

Doctora:

BIBIANA MARÍA LONDOÑO VALENCIA
JUEZ SEXTA ADMINISTRATIVA DEL CIRCUITO DE MANIZALES
E. S. D.

Referencia : **Presentación dictamen pericial**
Demandante : **Andrés Salazar Estrada y otros**
Demandado : **EPS Suramericana S.A.**
Radicado : **17001333900620210028700**

ÁLVARO ANDRÉS SÁNCHEZ JURADO, mayor y vecino de esta ciudad, identificado con la cédula de ciudadanía Nro. 98.397.467 expedida en Pasto y portador de la T.P. Nro. 145.869 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando como apoderado de la sociedad **EPS SURAMERICANA S.A.**, representada legalmente por la Doctora **ANA MILENA RAMOS PULGARÍN**, mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía número **42.093.169**; encontrándome aún dentro del término legal para contestar la presente acción, informo al Despacho que a través de este escrito presento como complementación de la contestación de la demanda el dictamen pericial que se anunció en la misma.

El dictamen pericial fue rendido por la Universidad CES de Medellín – centro de estudios en derecho y en salud CENDES- a través del Dr. Bernardo Soto Arboleda, médico especialista en Neurocirugía y especialista en valoración de daño corporal, quien podrá ser notificado en la Calle 10A # 22-04 Universidad CES en la ciudad de Medellín – Antioquia, teléfono (604) 4440555 ext. 1601 – 1106, correos electrónicos cgiraldor@ces.edu.co – smarin@ces.edu.co.

El objeto del dictamen consiste en demostrar que en el acto médico y atención del señor **Carlos Emilio Salazar Giraldo** no existió falla médica ni administrativa; de la misma forma el dictamen pericial dará cuenta al despacho la fecha de estructuración del daño a efectos de contar los términos de caducidad

De la Señora Juez, con todo respeto.



ÁLVARO ANDRÉS SÁNCHEZ JURADO
C.C 98.397.467 de Pasto
T.P. Nro. 145.869 del C.S de la J.

Medellín, agosto 23 de 2022

Doctor

ÁLVARO ANDRÉS SANCHEZ JURADO

Apoderado EPS SURAMERICANA

E. S. M.

JUZGADO: JUZGADO 06 ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE MANIZALES
REFERENCIA: REPARACIÓN DIRECTA/ RADICADO **2021-0287-00**
DEMANDANTES: BIBIANA SALAZAR ESTRADA Y OTROS.
DEMANDADO: S.E.S SERVICIOS ESPECIALES EN SALUD – HOSPITAL DE CALDAS Y OTROS.
ASUNTO: ENTREGA DICTAMEN MÉDICO PERICIAL

Respetado doctor,

De manera atenta hacemos entrega del dictamen médico pericial solicitado en el proceso de la referencia. Dicha experticia es rendida por la Universidad CES a través del doctor Bernardo Soto Arboleda, Especialista en Neurocirugía, Especialista en Valoración de Daño Corporal, Docente Universitario y Perito CENDES. Este dictamen puede ser aclarado o complementado si la solicitud se hace dentro de los 15 días siguientes a su entrega, en cuyo caso el número máximo de preguntas serán 10.

Para el caso de la referencia, la entrega del dictamen escrito tiene un valor de 2,5 smlmv. Por otro lado, en caso de requerirse la sustentación en audiencia virtual, se deberá cancelar un valor adicional de tres (3) smlmv. En caso de programarse la contradicción de la prueba, se nos debe notificar por medios electrónicos (CGIRALDOR@CES.EDU.CO; SMARIN@CES.EDU.CO ; LTORO@CES.EDU.CO ; PCENDES@CES.EDU.CO ; GPELAEZ@CES.EDU.CO), mínimo con un mes de antelación a la diligencia. De requerirse asistencias adicionales del perito, por conductas no imputables a la Universidad, cada comparecencia tiene un costo adicional de tres (3) smlmv.

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

Con toda atención,



LEÓN MARIO TORO CORTÉS
Coordinador CENDES

Medellín, agosto 23 de 2022

Doctor
ÁLVARO ANDRÉS SANCHEZ JURADO
Apoderado EPS SURAMERICANA
E. S. M.

JUZGADO: JUZGADO 06 ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE MANIZALES
REFERENCIA: REPARACIÓN DIRECTA/ RADICADO **2021-0287-00**
DEMANDANTES: BIBIANA SALAZAR ESTRADA Y OTROS.
DEMANDADO: S.E.S SERVICIOS ESPECIALES EN SALUD – HOSPITAL DE CALDAS Y OTROS.
ASUNTO: DICTAMEN MÉDICO PERICIAL

Respetados doctores,

De manera atenta rindo dictamen médico pericial solicitado por ustedes en días anteriores, en el proceso de la referencia.

