, ni con las enfermedades que padecía la señora Chaparro Bonilla.

Narró que al presentar una nueva lesión y desarrollo de síntomas se consideró en la junta médica que se efectuarían tratamientos por medio de endoscopia para lograr la dilatación del estrechamiento que tenía a nivel del esófago.

Determinó que los estrechamientos son de múltiples causas y en el caso concreto, era difícil demostrar si el estrechamiento era causado por el efecto de la radioterapia que se utilizó para controlar el tumor o por un aumento de la lesión tumoral, o si concurrían ambas causas.

Precisó que a la paciente se le hicieron varios procedimientos de dilataciones, recuerda que fueron aproximadamente cinco en total, entre julio de 2013 y marzo de 2014, infortunadamente con una pobre respuesta al tratamiento, queriendo decir con ello, que a pesar de que se le realizaban las dilataciones la paciente persistía con dificultad para consumir alimentos, de hecho en diciembre de 2013 se le planteó inclusive realizar una gastrostomía, que consiste en poner un tubo directamente al estómago para poder mejorar la ingesta alimentaria, pese a ello no se llevó a cabo porque ni la señora Chaparro Bonilla, ni sus familiares lo consideraron una opción adecuada.

Indicó que el 4 de febrero de 2014 él le realizó uno de los procedimientos de dilatación esofágica, que ante la persistencia de los síntomas tuvo que repetirse el 11 de marzo de 2014.

Manifestó que en el procedimiento del 11 de marzo de 2014 consideró necesario documentar si tenía o no un tumor activo en la estrechez, destacando que el procedimiento se llevó a cabo sin complicaciones durante el acto endoscópico y se le dieron las recomendaciones usuales de control ambulatorio.

Señaló que posterior a ello volvió a tener conocimiento del caso, porque la señora Chaparro Bonilla ingresó al servicio de urgencias del instituto, al haber presentado una evolución no adecuada, con síntomas de fiebre, dijo desconocer los datos de los signos vitales para ese momento, pero aclaró que fue valorada por el servicio de medicina interna, quienes consideraron que podía estar cursando una neumonía o infección pulmonar, ante el antecedente de tratamiento con radioterapia y dilataciones de forma secuencial.

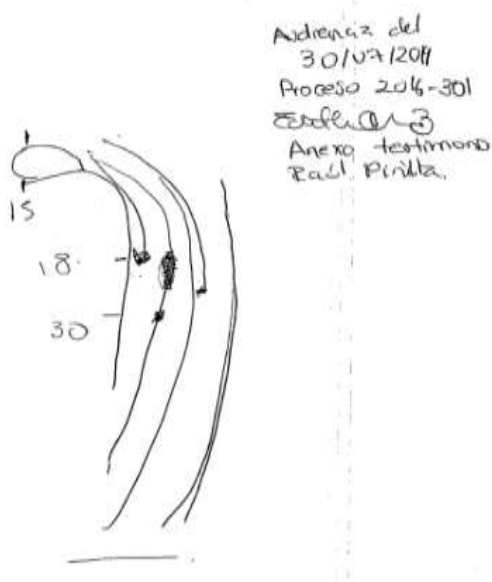
Relató que durante la hospitalización de la paciente tuvo contacto con su evolución médica, estableciendo que allí le realizaron varios estudios entre ellos, radiografías, exámenes de sangre y en conjunto con medicina interna se consideró un cuadro de neumonía con la sospecha de broncoaspiración o alguna situación relacionada con el cáncer de esófago.

Dijo que a María Gertrudis Chaparro Bonilla le realizaron un estudio radiológico de las vías altas, para determinar la estructura a nivel esofágico

por el medio de contraste, el cual en principio no demostró de forma contundente la presencia de una comunicación entre el esófago y la vía respiratoria, sin embargo destacó que ante los antecedentes se plantó durante la hospitalización la colocación de una prótesis o stent para ver si obtenían algún beneficio clínico, pero esta solución fue rechazada por la paciente, dado que previamente había tenido una intolerancia a la colocación de un dispositivo de estos.

Adujo que también tuvieron concepto de neumología, quienes evaluaron las imágenes de la radiografía de las vías digestivas y al no tener la certeza de una fistula o comunicación entre la vía digestiva y la respiratoria, propusieron realizar el examen denominado fibrobroncoscopia para evaluar de manera específica la vía respiratoria.

El testigo para explicar mejor su dicho realizó un diagrama, en el que indicó que mostraría de forma esquemática la ubicación inicial de la lesión de la señora Chaparro, de la manera en que se observa en la siguiente imagen:



Explicó que la lesión que estaba aproximadamente a los 30 centímetros, desde los dientes, pero después del tratamiento con radioterapia la lesión comenzaba más o menos a 18 centímetros, que es lo que usualmente sucede, porque los rayos de los que se utiliza la radioterapia no pueden pegar específicamente en un punto, sino que alcanzan una zona más amplia.

Señaló que para el momento de la última dilatación la dimensión de la lesión era de más o menos unos cuatro centímetros, aclarando que había evidencia de tumor versus inflamación o cicatriz desde los 18 hasta los 22 centímetros y la imagen de la radiografía de la vía digestiva tenía sospecha de buena comunicación, siendo este un término médico del cual no se puede ofrecer 100% de precisión.

Informó que el especialista en neumología, que se encarga de la situación respiratoria y de las vías respiratorias, consideró que era necesario documentar si dicha fistula existía, determinando que para eso realizó el diagrama por medio de endoscopia.

Dijo que el equipo entra por la vía digestiva y por medio de este se realiza la fibrobroncoscopia, procedimiento que no se pudo realizar en la paciente ya que presentó un deterioro y se requieren condiciones de estabilidad,

probablemente secundario al cáncer de esófago que padecía.

Mencionó que a folio 241 de la historia clínica, se documentó un ingreso al servicio de urgencias de la señora María Gertrudis Chaparro Bonilla, ya que sufría de diabetes mellitus tipo 2, allí recibió tratamiento con metformina, también padecía EPOC, cuya sigla significa enfermedad pulmonar obstructiva crónica con necesidad de oxígeno y algunos otros medicamentos inhalados como bromuro, igualmente destacó que en la historia clínica se dejó constancia de la existencia de hipertensión arterial manejada con medicamentos tomados, hipotiroidismo, que es una hormona a nivel de tiroides e hipercolesterolemia, que son niveles elevados de colesterol.

Afirmó que la paciente también tenía enfermedad ácido-péptica, informando que la diabetes o el EPOC pueden causar complicaciones, ya que no solamente la edad es una causa determinante de situaciones adversas cuando se hacen procedimientos encaminados a resolver síntomas como en el caso de la señora Chaparro Bonilla, presentándose una mayor dificultad para la resolución de dichas situaciones clínicas.

Indicó que decidió tomar la biopsia el 11 de marzo de 2014 ante la ausencia de respuesta clínica, es decir, la falta de mejoría de la paciente pese a las dilataciones realizadas, lo cual le hizo sospechar que no se trataba simplemente de la cicatriz de la radioterapia, sino que podía existir la documentación de un tumor a este nivel, teniendo en cuenta que había conocido las historias clínicas y documentos previos contenidos en el sistema del instituto.

Narró que la radioterapia podía tener efectos tardíos, queriendo de acuerdo con ello que el efecto de la radiación sobre los tejidos se puede dar de forma tardía, entonces a pesar de tener un estudio previo con una biopsia que documentaba que la paciente tenía tumor, dado que había un aumento en los síntomas a pesar del tratamiento recibido, consideró prudente documentar cuál era en ese momento la situación de la estrechez esofágica, en otras palabras, si había o no tumor activo.

Precisó que los procedimientos de dilataciones endoscópicas acarrearán riesgos, entre los cuales se encuentran la perforación, fistula traqueo esofágica o esófago, tráquea, sangrado, pero las dilataciones en ausencia de enfermedad tumoral tienen menos posibilidades de complicaciones que cuando hay presencia de enfermedad tumoral, por lo cual para él era importante determinar tal situación para definir claramente los riesgos a los que estaba sometida la paciente en cada procedimiento.

Anotó que no solamente es el tumor el que ocasiona que haya más complicaciones en los procedimientos endoscópicos, sino que también es el antecedente de la irradiación, ya que todos los procedimientos en medicina implican un riesgo.

Informó que, durante la realización de la junta médica, se consideró que la paciente no tenía una condición cancerígena superficial, sino que se encontraba comprometida toda la pared del esófago, lo que ocasionó el manejo con radioterapia.

Dijo que conoció el resultado de la biopsia, que demostró que había carcinoma escamoso celular, lo cual confirmó la sospecha de tener un tumor activo asociado a la estrechez del esófago que presentaba la señora

Chaparro Bonilla.

Definió la neoplasia o los tumores, como células vivas que crecen de forma desorganizada y pierden la posibilidad de autorregularse, por ejemplo las células de la piel por lo menos llega un punto en donde fallecen y se acaba esa pequeña célula, en los tumores por las condiciones del cáncer como tal, esos mecanismos que se encargan de parar la vida de la célula cuando está enferma o amala se pierden, cuando se hace alusión a un tumor activo, como en la estrechez y la disminución que le ocasionaba a la señora Chaparro Bonilla dificultad para tragar, pese a la radioterapia, dichas células tumorales no habían desaparecido, estaban presentes y activas.

Manifestó que él no recuerda haberle indicado a la familia que existirá metástasis, haciendo una aclaración relacionada con que los tumores en términos generales se clasifican en tres tipos exponiéndolo así:

- Según su extensión, cuando son tumores localizados es decir que se ubican solo en la zona donde nacieron o donde se generan tumores localmente avanzados.
- La segunda se relaciona con que los tumores crecen y están diseminados de forma localizada, pero ya no están solamente en la zona donde se generan.
- Los tumores metastásicos son aquellos tumores en donde las células tumorales se van hacia otras partes del cuerpo por vía sanguínea o linfática, pueden viajar a través de la circulación y posarse en el pulmón, o en la pleura o en el cerebro o en otras partes.

Realizada tal aclaración el testigo informó que de lo que recuerda de la historia clínica, la paciente no presentaba una enfermedad metastásica, sino que se trataba de una enfermedad localmente avanzada al momento del diagnóstico, con un compromiso ganglionar.

Relató que una fistula es una comunicación anormal entre dos estructuras, que en el caso concreto, la sospecha que después se documentó con el informe final de la radiografía de vías digestivas era que había una comunicación entre la vía digestiva y la vía respiratoria, como lo explicó anteriormente en el diagrama, y esta comunicación no es normal, puesto que no es normal que el esófago se comunique con la tráquea, infortunadamente en cánceres de sofoco, como el que padecía a la paciente se puede presentar esta situación de manera inicial o durante el tratamiento, explicando que de manera inicial ella no presentaba tal circunstancia según lo reportado en la primeras evaluaciones, pero infortunadamente, así como la radioterapia acaba con las células tumorales, a veces puede ocasionar una adhesión entre el esófago y la tráquea.

Destacó que las fistulas entre el esófago y la tráquea en pacientes con cáncer de esófago y la tráquea se pueden presentar por tres situaciones, (i) la persistencia tumoral, es decir tener una enfermedad activa hace que se pueda presentar la comunicación, (ii) la radioterapia es un factor de riesgo para desarrollar fistulas y (iii) las dilataciones esofágicas las contemplan como parte de sus complicaciones.

Adujo que a la paciente se le realizaron cinco procedimientos de

dilataciones y él personalmente estuvo en dos, en los que usualmente el consentimiento era informado de manera verbal, siempre explicaron que las endoscopias no son procedimientos comunes y corrientes, ya que el porcentaje de complicación de una endoscopia es del 0,5%, de una endoscopia con dilataciones para enfermedad sin tumor puede ser el 1 o 2%, el porcentaje de complicaciones tipo perforación en un paciente que tiene tumor puede ser del 7% y el porcentaje de un paciente que tiene tumor y radioterapia previa puede llegar a ser más del 10%, por ello se realiza un consentimiento informado en el que se estipula que la perforación es uno de los riesgos que conlleva este tipo de procedimientos.

Dijo que ha realizado búsquedas de literatura para establecer si hay o no riesgos asociados a las biopsias en conjunto con las dilataciones y no encontró ningún tipo de documento en el que se sostenga que puedan existir perforaciones por la realización de la biopsia, manifestando que encontró un estudio de los años 80, en el que se determinó que hacer biopsias en el contexto de estrecheces no aumenta el riesgo de complicaciones de los procedimientos, ya que no hay evidencia científica que diga que la realización de una biopsia es la causante de una perforación o fistula.

Aclaró que el concepto de paciente terminal no es utilizado en el Instituto Nacional de Cancerología, de hecho en la comunidad médica decir que un paciente tiene un estado terminal no se hace de forma rutinaria, si bien señaló que la paciente era una persona de avanzada edad, que tenía enfermedades asociadas al cáncer que padecía, pues el ejercicio se encaminaba a controlarle los síntomas que pudieran representar un riesgo para la paciente específicamente, pero en ningún momento de su declaración indicó que la paciente era terminal.

Indicó que el estudio endoscópico se hace en el contexto de enfermedades que ocasionan estrechez, explicando que el aparato entre y él evalúa una estructura tubular, como cuando se mira a través de un tubo de PVC, si el tubo está libre, la evaluación puede ser completa, pero cuando hay estrechez no hay forma de descartar una fistula, porque para él es imposible saber si en el estudio endoscópico, en esa estrechez y esa doble iteración de la luz pueda albergarse una fistula, concluyendo que él en su estudio no vio la fístula pero tampoco pudo haberla notado por las condiciones señaladas.

Mencionó que la Unidad de Endoscopia del Instituto Nacional de Cancerología cuentan con bujías de Gulliard, sobre las cuales dijo no tener claro cuál es la marca, pero la denominación de los instrumentos con los que realizan las dilataciones es con bujías, sin recordar el calibre del material utilizado, pero se dirigió al folio 25 de la historia clínica en donde indica que la dilatación se realizó en la bujía No. 14.

Adujo que él conocía los procedimientos de dilatación realizados por el doctor Ospina.

Afirmó que el calibre de las bujías con que se dilata puede incidir en que se pueda perforar o fistular el esófago.

Explicó que usualmente se hacen las dilataciones de manera progresiva como consta en la primera dilatación se realizó con un calibre 11, luego 12,8 y 14 como lo estipulan los distintos documentos que hablan de guías de dilatación, es criterio es basado en la respuesta clínica del paciente, es

decir, si tiene una respuesta del paciente con un número específico de bujías seguramente no hay necesidad de aumentar, pero si tiene una inadecuada respuesta dada por la persistencia de la dificultad para la ingesta de alimentos, usualmente se va aumentando el calibre de la dilatación.

Indicó que en el informe no consta de a mucho la realización de la biopsia, pero él cree que con el consentimiento de ese procedimiento se estableció la posibilidad de realización de biopsia y el testigo procedió a buscar el reporte de la patología.

Manifestó que, conforme al protocolo de la unidad, siempre el personal auxiliar de enfermería revisa a los pacientes antes de salir del cubículo de endoscopia, atreviéndose a decir que es usual que después de las dilataciones haya restos sanguíneos que puedan ser expulsados por el paciente, sado que es un procedimiento que lo que hace es abrir camino en una zona que está estrecha, siendo este un hallazgo que usualmente lo hace el personal de enfermería.

Dio lectura al examen del 20 de marzo de 2014, indicando que la conclusión era que había compromiso neoclásico del esófago torácico en el tercio proximal con fistula traqueorragia secundaria.

Informó que a folio 26 de la historia clínica consta el informe de resultado de patología, estudio de coloración básica en biopsia, la fecha de recibo dice 11 de marzo de 2014 fue recibido y allí informan que hay carcinoma de células escamosas moderadamente diferenciadas, lo cual quería decir que había tumor activo asociado a la estrechez el día de la última dilatación.

- *Ricardo Oliveros Wilches*, quien dijo ser médico cirujano egresado de la Universidad Nacional de Colombia en 1982, especialista en cirugía general egresado de la Universidad Javeriana en 1984, cirujano gastrointestinal y endoscopista digestivo egresado de ambas en la Universidad Javeriana en el año 1988.

Afirmó que para el momento de su declaración llevaba una semana de pensionado.

Negó conocer a los demandantes y dijo haber trabajado por 30 años en el Instituto Nacional de Cancerología, durante los años 2011 al 2013 era médico especialista del servicio de gastroenterología y su último cargo allí fue el de coordinador del grupo de gastroenterología y endoscopia.

Indicó que no tenía muy claro si había atendido a la señora Chaparro Bonilla, pero que recuerda haber estado en las valoraciones realizadas en las juntas respecto a la paciente.

Mencionó que por la historia clínica recuerda que se trataba de una paciente de 84 años, hipertensa, diabética, que desarrolló cáncer de esófago diagnosticado y localizado en el esófago, a 30 centímetros de distancia de los labios al sitio donde se ubicaba en el esófago.

Dijo que probablemente por la edad de la paciente, recibió como tratamiento primario y exclusivo la radioterapia, pese a ello volvió a presentar el cuadro de molestias para la deglución, lo cual hace presumir que probablemente la enfermedad persistía y la paciente fue manejada

posteriormente con algunas dilataciones, es decir, tratar de lograr que el esófago pudiera tener el calibre para que pudiese comer.

Adujo que entendió que a la paciente se le colocó un stent en un momento determinado, pero ya la localización de la enfermedad estaba a los 18 centímetros, lo que hace muy difícil la localización o la utilidad del stent, porque esa porción del esófago es una porción voluntaria y la paciente generalmente mantiene la sensación de cuerpo extraño en la garganta y no puede impulsar el alimento, entonces eso hace que los stent en la parte proximal del esófago no tengan buena funcionalidad, porque el paciente siempre tiene la sensación de tener un bocado o cuerpo extraño, así como existe el riesgo de expirar.

Manifestó que en alguna junta que aparece en la historia clínica donde él participó, recuerda que había una nota en la que se decidió que la paciente no era candidata para la colocación de un stent y se trató de manejar desde el punto de vista de observación y definir de acuerdo con su evolución que se requería la probabilidad de hacer dilataciones en el esófago para que pudiera alimentarse.

Señaló que recuerda que en la historia clínica una vez que se le estaban realizando los procedimientos, en algún momento se le propuso a la paciente por la ubicación del tumor y para evitar tantos episodios de dilatación, la colocación de una sonda en el estómago, es decir, una gastrostomía endoscópica, ya que si bien se altera la calidad de vida de la paciente porque la comida no va por la boca sino por una sonda para que llegue a la luz del estómago.

Dijo que recordaba que a la paciente se le retiró el stent de manera extrahospitalaria y en algún momento la paciente nuevamente necesitó endoscopia, refiriendo que la historia clínica reporta que una vez realizada la dilatación a la paciente le tocó consultar más o menos a los ocho días por un cuadro con dificultad respiratoria, sospechando de la ocurrencia de una fistula o perforación, realizaron algunos estudios de las vías digestivas, se le dio medio de contraste, pero los exámenes eran muy difíciles de interpretar porque la lesión esofágica estaba muy alta, cerca de la laringe.

De lo anterior, indicó que ahí se pregunta el médico si el paciente está fistulado o es que regurgita la comida, lo cual es fue difícil de interpretar, pese a ello la paciente desarrollo un problema respiratorio, con necesidad de hacerle una punción pulmonar y sus condiciones se deterioran hasta que fallece.

Relató que días antes de su fallecimiento se realizó valoración por neumología, pero en el concepto del profesional la paciente no estaba en condiciones médicas para que se le realizar una fibrobroncoscopia para determinar si había o no la fistula.

Refirió que, en términos generales, cuando se dilata al paciente existe el riesgo de que se pueda perforar, por eso el profesional debe tener ciertas habilidades para hacer el procedimiento, pero cuando es un paciente con una edad avanzada, con cáncer de esófago y ha recibido radioterapia, dependiendo de la zona de la estenosis, la longitud de la estenosis, si es más proximal, como el caso de la paciente, pues existe un poco más de dificultad en la realización de los procedimientos.

Mencionó que cuando se les enseña a los estudiantes, se explica que hay una regla que se llama regla del tres, que consiste en tratar de lograr el calibre de la dilatación con una bujías que se llaman 7, 9, 11, 12, 14, entonces debe tratar de lograr que nunca pase de siembre hacer más de tres, o sea que pase 5, la 7 y la 9 por ejemplo, nunca se pasa de la 5 a 9, sino que se realiza progresivamente.

Adujo que en algunos pacientes se trata de hacer solamente las dilataciones en dos y no de tres, sino de 2 niveles, 5 y 7, 7 y 9, 9 y 11, porque el mayor riesgo de perforar existe cuando el paciente está irradiado y tiene un tumor.

Refirió que el hecho de tener varias sesiones de dilatación conlleva mayor riesgo de perforación, ya que cada vez que uno dilata un esófago y logra el calibre se vuelve fibroso y puede que se cierre, entonces se presenta un mayor riesgo de complicación a medida que se aumenta el número de sesiones de dilatación.

Manifestó que la indicación de realizar radioterapia a la señora Chaparro Bonilla era fundamentalmente paliar la disfagia, sea que se controle el tumor y que pueda comer, el cual generalmente es un objetivo temporal, no es definitivo, se puede lograr alrededor de un año o dos para que se vea una mejoría sintomática, pero casi que la mayoría que reciben radioterapia como tratamiento exclusivo para el manejo de cáncer de esófago terminan con enfermedad persistente, o sea nuevamente presentan la misma sintomatología, pues la radioterapia también tiene como consecuencia que altera la irrigación de los tejidos, es decir, el esófago se vuelve más fibroso y los tejidos vecinos también tienen alguna alteración desde el punto de vista porque reciben radioterapia, por lo cual los tejidos vecinos generalmente, el corazón, la tráquea, los pulmones se ven afectados.

Afirmó que la mayoría de los pacientes que tienen cáncer de esófago a veces mueren por no poder comer, por complicaciones asociadas a la localización o a la vecindad de los órganos, es decir el tumor por vecindad se mete o se involucra con la aorta y entonces el paciente puede hacer una hemorragia, puede hacer una fistula en la tráquea o con algún bronquio, o con algún cuerpo vertebral.

Definió la fibrosis como tejido que se hace más duro al momento de la dilatación, entonces se puede fracturar o lacerar, es decir, el tejido normalmente es una estructura elástica, cuando el paciente recibe radioterapia, este se vuelve fibroso, más digamos, de aspecto acartonado, y eso hace que tenga riesgo las dilataciones para una paciente de edad.

Indicó que la regla que se utiliza en los pacientes es la de tres, es decir que no pase de más de tres niveles cada dilatación, tratando que en pacientes irradiados sea una regla de dos, ya que se corre el riesgo de que la bujía es muy grade de pronto se fractura el tumor o se fisura el esófago, determinando que si se logra un mayor calibre depende del procedimiento, si va teniendo resistencia, dureza o dificultado.

Dijo que en el caso concreto de la paciente se necesitaba seguir la regla de tres, posteriormente ir mirando durante el procedimiento, si se logra un mayor calibre o no, en ocasiones dicho procedimiento se realiza con sedación ya que el paciente puede experimentar dolor, entonces lo que determina el mayor calibre es la resistencia o la finura con la que se está

realizando el procedimiento, técnicamente la dificultad para pasar, es lo que determina si se logra tener un mayor calibre en la bujía o solamente limitarse a que el paciente pueda comer con dieta líquida.

Informó que casi siempre los pacientes terminan disminuyendo la luz, por lo que dura más o menos un mes el resultado, entonces se cita a los pacientes para dilataciones a las cuatro o a las seis semanas, a menor que el paciente amerite ser citado antes, pero lo más prudencial es a las cuatro o seis semanas, lo que muchas veces se ve es que el paciente llega antes.

Mencionó que efectivamente el calibre de la bujía puede tener que ver con el fenómeno de lacerar o desgarrar el tumor, pero eso se da al momento de estar haciendo el procedimiento, porque siempre se pretende que si se logra el mayor calibre el paciente va tener una mejor condición después de la dilatación para poder comer, entonces si pasa una bujía 7 por ejemplo y encuentra mucha resistencia se pasa a la nueve, si se encuentra mucha resistencia pues se va a la once, y se observa que pasa con alguna facilidad, pues puede lograr hacer mayor calibre, eso lo determina la evolución del procedimiento.

Adujo que, si está tratando a una paciente, que tiene un tumor y la paciente tiene complicaciones inmediatamente o después del procedimiento, se asume que probablemente puede estar asociado al fenómeno de la dilatación, ese es un riesgo, puede ser la explicación, pero muchos pacientes pueden llegar con el tumor y con la fistula, porque el mismo tumor se encarga de establecer la fístula.

Reiteró que el tumor crece por vecindad y el esófago como en un tejido que se llama mediastino posterior, tiene en la parte posterior los cuerpos vertebrales, en un lado está la aorta y en la parte anterior está la tráquea y por los lados, en alguna localización está el bronco izquierdo, por ello muchas veces el tumor con el solo crecimiento puede fistularse sin que tenga que ver la dilatación.

Dijo que generalmente cuando no dilata el paciente casi que uno inmediatamente empieza a sospechar, porque presenta dolor, dificultad respiratoria y sangra, todo inmediatamente después del procedimiento, aunque sobre el sangrado aclaró que no siempre es un indicador de fistula, ya que como la dilatación hace que se desgarre la mucosa pues el paciente puede presentar sangrado, pero si es un sangrado que perdura de 8 a tres días, aunque los tumores también afectan estructuras vasculares que pueden tener el mismo desarrollo.

Informó que la colocación del stent tiene un propósito muy importante, y se relaciona con que a la paciente se le pone para la disminución de la estenosis o la disminución del calibre del esófago, entonces hace que la paciente pueda comer sin que la estén dilatando periódicamente, lo que implica una mejoría en la calidad de vida de la paciente, que no tenga que someterse a las dilataciones y así como sus condiciones generales.

Narró que cuando se tiene la complicación de tener sospecha de fístula, existe la propuesta para solucionarlo y es la colocación del stent, sin embargo, revisando la historia clínica de la paciente se tiene que ya le habían puesto un stent y se lo habían retirado, y en segundo término entendió del mentado documento que la señora Chaparro Bonilla no aceptaba la colocación del stent y tercero porque el problema era que quedaba muy alto, cerca al cricofaringeo que es donde se inicia el esófago,

entonces se puede sellar la fístula, pero el paciente queda con la sensación de cuerpo extraño en la garganta y en la saliva, igualmente en ocasiones la puede bronco aspirar.

Mencionó que en los trayectos altos o fistulas altas, a veces hay que manejarlas médicamente si se drenan al esófago, pero si se drenan al tórax la complicación es más grave, y ahí se debe tomar la decisión, si se opera o no a la paciente, considerando que es una persona de edad, pero la solución más viable era la colocación del stent.

Indicó que si bien puede asegurar que el stent le hubiese controlado el problema de la fistula, no puede indicar que le hubiera salvado la vida a la paciente.

Señaló que entiendo por la historia clínica que las condiciones de la paciente no eran las más adecuadas para colocar el stent porque la paciente ya tenía un problema respiratorio asociado, se estaba sospechando de una neumonía, ya que aspira se pasa saliva al árbol bronquial y produce una infección.

Precisó que, de las condiciones descritas en la historia clínica, la paciente se deterioró notablemente, tuvo muchas complicaciones, la neumonía, la dificultad respiratoria, lo que no permitía que se le realizara tantos procedimientos, inclusive neumología no pudo realizar la fibrobroncoscopia.

Definió la fistula traqueoesofágica como la comunicación que se establece entre el esófago y la tráquea, entonces eso significa desde el punto de vista funcional que parte de la saliva o de la comida pueda pasar a la vía aérea, a la tráquea por donde uno respira, ese trayecto fistuloso puede ser grande dependiendo del tamaño, pero generalmente el hecho de que pase la comida o la saliva al árbol traqueo bronquial permite que se sobre infecte y que tenga algún grado de compromiso pulmonar y que se deteriore la función pulmonar.

Relató que en el caso de la señora Chaparro Bonilla como la lesión era tan alta también existía la posibilidad de que pudiera estar bronco aspirando, ya que la comida no le pasaba o la saliva no le pudiera deglutir y también se le podía ir al árbol bronquial.

- *Marlene Novoa Celis*, quien manifestó ser amiga de Nubia Esperanza Torres Chaparro desde hace 45 años, identificó a José Miguel Chaparro, Ricardo Chaparro y Luis Eduardo Torres Chaparro como hermanos de la primera y a Cindy Paola Vargas y María Camila Acosta como hijas de la misma demandante.

Negó tener relación con la parte demandada y la llamada en garantía.

Afirmó que para el año 2014 ella vivía en Bogotá y trabajaba en el Banco Popular.

Refirió que supo que en marzo de 2014 intervinieron a la señora Chaparro Bonilla y con ocasión de ello tuvieron que internarla en el Instituto Nacional de Cancerología, estableciendo que la paciente fue internada y ella fue a visitarla al mentado ente hospitalario el 22 de marzo del mismo año junto con su hermana, su mamá y el pastor de la iglesia.

Indicó que cuando ingresó a visitar a María Gertrudis Chaparro Bonilla ella

estaba bien, estuvieron cantando y orando por su salud, posterior a eso supo que paciente continuó hospitalizada hasta su deceso.

Manifestó que para el 2014 la señora Chaparro Bonilla vivía con su hija Nubia Esperanza Torres Chaparro y sus nietas Cindy Paola Vargas Torres y María Camila Acosta Torres.

Adujo que conoció a María Gertrudis Chaparro Bonilla cuando tenía ocho años, ya que llegó a vivir en la misma casa con su familia, formando una relación de amistad muy cercana.

Dijo que la señora Chaparro Bonilla le manifestó que estaba bien de salud, que le estaban haciendo exámenes, pero siempre la vio lúcida y le gustaba compartir ritos religiosos con ella, recordando que el día que la visitó ella estaba contenta, cantaron y oraron, por lo que estaba muy animada.

Negó haber escuchado que María Gertrudis Chaparro Bonilla fuera una paciente terminal.

Precisó que la relación entre María Gertrudis Chaparro Bonilla y sus hijos y nietos era muy cercana, luchó sola por sus hijos y ayudó a criar a sus nietas.

Recordó que Nubia Esperanza Torres Chaparro tenía afiliada a su mamá a la EPS, aclarando que la señora Chaparro Bonilla tenía una buena calidad de vida y disfrutaba de paseos familiares.

Mencionó que la muerte de María Gertrudis Chaparro Bonilla fue muy traumática para su familia, destacando la afectación de Luis Eduardo Torres Chaparro quien compartía la habitación con su mamá.

Refirió que Nubia Esperanza Torres Chaparro también trabajaba con ella en el Banco Popular para el 2014.

- *Martha Cecilia Álvarez Benavidez*, dijo haber sido la jefe de Nubia Esperanza Torres Chaparro entre los años 2005 a 2016, pero la conocía desde antes.

Declaró que no conoce a José Miguel Chaparro, que sabe que Ricardo Chaparro es hermano de la señora Torres Chaparro, pero no lo conoce, que conoce a Luis Eduardo Torres Chaparro como hermano de esta y a las hijas de esta Cindy Paola Vargas Torres y María Camila Acosta Torres.

Negó tener relación alguna con la demandada y la llamada en garantía.

Indicó que Nubia Esperanza Torres Chaparro se vio muy afectada por la muerte de su mamá, ya que era muy apegada y siempre estuvo con ella.

Afirmó que como jefe de la señora Torres Chaparro pudo ver la afectación física y moral que esta padeció por el fallecimiento de la señora Chaparro Bonilla.

Manifestó que también fue testigo de la afectación padecida por Luis Eduardo Torres Chaparro, María Camila Acosta Torres y Cindy Paola Vargas Torres, ya que ella se comunicaba con ellos.

Dijo que conoció a la señora Chaparro Bonilla, quien gozaba de buena

salud, ella compartía con ellos comidas, y que nunca tuvo conocimiento que fuera una paciente terminal, de lo que le comentaba Nubia Esperanza Torres Chaparro.

Refirió que cree que el 19 de marzo de 2014 a María Gertrudis Chaparro Bonilla tuvo que ser hospitalizada en el Instituto Nacional de Cancerología, en donde cree que le hicieron un procedimiento denominado dilatación, afirmando que ese día la llamó la señora Torres Chaparro para informarle que necesitaba estar con su mamá porque había salido muy mal del procedimiento y le tocó llevarle la póliza de hospitalización, y le recomendaron llevarla nuevamente por urgencias.

Recordó que desde el 2011 la señora Chaparro Bonilla tenía cáncer de esófago y que por ello le realizaban controles médicos, que le brindaban tratamiento en el Instituto Nacional de Cancerología porque Nubia Esperanza Torres Chaparro le pedía permiso para eso.

Mencionó que el problema que el gasto que evidenció en que le tocó incurrir a Nubia Esperanza Torres Chaparro por el fallecimiento de su mamá, fue que tuvo que traer a su hija Cindy Paola Vargas Torres quien para ese momento estaba estudiando en Australia, conociendo de esto porque ella tuvo que prestarle su tarjeta para ello.

Preció que María Gertrudis Chaparro Bonilla vivía para el 2014 con su hijo Luis Eduardo Torres Chaparro, su hija Nubia Esperanza Torres Chaparro y sus nietas Cindy Paola Vargas Torres y María Camila Acosta Torres, en el Barrio Modelo, siendo la casa de la señora Torres Chaparro.

3.6.3 Dictamen pericial

Dentro de la audiencia inicial del 20 de febrero de 2019 fue decretada la práctica de dictamen pericial por un médico oncólogo o auditor médico, no obstante, en la audiencia de pruebas del 30 de julio de 2019, se desistió de la práctica ante la ausencia de trámite del medio de prueba.

4. CONSIDERACIONES

4.1. PRESUPUESTOS PROCESALES

4.1.1 Legitimación en la Causa

a. Legitimación en la causa por activa:

- Nubia Esperanza Torres Chaparro, José Miguel Chaparro, Ricardo Chaparro y Luis Eduardo Torres Chaparro se encuentran legitimados en la causa por activa al ser los hijos de María Gertrudis Chaparro Bonilla (Fls. 23 a 26 c.1 ppal.).
- Cindy Paola Vargas Torres y María Camila Acosta Torres se encuentran legitimadas en la causa por activa al ser las nietas de María Gertrudis Chaparro Bonilla (Fls. 26 a 28 c.1 ppal.).

b. Legitimación en la causa por pasiva:

Es necesario precisar que dentro del presente proceso se discute la responsabilidad del Instituto Nacional de Cancerología por el fallecimiento de María

Gertrudis Chaparro Bonilla a quien, según indican los demandantes, no le prestaron correctamente el servicio médico.

Inicialmente se debe establecer que Instituto Nacional de Cancerología es una empresa social del estado, ello conforme lo indica el artículo 1º del Decreto 5017 de 2009 “*Por el cual se aprueba la modificación de la estructura del Instituto Nacional de Cancerología – Empresa Social del Estado*”, dicho acuerdo dentro del artículo 2, preceptuó como funciones las siguientes:

“Artículo 2º.- Funciones. El Instituto Nacional de Cancerología – Empresa Social del Estado – para el desarrollo de su objeto cumplirá las siguientes funciones:

(...)

7. Prestar asistencia integral, hospitalaria y ambulatoria; de referencia y contrarreferencia, a pacientes con enfermedades neoplásicas y relacionadas en el marco de los convenio y contratos establecidos para el efecto. (...)”

De esta manera, se puede concluir que el Instituto Nacional de Cancerología tiene a su cargo la prestación de los servicios de salud, y justo bajo el ejercicio de esa función, es que se encuentra relacionado a los hechos objeto de la presente demanda, por lo cual está legitimado en la causa por pasiva.

4.1.2 Caducidad del medio de control

Se estará a lo dispuesto en la audiencia inicial del 20 de febrero de 2019.

4.2. ANÁLISIS DE LA RESPONSABILIDAD EN EL CASO CONCRETO

4.2.1. Problema Jurídico

Se fijó en la audiencia inicial el siguiente problema jurídico: Con fundamento en el caudal probatorio, establecer la responsabilidad patrimonial de la demandada Instituto Nacional de Cancerología E.S.E. por los alegados perjuicios ocasionados presuntamente a los demandantes por la presunta falla en el servicio de la atención médica a la señora María Gertrudis Chaparro Bonilla que presuntamente llevó a su muerte el 27 de marzo de 2014.

¿Se generó un daño antijurídico a causa de ello? ¿Es imputable tanto material como jurídicamente a la demandada?

De encontrar probada la responsabilidad patrimonial de la demandada Instituto Nacional de Cancerología E.S.E., determinar si es posible o no afectar la póliza de la llamada en garantía La Previsora S.A. Compañía de Seguros.

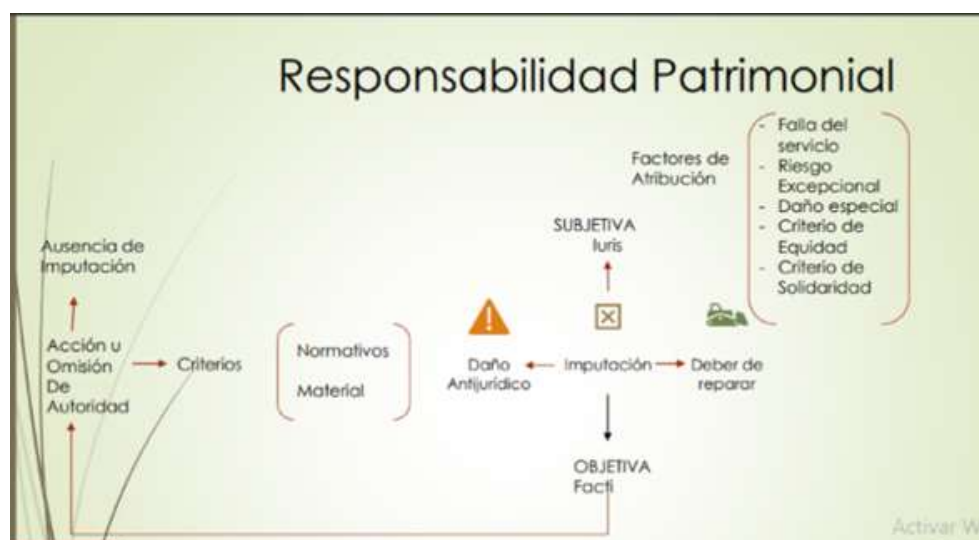
4.2.2. Tesis del Despacho

Conforme al material probatorio obrante dentro del proceso, se considera que no se cumplen los presupuestos necesarios para establecer la configuración de la responsabilidad de la entidad demandada al no encontrar probada la falla médica alegada, en consideración a que no se logró demostrar la negligencia médica invocada.

4.2.3. Régimen de responsabilidad aplicable

Según lo dispuesto en el artículo 90 de la Carta Política, la responsabilidad patrimonial tiene como centro de discusión la determinación de un daño antijurídico causado a un administrado, y la imputación de este en cabeza de la administración pública¹ tanto por acción, como por omisión. Dicha imputación exige la revisión de

la imputabilidad fáctica y jurídica. El esquema lo resume el doctor Enrique Gil Botero así:



En términos de José Ignacio Manrique Niño: “se supera así, el esquema que se seguía anteriormente para declarar la responsabilidad del Estado, en el cual primero se miraba el hecho, luego se determinaba la culpa de la administración, posteriormente se analizaba la relación de causalidad y finalmente, se establecía el daño. Hoy en día, por el contrario, lo primero que se determina es la existencia del daño, luego se analiza si es o no antijurídico, y posteriormente se precisa qué fue lo que lo originó, lo que conlleva indagar por la causalidad” (Manrique Niño, 2009).

El daño antijurídico es un concepto que tiene una evolución constante en la jurisprudencia del Consejo de Estado, en cuanto se adecúa y actualiza a la luz de los principios del Estado Social de Derecho y de realidad social, tal como lo ha esgrimido la Corte Constitucional en sentencia C-333 de 1996¹.

Este puede ser definido como la “*lesión real y evaluable económicamente de un derecho o de un bien jurídico protegido al interesado o a un grupo de ellos, que no están en el deber jurídico de soportar*” (Ruíz Orejuela, 2010, pág. 3) o como “*el detrimento o demérito que sufre una persona en sus derechos o en sus sentimientos*” (Cubides Camacho, 1999, pág. 193).

El daño tiene un aspecto positivo toda vez que debe ser efectivo, individualizable y verificable, y uno negativo en cuanto debe concretarse en una efectiva vulneración que se realice sin justa causa.

Ahora bien, en cuanto al principio de imputabilidad², se tiene que solo es dable la indemnización del daño antijurídico por parte del Estado cuando existe el debido sustento fáctico y encaja la atribución jurídica en los hechos narrados en el caso³.

En la imputación se revisa la conducta estatal y el denominado nexo causal.

¹ Corte Constitucional, Sentencia C-333 de 1996.

² En los términos de Kant, dicha imputación se entiende: “Imputación (imputatio) en sentido moral es el juicio por medio del cual alguien es considerado como autor (causa libera) de una acción, que entonces se llama acto (factum) y está sometida a leyes; si el juicio lleva consigo a la vez las consecuencias jurídicas del acto, es una imputación judicial (imputatio iudiciaria), en caso contrario, solo una imputación dictaminadora (imputatio diiudicatoria)”. (Kant, 2005).

³ El “otro principio de responsabilidad patrimonial del Estado es el de imputabilidad. De conformidad con éste, la indemnización del daño antijurídico le corresponde al estado cuando exista título jurídico de atribución, es decir, cuando de la voluntad del constituyente o del legislador pueda deducirse que la acción u omisión de una autoridad pública compromete al Estado con sus resultados”. Corte Constitucional, sentencia C-254 de 25 de marzo de 2003.

Para realizar una introducción de los títulos de imputación, la doctrina ha coincidido en señalar que tiene su fuente principal en la teoría de la culpa (objetivizada)⁴ (Rodríguez Rodríguez, Derecho Administrativo General y Colombiano, 2013, pág. 616) o falla del servicio, que es una responsabilidad directa, consistente en la producción de un daño debido a que una persona pública no ha actuado cuando debía hacerlo, ha actuado mal o ha actuado tardíamente (Rodríguez Rodríguez, Derecho Administrativo General y Colombiano, 2013, pág. 616).

No obstante, es incorrecto afirmar que la única fuente hoy de imputación es la falla en el servicio toda vez que a nivel judicial se ha venido reconociendo la existencia de la responsabilidad estatal sin que se presente el concepto de la culpa, es decir, como expresión de la responsabilidad objetiva, tal es el caso de la responsabilidad por daño especial, la responsabilidad por riesgo excepcional, la responsabilidad por trabajos públicos, la responsabilidad por expropiación y ocupación de inmuebles en caso de guerra, la responsabilidad por almacenaje, la falla del servicio presunta (Rodríguez Rodríguez, Derecho Administrativo General y Colombiano, 2013, pág. 620).

Sobre el particular, el Consejo de Estado en sentencia del 10 de marzo de 2011⁵ indicó:

“Finalmente, en cuanto tiene que ver con los elementos cuya acreditación resulta necesaria en el expediente para que proceda declarar la responsabilidad del Estado con base en el título jurídico —subjetivo— de imputación consistente en la falla en el servicio, la jurisprudencia de esta Corporación ha sido reiterada y uniforme en el sentido de señalar que se precisa de la concurrencia de (i) un daño o lesión de naturaleza patrimonial o extrapatrimonial, cierto y determinado —o determinable—, que se infringe a uno o varios individuos; (ii) una conducta activa u omisiva, jurídicamente imputable a una autoridad pública, con la cual se incumplen o desconocen las obligaciones a cargo de la autoridad respectiva, por haberle sido atribuidas las correspondientes funciones en las normas constitucionales, legales y/o reglamentarias en las cuales se especifique el contenido obligacional que a la mencionada autoridad se le encomienda y (iii) una relación o nexo de causalidad entre ésta y aquél, vale decir, que el daño se produzca como consecuencia directa de la circunstancia consistente en que el servicio o la función pública de la cual se trate, no funcionó o lo hizo de manera irregular, ineficiente o tardía.”

Ahora bien, con relación a la responsabilidad por la prestación de los servicios de salud incluidos aquellos que se relacionan con actos médicos, la jurisprudencia predica con la regla general de la falla del servicio como título de imputación la cual deberá ser probada por parte del demandante⁶, a menos que resulte extraordinariamente difícil o prácticamente imposible demostrar dicha falla y la carga se torne excesiva⁷.

⁴ El término es usado por Libardo Rodríguez quien afirma: “Esta responsabilidad está basada en la culpa, pero en una culpa especial que no corresponde exactamente al concepto psicológico tradicional, que implica que la culpa solo es posible encontrarla en la actuación de las personas naturales. Aquí se trata, se dice, de una culpa objetiva o anónima. Preferimos decir culpa objetivizada, es decir, calificada por sus manifestaciones exteriores, pues tradicionalmente se consideran opuestos los conceptos de culpa y de responsabilidad objetiva, ya que aquella solo da lugar a responsabilidad subjetiva. Desde este punto de vista puede decir que la responsabilidad por culpa o falla en el servicio es una responsabilidad intermedia entre la subjetiva y la objetiva, pues si bien se requiere la existencia de una culpa, no se trata de la culpa subjetiva tradicional, sino de una culpa objetivizada. En todo caso, no es responsabilidad objetiva, porque, si así lo fuera, las personas públicas deberían responder por todos los daños que causaran en desarrollo de su actividad, así fueran completamente lícitos normales” (Rodríguez Rodríguez, Derecho Administrativo General y Colombiano, 2013, pág. 616).

⁵ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección B, sentencia del 10 de marzo de 2011. Rad. 19.347 M.P. Mauricio Fajardo Gómez.

⁶ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección B. Sentencias del 10 de marzo de 2011, exp. 19.347 y del 09 de febrero de 2011, Exp. 18793, ambas del M.P. Mauricio Fajardo Gómez. Ver también en este sentido sentencia del 28 de abril de 2011, exp. 19.963 y 10 de febrero de 2011, exp. 19.040, en ambas M.P. Danilo Rojas Betancourt. También las sentencias del 27 de abril de 2011, exp. 19.122; del 07 de abril de 2011, exp. 19.759.

⁷ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, sentencia del 26 de marzo de 2008, Rad. 15.725, MP: Ruth Stella Correa Palacio.

En efecto, el Consejo de Estado se pronunció en sentencia del 5 de marzo de 2015⁸:

“La Sección Tercera del Consejo de Estado ha consolidado una posición en materia de responsabilidad del Estado por la prestación del servicio de salud, en virtud de la cual aquella es de naturaleza subjetiva, advirtiendo que es la falla probada del servicio el título de imputación bajo el cual es posible configurar la responsabilidad estatal por la actividad médica hospitalaria, de suerte que se exige acreditar la falla propiamente dicha, el daño antijurídico y el nexo de causalidad entre aquella y éste. En materia médica, para que pueda predicarse la existencia de una falla, la Sala ha precisado que es necesario que se demuestre que la atención no cumplió con estándares de calidad fijados por el estado del arte de la ciencia médica, vigente en el momento de la ocurrencia del hecho dañoso. Del mismo modo, deberá probarse que el servicio médico no ha sido cubierto en forma diligente, esto es, que no se prestó el servicio con el empleo de todos y cada uno de los medios humanos, científicos, farmacéuticos y técnicos que se tengan al alcance.”

Así las cosas, en consideración a que el presente proceso va encaminado a la reparación de los daños sufridos por los demandantes con ocasión del fallecimiento de María Gertrudis Chaparro Bonilla como consecuencia de la alegada falla en la atención médica el despacho aplicará el régimen de responsabilidad del estado por falla del servicio probada para el caso bajo estudio.

4.2.4. Caso concreto

Se encuentra que la litis se enmarca en el régimen de responsabilidad subjetivo, a través del título de imputación de la falla probada del servicio, lo cual implica que le corresponde a la parte demandante demostrar los supuestos bajo los cuales pretende sea estructurada la responsabilidad de la entidad demandada.

Dentro del caso que nos ocupa se evidencia que fue alegada por la parte demandante la responsabilidad afirmando que el Instituto Nacional de Cancerología incurrió en fallas en la atención a María Gertrudis Chaparro Bonilla relacionadas con la realización defectuosa e inadecuada de la dilatación traqueal efectuada el 11 de marzo de 2014, la demora en la atención brindada al presentar la fistula en su esófago que fueron la causa de su fallecimiento el 27 de marzo de 2014.