PERFIL PROFESIONAL DEL PERITO

Médico Especialista en Neurocirugía
Especialista en Valoración de Daño Corporal
Docente Universitario
Perito CENDES

Dirección de contacto: cgiraldor@ces.edu.co – smarin@ces.edu.co

Calle 10 A # 22 – 04 U CES. Medellín – Antioquia

Teléfono: 604 444 05 55 ext. 1601 – 1106

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

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

- Expreso que en los últimos diez (10) años no he realizado publicaciones relacionadas con la materia del peritaje.
- Declaro que los exámenes, métodos, experimentos e investigaciones efectuados son los mismos que he empleado para la rendición de dictámenes periciales a través de la Universidad CES.
- Declaro que los exámenes, métodos, experimentos e investigaciones efectuados son los mismos respecto de aquellos que utilizo en el ejercicio regular de mi profesión, indicando que una cosa es la prestación de los servicios de salud y otra, muy diferente, la elaboración de dictámenes periciales.
- Manifiesto que el dictamen fue elaborado con la historia clínica suministrada por la parte interesada correspondiente al señor CARLOS EMILIO SALAZAR GIRALDO.

RESUMEN DE LA HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 78 años, encontrado por su familia en su domicilio con compromiso de conciencia. Vomitado y con relajación de esfínter urinario. Trasladado al servicio de urgencias,

El médico lo encuentra obnubilado, somnoliento, realiza ordenes, movilizándolo las cuatro extremidades. Escala de Glasgow de 12/15.

Presenta antecedentes de hipertensión arterial, hipotiroidismo, cáncer de pulmón y colon, dado de alta por oncología, sin signos de recidiva.

Relatan antecedente de caída desde su propia altura, 20 días atrás. Inicialmente de etiología poco clara, posteriormente, se adujo, estaba en estado de embriaguez.

Tres días antes, consulto por presentar cefalea hemicraneana izquierda, mareo, ptosis palpebral, evaluado por oftalmología días antes, dolor en la rodilla derecha, le encontraron edema e incapacidad para la flexión y extensión de la articulación. Sin compromiso neurológico.

Solicitan TC de cráneo, encontrándose un gran hematoma subdural hemisférico izquierdo, ocasionando desplazamiento del encéfalo y la línea media.

Evaluado por neurocirugía, posteriormente llevado a cirugía para drenaje

Evoluciona en el post-operatorio, somnoliento, presenta una crisis convulsiva a nivel del pie izquierdo y al día siguiente otra del hemicuerpo derecho.

TC de cráneo de control, muestra, evacuación del hematoma, mejorando el efecto de masa sobre el encéfalo, hay edema cerebral a nivel del hemisferio izquierdo. Días más tarde se inicia la disminución de la sedación y llama la atención, no había respuesta adecuada de su nivel de conciencia, la TC evidenció edema de la región temporo-parietal izquierda y una zona hipodensa en el tronco cerebral, a nivel de la protuberancia, mayor del lado derecho.

El examen físico deja en evidencia la presencia de una hemiparesia derecha de predominio braquial, días más tarde, se retira la intubación y se encuentra, una afasia mixta (dificultad para entender el lenguaje y expresar con palabras el pensamiento).

Posteriormente mejora la comprensión y realiza ordenes simples, con dificultad para expresar palabras. La TC muestra lesiones hipodensas de la región parietal y del lado izquierdo, zona hipodensa de la región del tronco cerebral, a nivel de la protuberancia.

La evolución posterior evidencia una mejoría parcial de su afasia, presenta una infección urinaria, fiebre, aumenta el compromiso de conciencia, mejorando posteriormente con el tratamiento con antibióticos.

La historia aportada termina acá, lo cual no nos permite, conocer la evolución posterior del enfermo.

REVISION BIBLIOGRAFICA

HEMATOMAS SUBDURALES.

El hematoma subdural (HSD) puede presentarse de forma aguda, subaguda o crónica. En casos con trauma craneal severo puede ser evidente la presencia de un HSD,¹ pero en ocasiones un trauma menor puede pasar desapercibido, y en presencia de diferentes factores (edad avanzada, atrofia cerebral, deterioro cognitivo previo, anemia, trastornos de la coagulación sanguínea, uso de anticoagulantes, tiempo de evolución) se pueden producir variaciones en la presentación clínica y las neuroimágenes de un HSD.²

El HSD es la acumulación de sangre en un espacio patológico entre la duramadre y la aracnoides, que se produce generalmente por ruptura de una vena puente parasagital, las cuales drenan desde las superficies hemisféricas hacia los senos duros.