Respecto del daño alegado ha de indicarse que se encuentra debidamente probado a obrar en el expediente el registro civil de defunción la señora Chaparro Bonilla, en donde consta el respectivo fallecimiento (Fls. 22 c.1 ppal.).

ORGANIZACIÓN ELECTORAL REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL									
REGISTRO CIVIL DE DEFUNCIÓN								Indicativo Serial: 08671048	
Datos de la oficina de registro									
Clase de oficina	Registraduría	Notaría	21	Consulado	Corregimiento	Insp. de Policía	Código	A	B
País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía									
COLOMBIA-CUNDINAMARCA-BOGOTÁ D.C.									
Datos del inscrito									
Apellidos y nombres completos									
CHAPARRO BONILLA MARIA GERTRUDIS									
Documento de identificación (Clase y número)								Sexo (en letras)	
C.C. 41352083 de BOGOTÁ D.C.								Femenino	
Datos de la defunción									
Lugar de la Defunción: País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía									
COLOMBIA-CUNDINAMARCA-BOGOTÁ D.C.									
Fecha de la defunción					Hora		Número de certificado de defunción		
Año	2	0	1	4	Mes	M	A	R	Día
									27
									15:27
									70918053-3
Presunción de muerte									

⁸ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección C. Sentencia del 5 de marzo de 2015. CP: DANILO ROJAS BETANCOURTH. Radicación número: 50001-23-31-000-2002-00375-01(30102)

Ahora bien, respecto a la imputabilidad jurídica del daño, cabe señalar que en el plenario obran las historias clínicas de la atención médica prestada por el Instituto Nacional de Cancerología, y los testimonios de los médicos Raúl Eduardo Pinilla Morales y Ricardo Oliveros Wilches pruebas que permiten afirmar que el servicio prestado por la demandada estuvo acorde a los parámetros médicos, por lo que se podría determinar que no existe responsabilidad por las razones que se pasan a exponer:

- De las historias clínicas aportadas por las partes, se logra extraer lo siguiente sobre la atención brindada a María Gertrudis Chaparro Bonilla:

Fecha y hora de la atención	Anotación
<p>Fecha y hora de la atención: 16/08/2011 Lugar de atención: Practicada en Gastro medical - Nota incluida en la historia clínica del Instituto Nacional de Cancerología Folios: 2 y 84 c.1 pruebas y 219 a 220 c.2 ppal.</p>	<p>Se observa que el 16 de agosto de 2011 en Gastro-Medicall le fue practicada a Maria Gertrudis Chaparro Bonilla Esofagogastroduodenoendoscopia, que arrojó el siguiente resultado:</p> <p>Paso facil del cricofaríngeo.</p> <p>ESOFAGO</p> <p>1. Mucosa: a 30 cm de la arcada dentaria se observa area elevada y erosionada , que abarca un 30% de la circunferencia , sin reducir la luz. se toman biopsias.</p> <p>2. Cardias: Situado a los 36 cm de las arcadas dentarias, pequeña hernia a la retrovisión</p> <p>ESTOMAGO:</p> <p>Lago Mucoso: Claro y abundante</p> <p>Fundus: Normal en visión directa y en retroflexión</p> <p>Cuerpo: eritema plano en parches</p> <p>Antro: eritema plano en parches</p> <p>PILORO: Centrico de aspecto normal</p> <p>DUODENO:</p> <p>Bulbo: Normal</p> <p>DII: Normal</p> <p>DIAGNOSTICO ENDOSCOPICO:</p> <p>LESION ELEVADA EN ESOFAGO MEDIO A ESTUDIO HERNIA HIATAL SIN SIGNOS DE ESOFAGITIS GASTRITIS CRONICA MULTIFOCAL</p> <p style="text-align: right;"><i>Dr. Jorge Mauricio Bayona M.</i> Cirujano y Endoscopista Digestivo R.M. 79.123.165</p> <p>Dicha situación se incluyó dentro de las notas contenidas en la historia clínica del Instituto Nacional de Cancerología de la siguiente manera:</p> <p>EVDA 16/08/2011: ESOFAGO A 30 CM DE LA ARCADA DENTARIA SE OBSERVA AREA ELEVADA Y EROSIONADA QUE ABARCA UN 30% DE LA CIRCUNFERENCIA, SIN REDUCIR LA LUZ. SE TOMAN BIOPSIAS. CARDIAS PEQUEÑA HERNIA EN RETROVISION. DIAGNOSTICO: LESION ELEVADA EN ESOFAGO MEDIO A ESTUDIO. HERNIA HIATAL SIN SIGNOS DE ESOFAGITIS, GASTRITIS CRONICA MULTIFOCAL.</p>
<p>Fecha y hora de la atención: 17/08/2011 Lugar de atención: Servicio de Anatomía Patológica Compensar. Nota incluida por el Instituto Nacional de Cancerología Folios: 2 y 84 reverso c.1 pruebas y</p>	<p>El 17 de agosto de 2011 el servicio de anatomía patológica de Compensar adelantó estudio anatomopatológico, a la señora Chaparro Bonilla, del cual se emitió el siguiente informe:</p> <p>DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO:</p> <p>ESOFAGO (BIOPSIAS)</p> <ul style="list-style-type: none"> - DISPLASIA SEVERA EN EL EPITELIO ESCAMOSO (LESIÓN INTRAEPITELIAL ESCAMOSA DE ALTO GRADO) - ESOFAGITIS CRÓNICA ACTIVA LEVE - NO SE IDENTIFICA TUMOR INVASOR EN ESTE MATERIAL. <p>El Instituto Nacional de Cancerología efectuó la siguiente nota relacionada con el informe anterior:</p> <p>1. PATOLOGIA 17/AGOSTO/2011: DISPLASIA SEVERA EN EL EPITELIO ESCAMOSO. NO SE IDENTIFICA TUMOR INVASOR.</p>


219 a 220 c.2 ppal.	
<p>Fecha y hora de la atención: 30/09/2011 Lugar de atención: Unidad de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva Integra Médica Colombia Folios: 85 c.2 pruebas y 219 a 220 c.2 ppal.</p>	<p>El 30 de septiembre de 2011 la Unidad de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva de Integra Médica Colombia le practicó a María Gertruis Chaparro Bonilla una esofagogastroduodenoscopia, en la cual determinó lo siguiente:</p> <p>HIPOFARINGE: Normal.</p> <p>ESOFAGO: Se evidencia a los 18 cm disminución de la luz, con mucosa erosionada y granular de donde se toman biopsias. Frasco 1. En tercio distal a los 32 cm existe una zona extensa de mucosa de color salmón en pared posterior de donde se toman biopsias frasco 2. En la pared anterior a este nivel, existe una lesión levantada irregular, granular, de aprox 2 cm de la cual se toman biopsias. FRASCO 3. SE EVIDENCIA LINEA Z REGULAR NORMAL. Cardias incompetente.</p> <p>ESTOMAGO: Lago gástrico normal. Fónix normal. Cuerpo y Antro con moderadas áreas de congestión en parches.</p> <p>DUODENO: Normal hasta la segunda porción</p> <p>DIAGNOSTICO 1. CARCINOMA ESOFAGICO 2. PROBABLE ESOFAGO DE BARRETT 3. GASTRITIS CRONICA CORPORO ANTRAL</p> <p>OBSERVACION 1. Se toman biopsias</p>
<p>Fecha y hora de la atención: 04/10/2011 Lugar de atención: Patología Diagnóstica Ltda. y Nota en la historia clínica del Instituto Nacional de Cancerología Folios: 2 y 85 reverso c.1 pruebas y 219 a 220 c.2 ppal.</p>	<p>En Patología Diagnóstica Ltda se profirió el informe de patología de la biopsia tomada el 30 de septiembre de 2011 a María Gertrudis Chaparro Bonilla, en el que se determinó el siguiente diagnóstico:</p> <p>ESÓFAGO, BIOPSIAS : * CARCINOMA ESCAMOCELULAR MODERADAMENTE DIFERENCIADO CON COMPONENTE IN-SITU FOCAL VER DESCRIPCIÓN MICROSCÓPICA</p> <p>En relación con dicho informe, el Instituto Nacional de Cancerología dejó la siguiente nota:</p> <p>2. PATOLOGIA 04/10/2011; NO IMD 10036-2011 CARCINOMA ESCAMOCELULAR MODERADAMENTE DIFERENCIADO CON COMPONENTE IN SITU FOCAL.</p>
<p>Fecha y hora de la atención: 19/10/2011 Lugar de atención: Endosono Ltda. y Nota en la historia clínica del Instituto Nacional de Cancerología Folios: 2 y 86 c.1 pruebas y 219 a 220 c.2 ppal.</p>	<p>El 19 de octubre de 2011 Endosono Ltda. le practicó a Maria Getrudis Chaparro Bonilla una endosonografía endoscópica de esófago, en la cual se indicó lo siguiente:</p> <p>DIAGNOSTICO ECOENDOSCOPICO LESION HIPOECOICA ESOFAGICA A 20 CMS DE LA ADS QUE COMPROMETE HASTA LA MUSCULAR PROPIA. T2 N1. LESION A LOS 32 CMS DE AL ADS HIPOECOICA QUE COMPROMETE LAS 3 PRIMERAS CAPAS (HASTA LA SUBMUCOSA) T1 N1. ADENOPATIA SOSPECHOSA EN AREA SUBCARINAL- GANGLIOS EN CONGLOMERADO EN LA VENTANA AORTO PULMONAR TRIANGULARES, DE ASPECTO NO TUMORAL.</p> <p>Igualmente, el Instituto Nacional de Cancerología dejó la siguiente nota en la historia clínica de la paciente:</p>

	<p>ENDOSONOGRAFIA ENDOSCOPICA 19/OCT/2011 DE ESOFAGO: LESION HIPOECOICA ESOFAGICA A 20 CM DE LA ADS QUE COMPROMETE HASTA LA MUSCULAR PROPIA T2N1.</p> <p>LESION A LOS 32 CM DE LA ADS HIPOECOICA QUE COMPROMETE LAS 3 PRIMERAS CAPAS HASTA LA SUBMUCOSA T1N1.</p> <p>ADENOPATIA SOSPECHOSA SUBCARINAL</p> <p>GANGLIOS EN CONGLOMERADO EN LA VENTANA AUORTOPULMONAR DE ASPECTO NO TUMORAL</p>
<p>Fecha y hora de la atención: 8/11/2011 Lugar de atención: Instituto Nacional de Cancerología Folios: 2 a 4 c.1 pruebas y 219 a 220 c.2 ppal.</p>	<p>MARIA CHAPARRO BONILLA EDAD 85 AÑOS ORIGINARIA CHIQUINQUIRA PROCEDENTE DE BOGOTA OCUPACION: VENDEDORA ACOMPANANTE HIJA: NUBIA TORRES</p> <p>PACIENTE CON CUADRO DE SENSACION DE MASA EN ESOFAGO, TOS ASOCIADA A LA INGESTA ALIMENTARIA DESDE HACE MAS DE 3 AÑOS. HACE 6 MESES EL CUADRO DE HA EXACERBADO. NIEGA SANGRADO. POR LO CUAL REALIZAN ESTUDIOS: (...)</p> <p><u>ANTECEDENTES:</u> PATOLOGICOS: DIABETES MELLUTUS, HIPOTIROIDISMO, HTA, CA DE CERVIX 2004 MANEJADA CON HTA EXTRAINSTITUCIONAL. RADIOTERAPIA 25 SESIONES. EPOC QUIRURGICOS: POR ANTECEDENTES FARMACOLOGICOS: ENALAPRIL, METFORMINA, GLIBENCLAMIDA, OMEPRAZOL, ASA, FUROSEMIDA GENITOURINARIO: G4P4C0 FUM A LOS 43 AÑOS. ALERGICOS NIEGA. TOXICOS CONCINO CON LEÑA (...)</p> <p><u>Examen Fisico</u> PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, ALERTA, ATENTA HIDRATADA, ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.</p> <p><u>Observaciones:</u> <u>ANALISIS</u> DR. REY PACIENTE CON ANTECEDENTE ONCOLOGICO CONOCIDO, QUIEN CURSA ACTUALMENTE CON CUADRO DE CARCINOMA ESCAMOCELULAR MODERADAMENTE DIFERENCIADO CON COMPONENTE IN SITU FOCAL. SE CONSIDERA PACIENTE DEBE SER VALORADO Y MANEJADO POR EL SERVICIO DE RADIOTERAPIA. SE EXPLICA A LA FAMILIAR DE LA PACIENTE ESTADO DE LA ENFERMEDAD DICE ENTENDER Y ACEPTAR</p>
<p>Fecha y hora de la atención: 22/11/2011 Lugar de atención: Instituto Nacional de Cancerología Folios: 5 c.1 pruebas y 221 c.2 ppal.</p>	<p><u>Motivo de Consulta:</u> VALORACION RADIOTERAPIA</p> <p><u>Enfermedad actual:</u> PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE CA DE CERVIX IB1 POP MAS RADIOTERAPIUA EXTERNA, BRAQUITERAPIA GINECOLOGICA DE BAJA TASA DE DPOSIS LDR POR CUADRO DE SENSACION DE MASA EN ESOFAGO, TOS ASOCIADA A LA INGESTA ALIMENTARIA DESDE HACE MAS DE 3 AÑOS. HACE 6 MESES EL CUADRO DE HA EXACERBADO. NIEGA SANGRADO. (...)</p> <p><u>Examen Fisico</u> ACEPTABLE ESTADO GENERAL AFEBRIL HIDRATADA NO ADENOPATIAS PERIFERICAS ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO MASAS</p>

	<p>(...)</p> <p>Diagnosticos por Episodio</p> <table border="1" data-bbox="391 284 1354 343"> <thead> <tr> <th>Fecha</th> <th>Código</th> <th>Descripción</th> <th>Responsable</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>22.11.2011</td> <td>C169</td> <td>Tumor maligno estomago</td> <td>TORRES SILVA, LUIS FELIPE</td> </tr> </tbody> </table> <p>Ordenes Clinicas por Episodio</p> <table border="1" data-bbox="391 406 1354 508"> <thead> <tr> <th>Fecha</th> <th>Hora</th> <th>Descripción</th> <th>Unidad Org.</th> <th>Observaciones</th> <th>Profesional</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>22.11.2011</td> <td>092230</td> <td>GRUPO 4 TIPO I TELETERAPIA CON ACELERADO</td> <td>O. de T. Radioterapia</td> <td></td> <td>TORRES SILVA, LUIS FELIPE</td> </tr> </tbody> </table>	Fecha	Código	Descripción	Responsable	22.11.2011	C169	Tumor maligno estomago	TORRES SILVA, LUIS FELIPE	Fecha	Hora	Descripción	Unidad Org.	Observaciones	Profesional	22.11.2011	092230	GRUPO 4 TIPO I TELETERAPIA CON ACELERADO	O. de T. Radioterapia		TORRES SILVA, LUIS FELIPE
Fecha	Código	Descripción	Responsable																		
22.11.2011	C169	Tumor maligno estomago	TORRES SILVA, LUIS FELIPE																		
Fecha	Hora	Descripción	Unidad Org.	Observaciones	Profesional																
22.11.2011	092230	GRUPO 4 TIPO I TELETERAPIA CON ACELERADO	O. de T. Radioterapia		TORRES SILVA, LUIS FELIPE																
<p>Fecha y hora de la atención: 26/01/2012 Lugar de atención: Instituto Nacional de Cancerología Folios: 6 c.1 pruebas y 222 c.2 ppal.</p>	<p>Motivo de Consulta: CONTROL</p> <p>Enfermedad actual: PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE CA DE CERVIX IB1 POP MAS RADIOTERAPIUA EXTERNA, BRAQUITERAPIA GINECOLOGICA DE BAJA TASA DE DPOSIS LDR POR CUADRO DE SENSACION DE MASA EN ESOFAGO, TOS ASOCIADA A LA INGESTA ALIMENTARIA DESDE HACE MAS DE 3 AÑOS. HACE 6 MESES EL CUADRO DE HA EXACERBADO, NIEGA SANGRADO.</p> <p>(...)</p> <p>SE DECIDIO DAR RADIOTERAPIA PALIATIVA EXCLUSIVA SOBRE REGION ESOFAGICA RECIBIENDO DOSIS DE 46 GY EN FCTO DE 2 GY DIA.</p> <p>PRESENTO NAUSEAS Y VOMITO, ACTUALMENTE HIPOREXIA SINTOMAS DISPESICOS. ESTA EN ANEJO CON PLOASIL 25 GOTAS ANTES DE CADA COMIDA CON CONTROL DEL SINTOMA. TOLERA ADECUADAMENTE LA DITA BLANDA</p> <p>(...)</p> <p>Examen Fisico SIN CAMBIOS</p> <p>Observaciones: PACIENTE QUIR COMPLETA ESQUEMA DE RADIOTERAPIA, SINTOMAS AGUDOS RELACIONADOS CON MORBILIDAD AGUDA. LA DOSIS PALIATIVA ES SUFICIENTE SE DA POR TERMINADO TRATAMIENTO Y DE ALTA DE ESTA CONSULTA. CONTROL EN GASTROENTEROLOGIA EN 1 MES.</p>																				
<p>Fecha y hora de la atención: 04/04/2012 Lugar de atención: Unidad de Gastroenterología y Endoscopia a Digestiva Integra Médica Colombia Folios: 86 reverso c.2 pruebas</p>	<p>El 4 de abril de 2012 la Unidad de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva de Integra Médica Colombia le practicó a Marí Gertrudis Chaparro Bonilla esofagogatroduidenoscopia, rindiendo el siguiente informe:</p> <p>HIPOFARINGE: Normal.</p> <p>ESOFAGO: Se evidencia a los 18 cm disminución de la luz, con paso forzado del endoscopio. A este nivel la mucosa esta erosionada y lgeramente granular. Se toman biopsias. Frasco 1. En tercio distal a los 32 cm no evidencio la lesión descrita en la endoscopia anterior. Se toman biopsias frasco 2. SE EVIDENCIA LINEA Z REGULAR NORMAL. Cardias incompetente.</p> <p>ESTOMAGO: Lago gástrico normal. Fónix normal. Cuerpo y Antro con moderadas áreas de congestión en parches.</p> <p>DUODENO: Normal hasta la segunda porción</p> <p>DIAGNOSTICO 1. ESTENOSIS ESOFAGICA A 18 CM 2. NO EVIDENCIA DE LESION ESOFAGICA A 32 CM 3. GASTRITIS CRONICA CORPORO ANTRAL</p>																				
<p>Fecha y hora de la atención: 11/04/2011</p>	<p>En Patología Diagnóstica Ltda se profirió el informe de patología de la biopsia tomada el 4 de abril de 2012 a María Gertrudis Chaparro Bonilla, en el que se determinó el siguiente diagnóstico:</p>																				

<p>Lugar de atención: Patología Diagnóstica Ltda Folios: 87 c.1 pruebas</p>	<p>DIAGNÓSTICO(S) :</p> <p>ESÓFAGO (18 CM.), BIOPSIA :</p> <ul style="list-style-type: none"> • NEOPLASIA INTRAEPITELIAL ESCAMOSA NO INVASIVA DE ALTO GRADO (CARCINOMA ESCAMOCELULAR IN SITU) <p>ESÓFAGO (32 CM.), BIOPSIA :</p> <ul style="list-style-type: none"> • NEGATIVA PARA MALIGNIDAD (HISTOLOGÍA NORMAL)
<p>Fecha y hora de la atención: 08/05/2012 Lugar de atención: Instituto Nacional de Cancerología Folios: 7 a 8 c.1 pruebas y 223 a 224 c.2 ppal.</p>	<p><u>Motivo de Consulta:</u> CONTROL</p> <p><u>Enfermedad actual:</u> PACIENTE FEMENINO DE 85 AÑOS DE EDAD CON DX DE CARCINOMA ESCAMOCELULAR MODERADAMENTE DIFERENCIADO CON COMPONENTE IN SITU FOCAL, NO CANDIDATA PARA MANEJO QUIRURGICO, ESTADIO CLINICO T1N1Mx.</p> <p>(...)</p> <p><u>ANTECEDENTES:</u></p> <p>PATOLOGICOS: DIABETES MELLITUS, HIPOTIROIDISMO, HTA, CA DE CERVIX 2004 MANEJADA CON HTA EXTRA INSTITUCIONAL. RADIOTERAPIA 25 SESIONES. EPOC</p> <p>QUIRURGICOS: POR ANTECEDENTES</p> <p>FARMACOLOGICOS: ENALAPRIL, METFORMINA, GLIBENCLAMIDA, OMEPRAZOL, ASA, FUROSEMIDA</p> <p>GENITOURINARIO: G4P4C0 FUM A LOS 43 AÑOS.</p> <p>ALERGICOS NIEGA. TOXICOS CONCINO CON LEÑA</p> <p>(...)</p> <p>RECIBIO 23 RADIOTERAPIAS HASTA EL 19 DE ENERO DE 2012.</p> <p>REFIERE BAJA TOLERANCIA A LA VÍA ORAL, SIN NUEVOS EPISODIOS DE VOMITO, DISFAGIA PARA SOLIDOS, TOLERA DIETA BALNDA Y LIQUIDA.</p> <p>TRAE EVDA EXTRA INIC DEL 4 DE ABRIL DE 2012 QUE EVIDENCIA ESTENOSIS ESOFAGICA A 18 CM, SIN EVIDENCIA DE LA LESIÓN DISTAL PREVIA A 32 CM.</p> <p>GASTRITIS CRÓNICA CORPOROANTRAL</p> <p>CON PATOLOGÍA NO1: NEOPLASIA INTRAEPITELIAL ESCAMOSA NO INVASIVA D ALTO GRADO (CARCINOMA ESCAMOCELULAR IN SITU)</p> <p>PATOLOGIA NO. 2: NEGATIVA PARA MALIGNIDAD (HISTOLOGIA NORMAL)</p> <p>(...)</p> <p><u>Examen Fisico</u></p> <p>HIPOTROFIA MUSCULAR</p> <p>CC. SIN MASAS PALPABLES</p> <p>CP SIN ANORMALIDAD</p> <p>ABDOMEN: BALNDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, NO SE PALPAN MASAS</p> <p><u>Observaciones:</u></p> <p>PACIENTE EN NOVENA DECADA DE LA VIDA, CON TUMOR ESOFAGICO IN SITU, QUE PERSISTE A PESAR DE COMPLETAR RADIOTERAPIA. NO HAY CRITERIOS PARA MANEJO QUIRURGICO EN EL MOMENTO, SE CONSIDERA QUE DEBE SER VALORADA POR LA JUNTA QUIRURGICA DEL SERVICIO. SE DA CITA, PENDIENTE TRAER TAC DE TORAX EL DIA D ELA CITA.</p>
<p>Fecha y hora de la atención: 01/06/2012 Lugar de atención: Instituto Nacional de Cancerología</p>	<p>4. RESUMEN DE LA HISTORIA CLINICA (ANEXO)</p> <p>PACIENTE DE 85 AÑOS DE EDAD CON DX DE CARCINOMA DE ESOFAGO ESCAMOCELULAR MODERADAMENTE DIFERENCIADO CON COMPONENTE IN SITU FOCAL, NO CANDIDATA PARA MANEJO QUIRURGICO POR SUS COMORBILIDADES.</p> <p>(...)</p>

<p>Folios: 9 reverso y 10 c.1 pruebas</p>	<p>5. JUSTIFICACION PARA SU PRESENTACION CONDUCTA SUGERIDA POR LA JUNTA <i>Paciente con comorbilidades importantes y regular estado general que contraíndican un procedimiento qco. Ante la persistencia de la lesión a los 18 cm ca in situ, con estenosis leve y con tolerancia a la dieta licuada, en quien se plantean las posibilidades de colocar stent, dilataciones, dejar solo en observación y manejo paliativo. Se concluye que dada la localización de la lesión inmediatamente después del cricofaríngeo (se valora el video de la endoscopia) no es candidata a stent. Por otro lado esta tolerando dieta licuada por lo cual no cambiaría mucho con las dilataciones. Así que se decide dejar solo en observación y seguimiento y hacer dilataciones en caso de progresar la disfagia, mas aun cuando la familiar de la paciente es clara en que "quisiera calidad de vida para la paciente"</i></p>
<p>Fecha y hora de la atención: 10/08/2012 Lugar de atención: Instituto Nacional de Cancerología Folios: 8 reverso, 9 y 10 reverso c.1 pruebas y 225 a 226 c.2 ppal.</p>	<p>PACIENTE FEMENINO DE 85 AÑOS DE EDAD CON DX DE CARCINOMA ESCAMOCELULAR MODERADAMENTE DIFERENCIADO CON COMPONENTE IN SITU FOCAL, NO CANDIDATA ARA MANEJO QUIRURGICO, EESTADIO CLINICO T1N1MX.</p> <p>(...)</p> <p>ANTECEDENTES:</p> <p>PATOLOGICOS: DIABETES MELLUTUS, HIPOTIROIDISMO, HTA, CA DE CERVIX 2004 MANEJADA CON HTA EXTRAINSTITUCIONAL. RADIOTERAPIA 25 SESIONES. EPOC QUIRURGICOS: POR ANTECEDENTES</p> <p>FARMACOLOGICOS: ENALAPRIL, METFORMINA, GLIBENCLAMIDA, OMEPRAZOL, ASA, FUROSEMIDA</p> <p>GENITOURINARIO: G4P4C0 FUM A LOS 43 AÑOS.</p> <p>ALERGICOS NIEGA. TOXICOS CONCINO CON LEÑA</p> <p>(...)</p> <p>RECIBIO 23 RADIOTERAPIAS HASTA EL 19 DE ENERO DE 2012.</p> <p>REFIERE BAJA TOLERANCIA A LA VÍA ORAL, SIN NUEVOS EPISODIOS DE VOMITO, DISFAGIA PARA SOLIDOS, TOLERA DIETA BLANDA Y LIQUIDA.</p> <p>TRAE EVDA EXTRAINC DEL 4 DE ABRIL DE 2012 QUE EVIDENCIA ESTENOSIS ESOPAGICA A 18 CM, SIN EVIDENCIA DE LA LESIÓN DISTAL PREVIA A 32 CM, GASTRITIS CRONICA CORPOROANTRAL</p> <p>CON PATOLOGIA NO1: NEOPLASIA INTRAEPITALIAL ESCAMOSA NO INVASIVA D ALTO GRADO (CARCINOMA ESCAMOCELULAR IN SITU)</p> <p>PATOLOGIA NO. 2: NEGATIVA PARA MALIGNIDAD (HISTOLOGIA NORMAL)</p> <p>POR LO CUAL SE PRESENTO EN JUNTA QUIRURGICA DECIDIENDO OBSERVACION.</p> <p>(...)</p> <p>Examen Fisico</p> <p>PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES</p> <p>SIN DOLOR</p> <p>ABD BLANDO DEPRESIBLE</p> <p>Observaciones:</p> <p>PACIENTE EN ADECUADAS CONDICIONES CON ESTENOSIS ESOPAGICA QUE PERMITE LA DEGLUCION, NO CANDIDATA A TRATAMIENTO QUIRURGICO.</p> <p>SE EXPLICA A LA FAMILIAR Y A LA PACIENTE:</p> <p>CITA DE CONTROL EN 6 MESES.</p>
<p>Fecha y hora de la atención: 13/12/2012 Lugar de atención: Unidad de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva Integra Médica Colombia</p>	<p>El 13 de diciembre de 2012 la Unidad de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva de Integra Médica Colombia, le practicó a la señora Chaparro Bonilla una esogafogastroduodenoendoscopia, con el siguiente diagnóstico:</p>

<p>y nota en la historia clínica del Instituto Nacional de Cancerología Folios: 11 y 87 reverso c.1 pruebas</p>	<p>HIPOFARINGE: Normal.</p> <p>ESOFAGO: Se evidencia a los 18 cm disminución de la luz, con mucosa comprometida con erosión circunferencial, friabilidad, con paso forzado del endoscopio. El resto de la mucosa esofágica es de aspecto normal. Cardias incompetente.</p> <p>ESTOMAGO: Lago gástrico normal. Fórnix normal. Cuerpo y Antro con moderadas áreas de congestión en parches.</p> <p>DUODENO: Normal hasta la segunda porción</p> <p>DIAGNOSTICO 1. CARCINOMA EN ESOFAGO CERVICAL. 2. GASTRITIS CRONICA CORPORO ANTRAL</p> <p>Al respecto, el Instituto Nacional de Cancerología dejó la siguiente nota en la hoja de vida del accionante:</p> <p>endoscopia digestiva de 13/12/2012 a los 18 cm disminución de la luz con mucosa comprometida con erosión circunferencial, friabilidad, con paso forzado del endoscopio, pero dfranqueable. En diciembre de 2012 presentó hematoquezia y se realizó evda en mederi encontrando diverticulosis generalizada, con ehmorragia activa, se realizó hemostasia endoscópica exitosa con adrenalina, hemorroides internas grado i no complicadas. Biopsia en colon sigmoide por engrosamiento, con reporte 82565-12 mucosa colónica con cabmiso reactivos inespecificos, no displasia ni malignidad.</p>																								
<p>Fecha y hora de la atención: 19/04/2013 Lugar de atención: Instituto Nacional de Cancerología Folios: 11 reverso c.1 pruebas y 227 a 228 c.2 ppal.</p>	<p>Paciente de 86 años con antecedente de carcinoma escamocelular moderadamente diferenciado con componente in situ focal, no candida amanejo quirurgico, t1n1mx</p> <p>(...)</p> <p><u>Observaciones:</u> requiere nueva endoscopia y posiblemente dilataciones, se explica a la paciente y a la familia</p> <p>(...)</p> <p>Ordenes Clinicas por Episodio</p> <table border="1" data-bbox="397 1358 1356 1619"> <thead> <tr> <th>Fecha</th> <th>HOJA</th> <th>Descripción</th> <th>Unidad Org.</th> <th>Observaciones</th> <th>Profesional</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>19.04.2013</td> <td>141426</td> <td>DILATACIÓN ENDOSCÓPICA CONDUcida, TIPO E</td> <td>S. de T. Gastroenterología</td> <td></td> <td>RENDON HERNANDEZ, JULIANA</td> </tr> <tr> <td>19.04.2013</td> <td>141426</td> <td>ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGD) DIAGNOS</td> <td>S. de T. Gastroenterología</td> <td></td> <td>RENDON HERNANDEZ, JULIANA</td> </tr> <tr> <td>19.04.2013</td> <td>141321</td> <td>CONSULTA DE CONTROL O INHUIAMIENTO MED</td> <td>S. de T. Gastroenterología</td> <td></td> <td>RENDON HERNANDEZ, JULIANA</td> </tr> </tbody> </table>	Fecha	HOJA	Descripción	Unidad Org.	Observaciones	Profesional	19.04.2013	141426	DILATACIÓN ENDOSCÓPICA CONDUcida, TIPO E	S. de T. Gastroenterología		RENDON HERNANDEZ, JULIANA	19.04.2013	141426	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGD) DIAGNOS	S. de T. Gastroenterología		RENDON HERNANDEZ, JULIANA	19.04.2013	141321	CONSULTA DE CONTROL O INHUIAMIENTO MED	S. de T. Gastroenterología		RENDON HERNANDEZ, JULIANA
Fecha	HOJA	Descripción	Unidad Org.	Observaciones	Profesional																				
19.04.2013	141426	DILATACIÓN ENDOSCÓPICA CONDUcida, TIPO E	S. de T. Gastroenterología		RENDON HERNANDEZ, JULIANA																				
19.04.2013	141426	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGD) DIAGNOS	S. de T. Gastroenterología		RENDON HERNANDEZ, JULIANA																				
19.04.2013	141321	CONSULTA DE CONTROL O INHUIAMIENTO MED	S. de T. Gastroenterología		RENDON HERNANDEZ, JULIANA																				
<p>Fecha y hora de la atención: 03/05/2013 Lugar de atención: Instituto Nacional de Cancerología Folios: 14 reverso c.1 pruebas</p>	<p>Se le practicó a la paciente una endoscoía digestiva alta que arrojó los siguientes resultados:</p> <p style="text-align: center;">DESCRIPCIÓN</p> <p>ESOFAGO: Inmediatamente distal al cricofaríngeo. Se obsevan lesiones vegetantes e infiltrativas que comprometen circunferencialmente la luz esofágica causando estenosis que se hacen infranqueable a 18cms de la arcada dentaria. Se toman biopsias.</p> <p style="text-align: center;">DIAGNÓSTICO</p> <p>CARCINOMA DE TERCIO SUPERIOR DEL ESOFAGO RECIDIVA POST RADIOTERAPIA</p> <p style="text-align: center;">PLAN</p> <p>Se envían biopsias de esófago a patología Se solicita Rx esófagograma . Control con resultados</p> <p style="text-align: center;">RESPONSABLE</p> <p style="text-align: right;">  OSPINA GALTRÁN, JAIRÓ 19291327 </p>																								

<p>Fecha y hora de la atención: 08/05/2013 Lugar de atención: Instituto Nacional de Cancerología – Informe Anatómico – Patológico Folios: 13 y 15 c.1 pruebas y 288 c.2 ppal. y 450 c.3 ppal.</p>	<p>DESCRIPCIÓN MACROSCÓPICA</p> <p>Rotulado "Esófago": En formol se recibe 7 fragmentos irregulares de tejido, de color pardo, miden 0.3 x 0.2 cm y consistencia blanda. Se procesa todo en 1 bloque.</p> <p>Procesado Por: Dra. Ana Posso</p> <p>Mafe</p> <p>DIAGNÓSTICO</p> <p>ESÓFAGO; BIOPSIA:</p> <p>- FRAGMENTOS DE CARCINOMA ESCAMOCELULAR MODERADAMENTE DIFERENCIADO Y ULCERADO.</p> <p>(...)</p> <p>- 08/MAY/2013 DIAGNÓSTICO</p> <p>ESÓFAGO; BIOPSIA:</p> <p>- FRAGMENTOS DE CARCINOMA ESCAMOCELULAR MODERADAMENTE DIFERENCIADO Y ULCERADO.</p>
<p>Fecha y hora de la atención: 15/05/2013 y 16/05/2013 Lugar de atención: Instituto Nacional de Cancerología Folios: 13 reverso, 16, 19 c.1 pruebas y 285 c.2 ppal.</p>	<p>** IMÁGENES:</p> <p>- MAYO 15, 2013 RX DE ESÓFAGO ESOFAGOGRAMA: ENGROSAMIENTO DE LA PLEURA EN LA BASE PULMONAR IZQUIERDA. MEDIANTE INGESTA Y DEGLUCIÓN SATISFATORIA DE MEDIO DE CONTRASTE SE OBTUVO LLENAMIENTO Y DISTENSIÓN PARCIAL DEL ESÓFAGO, ESTE CON CALIBRES Y TRAYECTOS NORMALES SIN LESIONES ENDOLUMINALES NI RECHAZOS. TRANSITO SATISFATORIO HASTA EL DUODENO. LOCULACIÓN DE LA CÚPULA GÁSTRICA NO SE DETECTAN LESIONES ENDOLUMINALES PSEUDODIVERTÍCULO EN CUERPO SOBRE LA CURVATURA MAYOR</p> <p>De los resultados del examen se obtiene lo siguiente:</p> <p>Hallazgos: Esofagograma Cambios degenerativos óseos generalizada. Aorta ateromatosa. Engrosamiento de la pleura en la base pulmonar izquierda. Mediante ingesta y deglución satisfactoria de medio de contraste se obtuvo llenamiento y distensión parcial del esófago, este con calibres y trayectos normales sin lesiones endoluminales ni rechazos. Transito satisfactorio hasta el duodeno. Loculación de la cúpula gástrica no se detectan lesiones endoluminales Pseudodivertículo en cuerpo sobre la curvatura mayor MEDICO RADIOLOGO : Niño Oliveros, Luis Eduardo, MD</p>
<p>Fecha y hora de la atención: 21/06/2013 Lugar de atención: Instituto Nacional de Cancerología Folios: 12 reverso a 14 c.1 pruebas y 229 a 230 c.2 ppal.</p>	<p><u>Motivo de Consulta:</u> CONTROL</p> <p><u>Enfermedad actual:</u> PACIENTE FEMENINA DE 86 AÑOS CON DX DE></p> <p>1) CARCINOMA ESCAMOCELULAR MODERADAMENTE DIFERENCIADO DE ESÓFAGO A LOS 30CM Y 19CM CON COMPONENTE IN SITU FOCAL, NO CANDIDA AMANEJO QUIRURGICO. EC TINIMX</p> <p>(...)</p> <p>S// PACIENTE REFIERE SENTIRSE BIEN, DISFAGIA A SÓLIDOS Y NO A LÍQUIDOS, NO DOLOR ABDOMINAL, SANGRADO DIGESTIVO, NO FIEBRE, NO PERDIDA DE PESO, DEPOSICIONES NORMALES, DIURESIS NORMAL, NIEGA OTRA SINTOMATOLOGÍA</p> <p>(...)</p>

Examen Fisico

PACIENTE EN BUEN ESTADO GENERAL, AFEBRIL, HIDRATADA, ALERTA, ORIENTADO, NO SIRS, NO SDR, IK 70%

C/C: MUCOSA ORAL HUMEDA, CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, ESCLERAS ANICTERICAS, NO MASAS, NO ADENOPATIAS, NO INGURGITACION YUGULAR

C/P: NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA

ABD: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, NO MASAS, NO MEGALIAS

EXT: NO EDEMAS, PULSOS PERIFERICOS PRESNETES

NEURO: SIN DEFICIT APARENTE

Observaciones:**** ANALISIS:**

PACIENTE FEMENINA DE 86 AÑOS CON DX DE CARCINOMA ESCAMOCELULAR MODERADAMENTE DIFERENCIADO DE ESOFAGO CON COMPONENTE IN SITU FOCAL, A LOS 18 Y 30 CM, EC T2N1M0, NO CANDIDA AMANEJO QUIRURGICO, TRATADA CON RADIOTERAPIA EXTERNA, TECNICA CONVENCIONANL, CON ACELERADOR LINEAL, ENERGIA DE 6MV, EN FRACCIOANMEITO DE 200CGY DIA HASTA 4600CGY, FINALIZADO EL 20 DE ENERO DE 2012.

LE REALIZAN EVDA EL 03/05/2013 DONDE SE EVIDENCIA LESION QUE COMPROMETE CIRCUNFERENCIALMENTE LA LUZ ESOFÁGICA CAUSANDO ESTENOSIS QUE SE HACEN INFRANQUEABLE A 18CMS DE LA ARCADA DENTARIA, CARCINOMA DE TERCIO SUPERIOR DEL ESOFAGO, RECIDIVA POST RADIOTERAPIA, CON BIOPSIA QUE REPORTA DEL 08/MAY/2013 FRAGMENTOS DE CARCINOMA ESCAMOCELULAR MODERADAMENTE DIFERENCIADO Y ULCERADO.

TIENE ESOFAGOGRAMA SE OBTUVO LLENAMIENTO Y DISTENSIÓN PARCIAL DEL ESÓFAGO, ESTE CON CALIBRES Y TRAYECTOS NORMALES SIN LESIONES ENDOLUMINALES NI RECHAZOS. TRANSITO SATISFACTORIO HASTA EL DUODENO. LOCULACIÓN DE LA CÚPULA GÁSTRICA NO SE DETECTAN LESIONES ENDOLUMINALES PSEUDODIVERTÍCULO EN CUERPO SOBRE LA CURVATURA MAYOR.

PACIENTE EN EL MOMENTO CON DISFAGIA A SOLIDOS Y NO A LIQUIDOS, NO DOLOR ABDOMINAL CAMBIADO DIGESTIVO NO ESTERRE NO DEPRIDA DE PESO

DEPOSICIONES NORMALES, DIURESIS NORMAL, NIEGA OTRA SINTOMATOLOGIA. EXAMEN FISICO TOTALMENTE NORMAL.


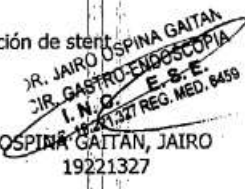
POR TRATARSE DE UN TUMOR EN TERCIO SUPERIOR DE ESOFAGO NO ES CANDIDATA PARA COLOCACION DE STENT, PO CUAL SE PODRIA BENEFICIAR DE LA REALIZACION DE EVDA CON DILATACIONES. IGUALMENTE SE REMITE A RADIOTERAPIA PARA CONSIDERAR LA POSIBILIDAD DE DAR TAR TRATAMIENTO PALIATIVO CON BRAQUITERAPIA.



**** PLAN:**

- 1) #SE DA ORDEN DE EVDA CON DILATACIONES
- 2) #SE REMITE A ONCOLOGIA RADIOTERAPICA PARA CONSIDERAR TRATAMIENTO CON BRAQUITERAPIA
- 3) #SE LE EXPLICA CLARAMENTE A PACIENTE E HIJA QUIENES REFIEREN ENTENDER Y ACEPTAN
- 4) #SE DAN RE COMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA.

SE COMENTA CON DR ABADIA, DR CONTRERAS Y DR BASTIDAS, CIRUGIA GASTROINTESTINAL



<p>Fecha y hora de la atención: 11/07/2013 Lugar de atención: Instituto Nacional de Cancerología Folios: 17, 18 c.1 pruebas y 231 c.2 ppal.</p>	<p><u>Motivo de Consulta:</u> REMITIDA DE GASTROENTEROLOGÍA</p> <p><u>Enfermedad actual:</u> ONCOLOGIA RADIOTERAPICA CHAPARRO BONILLA MARIA RA 27713 CC 41352083</p> <p>(...)</p> <p><u>Examen Fisico</u> S// PACIENTE REFIERE SENTIRSE BIEN, DISFAGIA A SOLIDOS Y NO A LIQUIDOS, NO DOLOR ABDOMINAL, SANGRADO DIGESTIVO, NO FIEBRE, NO PERDIDA DE PESO, DEPOSICIONES NORMALES, DIURESIS NORMAL, NIEGA OTRA SINTOMATOLOGIA</p> <p>PACIENTE EN BUEN ESTADO GENERAL, AFEBRIL, HIDRATADA, ALERTA, ORIENTADO, NO SIRS, NO SDR, IK 70%</p> <p>C/C: MUCOSA ORAL HUMEDA, CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, ESCLERAS ANICTERICAS, NO MASAS, NO ADENOPATIAS, NO INGURGITACION YUGULAR</p> <p>C/P: NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA</p> <p>ABD: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, NO MASAS, NO MEGALIAS</p> <p>EXT: NO EDEMAS, PULSOS PERIFERICOS PRESNETES</p> <p>NEURO: SIN DEFICIT APARENTE</p> <p>(...)</p> <p><u>Observaciones:</u> ** ANALISIS: PACIENTE FEMENINA DE 86 AÑOS CON DX DE CARCINOMA ESCAMOCELULAR MODERADAMENTE DIFERENCIADO DE ESOFAGO CON COMPONENTE IN SITU FOCAL, A LOS 18 Y 30 CM, EC T2N1M0, NO CANDIDA A MANEJO QUIRURGICO, TRATADA CON RADIOTERAPIA EXTERNA, TECNICA CONVENCIONANL, CON ACELERADOR LINEAL, ENERGIA DE 6MV, EN FRACCIONMEITO DE 200CGY DIA HASTA 4600CGY, FINALIZADO EL 20 DE ENERO DE 2012.</p> <p>LE REALIZAN EVDA EL 03/05/2013 DONDE SE EVIDENCIA LESION QUE COMPROMETE CIRCUNFERENCIALMENTE LA LUZ ESOFÁGICA CAUSANDO ESTENOSIS QUE SE HACEN INFRANQUEABLE A 18CMS DE LA ARCADEA DENTARIA, CARCINOMA DE TERCIO SUPERIOR DEL ESOFAGO, RECIDIVA POST RADIOTERAPIA, CON BIOPSIA QUE REPORTA DEL 08/MAY/2013 FRAGMENTOS DE CARCINOMA ESCAMOCELULAR MODERADAMENTE DIFERENCIADO Y ULCERADO.</p> <p>TIENE ESOFAGOGRAMA SE OBTUVO LLENAMIENTO Y DISTENSIÓN PARCIAL DEL</p> <p>(...)</p> <p>ENDOLUMINALES NI RECHAZOS. TRANSITO SATISFACTORIO HASTA EL DUODENO. LOCULACIÓN DE LA CÚPULA GÁSTRICA NO SE DETECTAN LESIONES ENDOLUMINALES PSEUDODIVERTÍCULO EN CUERPO SOBRE LA CURVATURA MAYOR.</p> <p>PACIENTE EN EL MOMENTO CON DISFAGIA A SOLIDOS Y NO A LIQUIDOS, NO DOLOR ABDOMINAL, SANGRADO DIGESTIVO, NO FIEBRE, NO PERDIDA DE PESO, DEPOSICIONES NORMALES, DIURESIS NORMAL, NIEGA OTRA SINTOMATOLOGIA.</p> <p>EXAMEN FISICO TOTALMENTE NORMAL.</p> <p>POR TRATARSE DE UN TUMOR EN TERCIO SUPERIOR DE ESOFAGO NO ES CANDIDATA PARA COLOCACION DE STENT, PO CUAL SE PODRIA BENEFICIAR DE LA REALIZACION DE EVDA CON DILATACIONES. SE COMENTA CON DR TORRES QUIEN CONSIDERA QUE NO ES BENEFICIARIA DE TRATAMIENTO CON BRAQUITERAPIA.</p> <p>SE CONSIDERA QUE SE BENEFICIA ENTONCES DE DILATACIONES Y SE REMITE A CUIDADOS PALIATIVOS. CITA POR NUTRICION.</p>
<p>Fecha y hora de la</p>	

<p>atención: 23/07/2013 Lugar de atención: Instituto Nacional de Cancerolo gía Folios: 20 c.1 pruebas</p>	<p>Le fue practicada a la paciente una endoscopia – dilataciones, cuyo resultado se describe a continuación:</p> <p style="text-align: center;">DESCRIPCIÓN</p> <p>ESOFAGO: inmediatamente distal al cricofaríngeo aproximadamente a 20cms de la arcada dentaria se observa lesiones vegetantes infiltrativas, con zonas ulceradas áreas necróticas que comprometen circunferencialmente la luz esofágica causando estenosis infranqueable. Se pasa guía metálica y se practican dilataciones con bujías de Savary hasta la N° 11. No se sobrepasa este calibre por dolor. Se pasa nuevamente el endoscopio persistiendo estenosis infranqueable.</p> <p style="text-align: center;">DIAGNÓSTICO</p> <p>CARCINOMA ESTENOSANTE DE TERCIO SUPERIOR DE ESOFAGO</p> <p style="text-align: center;">PLAN</p> <p>Requiere nueva endoscopia, dilataciones e inserción de stent. Se solicita autorización para compra y colocación de stent.</p> <p style="text-align: center;">RESPONSABLE</p> <div style="text-align: right;">  <p>OSPINA GAITAN, JAIRO 19221327 DR. GASTRO-ENDOSCOPIA I.N.C. E.S.E. C.C. 19221327 REG. MED. 6459</p> </div>
<p>Fecha y hora de la atención: 09/08/2013 Lugar de atención: Instituto Nacional de Cancerología Folios: 21 c.1 pruebas y 295 c.2 ppal.</p>	<p>En el Instituto Nacional de Cancerología le fue practicada a la señora Chaparro Bonilla, el procedimiento endoscopia – dilataciones, cuyo resultado fue el siguiente:</p> <p style="text-align: center;">DESCRIPCIÓN</p> <p>ESOFAGO: Inmediatamente distal al cricofaríngeo se observan lesiones vegetantes e infiltrativas que comprometen circunferencialmente la luz esofágica causando estenosis infranqueable. Se pasa guía metálica y se practican dilataciones con bujías de Savary hasta la numero 11 sin complicaciones. Se intenta pasar el endoscopio persistiendo estenosis infranqueable.</p> <p style="text-align: center;">DIAGNÓSTICO</p> <p>CARCINOMA DE TERCIO SUPERIOR DE ESOFAGO RECIDIVA POST RADIOTERAPIA</p> <p style="text-align: center;">PLAN</p> <p>Se cita para nueva endoscopia dilataciones y ver si es posible la inserción de stent</p> <p style="text-align: center;">RESPONSABLE</p> <div style="text-align: right;">  <p>DR. JAIRO OSPINA GAITAN DR. GASTRO-ENDOSCOPIA I.N.C. E.S.E. 19221327 REG. MED. 6459 OSPINA GAITAN, JAIRO 19221327</p> </div> <p>Para la realización del procedimiento fue otorgado el siguiente consentimiento informado:</p>

PROCEDIMIENTOS ENDOSCÓPICOS							
<p>NOMBRE DEL PACIENTE <u>Maria Chaparro Bonilla</u> FECHA <u>09-08-13</u></p>	<p>1. Por medio del presente documento, en pleno y normal uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al doctor <u>Dr. Ospina Gaitán</u> de la clínica de gastroenterología y endoscopia del Instituto Nacional de Cancerología - E.S.E., para que con el concurso de los demás profesionales de la salud que se requieran y el acepte, así como con la ayuda del personal auxiliar de servicios asistenciales que él señale para tales efectos, se me practique (n) el (los) siguiente (s) procedimiento (s):</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">ENDOSCOPIA DE VÍAS DIGESTIVAS ALTAS <input checked="" type="checkbox"/></td> <td style="width: 50%;">DILATACIONES ESOFÁGICAS <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>RECTOSIGMOIDOSCOPIA <input type="checkbox"/></td> <td>COLONOSCOPIA <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>COLANGIOPANCREATOGRAFIA ENDOSCOPICA RETROGRADA <input type="checkbox"/></td> <td>OTROS <input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>2. El doctor arriba mencionado queda igualmente autorizado para llevar a cabo la práctica de técnicas o procedimientos médicos adicionales a los ya autorizados en el punto 1, si en el curso del (los) procedimiento (s) llegare a presentarse una situación imprevista que, a juicio del médico, los haga aconsejables.</p> <p>3. Igualmente otorgo mi consentimiento para que, en caso de ser necesario según criterio médico, sea aplicada sedación para la realización del (los) procedimientos.</p> <p>4. Entiendo que la obtención de muestras (biopsias) es un procedimiento necesario, y acepto que dichas muestras sean obtenidas de acuerdo al criterio del médico. El Instituto Nacional de Cancerología - ESE queda autorizado para ordenar la disposición final de los componentes anatómicos que sean removidos de mi cuerpo.</p> <p>5. Declaro que he entendido que los procedimientos arriba mencionados con llevan un riesgo de complicación (es) tales como <u>SANGRADO - PERFORACION - DISTENSION ABDOMINAL - DOLOR - HIPOTENSION</u> y que la práctica de los mismos implican una actividad médica de medio y no de resultado.</p> <p>6. Hago constar que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su totalidad.</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: center;">  FIRMA DEL PACIENTE <u>CC.41352083</u> </div> <div style="text-align: center;">  FIRMA DEL MEDICO R. M. </div> </div>	ENDOSCOPIA DE VÍAS DIGESTIVAS ALTAS <input checked="" type="checkbox"/>	DILATACIONES ESOFÁGICAS <input type="checkbox"/>	RECTOSIGMOIDOSCOPIA <input type="checkbox"/>	COLONOSCOPIA <input type="checkbox"/>	COLANGIOPANCREATOGRAFIA ENDOSCOPICA RETROGRADA <input type="checkbox"/>	OTROS <input type="checkbox"/>
ENDOSCOPIA DE VÍAS DIGESTIVAS ALTAS <input checked="" type="checkbox"/>	DILATACIONES ESOFÁGICAS <input type="checkbox"/>						
RECTOSIGMOIDOSCOPIA <input type="checkbox"/>	COLONOSCOPIA <input type="checkbox"/>						
COLANGIOPANCREATOGRAFIA ENDOSCOPICA RETROGRADA <input type="checkbox"/>	OTROS <input type="checkbox"/>						
<p>Fecha y hora de la atención: 16/08/2013 Lugar de atención: Instituto Nacional de Cancerología Folios: 21 reverso c.1 pruebas</p>	<p>A María Gertrudis Chaparro Bonilla le realizaron una endoscopia digestiva alta, dilataciones y colocación stent esofágico, cuyo resultado fue el siguiente:</p> <p style="text-align: center;">INDICACIONES</p> <p>ESTENOSIS ESOFAGICA POR TUMOR</p> <p style="text-align: center;">DESCRIPCIÓN</p> <p>DR. CONTRERAS - DR. OSPINA ESOFAGO: Inmediatamente distal al cricofaríngeo, desde los 17 cm y hasta los 21 cm, se observa lesión infiltrante que produce estenosis infranqueable; se pasa guía metálica y se realizan dilataciones con bujías de Savary hasta la No 11. ESTOMAGO: Lago gástrico mucoso, fundus y hiato normales a la retrovisión. Cuerpo y antro con mucosa de aspecto usual, piloro central franqueable. DUODENO: Se explora hasta la segunda porción encontrando mucosa sin alteraciones. Se pasa guía metálica alojando su punta en la luz duodenal, y sobre esta se pasa dispositivo con stent esofágico E16-8, el cual se dispara bajo visión endoscópica dejando tope proximal inmediatamente distal al cricofaríngeo.</p> <p style="text-align: center;">DIAGNÓSTICO</p> <p>TUMOR ESTENOSANTE TERCIO PROXIMAL DE ESOFAGO DILATACIONES ESOFAGICAS Y COLOCACION DE STENT ESOFAGICO SIN COMPLICACIONES</p> <p>Para la realización del procedimiento fue suscrito el consentimiento informado de la siguiente manera:</p>						

	<p>NOMBRE DEL PACIENTE <u>Maria Gertrudis Chaparro</u> FECHA <u>16-09/13</u> <u>16-09/13</u></p> <p>1. Por medio del presente documento, en pleno y normal uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi.....</p> <p>Consentimiento al doctor <u>Jaio Osorio Gaton</u> de la clínica de gastroenterología y endoscopia del Instituto Nacional de Cancerología - E. S. E., para que con el concurso de los demás profesionales de la salud que se requieran y el acepte, así como con la ayuda del personal auxiliar de servicios asistenciales que él señale para tales efectos, se me practique (n) el (los) siguiente (s) procedimiento (s):</p> <table border="0"> <tr> <td>ENDOSCOPIA DE VÍAS DIGESTIVAS ALTAS</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>DILATACIONES ESOFÁGICAS</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>RECTOSIGMOIDOSCOPIA</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>COLONOSCOPIA</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>COLANGIOPANCREATOGRÁFIA ENDOSCÓPICA RETROGRADA</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>OTROS</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>2. El doctor arriba mencionado queda igualmente autorizado para llevar a cabo la práctica de conductas o procedimientos médicos adicionales a los ya autorizados en el punto 1, si en el curso del (los) procedimiento (s) llegara a presentarse una situación imprevista que, a juicio del médico, los haga aconsejables.</p> <p>3. Igualmente otorgo mi consentimiento para que, en caso de ser necesario según criterio médico, sea aplicada sedación para la realización del (los) procedimientos.</p> <p>4. Entiendo que la obtención de muestras (biopsias) es un procedimiento necesario, y acepto que dichas muestras sean obtenidas de acuerdo al criterio del médico. El Instituto Nacional de Cancerología - ESE queda autorizado para ordenar la disposición final de los componentes anatómicos que sean removidos de mi cuerpo.</p> <p>5. Declaro que he entendido que los procedimientos arriba mencionados con llevan un riesgo de complicación (es) tales como <u>SANGRADO - PERFORACION - DISTENSION ABDOMINAL - DOLOR - HIPOTENSION</u> Y que la práctica de los mismos implican una actividad médica de medio y no de resultado</p> <p>6. Hago constar que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su totalidad</p> <p><u>[Firma]</u> FIRMA DEL PACIENTE C.C. 41352083</p> <p><u>[Firma]</u> FIRMA DEL MEDICO R. M.</p>	ENDOSCOPIA DE VÍAS DIGESTIVAS ALTAS	<input checked="" type="checkbox"/>	DILATACIONES ESOFÁGICAS	<input type="checkbox"/>	RECTOSIGMOIDOSCOPIA	<input type="checkbox"/>	COLONOSCOPIA	<input type="checkbox"/>	COLANGIOPANCREATOGRÁFIA ENDOSCÓPICA RETROGRADA	<input type="checkbox"/>	OTROS	<input type="checkbox"/>
ENDOSCOPIA DE VÍAS DIGESTIVAS ALTAS	<input checked="" type="checkbox"/>	DILATACIONES ESOFÁGICAS	<input type="checkbox"/>										
RECTOSIGMOIDOSCOPIA	<input type="checkbox"/>	COLONOSCOPIA	<input type="checkbox"/>										
COLANGIOPANCREATOGRÁFIA ENDOSCÓPICA RETROGRADA	<input type="checkbox"/>	OTROS	<input type="checkbox"/>										
<p>Fecha y hora de la atención: 12/12/2013 Lugar de atención: Instituto Nacional de Cancerología Folios: 22 c.1 pruebas y 232 c.2 ppal.</p>	<p><u>Enfermedad actual:</u> PACIENTE CON ANTECEDENTE DE CA. ESCAMOCELULAR DE ESOPAGO, QUE RECIBIO RADIOTERAPIA Y SE LE HABIA COLOCADO STENT ESOPAGICO EN AGOSTO/13. POSTERIORMENTE FUE RETIRADO POR DOLOR TOS Y DISFAGIA EN SEPT/13. ACTUALMENTE REPIEREDOLOR Y DISFAGIA, TOLERANDO SOLAMENTE LIQUIDOS</p> <p>(...)</p> <p><u>Examen Fisico</u> MUCOSAS HUMEDAS, NORMOCROMICAS. Rcs RITMICOS, TORAX SIN SOBREGREGADOS RESPIRATORIOS, ABDOMEN BLANDO, NO DISTENDIDO, Rcs PRESENTES. NO ADENOMEGALIAS CERVICALES, NO MASAS ABDOMINALES, ASCITIS (-)</p> <p><u>Observaciones:</u> PACIENTE CLINICAMENTE ESTABLE. SE REALIZARA RX DE VIAS DIGESTIVAS ALTAS, PARA EVALUAR POSIBILIDAD DE NUEVO STENT, O GASTROSTOMIA</p>												
<p>Fecha y hora de la atención: 13/12/2013 Lugar de atención: Instituto Nacional de Cancerología Folios: 23 c.1</p>	<p>Fue proferido el resultado de la radiografía de vias digestivas altas con los siguientes resultados:</p>												

<p>pruebas y 286 c.2 ppal</p>	<p>Datos: Hallazgos: Vía y digestivas altas Cambios degenerativos generalizados óseos. Mediante la ingesta y deglución satisfactoria de medio de contraste baritado el esófago, tiene disminución del calibre del tercio proximal a la altura de T3 en una extensión de 27 mm y un calibre máximo de 4 mm sin extravasaciones ni rebosamiento Transito satisfactorio hasta el duodeno. Pseudodivertículos en esófago distal.</p>
<p>Fecha y hora de la atención: 23/01/2014 Lugar de atención: Instituto Nacional de Cancerología Folios: 23 reverso y 24 c.1 pruebas y 234 c.2 ppal.</p>	<p><u>Enfermedad actual:</u> PACIENTE CON ANTECEDENTE DE CA. ESCAMOCELULAR DE ESOPAGO, QUE RECIBIO RADIOTERAPIA 23 SESIONES HASTA ENERO 2012 Y SE LE HABIA COLOCADO STENT ESOPAGICO EN AGOSTO/13, POSTERIORMENTE FUE RETIRADO POR DOLOR TOS Y DISFAGIA EN 25 SEPT/13. FAMILIAR REFIERE QUE UNICAMENTE PASA LIQUIDOS CADA DIA EN MENOS CANTIDAD. REFIERE PERDIDA DE 4 KG TRAE REPORTE DE PARACLINICO DE EPS CON GLICEMIA CENTRAL 56 TSH 2.4 PDE O NORMAL SUN 12.8 CREAT 0.6</p> <p>ASISTE CON REPORTE RX DE VIAS DIGESTIVAS: Hallazgos: Vía y digestivas altas Cambios degenerativos generalizados óseos. Mediante la ingesta y deglución satisfactoria de medio de contraste baritado el esófago, tiene disminución del calibre del tercio proximal a la altura de T3 en una extensión de 27 mm y un calibre máximo de 4 mm sin extravasaciones ni rebosamiento Transito satisfactorio hasta el duodeno. Pseudodivertículos en esófago distal.</p> <p>(...)</p> <p><u>Examen Físico</u> BEG NO MASAS NO MEGALIAS</p> <p><u>Observaciones:</u> SE CONSIDERA QUE POR ESTENOSIS PROXIMAL LA PACIENTE ES CANDIDATA A DILATACIONES ESOPAGICAS POR ENDOSCOPIA , CONTINUAR CON DIETA LIQUIDA FRACCIONADA SE DAN RECOMENDACIONES DE ALIMENTACION PRESENTA HIPOGLICEMIAS EN LA MAÑANA , SE SUSPENDER.</p>
<p>Fecha y hora de la atención: 04/02/2014 Lugar de atención: Instituto Nacional de Cancerología Folios: 25 reverso c.1 pruebas y 296 c.1 ppal.</p>	<p>Le fue practicada a la paciente una endoscopia digestiva superior, cuyos resultados fueron los siguientes:</p> <p style="text-align: center;">INDICACIONES</p> <p>CA DE ESOPAGO PROXIMAL</p> <p style="text-align: center;">DESCRIPCIÓN</p> <p>ESOPAGO: PASO FACIL POR EL CRICOFARINGEO 3 CM DISTAL DEL CUAL SE OBSERVA SACO CIEGO CON MUCOSA GRANULAR, SE REALIZA PASO DE GUIA METALICA SIN RESISTENCIA Y POSTERIOR DILATACION CON BUJIAS DE SAVARY HASTA LA 12.8 SE REvisa CON ENDOSCOPIA Y SE EVIDENCIA ADECUADO PASO DEL EQUIPO CON LESIÓN NEOPLASICA QUE SE EXTIENDE APROXIMADAMENTE 4 CM CON MUCOSA ESOPAGICA DISTAL CON ESTIGMAS DE PROTESIS PREVIA. ESTOMAGO: EXPLORADO HATA EL PÍLORO INCLUYENDO RETROVISION PARA PEQUEÑA CURVA Y FONDO SIN EVIDENCIAR ALTERACIONES EN MUCOSA NI DISTENSIBILIDAD FUNDOCORPORAL NI ANTRAL. PÍLORO CENTRAL FRANQUEABLE. DUODENO: LUZ, MUCOSA Y DISTENSIBILIDAD NORMALES HATA SEGUNDA PORCION.</p> <p style="text-align: center;">DIAGNÓSTICO</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ESTENOSIS MALIGNA ESOPAGO SUPERIOR 2. DILATACION CON SAVARY SIN COMPLICACIONES

	<p>PLAN</p> <p>DADO QUE LA PACIENTE SE NIEGA A MANEJO CON PROTESIS ESOFAGICA SE DECIDE CONTINUAR DILATACIONES SEGÚN SINTOMAS.</p>						
	<p>RESPONSABLE</p> <p>PINILLA MORALES, RAUL EDUARDO 7310 / 2001 DR. RAUL EDUARDO PINILLA MORALES CLÍNICA GASTROENTEROLOGÍA Y ENDOSCOPIA I. N. C. E. S. E. C. C. 79.942.682 REG. MED. 7310/2001</p>						
	<p>Para la realización del procedimiento fue suscrito el siguiente consentimiento informado:</p> <p>NOMBRE DEL PACIENTE <u>Maria Chaparro</u> FECHA <u>4/02/14</u></p> <p>1. Por medio del presente documento, en pleno y normal uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al doctor <u>Pinilla</u> de la clínica de gastroenterología y endoscopia del Instituto Nacional de Cancerología - e. s. e., para que con el concurso de los demás profesionales de la salud que se requieran y el acepte, así como con la ayuda del personal auxiliar de servicios asistenciales que él señale para tales efectos, se me practique (n) el (los) siguiente (s) procedimiento (s):</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;"> ENDOSCOPIA DE VÍAS DIGESTIVAS ALTAS <input checked="" type="checkbox"/> </td> <td style="width: 50%;"> DILATACIONES ESOFÁGICAS <input type="checkbox"/> </td> </tr> <tr> <td> RECTOSIGMOIDOSCOPIA <input type="checkbox"/> </td> <td> COLONOSCOPIA <input type="checkbox"/> </td> </tr> <tr> <td> COLANGIOPANCREATOGRÁFICA ENDOSCÓPICA RETROGRADA <input type="checkbox"/> </td> <td> OTROS <input type="checkbox"/> </td> </tr> </table> <p>2. El doctor arriba mencionado queda igualmente autorizado para llevar a cabo la práctica de conductas o procedimientos médicos adicionales a los ya autorizados en el punto 1, si en el curso del (los) procedimiento (s), llegare a presentarse una situación imprevista que, a juicio del médico, los haga aconsejables.</p> <p>3. Igualmente otorgo mi consentimiento para que, en caso de ser necesario según criterio médico, sea aplicada sedación para la realización del (los) procedimientos.</p> <p>4. Entiendo que la obtención de muestras (biopsias) es un procedimiento necesario, y acepto que dichas muestras sean obtenidas de acuerdo al criterio del médico. El Instituto Nacional de Cancerología - ESE queda autorizado para ordenar la disposición final de los componentes anatómicos que sean removidos de mi cuerpo.</p> <p>5. Declaro que he entendido que los procedimientos arriba mencionados conllevan un riesgo de complicación (es) tales como: <u>SANGRADO - PERFORACION - DISTENSION ABDOMINAL - DOLOR - HIPOTENSION</u> y que la práctica de los mismos implican una actividad médica de medio y no de resultado.</p> <p>6. Hago constar que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su totalidad.</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: center;"> <p> FIRMA DEL PACIENTE <u>51785865</u></p> </div> <div style="text-align: center;"> <p> FIRMA DEL MÉDICO R. M.</p> </div> </div>	ENDOSCOPIA DE VÍAS DIGESTIVAS ALTAS <input checked="" type="checkbox"/>	DILATACIONES ESOFÁGICAS <input type="checkbox"/>	RECTOSIGMOIDOSCOPIA <input type="checkbox"/>	COLONOSCOPIA <input type="checkbox"/>	COLANGIOPANCREATOGRÁFICA ENDOSCÓPICA RETROGRADA <input type="checkbox"/>	OTROS <input type="checkbox"/>
ENDOSCOPIA DE VÍAS DIGESTIVAS ALTAS <input checked="" type="checkbox"/>	DILATACIONES ESOFÁGICAS <input type="checkbox"/>						
RECTOSIGMOIDOSCOPIA <input type="checkbox"/>	COLONOSCOPIA <input type="checkbox"/>						
COLANGIOPANCREATOGRÁFICA ENDOSCÓPICA RETROGRADA <input type="checkbox"/>	OTROS <input type="checkbox"/>						
<p>Fecha y hora de la atención: 11/03/2014 Lugar de atención: Instituto Nacional de Cancerología Folios: 25 reverso c.1 pruebas y 292 c.2 ppal.</p>	<p>Le fue practicada a la paciente una endoscopia más dilataciones, cuyos resultados fueron los siguientes:</p> <p style="text-align: center;">INDICACIONES</p> <p>CA ESCAMOCELULAR ESOFAGO SUPERIOR</p> <p style="text-align: center;">DESCRIPCIÓN</p> <p>ESOFAGO: PASO FACIL POR EL CRICOFARINGEO 3 CM DISTAL DEL CUAL SE OBSERVA DIMINUTA LUZ. SE REALIZA PASO DE GUIA METALICA SIN RESISTENCIA Y POSTERIOR DILATACION CON BUJIAS DE SAVARY HASTA LA 14MM SE REvisa CON ENDOSCOPIA Y SE EVIDENCIA ADECUADO PASO DEL EQUIPO CON LESIÓN NEOPLASICA QUE SE EXTIENDE APROXIMADAMENTE 4 CM CON MUCOSA ESOFAGICA DISTAL CON ESTIGMAS DE PROTESIS PREVIA. ESTOMAGO: EXPLORADO HATA EL PÍLORO INCLUYENDO RETROVISION PARA PEQUEÑA CURVA Y FONDO SIN EVIDENCIAR ALTERACIONES EN MUCOSA NI DISTENSIBILIDAD FUNDOCORPORAL NI ANTRAL. PÍLORO CENTRAL FRANQUEABLE. DUODENO: LUZ, MUCOSA Y DISTENSIBILIDAD NORMALES HASTA SEGUNDA PORCION.</p> <p style="text-align: center;">DIAGNÓSTICO</p>						

	<p>CA ESCAMOCELULAR ESOFAGO PROXIMAL DILATACIONES CON SAVARY</p> <p style="text-align: center;">PLAN</p> <p>CONTROL CLINICO EN 1 MES</p> <p style="text-align: right;">DR. RAUL EDUARDO PINILLA MORALES CLINICA GASTROENTEROLOGIA Y ENDOSCOPIA I. N. C. E. S. E. C. C. 79.942.687 REG. MED. 7310/2001</p> <p style="text-align: center;">RESPONSABLE</p> <p style="text-align: right;">PINILLA MORALES, RAUL EDUARDO 7310 / 2001</p> <p>Para la realizacion del procedimiento se observa que se suscribió el consentimiento informado bajo las siguientes condiciones:</p> <p>NOMBRE DEL PACIENTE <u>Maria Chaparro</u> FECHA <u>11.03.14</u></p> <p>1. Por medio del presente documento, en pleno y normal uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre y libre de cualquier coacción, consentimiento al doctor _____ de la clinica de gastroenterología y endoscopia del instituto nacional de cancerología – e. s. e., para que con el concurso de los demás profesionales de la salud que se requieran y el acepte, así como con la ayuda del personal auxiliar de servicios asistenciales que él señale para tales efectos, se me practique (n) el (los) siguiente (s) procedimiento (s):</p> <table border="0"> <tr> <td>ENDOSCOPIA DE VÍAS DIGESTIVAS ALTAS</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>DILATACIONES ESOFAGICAS</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>RECTOSIGMOIDOSCOPIA</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>COLONOSCOPIA</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>COLANGIOPANCREATOGRAFIA ENDOSCOPIA RETROGRADA</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>OTROS</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>2. El doctor arriba mencionado queda igualmente autorizado para llevar a cabo la práctica de conductas o procedimientos médicos adicionales a los ya autorizados en el punto 1, si en el curso del (los) procedimiento (s) llegare a presentarse una situación imprevista que, a juicio del médico, los haga aconsejables.</p> <p>3. Igualmente otorgo mi consentimiento para que, en caso de ser necesario según criterio médico, sea aplicada sedación para la realización del (los) procedimientos.</p> <p>4. Entiendo que la obtención de muestras (biopsias) es un procedimiento necesario, y acepto que dichas muestras sean obtenidas de acuerdo al criterio del médico. El Instituto Nacional de Cancerología – ESE queda autorizado para ordenar la disposición final de los componentes anatómicos que sean removidos de mi cuerpo.</p> <p>5. Declaro que he entendido que los procedimientos arriba mencionados con llevan un riesgo de complicación (es) tales como <u>SANGRADO – PERFORACION – DISTENSION ABDOMINAL – DOLOR – HIPOTENSION</u> Y que la práctica de los mismos implican una actividad médica de medio y no de resultado</p> <p>6. Hago constar que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su totalidad</p> <p style="text-align: center;">Firma del Paciente: <u>S. J. F. S.</u> C.C. 51785763</p> <p style="text-align: center;">Firma del Médico: R. M.</p>	ENDOSCOPIA DE VÍAS DIGESTIVAS ALTAS	<input checked="" type="checkbox"/>	DILATACIONES ESOFAGICAS	<input type="checkbox"/>	RECTOSIGMOIDOSCOPIA	<input type="checkbox"/>	COLONOSCOPIA	<input type="checkbox"/>	COLANGIOPANCREATOGRAFIA ENDOSCOPIA RETROGRADA	<input type="checkbox"/>	OTROS	<input checked="" type="checkbox"/>
ENDOSCOPIA DE VÍAS DIGESTIVAS ALTAS	<input checked="" type="checkbox"/>	DILATACIONES ESOFAGICAS	<input type="checkbox"/>										
RECTOSIGMOIDOSCOPIA	<input type="checkbox"/>	COLONOSCOPIA	<input type="checkbox"/>										
COLANGIOPANCREATOGRAFIA ENDOSCOPIA RETROGRADA	<input type="checkbox"/>	OTROS	<input checked="" type="checkbox"/>										
<p>Fecha y hora de la atención: 17/03/2014 Lugar de atención: Instituto Nacional de Cancerología Folios: 26 y 95 c.1 pruebas</p>	<p>Fue proferido informe de patología, cuya muestra tiene fecha de recibo del 11 de marzo de 2014 y fecha de resultado 14 de marzo de 2014, con los siguientes resultados:</p>												

<p>289 c.2 ppal. y 451 c.3 ppal.</p>	<p>DESCRIPCION MACROSCOPICA Rotulado con datos del paciente "Biopsia de esófago proximal": En formol se recibe 2 fragmentos de tejido pardo que miden en promedio 0.6 x 0.3 x 0.2. Se procesa todo en un bloque. Monica DIAGNÓSTICO ROTULADO "ESÓFAGO PROXIMAL" BIOPSIA: - CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS MODERADAMENTE DIFERENCIADO ✓</p>		
<p>Fecha y hora de la atención: 19/03/2014 a las 15:05 Lugar de atención: Instituto Nacional de Cancerología Folios: 27 a 28 c.1 pruebas y 235 a 236, 248 a 249 c.2 ppal.</p>	<p><u>Observaciones:</u> ADULTA MAYOR QUE INGRESA AL SERVICIO DE GAICA, POR SUS PROPIOS MEDIOS, CONCIENTE Y ORIENTADO, ACOMPAÑADO DE FAMILIAR CON DIAGNOSTICO ONCOLOGICO DE CA DE ESOPAGO</p> <p>QUIEN MANIFIESTA QUE "TIENE DIFICULTAD PARA RESPIRAR "</p> <p>PACIENTE CON OXIGENO AL AMBIENTE, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, MUCOSAS HUMEDAS, NO SE OBSERVAN PETEQUIAS, NI EDEMA EN MIEMBROS INFERIORES.</p> <p>SPO2 82%</p> <p>(...)</p> <p>Fecha Atención Medica: 19.03.2014 Hora: 09:50</p> <p><u>Motivo de Consulta:</u> DESDE ESE DIA SE PUSO MAL Y SE LE HAN DAÑADO LOS SIGNOS VITALES.</p> <p>EA: DESDE EL 11 DE MARZO 2014 PRESENTA DETERIORO DE LOS SIGNOS VITALES CON TAQUICARDIA (FC MAYOR A 116), HIPOKEMIA CON SAO2 60%, ACCESOS DE TOS CON EXPECTORACION VERDOSA POSTERIOR A INGESTA DE LIQUIDOS Y DILATACIONES ESOPAGICAS Y TOMA DE BIOPSIA EN I.N.C. NIEGA FIEBRE. FAMILIAR RELATA DETERIORO FUNCIONAL POSTERIOR A PROCEDIMIENTO DESCRITO.</p> <p>PACIENTE CON ANTECEDENTE DE CA. ESCAMOCELULAR DE ESOPAGO, QUE RECIBIO RADIOTERAPIA 25 SESIONES HASTA ENERO 2012 Y SE LE HIZO COLOCADO STENT ESOPAGICO EN AGOSTO/13, POSTERIORMENTE FUE RETIRADO POR DOLOR TOS Y DISFAGIA EN 25 SEPT/13.</p> <p>FAMILIAR REFIERE QUE UNICAMENTE PASA LIQUIDOS CADA DIA EN MENOS CANTIDAD. REFIERE PERDIDA DE 4 KG</p> <p>TRAE REPORTE DE PARACLINICO DE EPS CON GLICEMIA CENTRAL 56 TSH 2.4 PDE 0 NORMAL BUN 12.8 CREAT 0.6</p> <p>ASISTE CON REPORTE RX DE VIAS DIGESTIVAS: Hallazgos: Via y digestivas altas Cambios degenerativos generalizados huesos. Mediante la ingesta y deglución satisfactoria de medio de contraste baritado el esófago, tiene disminución del calibre del tercio proximal a la altura de T3 en una extensión de 27 mm y un calibre máximo de 4 mm sin extravasaciones ni rebosamiento Transito satisfactorio hasta el duodeno. Pseudodiverticulos en esófago distal.</p> <p>(...)</p> <table border="1" data-bbox="391 1779 1369 1921"> <tr> <td data-bbox="391 1779 553 1921">Examen Fisico</td> <td data-bbox="553 1779 1369 1921">ALERTA, ORIENTADA, PALIDEZ MUCOCUTANEA LEVE, CARDIOPULMONAR SIN ALTERACIONES APARENTES, ABDOMEN: BLANDO, PERISTALTISMO PRESENTE, DEPRESIBLE, PRESENTA HERNIA PERIUMBILICAL, NO DOLOROSO A LA PALPACION ABDOMINAL SUPERFICIAL NI PROFUNDA, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, SNC: ALERTA, ORIENTADA, SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO.</td> </tr> </table> <p><u>Plan a Seguir:</u> TPE CON CA ESOPAGICO MANEJADO CON RADIOTERAPIA, STENT Y DILATACIONES VIA ENDOSCOPICA. CON SINTOMAS RESPIRATORIOS DESENCADENADOS TRAS INGESTA DE ALIMENTOS, SS RX TORAX Y VAL X GASTRO PARA DEEC FISTULA TRAQUEOESOPAGICA.</p> <p>(...)</p>	Examen Fisico	ALERTA, ORIENTADA, PALIDEZ MUCOCUTANEA LEVE, CARDIOPULMONAR SIN ALTERACIONES APARENTES, ABDOMEN: BLANDO, PERISTALTISMO PRESENTE, DEPRESIBLE, PRESENTA HERNIA PERIUMBILICAL, NO DOLOROSO A LA PALPACION ABDOMINAL SUPERFICIAL NI PROFUNDA, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, SNC: ALERTA, ORIENTADA, SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO.
Examen Fisico	ALERTA, ORIENTADA, PALIDEZ MUCOCUTANEA LEVE, CARDIOPULMONAR SIN ALTERACIONES APARENTES, ABDOMEN: BLANDO, PERISTALTISMO PRESENTE, DEPRESIBLE, PRESENTA HERNIA PERIUMBILICAL, NO DOLOROSO A LA PALPACION ABDOMINAL SUPERFICIAL NI PROFUNDA, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, SNC: ALERTA, ORIENTADA, SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO.		

	<p>PACIENTE EN REGULARES CONDICIONES GENERALES TA 115/75 FC 105 FR 18 T 37°C CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, MUCOSAS SEMIHUMEDAS CUELLO MOVIL NO ADENOPATIAS RSCS RITMICOS NO SOPLOS RSRS HIPOVENTILACION EN AMBAS BASES PULMONARES, AGREGADOS EN CAMPO PULMONAR IZQUIERDO. ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO, NO SE PALPAN MASAS, RSIS POSITIVOS EXTREMIDADES SIN EDEMAS</p> <p>(...)</p> <p>PACIENTE CON CA ESCAMOCELUALR DE ESOFAGO EN MANEJO CON DILATACIONES ESOPAGICA QUIEN PRESENTA SINTOMATOLOGIA RESPIRATORIA Y MOVILIZACION DE SECRECIONES. SE REALIZO EVDA HACE UNA SEMANA CON DILATACIONES ESOPAGICAS SIN EVENTUALES COMPLICACIONES, SE DESCARTARA POSIBLE COMPROMISO EXTRAESOPAGICO CON RX DE VIAS DIGESTIVAS Y VALORACION POR MEDICINA INTERNA PARA DESCARTAR NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD. SE EXPLICA A PACIENTE Y FAMILIAR CONDUCTA MEDICA.</p>
<p>Fecha y hora de la atención: 19/03/2014 a las 19:34 Lugar de atención: Instituto Nacional de Cancerología Folios: 29 c.1 pruebas y 236 reverso a 238 c.2 ppal.</p>	<p>E.A.: CUADRO DE 1 SEMANA DE EVOLUCIÓN, EMESIS A LOS POCOS SEGUNDOS DE INGESTA DE CUALQUIER ALIMENTO Y QUE TIENDE A ATORARSE O A AHOGARSE CADA VEZ QUE REALIZA INGESTA, ASOCIADO DISNEA PROGRESIVA, TOS CON EXPECTORACIÓN PURULENTA (AMARILLENTA - VERDOSA), DOLOR TORÁCICO EN REJA COSTAL IZQUIERDA ASTENIA, ADINAMIA, DETERIORO DE LA FUNCIONALIDAD, INSCMNIO DE APROX 4 DIAS DE EVOLUCIÓN. SE REFIERE QUE POR EXACERBACIÓN DE DISNEA DECIDEN TRAER A CONSULTA, HACE 1 SEMANA REALIZACION DE BIOSIA ESOPAGICA, CON HEMATEMESIS POSTERIOR. LAPACIENTE LA RELACIONA CON INICIO DE SINTOMATOLOGIA</p> <p>REV ESTREÑIMIENTO DE 1 SEMANA, ORINA COLÚRICA NO DISURIA, MAREO. SE REPIERE PÉRDIDA DE 4 KGS EN ÚLTIMAS SEMANAS Y REPORTE DE GLICEMIA CENTRAL DE 56 MG/DL.</p> <p>(...)</p> <p>O: ESTABLES CONDICIONES GENERALES, ALERTA, CONCIENTE, ORIENTADA EN LAS TRES ESFERAS, LEVES SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA DADOS POR TAQUIPNEA, SIN SIGNOS DE INESTABILIDAD HEMODINÁMICA. CAQUEXIA GENERALIZADA.</p> <p>SV: TA 125/50, FC 104, FR 28.</p> <p>C/C: SIN EDEMA PALPEBRAL, SIN CIANOSIS PERIBUCAL, ESCLEARS LEVEMENTE ICTÉRICAS, CIOONJUNTIVAS HIPOCRÓMICAS, PÁLIDEZ CUTÁNEA GENERALIZADA, MUCOSA ORAL SEMISECA HIPOCRÓMICA, SIN MASASA A NIVEL DE CARA. CUELLO MÓVIL, SIMPÉTRICO, SIN ADENOMEGALIAS DETECTADAS, INGURGITACI'PON YUGULAR GRADO I, TÓRAX SIMÉTRICO, SIN AUMENTO DE DIÁMETRO AP. LEVE USO DE ECM PARA MOVIMIENTOS RESPIRATORIOS, PERCUSIÓN CON SUBMATIDEZ DIBASAL (PREDOMINIO IZQUIERDO), AUSCULTACIÓN CON MURMULLO VESICULAR DISMINUIDO CON ESTERTORES DE PEQUEÑA Y MEDIANA BURBUJA OCASIONALES, RUDISO CARDÍACOS RÍTMICOS, TAQUICÁTDICOS, TIMBRADOS, SIN SOPLOS, ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE HERNIA EN REGI'PON MESIGÁSTRICA DE APROX 6 X 6 CMS, NO DOLOROSA, REDUCTIBLE, RUIDOS INTESTINALES + SEVERAMENTE DISMINUIDOS EN INTENSIDAD Y FRECUENCIA, NO VISCEROMEGALIAS DETECTADSM, NO SIGNOS DE IRROTACIÓN PERITONEAL, EXTREMIDADES HIP OTRÓFICAS LLENADO CAPILAR DE 3 SEG, LEVE FRIALDAD DISTAL PULSOS PERIFÉRICOS + SIMÉTRICOS PRESENTES, NEUROLÓGICO SIN DÉFCICIT APARENTE, NORMORREFLEXIA GENERALIZADA, NO SIGNOS MENÍNGEOS NI DE FOCALIZACIÓN.</p>
<p>Fecha y hora de la atención: 19/03/2014</p>	<p>A María Gertrudis Chaparro Bonilla, le fueron practicadas radiofrías de: - COL VERT TÓRAX, - TÓRAX P.A.O.A.P. Y LATERAL DECU,</p>

<p>Lugar de atención: Instituto Nacional de Cancerología Folios: 30 y 31 c.1 pruebas y 278 c.2 ppal. y 453 c.3 ppal.</p>	<p>TÓRAX P.A.O.A.P y LATERAL DECUBITO LATERAL OBLICUO, con los siguientes hallazgos:</p> <p>Hallazgos:Tórax</p> <p>Derrame pleural izquierdo. Infiltrados i intersticiales difusos bilaterales de acentuación bibasal. Aorta ateromatosa central. Hilio normales. Corazón normal. Cambios degenerativos generalizados óseos</p> <p>(...)</p>
<p>Fecha y hora de la atención: 19/03/2014 Lugar de atención: Instituto Nacional de Cancerología Folios: 32 a 54 c.1 pruebas</p>	<p>ANÁLISIS Y PLAN: PACIENTE CON CUADRO DE SINTOMATOLOGÍA RESPIRATORIA DOLOR PLEURITICO ESPECTORACION PURULENTA HALLAZGOS RADIOLOGICOS DE CONSOLIDACIONBIBASAL POR LO QUE SE CONSIDERA NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD. DEBE DESCARTARSE FÍSTULA TRAQUEOSOFÁGICA DADO ANTECEDENTE ONCOLÓGICO. SE INICIARÁ COBRIMIENTO ANTIBIÓTICO CON AMPICILINA - SULBACTAM - CLARITROMICINA. REPOSICIÓN HÍDRICA TOMA DE ELECTROLITOS, FUNCIÓN RENAL, GLUCEMIA, PCR, HEMOGLOBINA GLICOSILADA, TSH, IC A NUTRICIÓN PARA DEFINIR INICIO DE NTE</p>
<p>Fecha y hora de la atención: 20/03/2014 a las 10:26 Lugar de atención: Instituto Nacional de Cancerología Folios: 55 reverso c.1 pruebas y 249 a 250 c.2 ppal.</p>	<p>CX GASTROINTESTINAL</p> <p>PACIENTE DE 47 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. CARCINOMA ESCAMOCELULAR MODERADAMENTE DIFERENCIADO DE ESÓFAGO A LOS 30CM Y 18CM CON COMPONENTE IN SITU FOCAL Y COMPROMISO DE LA MUSCULARIS PROPIA, NO CANDIDATA A MANEJO QUIRURGICO, EC T2N1MX 2. TRATAMIENTO CON DILATACIONES ESOFAGICAS Y RADIOTERAPIA 3. NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD 4. FISTULA TRAQUEOSOFAGICA A DESCARTAR <p>PACIENTE EN REGULARES CONDICIONES GENERALES TA 123/74 FC 70 FC 18 T A FEBRIL CONJUNTIVAS ISOCROMICAS, MUCOSAS SEMIHUMEDAS CUELLO MOVIL NO ADENOPATIAS RSCS RITMICOS NO SOPLOS RRRS HIPOVENTILACION EN AMBAS BASES PULMONARES, AQUEGADOS EN CAMPO PULMONAR IZQUIERDO. ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO, NO SE PALPAN MASAS, RSIS POSITIVOS EXTREMIDADES SIN EDEMAS</p>
<p>Fecha y hora de la atención: 20/03/2014 a las 13:48 Lugar de atención: Instituto Nacional de Cancerología Folios: 55 reverso c.1 pruebas y 250 a 251 c.2 ppal.</p>	<p>ANÁLISIS Y PLAN: PACIENTE CON DIAGNÓSTICOS ANOTADOS, QUIPEN CONTINÚA MANEJO POR NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD BIASAL DE PREDOMINIO IZQUIERDO CON AMPICILINA - SULBACTAM - CLARITROMICINA (DÍA 0), EN REPOSICIÓN HÍDRICA, SIN EMBRAGO EN EL MOMENTO NO HAY NUEVOS PARACLÍNICOS PARA DEFINIR SI REQUIERE REPOSICIÓN ELECTROLÍTICA Y PRESENTACIÓN DE ELEVACIÓN DE LEUCOCITOS U OTROS ELEMENTOS PARACLÍNICOS QUE PERMITAN HACER SEGUIMINEMTO OBJETIVO DE EVOLUCIÓN DE PROCESO INFECCIOSO. POR OTRA PARTE LA PACIENTE CURSA CON SOSPECHA DE FÍSTULA TRAQUEOSOFÁGICA POR LO QUE ESTA FENIENTE VÍAS DIGESTIVAS, POR EL MOMENTO CONTINÚA IGUAL MANEJO INSTAURADO.</p>

<p>Fecha y hora de la atención: 20/03/2014 Lugar de atención: Instituto Nacional de Cancerología Folios: 34 c.1 pruebas y 273 c.2 ppal. y 456 c.3 ppal.</p>	<p>A la paciente le fueron practicados las siguientes radiografías: RX Abdom pelvis, org rx de vias digestivas altas (esofago, estomago y duodeno):</p> <p>Hallazgos: Las imágenes preliminar es muestran alteración a la altura de la banda paratraqueal derecha en relación con neoplasia de esófago conocida. Se administra contraste hidrosoluble y se obtienen series en proyección anteroposterior, lateral oblicua y lateral en las que se demuestra un trayecto fistuloso de aproximadamente 10-15 mm de diámetro que comunica el esófago torácico de su tercio superior con la tráquea y permite el paso del contraste hidrosoluble al árbol traqueobronquial, con predominio por los bronquios para los segmentos basales de los lóbulos inferiores y en los bronquios para los segmentos regulares. Conclusión: Compromiso neoplásico de esófago torácico en el tercio proximal con fistula traqueoesofágica secundaria.</p>
<p>Fecha y hora de la atención: 21/03/2014 a las 7:41 Lugar de atención: Instituto Nacional de Cancerología Folios: 57 c.1 pruebas y 251 c.2 ppal.</p>	<p>PACIENTE DE 67 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. CARCINOMA ESCAMOCELULAR MODERADAMENTE DIFERENCIADO DE ESOFAGO A LOS 10CM Y 18CM CON COMPONENTE IN SITU FOCAL Y COMPROMISO DE LA MUSCULARIS PROPIA, NO CANDIDATA A MANEJO QUIRURGICO, EC T2N1MX 2. TRATAMIENTO CON DILATACIONES ESOFAGICAS Y RADIOTERAPIA 3. NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD 4. FISTULA TRAQUEOESFOGICA A DESCARTAR <p>PACIENTE EN REGULARES CONDECIONES GENERALES TA 115/77 FC 94 FR 18 T AFSBRIL CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, MUCOSAS SEMIHUMEDAS CUELLO MOVIL NO ADENOPATIAS RSCS RITMICOS NO SOPLOS RSRS HIPOVENTILACION EN AMBAS BASES PULMONARES, AGREGADOS EN CAMPO PULOMONAR IZQUIERDO. ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO, NO SE PALPAN MASAS, RSTS POSITIVOS EXTREMIDADES SIN EDEMAS</p> <p>PENDIENTE REPORTE DE VIAS DIGESTIVAS PARA DESCARTAR FISTULA TRAQUEOESOFAGICA, NO HA SIDO POSIBLE VISUALIZAR IMAGEN EN CARESTREAM ?</p>
<p>Fecha y hora de la atención: 21/03/2014 a las 9:16 Lugar de atención: Instituto Nacional de Cancerología Folios: 57 c.1 pruebas y 251 c.2 ppal.</p>	<p>CX GASTROINTESTINAL</p> <p>SE REVISAN IMAGENES DIGESTIVAS EN CONJUNTO CON RADIOLOGIA EVIDENCIANDO IMAGEN COMPATIBLE CON FISTULA TRAQUEOESOFAGICA, SE INDICA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA PARA COLOCACION DE STENT Y ANTIBIOTICOTERAPIA, SE LE INFORMA A PACIENTE QUIEN SE NIEGA A REALIZARSE DICHO PROCEDIMIENTO A PESAR DE INFORMARLE RIESGOS DE NO REALIZARSE DICHO PROCEDIMIENTO QUE PUEDE INCLUIR LA MUERTE MISMA, PACIENTE NO ACEPTA PROCEDIMIENTO, SE LE DA INFORMACION EN PRESENCIA DE SU HIJO LUIS TORRES, SE LE INFORMA POR TELEFONO LA SITUACION A SU HIJA NUBIA TORRES. SE HABLA CON MEDICINA INTERNA CON EL FIN DE OPTIMIZAR ANTIBIOTICOTERAPIA IV, NUESTRO SERVICIO NO OFRECE MANEJO ADICIONAL EN EL MOMENTO ADEMÁS DEL REFERIDO. SE CIERRA INTERCONSULTA, ESTAREMOS ATENTOS SI CAMBIA DE OPINION LA PACIENTE</p>

<p>Fecha y hora de la atención: 21/03/2014 a las 10:12 Lugar de atención: Instituto Nacional de Cancerología Folios: 57 reverso y 58 c.1 pruebas y 252 c.2 ppal.</p>	<p>S: NO PICOS FEBRILES NO DISNEA NO DOLOR TROACCIO REFEIRE SENTIRSE MEJOR CON RESPECTO AL INGRESO REFEIRE EPISODIOS DE TOS POSTERIRO A INGESTA DE ALIMENTOS DEPOSICION Y ORINA NORMAL</p> <p>O: ESTABLES CONDFICIONES GENERALES AFEBRIL, ALERTA, CONCIENTE, ORIENTADA EN LAS TRS ESFERAS.</p> <p>SV: TA 110/75, PC 80, FR 20, T° = 36,5°C, SAT 92%, CON O2 POR CN A 2 LIT/MIN.</p> <p>C/C: SIN EDEMA PALPEBRAL, SIN CIANOSIS PERIBUCAL, CONJUNTIVAS HIPOCRÓMICAS, PÁLIDEZ CUTÁNEA GENERALIZADA, MUCOSA ORAL SEMISECA HIPOCRÓMICA, SIN MNASAS A NIVEL DE CARA, CUELLO MÓVIL, SIMÉTRICO, SIN ADENOMECALIAS DETECTADAS, INCURGITACIÓN YUGULAR GRADO II, SUBMATIDEZ DIBASAL Y EN TERCIOS MEDIOS (PREDOMINIO IZQUIERDO), AUSCULTACIÓN CON MURMULLO VESICULAR DISMINUIDO PREDOMINIO EN BASE IZQUEIRDA RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS, TAQUICÁRDICOS, TIMBRADOS, PRESENCIA S3 (DUDOSO), SIN SOPLOS, ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, MUY LEVEMENTE DOLOROSO A LA PALPACIÓN PROFUNDA EN FORMA DIFUSA (GENERALIZADA), HERNIA EN REGIÓN MESOGÁSTRICA DE APROX 6 X 6 CMS, NO DOLOROSA, REDUCTIBLE, RUIDOS INTESTINALES + CONTINÚAN SEVERAMENTE DISMINUIDOS EN INTENSIDAD Y FRECUENCIA, NO VISCEROMEGALIAS DETECTADAS, NO SIGNOS DE IROTACIÓN PERITONEAL, EXREMIDADES HIPOTRÓFICAS LLENADO CAPILAR DE 3 SEG, LEVE FRIALDAD DISTAL PULSOS PERIFÉRICOS + SIMÉTRICOS PRESENTES, NEUROLÓGICO SIN DÉFCICIT APARENTE, NORMORREFLEXIA GENERALIZADA, NO SIGNOS MENÍNGEOS NI DE FOCALIZACIÓN.</p> <p>(...)</p> <p>ANÁLISIS Y PLAN: PACIENTE CON DIAGNÓSTICOS ANOTADOS, QUIPEN CONTINÚA MANEJO POR NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD BIBASAL DE PREDOMINIO IZQUIERDO CON AMPICILINA - SULBACTAM - CLARITROMICINA (DÍA 1), EN REPOSICIÓN HÍDRICA, CONCEPTO CIRUGIA INDICACION DE STENT ESOFAGICO. PACIENTE NO ACEPTA PROCEDIMIENTO SE LE EXPLICAN LOS RIESGOS COMO MUERTE DE NO ACEPTAR DICHO PROCEDIMIENTNO, SIN EMBARGOPACIENTE INSISTE, EN NO ACEPTACION DEL PROCEDIMIENTO SE VALORACION POR NUTRICION PARA PASO DE SONDA AVANZADA E INICIÓ NUTRICION ENTERAL SE CONTINUA HOSPITALIZADA PARA TIO ANTIBIÓTICO</p>
<p>Fecha y hora de la atención: 22/03/2014 a las 10:36 Lugar de atención: Instituto Nacional de Cancerología Folios: 58 reverso c.1 pruebas y 252 reverso a 253 reverso c.2 ppal.</p>	<p>S: PERSISTE TOS CON INGESTA DE ALIMENTOS PENDIENTE VALORACION POR NUTRICIONPARA PASO DE SONDA Y NUTRICION ENTERAL</p> <p>O: ESTABLES CONDFICIONES GENERALES AFEBRIL, ALERTA, CONCIENTE, ORIENTADA EN LAS TRS ESFERAS.</p> <p>(...)</p> <p>ANÁLISIS Y PLAN: PACIENTE CON DIAGNÓSTICOS ANOTADOS, QUIEN CONTINÚA MANEJO POR NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD BIBASAL DE PREDOMINIO IZQUIERDO SE ESCALA ANTIBIÓTICO A PIERACILINA TAZOBACTAM- CLRITROMICINA, CONCEPTO DE CIRUGIA INDICACION DE STENT ESOFAGICO SE LE EXPLICAN A PACIENTE Y FAMILIARES LOS RIESGOS DE NO ACEPTAR DICHO PROCEDIMIENTO COMO NEUMONIA, FALLA RESPIRATORIA Y MUERTE, PACIENTE Y FAMILIARES ACEPTAN PROCEDIMIENTO, SE AVISARA A CIRUGIA GASTROINTESTINAL PENDIENTE VALORACION POR NUTRICION PARA INICIO DE NUTRICION ENTERAL</p>
<p>Fecha y hora de la atención: 22/03/2014 a las 11:21 Lugar de atención: Instituto Nacional de Cancerología Folios: 59 c.1 pruebas y</p>	<p>AL PARECER FAMILIA Y PACIENTE ACEPTAN PROCEDIMIENTO DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA + COLOCACION DE STENT, SE REALIZA ORDEN DE PROCEDIMIENTO, UNA VEZ SE OBTENGA AUTORIZACION DEL MISMO PROEDEREMOS, ESTAREMOS ATENTOS</p>

253 c.2 ppal.	
Fecha y hora de la atención: 23/03/2014 a las 11:29 Lugar de atención: Instituto Nacional de Cancerología Folios: 60 c.1 pruebas y 254 c.2 ppal.	ANÁLISIS Y PLAN: PACIENTE CON DIAGNÓSTICOS ANOTADOS, QUIEN CONTINÚA MANEJO POR NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD <u>BASEAL</u> DE PREDOMINIO IZQUIERDO SE ESCALA ANTIBIOTICO A PIERACILINA TAZOBACTAM- CLRITROMICINA, DIA 1 PIP/TAZO DIA 2 CLARITRO PENDIENTE COLOCACION DE STENT, <u>NO DISPONIBILIDAD DE SERVICIO DE NUTRICION EL FIN DE SEMANA SE LICA GOTEO DE DEXTROSA Y GLUCOMETRIAS CADA 4 HORAS</u>
Fecha y hora de la atención: 24/03/2014 a las 14:29 Lugar de atención: Instituto Nacional de Cancerología Folios: 60 c.1 pruebas y 254 reverso a 255 c.2 ppal.	ANÁLISIS Y PLAN: PACIENTE CON DIAGNÓSTICOS ANOTADOS, QUIEN CONTINÚA MANEJO POR NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD <u>MULTILOBAR ASOCIADO A FISTULA TRAQUEOESOFAGICA POR CA ESOFAGICA</u> . EVOLUCION CLINICA ESTACIONARIA CON SDR MODERADA E HIPOXEMIA, EN EL MOMENTO EN BRONCOESPASMO. SE DECIDE CONTINUAR ANTIBIOTICO IV Y SE INICIA <u>INHALOTERAPIA</u> . PENDIENTE COLOCACION DE STENT POR CX GENERAL, A PROGRAMARM, SEGÚN LO CUAL SE DEBE DETERMINAR NUTRICION. SE DEJAN LEV, GOTEO DE DEXTROSA Y GLUCOMETRIAS CADA 4 HORAS.
Fecha y hora de la atención: 25/03/2014 a las 8:27 Lugar de atención: Instituto Nacional de Cancerología Folios: 61 c.1 pruebas y 255 c.2 ppal.	CX GASTROINTESTINAL PACIENTE EN EL MOMENTO <u>SIN SDR NI SRS</u> NO <u>ENFISEMA</u> SUBCUTANEO SE REvisa IMAGENES DE ESOFAGOGRAMA Y DE <u>CINEDEGLUSION</u> EN LA CUAL SE DESCARTA FISTULA ESÓFAGO TRAQUEAL POR LO QUE SE CIERRA INTERCONSULTA POR CIRUGIA GASTROINTESTINAL
Fecha y hora de la atención: 25/03/2014 a las 11:01 Lugar de atención: Instituto Nacional de Cancerología Folios: 61 c.1 pruebas y 255	PACIENTE CON SOSPECHA DE FISTULA TRAQUEOESOFAGICA LA CUAL SEGUN NOTA DE GASTROENTEROLOGIA FUE DESCARTADA LE INICIAN DIETA NORMAL <u>SE CIERRA INTERCONSULTA POR SOPORTE METABOLICO</u>

reverso c.2 ppal.	
Fecha y hora de la atención: 25/03/2014 a las 11:33 Lugar de atención: Instituto Nacional de Cancerología Folios: 61 c.1 pruebas y 255 c.2 ppal.	<p style="text-align: center;">CIRUGIA GASTROINTESTINAL</p> <p style="text-align: center;">NOTA ANTERIOR NO CORRESPONDE A LA PACIENTE.</p> <p>PACIENTE EN QUIEN DEBE COMPLETARSE EL ESTUDIO DE PROBABLE FISTULA TRAQUEOESOFAGICA CON <u>NASOFIBROBRONCOSCOPIA</u>, EN EL MOMENTO DEBE CONTINUAR CON DIETA PARA DISFAGIA (PAPILLAS) Y MANEJO DE NEUMONIA POR MEDICINA INTERNA, SE LE INFORMA A FAMILIA PASO A SEGUIR Y REFIEREN ENTENDER. NO HACEMOS MAS CAMBIOS EN EL MOMENTO</p>
Fecha y hora de la atención: 25/03/2014 a las 13:59 Lugar de atención: Instituto Nacional de Cancerología Folios: 61 reverso c.1 pruebas y 255 reverso a 256 c.2 ppal.	<p>HOSPITALIZADA PARA MANEJO ANTIBIOTICO CON PIPERACILINA TAZOBACTAM + CLARITROMICINA POR NEUMONIA ASPIRATIVA. TIENE ESTUDIO PREVIO DEL 14/03/2014 VIAS DIGESTIVAS ALTAS CON EVIDENCIA DE PASO DE MEDIO DE <u>CONTRASTE AL ARBOL BRONQUIAL. SOLICITA CONCEPTO PARA FIBRONBRONCOSCOPIA</u></p>
Fecha y hora de la atención: 25/03/2014 a las 14:35 Lugar de atención: Instituto Nacional de Cancerología Folios: 62 reverso c.1 pruebas y 256 reverso a 257 c.2 ppal.	<p>S: NO PICOS FEBRILES NO DOLOR PERSISTE TOS SECA, REFIERE PERSISTENCIA DE DISNEA</p> <p>SV: TA 150/70, FC 90, FR 18, T° 36.4°C, SAT 85%, CON O2 POR CN A 4 LIT/MIN.</p> <p>C/C: SIN EDEMA PALPEBRAL, SIN CIANOSIS PERIBUCAL, CONJUNTIVAS HIPOCRÓMICAS, PÁLIDEZ CUTÁNEA GENERALIZADA, MUCOSA ORAL SEMISECA</p> <p>HIPOCRÓMICAS AUSCULTACIÓN CON MURMULLO VESICULAR DISMINUIDO PREDOMINIO EN BASE IZQUIERDA, ESTERTORES EN AMBOS CAMPOS PULMONARES RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS, SIN SOPLOS, ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, EXREMIDADES HIPOTRÓFICAS LLENADO CAPILAR DE 3 SEG, EDEMA GRADO I</p> <p>NEUROLÓGICO SIN DÉFCICIT APARENTE, NORMORREFLEXIA GENERALIZADA, NO SIGNOS MENÍNGEOS NI DE FOCALIZACIÓN.</p> <p>ANÁLISIS Y PLAN: PACIENTE CON DIAGNÓSTICOS ANOTADOS, QUIEN CONTINÚA MANEJO POR NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD ASOCIADO A FISTULA TRAQUEOESOFAGICA POR CA ESOFAGICA. VALORADA NUEVAMENTE POR CIRUGA GASTROINTESTINAL COSIDERAN QUE NO CURSA CON FSITULA TRAQUEOESOFAGICA POR LO QUE INICIAN VIA ORAL, SOLICITAN VALORACION POR NEUMOLOGIA QUIENES PRGORAMAN FIBROBRONCOSCOPIA, PERSISTE CON DISNEA, SS RX DE TORAX, GASES ARTERIALES Y PARACLINICOS DE CONTROL SE DISMINUYE APORTE HIDRICO</p>
Fecha y hora de la atención:	Le practicaron a la paciente las siguientes radiografías: COL VER TORAX, DE TÓRAX P.A.O.A.P y LATERAL DECU, DE TÓRAX

<p>25/03/2014 a las 14:35 Lugar de atención: Instituto Nacional de Cancerología Folios: 64 reverso c.1 pruebas y 277 c.2 ppal. y 454 c.3 ppal.</p>	<p>P.A.O.A.P y LATERAL DECUBITO LATERAL OBLICUA, que obtuvo los siguientes hallazgos: <u>Hallazgos:Tórax</u> Derrame pleural bilateral Aorta ateromatosa central. Hilios vasculares congestivos Corazón normal. Tráquea normal. Cambios degenerativos generalizados óseos Elementos de drenaje en abdomen superior izquierdo</p>
<p>Fecha y hora de la atención: 26/03/2014 a las 12:55 Lugar de atención: Instituto Nacional de Cancerología Folios: 62 reverso y 63 c.1 pruebas y 257 c.2 ppal.</p>	<p>S: NO PICOS FEBRILES NO DOLOR PERSISTE TOS SECA, TA 140/70, FC 92, FR 17, T° 36.4°C, C/C: SIN EDEMA PALPEBRAL, SIN CIANOSIS PERIBUCAL, CONJUNTIVAS HIPOCRÓMICAS, PÁLIDEZ CUTÁNEA GENERALIZADA, MUCOSA ORAL SEMISECA HIPOCRÓMICAS AUSCULTACIÓN CON MURMULLO VESICULAR DISMINUIDO PREDOMINIO EN BASE IZQUIERDA, ESTERTORES EN ABMOS CAMPO PULMONARES RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS, SIN SOPLOS, ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, EXREMIDADES HIPOTRÓFICAS LLENADO CAPILAR DE 3 SEG, EDEMA GRADO I NEUROLÓGICO SIN DÉFICIT APARENTE, NORMORREFLEXIA GENERALIZADA, NO SIGNOS MENÍNGEOS NI DE FOCALIZACIÓN. A/ A LA ESPERA DE REPORTE DE NASOFIBROBRONCOSCOPIA EL DIA DE HOY PARA TOMA DE CONDUCTA DEFINITIVA, POR AHORA NADA VIA ORAL</p>
<p>Fecha y hora de la atención: 26/03/2014 a las 13:23 Lugar de atención: Instituto Nacional de Cancerología Folios: 63 c.1 pruebas y 257 reverso a 258 c.2 ppal.</p>	<p>ANÁLISIS Y PLAN: PACIENTE CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS, QUIEN CONTINUA MANEJO POR NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD ASOCIADO A FISTULA TRAQUEOESOFAGICA POR CA ESOFAGICO. VALORADA NUEVAMENTE POR CIRUAGA GASTROINTESTINAL COSIDERAN QUE NO CURSA CON FSITULA TRAQUEOESOFAGICA POR LO QUE INICIAN VIA ORAL, SOLICITAN VALORACION POR NEUMOLOGIA QUIENES PRGORAMAN FIBROBRONCOSCOPIA, PROGRAMADA PARA EL DIA DE MAÑANA PERSISTE CON DISNEA, RX TORAX CON AUMENTO DE DERRAME IZQUIERDO SS TORACENTESIS DIAGNOSTICA PARA CLINICOS DE CONTROL PARA MAÑANA, TERAPIA RESPIRATORIA <u>CADA 6 HORAS, DEAMBULACION Y FISIOTAPIA, SE INICIA MANEJO ANTIHIPERTENSIVO SS ECOCARDIOGRAMA EVALUAR CINETICA CARDIACA</u></p>
<p>Fecha y hora de la atención: 26/03/2014 Lugar de atención: Instituto Nacional de Cancerología Folios: 94 reverso c.1 pruebas y 275 c.2 ppal. y 455 c.3 ppal.</p>	<p>Le fue practicada a la paciente una ultrasonografía diagnóstica de tórax: Hallazgos: Previa asepsia y antisepsia y aplicación de anestesia local percutánea, se practica punción bajo visión directa ecográfica, con aguja yelco 14G, del espacio pleural izquierdo, obteniendo 1250cc, de liquido catrino. Se toma muestras para que son enviadas en un tubo para estudio de laboratorio. No se presentaron complicaciones. Se dan recomendaciones de cuidado postprocedimiento.</p>
<p>Fecha y hora de la</p>	<p>Le fue practicada una toracentesis de drenaje o compresiva a la paciente, sobre la cual rindieron el siguiente informe:</p>

<p>atención: 26/03/2014 Lugar de atención: Instituto Nacional de Cancerología Folios: 66 c.1 pruebas, 276 c.2 ppal. y 452 c.3 ppal.</p>	<p>Hallazgos: Previa asepsia y antisepsia y aplicación de anestesia local percutánea; se practica punción bajo visión directa ecográfica, con aguja yelco 14G, del espacio pleural izquierdo, obteniendo 1250cc, de líquido cetrino. Se toma muestras para que son enviadas en un tubo para estudio de laboratorio. No se presentaron complicaciones. Se dan recomendaciones de cuidado postprocedimiento.</p>															
<p>Fecha y hora de la atención: 26/03/2014 a las 17:15 Lugar de atención: Instituto Nacional de Cancerología Folios: 66 c.1 pruebas y 485 c.3 ppal.</p>	<p>El Laboratorio clínico grupo de microbiología del Instituto Nacional de Cancerología arrojó los siguientes resultados:</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p style="text-align: center;">INFORME CLÍNICO - FINAL</p> <p style="text-align: right;">Página 1/1 05/09/2014 11:50:24</p> <p>INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA E.S.S. CALLE 1 No 9-85 TEL 3341111 EXT 5554 LABORATORIO CLINICO GRUPO DE MICROBIOLOGIA</p> <hr/> <p>Nombre del paciente: CHAFARRO MARIA GERTRUDISID del paciente:0000027713 Fecha de nacimiento: 15/11/1926 Sexo del paciente:Español Médico/petición: Sin especificar Nombre del usuario: LEIJY Edad: 87</p> <p>N° de acceso: 0223933046 Tipo de muestra: Líquido pleural Servicio de hospital: 3 ORIENTE Zona del cuerpo: Pulmón Fecha de recolección: 26/03/2014 16:18:00 Fecha de recibo:26/03/2014 17:15:44 Antibióterapia: Comentarios de muestra: Consecutivo cultivo:</p> </div> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Nombre del test</th> <th style="text-align: center;">Final</th> <th style="text-align: center;">N° aisl.</th> <th style="text-align: left;">Resultado</th> <th style="text-align: right;">Fecha/Hora de resultado</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>BACTEC FX PEDS Plus/F</td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> <td></td> <td>Negativo</td> <td style="text-align: right;">31/03/2014 17:58:24</td> </tr> <tr> <td>CULTIVO GERMENES COMUNES</td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> <td></td> <td>Negativo a los 5 días de incubación</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Nombre del test	Final	N° aisl.	Resultado	Fecha/Hora de resultado	BACTEC FX PEDS Plus/F	<input checked="" type="checkbox"/>		Negativo	31/03/2014 17:58:24	CULTIVO GERMENES COMUNES	<input checked="" type="checkbox"/>		Negativo a los 5 días de incubación	
Nombre del test	Final	N° aisl.	Resultado	Fecha/Hora de resultado												
BACTEC FX PEDS Plus/F	<input checked="" type="checkbox"/>		Negativo	31/03/2014 17:58:24												
CULTIVO GERMENES COMUNES	<input checked="" type="checkbox"/>		Negativo a los 5 días de incubación													
<p>Fecha y hora de la atención: 26/03/2014 a las 18:52 Lugar de atención: Instituto Nacional de Cancerología Folios: 64 y 68 reverso c.1 pruebas y 258 c.2 ppal.</p>	<p>PACIENTE EN CAMA, SOMNOLIENTO EN REGULAR ESTADO GENERAL <u>CIANOCIS PERIBUCAL</u>, CON SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, TIRAJES COSTALES, CON SOPORTE DE OXIGENO POR VENTURY AL 28%, SATURANDO 65% PC: 105, A LA AUSCULTACION RUIDOS DISMINUIDOS BILATERALES, PATRON RESTRICTIVO SUPERFICIAL RITMO REGULAR EXPANSION DISMINUIDA SE ENCAMINA TERAPIA A MANEJO DE SECRECIONES EN CASO DE SER NECESARIO, MEJORAR VOLUMENES Y CAPACIDADES Y MEJORAR LA OXIGENACION COMO PRIORIDAD POR LO QUE SE INICIA SOPORTE DE OXIGENO ALTO FLUJO POR VENTURY AL 50%, QUEDA BAJO MONITORIZACION DE SINTOMATOLOGIA RESPIRATORIA Y SATURACION.</p>															
<p>Fecha y hora de la atención: 27/03/2014 a las 00:45 Lugar de atención: Instituto Nacional de Cancerología Folios: 68 reverso c.1 pruebas y 258 reverso a</p>	<p>SE ATIENDE LLAMADO DE ENFERMERIA PACIENTE CON DETERIORO DEL ESTADO NEUROLOGICO PATRON RESPIRATORIO Y DESATURACION CON AUMENTO DE LOS REQUERIMIENTOS DE FIO2</p> <p>O/ PACIENTE EN REGULARES CONDICIONES GENERALES TENDENCIA A LA SOMNOLENCIA CON SV TA 143/85, FC 88, FR 22, T° 36°C, SAT 79%, CON O2 POR</p> <p style="text-align: center;">(...)</p>															

<p>259 c.2 ppal.</p>	<p>VENTURY AL 50% C/C: SIN EDEMA PALPEBRAL, CON CIANOSIS PERIBUCAL, CONJUNTIVAS HIPOCRÓMICAS, PÁLIDEZ CUTÁNEA GENERALIZADA, MUCOSA ORAL SEMISECA HIPOCRÓMICAS, TORAX CON TIRAJES SUPRACLAVICULARES Y TIRAJES INTERCOSTALES CON MURMULLO VESICULAR DISMINUIDO PREDOMINIO EN BASE IZQUIERDA, ESTERTORES EN AMBOS CAMPOS PULMONARES RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS, SIN SOPLOS, ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, EXREMIDADES HIPOTRÓFICAS LLENADO CAPILAR DE 3 SEG, EDEMA GRADO II NEUROLÓGICO SIN DÉFCICIT APARENTE, TENDENCIA ALA SOMNOLENCIA, NORMORREFLEXIA GENERALIZADA, NO SIGNOS MENÍNGEOS NI DE FOCALIZACIÓN.</p> <p>RX DE TORAX: PORTATIL MALA TECNICA ROTADA PRESENCIA DE DERRAME PLEURAL BILATERAL, CEFALIZACION DE FLUJO, <u>NO SE EVIDENCIA NEUMOTORAX</u></p> <p>GASIMETRIA ARTERIAL: PH 7.29 PCO2 61.5 PO2 46.6 HCO3 28.9 BE 2.9 PAFI 96 CON FIO2 0.50%</p> <p>ANÁLISIS Y PLAN: PACIENTE CON DIAGNÓSTICOS ANOTADOS, QUIEN CONTINÚA MANEJO POR NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD ASOCIADO A FISTULA TRAQUEOESOFAGICA POR CA ESOFAGICO. ACTUALMENTE CON DETERIORO DEL PATRON RESPIRATORIO Y DEL ESTADO DE CONCIENCIA DADO POR TENDENCIA A LA SOMNOLENCIA, <u>DESCARTANDOSE CUADRO DE NEUMOTORAX SECUNDARIA A TORACENTESIS REALIZADA EN HORAS DE LA TARDE, CON GASIMETRIA ARTERIAL EN LA QUE SE EVIDENCIA ACIDEMIA RESPIRATORIA CON TRASTORNO SEVERO DE LA OXIGENACION, ANTE LO CUAL SE CONSIDERA CUADRO DE FALLA VENTILATORIA HIPERCAPNICA, BAJO EL CONTEXTO DE PACIENTE DE 87 AÑOS CON CA DE ESOPAGO CON COMPROMISO DE MUSCULARIS NO CANDATO A MANEJO QUIRURGICO, SE CONSIDERA DAR MANEJO CON VENTILACION MECANICA NO INVASIVA PARA LO CUAL SE SÓLICITA VALORACION Y TRASLADO A UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO, DE MOMENTO EN SALAS GENERALES SE ORDENA INICIO DE INHALOTERAPIA CON IPRATROPIO SALBUTAMOL, DOSIS DE CORTICOIDE MORFINA Y FURÓSEMIDA ENDOVENOSO, AL IGUAL QUE SE DISMINUYE APORTE ALTO DE OXIGENO POR VENTURY DADO LA MAYOR RETECCION DE CO2 SECUNDARIA E INHIBICION DEL CENTRO RESPIRATORIO, SE EXPLICA CONDICION CLINICA Y PRONOSTICO OMINOSO DE PACIENTE A FAMILIARES</u></p>
<p>Fecha y hora de la atención: 27/03/2014 a las 04:55 Lugar de atención: Instituto Nacional de Cancerología Folios: 69 c.1 pruebas y 259 reverso a 260 c.2 ppal.</p>	<p>SOLICITAN VALORACION POR NUESTRO SERVICIO POR DETERIORO DEL ESTADO NEUROLÓGICO Y AUMENTO DEL PATRON RESPIRATORIO Y DESATURACION CON AUMENTO DE LOS REQUERIMIENTOS DE FIO2</p> <p>ENCONTRAMOS PACIENTE EN REGULARES CONDICIONES GENERALES, SOMNOLIENTO ALERTABLE AL LLAMADO, PALIDEZ GLIZADA</p> <p>TA 118/68 MMHG, FC 71, FR 18, T° 36.5°C, SAT 89%, CON O2 - VENTURY 50% CC/ PINRAL, SIN EDEMA PALPEBRAL, CON CIANOSIS PERIBUCAL, CONJUNTIVAS HIPOCRÓMICAS, MUCOSA ORAL SEMISECA HIPOCRÓMICAS, CUELLO NO SOPLOS CP/ RSCRS SIN SOPLOS, RSRS DISMINUIDOS DE PREDOMINIO EN BASE IZQUIERDA + ESTERTORES EN AMBOS CAMPOS PULMONARES</p> <p>ABDOMEN/ BLANDO, DEPRESIBLE, NO SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, EXREMIDADES/ HIPOTRÓFICAS LLENADO CAPILAR DE 3 SEG, EDEMA GRADO II NEUROLÓGICO/ GLASGOW 13/15, SOMNOLIENTA, NORMORREFLEXIA GENERALIZADA, NO</p> <p>(...)</p>

	<p>PACIENTE EN LA 8 DECADA DE LA VIDA, CON PATOLOGIA ONCOLOGICA AVANZADA QUE NO TIENE MANEJO QUIRURGICO NI CURATIVO DE SU ENFERMEDAD, ESTA SIENDO MANEJADA POR NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD ASOCIADO A FISTULA TRAQUEOESOFAGICA POR CA ESOFAGICO. EN EL MOMENTO CON ADECUADAS CIPRAS TENSIONALES MEDIAS Y BUEN PATRON RESPIRATORIO, NO ES CANDIDATA A MANEJO Y SOPORTE VITAL AVANZADO EN LA UCI, PRIORIDAD III - IV DE INGRESO A LA UNIDAD, DEBE SEGUIR MANEJO POR SERVICIO TRATANTE EN APOYO CON MEDICINA INTERNA Y REDIRECCIONAR EL MANEJO TERAPEUTICO AL CONFORT Y CONTROL DE SINTOMAS.</p>
<p>Fecha y hora de la atención: 27/03/2014 a las 04:55 Lugar de atención: Instituto Nacional de Cancerología Folios: 69 a 70 c.1 pruebas</p>	<p>PACIENTE EN MAL ESTADO GENERAL CON RESPIRACION AGONICA DETERIORO DE ESTADO DE CONCIENCIA TA 100/62 FC 92 FR 12 SOLO RESPONDE A ESTIMULOS DOLOROSOS PROFUNDOS TIRAJES SUPRACLAVICULARES E INTERCOSTALES SUPERIORES</p> <p>A/ DADO EL ESTADO EN EL QUE ENCUENTRO A LA PACIENTE CON NOTA DE UCI DONDE REPORTA QUE NO PRESENTA INDICACION EN EL MOMENTO DE UCI INFORMO A ENFERMERIA E INTERCONSULTO DE NUEVO A UCI PARA REVALORACION</p>
<p>Fecha y hora de la atención: 27/03/2014 a las 06:34 Lugar de atención: Instituto Nacional de Cancerología Folios: 70 c.1 pruebas y 260 reverso a 261 c.2 ppal.</p>	<p>PACIENTE EN MAL ESTADO GENERAL CON RESPIRACION AGONICA DETERIORO DE ESTADO DE CONCIENCIA TA 100/62 FC 92 FR 12 SOLO RESPONDE A ESTIMULOS DOLOROSOS PROFUNDOS TIRAJES SUPRACLAVICULARES E INTERCOSTALES SUPERIORES</p> <p>A/ DADO EL ESTADO EN EL QUE ENCUENTRO A LA PACIENTE CON NOTA DE UCI DONDE REPORTA QUE NO PRESENTA INDICACION EN EL MOMENTO DE UCI INFORMO A ENFERMERIA E INTERCONSULTO DE NUEVO A UCI PARA REVALORACION</p>
<p>Fecha y hora de la atención: 27/03/2014 a las 11:53 Lugar de atención: Instituto Nacional de Cancerología Folios: 70 reverso c.1 pruebas y 261 c.2 ppal.</p>	<p>PACIENTE PROGRAMADA EL DIA DE HOY PARA FIBROBRONCOSCOPIA SE VALORA PACIENTE SAO2 87% CON VENTURY AL 50% ESTUPOROSA, POR LO QUE CONSIDERAMOS QUE SE ENCUENTRA EN INMINENCIA DE FALLA RESPIRATORIA Y NO ES CONVENIENTE EN ESTE MOMENTO REALIZAR PROCEDIMIENTO EL CUAL SE CANCELA. REPROGRAMAREMOS DE ACUERDO A LA EVOLUCION DE LA PACIENTE Y EL PLAN POR SU SERVICIO TRATANTE</p>
<p>Fecha y hora de la atención: 27/03/2014 a las 12:46 Lugar de atención: Instituto Nacional</p>	<p>PACIENTE FEMENINO DE 87 AÑOS DE EDAD, CONOCIDA EN NUESTRO SERVICIO DESDE LA MADRUGADA DEL DIA DE HOY, VALORADA EN SU MOMENTO POR EL DR. A. ESPINOZA.</p>

<p>de Cancerología Folios: 70 reverso y 71 c.1 pruebas y 261 c.2 ppal.</p>	<p>LA PACIENTE SE ENCUENTRA EN EL MOMENTO EN MALAS CONDICIONES GENERALES CON ESTUPOR PROFUNDO, RESPIRACIÓN AGÓNICA FR 10X, DESATURADA Y CON HIPOTENSIÓN SEGUN REGISTRO DE LAS NOTAS DE ENFERMERÍA, CONDICIÓN CLÍNICA IRREVERSIBLE A LA QUE HA LLEGADO COMO EVOLUCIÓN DE LA HISTORIA NATURAL DE UN PROCESO INFECCIOSO OCASIONADO EN LA PRESENCIA DE FÍSTULA TRAQUEOESOFÁGICA QUE NO HA PODIDO MANEJARSE MEDICAMENTE NI QUIRÚRGICAMENTE, Y QUE PREDISPONE LA PRESENCIA DE ESTE PROCESO INFECCIOSO Y TODO ESTO ORIGINADO EN SU ENFERMEDAD NEOPLÁSICA CA DE ESÓFAGO.</p> <p>SEGUIMOS CONSIDERANDO QUE LA PACIENTE NO TIENE INDICACIÓN DE TRASLADO UCI ADULTOS POR CUANTO ESTA INTERVENCIÓN NO MODIFICARÍA EL DESENLACE DE SU ESTADO CLÍNICO ACTUAL.</p> <p>SE EXPLICA EN LA MAÑANA LA FAMILIAR ACOMPAÑANTE Y EN ESTE MOMENTO SE EXPLICA NUEVAMENTE AL FAMILIAR PRESENTE EN LA HABITACIÓN EL PRONÓSTICO MUY OMIOSO EN EL CORTO PLAZO, ESTOS MANIFIESTAN ENTENDER Y ACEPTAR. TELEFÓNICAMENTE SE COMENTÓ EL CASO CLÍNICO CON EL DR. OLIVEROS DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA, QUE CONOCIENDO LA HISTORIA DE LA PACIENTE ESTÁ DE ACUERDO EN QUE NO ES CANDIDATA A MANEJO EN UCI ADULTOS.</p> <p>SE PROCURA POR EL GRUPO MULTIDISCIPLINARIO COMFORT DE LA PACIENTE, SE CIERRA INTERCONSULTA.</p>
<p>Fecha y hora de la atención: 27/03/2014 a las 14:18 Lugar de atención: Instituto Nacional de Cancerología Folios: 71 c.1 pruebas y 261 reverso a 262 c.2 ppal.</p>	<p>ANÁLISIS Y PLAN: PACIENTE CON DIAGNÓSTICOS ANOTADOS, QUIEN CONTINÚA MANEJO POR NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD ASOCIADO A FÍSTULA TRAQUEOESOFÁGICA POR CA ESÓFAGICO, CON DETERIORO MARCADO DEL ESTADO DE CONCIENCIA, DESCARTÁNDOSE CUADRO DE NEUMOTORAX SECUNDARIA A TORACENTESIS REALIZADA AYER, CON GASOMETRÍA ARTERIAL EN LA QUE SE EVIDENCIA ACIDEMIA RESPIRATORIA CON TRASTORNO SEVERO DE LA OXIGENACIÓN, ANTE LO CUAL SE CONSIDERA CUADRO DE FALLA VENTILATORIA HIPERCÁPNICA, BAJO EL CONTEXTO DE PACIENTE DE 87 AÑOS CON CA DE ESÓFAGO CON COMPROMISO DE MUSCULARIS NO CANDIDATO A MANEJO QUIRÚRGICO, PACIENTE CON MAL PRONÓSTICO ONCOLÓGICO POR LO QUE NO ES CANDIDATA A MANEJOS DE REANIMACIÓN, PESIMO PRONÓSTICO VITAL EN EL CORTO PLAZO SE EXPLICA A FAMILIARES</p>
<p>Fecha y hora de la atención: 27/03/2014 a las 16:49 Lugar de atención: Instituto Nacional de Cancerología Folios: 72 c.1 pruebas y 262 c.2 ppal.</p>	<p>SE ATIENDE LLAMADO DE ENFERMERÍA EN PACIENTE QUE PRESENTO PARO CEREBRO CARDIO-RESPIRATORIO, CON PATOLOGÍA ONCOLÓGICA AVANZADA, EN MUY MAL ESTADO CLÍNICO PREVIO, CONSIDERÁNDOSE ICTUS EN CORTO PLAZO, NO REALIZÁNDOSE MANIOBRAS DE RCP, PERMITIENDO MUERTE NATURAL, EN PACIENTE TERMINAL, AGÓNICA.</p> <p>SE DECLARA SU FALLECIMIENTO A LAS 15+27 HORAS DEL 27 DE MARZO DE 2014.</p> <p>SE HACE TRÁMITES ADMINISTRATIVOS Y DILIGENCIAMIENTO DE CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN, FAMILIARES PRESENTES.</p>
<p>Fecha y hora de la atención: 28/03/2014 Lugar de atención: Instituto Nacional de Cancerología</p>	<p>Fue rendido el informe por el médico radiólogo de la prueba practicada el 27 de marzo de 2014, con los siguientes hallazgos:</p>

Folios: 72 Reverso c.1 y 274 c.2 ppal. y 457 c.3 ppal.	<p style="text-align: center;"><u>Hallazgos: Tórax</u></p> <p>Derrame pleural bilateral Acentuación del intersticio hiliar central bilateral Placa de ateroma aórtico. Crecimiento VI. Hilio normal. Tráquea normal. Cambios degenerativos generalizados óseos</p>
---	---

- El 15 de abril de 2015 el Tribunal de Ética Médica de Bogotá, mediante oficio No. 074115 le comunicó a Nubia Esperanza Torres Chaparro la apertura de la correspondiente investigación ético-disciplinaria preliminar No 6718-F en contra de Raúl E. Pinilla Morales (Fls. 90 c.1 pruebas).
- El 6 de noviembre de 2015 la Subdirectora Inspección, Vigilancia y Control de Servicios de Salud (E) de la Secretaría de Salud de Bogotá suscribió respuesta al radicado 2015ER29975 del 16 de abril de 2015, bajo los siguientes términos (Fls. 91 c.1 pruebas):

La Subdirección Inspección, Vigilancia y Control de Servicios de Salud, recibió en traslado petición donde manifiesta presuntas irregularidades en la calidad de la atención y en la prestación de los servicios de salud brindados a la señora MARIA GERTRUDIS CHAPARRO BONILLA identificada con cedula de ciudadanía No. 41.352.083 en el INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA ESE, ubicado en la avenida calle 1 No. 9 - 85, en relación a trato inhumano a los pacientes, evento adverso (perforación esofágica), falta de acompañante a la paciente durante la hospitalización por no ser autorizada por la institución, entre otros.

(...)

Se realiza trazabilidad a la estancia de la paciente encontrando que ingresa el 19/03/2014 a GAICA y se ubica en una silla; a las 22:56 horas se sitúa en una camilla y el 20/03/2015 a las 23:58 se traslada a la habitación 317.

Ante los hallazgos anteriormente descritos y al evidenciar inconsistencias, la comisión envía al INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA ESE a investigación preliminar para determinar si se presentaron fallas en la calidad de la prestación de los servicios de salud brindados a la usuaria en mención.

- El 12 de marzo de 2019 la Coordinadora Grupo Laboratorio Clínico indicó lo siguiente sobre los resultados de laboratorio de la toracocentesis diagnostica presuntamente practicada a María Gertrudis Chaparro Bonilla (Fls. 484 c.3 ppal.):

Le informo que de acuerdo a la revisión realizada en el Sistema, no se encuentra evidencia de la recepción de la muestra en el laboratorio clínico, por lo tanto no tenemos registros de resultados de este liquido pleural del día 26/03/2014.

- El 23 de julio de 2019 el Coordinador Grupo de Imagenología Diagnóstica del Instituto Nacional de Cancerología aclaró lo siguiente (Fls. 527 c.3 ppal.):

En respuesta a su solicitud registrada en el oficio INT-OFI-06072-2019 informo que hemos revisado el sistema de historia clínica de la institución en relación con la orden médica de toracentesis diagnóstica y terapéutica realizada el día 26 de marzo de 2014 a la paciente María Gertrudis Chaparro Bonilla, con RA 027713 y con cédula de ciudadanía 41352083. En los archivos disponibles, no se encontró solicitud de estudio citológico al liquido pleural obtenido, por lo cual no se envía muestra a patología, en concordancia con las solicitudes de los servicios tratantes. La solicitud clínica para estudio del liquido que se obtuvo de la toracentesis era de cultivo dada la sospecha de infección, por lo cual la muestra se envió a laboratorio clínico.

Bajo el esquema probatorio señalado, ha de indicarse que María Gertrudis Chaparro Bonilla fue, efectivamente, paciente del Instituto Nacional de Cancerología, en donde fue atendida desde 2011 por un evento cancerígeno desarrollado en su esófago.

El 16 de agosto de 2011 la ahora demandada determinó que, a partir de la arcada

dentaria, a 30 centímetros de esta, existía una lesión elevada en el esófago medio a estudio, una hernia hiatal, esofagitis y gastritis, ello como resultado de una endoscopia realizada a la paciente, cuyo resultado de la biopsia del 17 de agosto de 2011 daba cuenta de una displasia severa en el epitelio escamoso.

En análisis denominado esofagogastroduodenoscopia del 30 de septiembre de 2011 se logró determinar que la lesión del carcinoma ahora ya no era a 30 centímetros de la arcada dentaria, sino que era a 18 centímetros con una disminución de la luz.

Ello fue precedido por el diagnóstico del 4 de octubre de 2011 en el que se determinó que la señora Chaparro Bonilla presentó diagnóstico de carcinoma escamocelular moderadamente diferenciado con componente in situ focal.

En noviembre de 2011, y considerando que la paciente era una persona en la octava década de su vida, con un antecedente de cáncer cervical, EPOC, diabetes mellitus tipo II e hipotiroidismo, los médicos tratantes dieron como único tratamiento posible la radioterapia, ello teniendo en cuenta que como bien lo aseguraron los testigos Raúl Eduardo Pinilla Morales y Ricardo Oliveros Wilches, el tratamiento para un paciente sin las comorbilidades que presentaba María Gertrudis Chaparro Bonilla consistía en realizar quimioterapia, radioterapia y una cirugía para mejorar la sintomatología.

Posteriormente, siguiendo la cronología de la historia clínica en mayo de 2012 se confirmó que la lesión no solo era la de los 30 centímetros, sino que se encontraba a 18 centímetros, lo cual generaba estenosis a la paciente.

Según lo narran los mentados testigos y conforme a la historia clínica el 1 de junio de 2012 se realizó Junta Médica con los profesionales de la entidad, en la cual se determinó que la paciente no era candidata al uso de stent, precisamente por la ubicación de la lesión, que según lo manifestado por la familia tampoco era posible la instalación de una sonda nasogástrica para mantener su calidad de vida, por lo cual el único camino de tratamiento para sostener las condiciones vitales era la realización de dilataciones, que si bien no cambiarían mucho la dieta líquida que mantenía la señora Chaparro Bonilla, mejorarían las dificultades de salud presentadas.

Llama la atención, que, en la junta médica, opuesto a lo relatado en la demanda, nunca se prohibió la realización de biopsias, mucho menos se indicó que ello fuese contraindicado para la paciente.

Seguido a ello, debe resaltarse que a la paciente le fueron practicadas 5 dilataciones esofágicas, todas ellas a través de endoscopia y con el uso de bujías de Savary de diferentes calibres, al respecto la literatura médica ha indicado, lo siguiente:

En la actualidad, las bujías de Savary-Guiliard y los balones son los dilatadores de mayor aceptación por su manejo más fácil y seguro. Las bujías de Savary-Guiliard son dilatadores de polivinilo, compuestos por un sistema de bujías de calibre progresivo (de 5-20 mm de diámetro) y punta afilada de 20 mm. Se pasan sobre una guía de punta atraumática y provista de marcas que ayudan a controlar la adecuada situación de las bujías. Al igual que todos los dilatadores tipo bujía, transmiten al explorador la sensación táctil de la resistencia que ofrece la estenosis.⁹

Igualmente, coincide la lex artis con lo narrado por los testigos, en indicar que para el uso de los calibre de los dilatadores se debe hacer uso de la regla de tres,

⁹ <https://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-articulo-guia-practica-sobre-indicaciones-tecnicas-13111683>

explicada de la siguiente manera:

En opinión de los expertos, la selección del diámetro del dilatador inicial está condicionada por el calibre de la estenosis. Se recomienda comenzar con un dilatador 1-2 mm mayor que el calibre estimado de la luz de la estenosis, y el diámetro máximo utilizado dependerá de la complejidad de la estenosis. (...) En las estenosis malignas, con un mayor riesgo de perforación, está contraindicado el uso de dilatadores de gran calibre. La dilatación debe alcanzar sólo el calibre necesario para el objetivo que se pretende, diagnóstico o terapéutico. (...) Se recomienda, para minimizar el riesgo de perforación, no utilizar más de 3 bujías de calibre progresivo en una sola sesión dilatadora («regla del 3»)¹⁰

En el mismo sentido, se observa que dentro los riesgos de los pacientes durante la dilatación, se encuentra la perforación, describiéndolo de la siguiente manera:

(...) Las complicaciones más graves de la dilatación son la perforación, la hemorragia y la broncoaspiración. La perforación es la complicación más frecuente y más grave, con una mortalidad que alcanza hasta un 20%. Su incidencia es difícil de determinar.

La presencia de perforación se debe sospechar cuando tras una dilatación el paciente presenta dolor torácico persistente, disnea, fiebre y/o taquicardia.(...) El diagnóstico incluye una radiografía de tórax y un tránsito esofágico, realizado en un primer tiempo con contraste hidrosoluble, y a continuación con bario si éste resulta negativo, ya que por su mayor densidad puede poner de manifiesto pequeñas perforaciones (...) El riesgo de perforación es mayor en las estenosis malignas (cuya tasa oscila entre el 6 y el 10%), en las secundarias a la ingesta de cáusticos"

Así las cosas, debe indicarse que dentro de los riesgos de la dilatación se encuentra la perforación, el cual aumenta cuando se trata de estenosis malignas, como la padecida por la señora Chaparro Bonilla.

Es menester señalar que el uso de las bujías de Savary se produjo de la siguiente manera en cada dilatación a través de endoscopia:

Fecha de la dilatación	Bujía utilizada y anotaciones adicionales
23/07/2013	Bujía de Savary No. 11, no sobrepasó el calibre por manifestación de dolor de la paciente.
9/08/2013	Bujía de Savary No. 11 sin complicaciones
16/08/2013	Dilatación y colocación de stent esofágico Bujía de Savary No. 11
4/02/2014	Bujía No. 12.8, sin complicaciones
11/03/2014	Uso de Bujía No. 14 sin complicaciones

Tampoco se puede perder de vista que la literatura médica ha considerado que la principal causa de fistula traqueoesofágica se relaciona con padecer de cáncer de esófago asociada al tratamiento quimio – radioterápico, todas estas condiciones padecidas por la paciente¹¹.

Por ende, no se puede establecer que la causa eficiente y única de la fistula traqueoesofágica (en estudio) que presuntamente padeció la señora Chaparro Bonilla, se asociara a una perforación producida por el procedimiento de dilatación del 11 de marzo de 2014, ya que no se puede dejar de lado el hecho de que la paciente padecía cáncer y había recibido tratamiento radioterapéutico, condiciones que pudieron causar el mismo efecto en la paciente por sí solos.

Ahora bien, se observa que el 11 de marzo de 2014 fue firmado consentimiento informado para la realización del procedimiento de endoscopia de las vías altas y

¹⁰ Ibidem

¹¹ https://www.revistadepatologiaspiratoria.org/descargas/PR_22-1_29-31.pdf

otros, en dicho documento consta la posibilidad de realizar biopsia y dentro de los riesgos descritos aparece el de perforación, llamando la atención que si bien la firma y el manuscrito de la cédula de la paciente se ven como en los demás documentos de consentimiento otorgados el 9 de agosto de 2013 y 16 de agosto de 2013, lo cierto es que el número de cédula corresponde al de la señora Nubia Esperanza Torres Chaparro, de quien las testigos Marlene Novoa Celis y Martha Cecilia Álvarez Benavidez afirmaron que asistía a acompañar a su mamá a los procedimientos médicos para el tratamiento del cáncer que padecía, lo cual indica que según se evidencia los riesgos contenidos en el consentimiento, no solo eran conocidos por la paciente, sino también por su acompañante.

Se tiene entonces que la señora Chaparro Bonilla ingresó el 19 de marzo de 2014, casi 8 días después del procedimiento con síntomas de fiebre, problemas respiratorios y malestar para la ingesta de alimentos, siendo diagnosticada con un derrame pleural y neumonía adquirida en la comunidad.

Es menester señalar, que el diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad hace alusión a que no la contrajo en un ambiente intrahospitalario, es decir, no la contrajo por estar hospitalizada, lo cual, contrario a lo narrado en la demanda, no implicaba que esta pudiese estar asociada a la fistula traqueoesofágica que se sospechaba tenía la paciente.

Tal como se relacionó en el cuadro que contiene la cronología de la historia clínica, una vez se realizó el examen con el medio de contraste se determinó la posibilidad de existencia de una fistula traqueoesofágica proponiendo la colocación de un stent, que, si bien a lo largo del tratamiento fue autorizado por los familiares, por las condiciones de la paciente y por los antecedentes de no tolerar dicho tratamiento, se desistió de este.

Si bien es cierto, las condiciones de la paciente fueron desmejorando hasta su fallecimiento, ni de la historia clínica, ni de la narración de los médicos Pinilla Morales y Oliveros Wilches, se evidencia que hayan hecho alusión a la paciente como en condición terminal o que el cáncer hubiera sido de tipo metastásico, si bien reconocieron que la enfermedad era localmente avanzada y que era una paciente con reducidas posibilidades de mejoría, estas situaciones distan de las narraciones contenidas en la demanda.

Resulta preciso recordar que, tratándose de fallas médicas, la carga de la prueba recae en la parte demandante, quien debe procurar más allá de hacer la narración de los hechos, probar que estos corresponden a la realidad y que la ausencia de aplicación de los protocolos médicos se dan en el caso, lo cual no sucedió.

Es necesario indicar que, pese a haberse decretado un dictamen pericial para esclarecer si la atención brindada a María Gertrudis Chaparro Bonilla se ajustaba a los protocolos médicos, lo cierto es que la parte demandante desistió de él, pese a ser el medio de prueba más efectivo, inclusive para determinar si como lo afirmó la historia clínica no corresponde a los parámetros legales.

Por ejemplo la simple conjetura efectuada por la parte demandante, relacionada con que el líquido pleural tomado durante la realización de la toracocentesis del 26 de marzo de 2014, era para realizar un examen patológico carece de sustento en las órdenes contenidas en la historia clínica, máxime cuando este fue remitido al laboratorio tal como lo certificó los coordinadores de radiología del laboratorio clínico de la entidad, para que se efectuara un cultivo para determinar la existencia de infección, no de cáncer como lo indica la demanda.

De esta manera, se tiene que la parte demandante si bien probó la ocurrencia del daño, NO se encargó en demostrar de ninguna manera que este fuera imputable jurídicamente a las entidades demandadas, ya que por el contrario en el expediente obran las historias clínicas y los testimonios de los médicos Ricardo Oliveros Wilches y Raúl Eduardo Pinilla Morales, que dan cuenta de que los procedimientos practicados estuvieron acorde a los parámetros médicos tanto en el diagnóstico, como en el tratamiento dado a María Gertrudis Chaparro Bonilla, dando como resultado la ausencia de responsabilidad en los hechos demandados.

5. COSTAS

En el caso bajo estudio el despacho no encontró fundamentos suficientes para condenar en costas a la parte vencida, razón por la que se abstuvo de reconocer ese concepto en esta instancia a cargo del demandante (artículo 188 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y el artículo 365 del Código General del Proceso).

En mérito de lo expuesto, el **JUZGADO SESENTA Y UNO (61) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO JUDICIAL DE BOGOTÁ D.C – SECCIÓN TERCERA** administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley,

FALLA:

PRIMERO: NEGAR las pretensiones de la demanda, por los motivos expuestos en esta providencia.

SEGUNDO: Sin condena en costas.

TERCERO: La presente sentencia se notifica de conformidad con lo establecido en el artículo 203 de la Ley 1437 de 2011.

CUARTO: Ejecutoriada la presente providencia, liquídense por Secretaría los gastos ordinarios del proceso, y en caso de remanentes devuélvanse al interesado.

QUINTO: Una vez cumplido lo anterior, por secretaría **ARCHIVAR** el expediente.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE,

**EDITH ALARCÓN BERNAL
JUEZA**

CAM

Firmado Por:

**Edith Alarcon Bernal
Juez Circuito**

Juzgado Administrativo
61
Bogotá, D.C. - Bogotá D.C.,

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica, conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación:

79d2e1628dd83faf7701bc94e4524061f98db01baf5bb6d736df
3ffbeda1e518

Documento generado en 31/01/2022 12:49:14 PM

Valide este documento electrónico en la siguiente URL:
<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>