Los HSD, de acuerdo con el tiempo de aparición de los síntomas luego del comienzo del sangrado, pueden ser agudos (minutos a horas), subagudos (48 horas a 14 o 21 días), y crónicos (semanas o meses). Desde el punto de vista etiológico pueden ser traumáticos (ruptura de vena puente) y espontáneos (por coagulopatías, uso de anticoagulantes e incluso por ruptura de aneurismas cerebrales).⁵⁻⁷ (Cuadro)

Cuadro Clasificación didáctica de los hematomas subdurales

Clasificación

Por la evolución

Agudos	Subagudos	Crónicos
Horas	De 48 h a 14 o 21 días	Semanas Meses

Por la etiología

Traumáticos Ruptura de vena puente parasagital	Espontáneos Anticoagulantes Aneurisma cerebral	Coagulopatías
--	--	---------------

A su vez, las causas de HSD espontáneo pueden ser factores de riesgo o condicionantes de un HSD traumático. La localización más frecuente es en las convexidades fronto-témporo-parietales, pero pueden ocurrir en la base de las fosas craneales, siendo de difícil diagnóstico cuando se producen en la fosa posterior. También pueden desarrollarse en las regiones tentoriales y de la hoz del cerebro y a nivel espinal.⁸

HSD AGUDO

El HSD agudo, generalmente traumático, puede presentarse con un breve período de lucidez antes del coma luego del trauma, o con estado comatoso progresivo inmediato al trauma. Con frecuencia, los HSD agudos se combinan con hematomas epidurales y con focos de contusión. Los estigmas del trauma suelen ser evidentes

HSD SUBAGUDO

Entre las 48 horas y los 14 días de evolución el HSD se transforma en una mezcla de sangre coagulada y fluida. Esto es muy típico del HSD traumático, que por ser de fuente venosa suele ocurrir de manera insidiosa, en relación con las variaciones de la presión intracraneal (el incremento de ésta puede detener el sangrado, razón por la cual las medidas contra el edema cerebral pueden resultar contraproducentes).

HSD CRÓNICO

La incidencia del HSD crónico va en incremento paralelo con el envejecimiento poblacional.³ Pereira Jiménez et al,² en una pequeña serie de casos, encontraron que la cefalea progresiva, seguida en orden de frecuencia por el estado confusional, el déficit motor y el síndrome de herniación uncal fueron los síntomas y signos más frecuentes de presentación del HSD crónico. Otros síntomas y signos pueden ocurrir, tales como ataxia, disfasia y convulsiones.

Diagnóstico

El HSD puede presentarse como urgencia de neurocirugía y como urgencia o consulta de neurología (sospecha de ictus, deterioro cognitivo) o de Medicina Interna (estado confusional agudo).

El diagnóstico de un HSD puede resultar fácil cuando el trauma es reciente y evidente,¹ pero en determinadas situaciones el trauma puede pasar desapercibido, haber ocurrido mucho tiempo atrás como para que sea recordado, o no haber ocurrido trauma craneal alguno.^{2,5-7} Una adecuada anamnesis es imprescindible. Es necesario definir los síntomas que puedan relacionarse con un HSD, considerar las posibles causas y factores de riesgo, e interpretar las neuroimágenes en el contexto clínico. Esto último es de crucial importancia en el caso del HSD crónico, pues alrededor del mes de evolución puede mostrarse tan isodenso en las imágenes de tomografía axial computarizada (TAC) que resulte muy difícil el diagnóstico.

Varios factores pueden influir en la demora o rapidez con que un HSD se exprese clínicamente. Cuanto mayor sean la atrofia cerebral y la presión intracraneal, más tarde podrían aparecer los síntomas. Por su parte, una fuente aneurismática o una hemostasia comprometida, pueden hacer más agudo el debut sintomático.

El contenido de un HSD está sujeto a una transformación continua dada por el proceso de degradación de la sangre. Además, el sangrado puede lento y continuo, o en diferentes tiempos, todo lo cual tiene una repercusión imagenológica. La evolución típica por TAC constituye un espectro que incluye tres momentos bien definidos:

Hiperdensidad, Isodensidad (fase crónica inicial: semanas) En una TAC de cráneo simple: puede observarse la imagen de colección subdural correspondiente a un HSD crónico (alrededor de 1 mes), isodenso en relación con la corteza cerebral.

TAC de cráneo simple, correspondiente a un HSD crónico.

Hipodensidad (fase crónica tardía: meses), pudiendo ocurrir calcificaciones en etapas muy avanzadas.⁹

Situaciones especiales generan matices específicos, como la isodensidad por anemia, heterogeneidad y efecto de capas por sangrado en varios tiempos, y efecto hematocrito por anticoagulantes o por resangrado en un HSD crónico.

Las técnicas de neuroimágenes estándares para la evaluación de pacientes con HSD son la TAC simple, la TAC con contraste intravenoso y la resonancia magnética (RM). La TAC simple ofrece como ventajas su disponibilidad en la urgencia, alta sensibilidad y especificidad en detección de sangrados intracraneales agudos y subagudos, así como factibilidad para la evaluación de las estructuras óseas. Por su parte, la TAC con contraste intravenoso permite precisar el contorno de la superficie cerebral en casos con HSD tan isodensos que resulte difícil definirlos. La RM, sin necesidad de medios de contraste, permite definir los HSD que ofrecen dudas en la TAC, pero es un estudio caro, no disponible en urgencias ni en todas las unidades que atienden TCE, y se debe interpretar en contraposición con la clínica y las imágenes de TAC.¹⁰

El HSD constituye una entidad compleja sujeta a continuos cambios morfológicos, clínicos y de neuroimágenes, con etapas críticas que pueden generar grados variables de dificultad para su diagnóstico y evaluación.

RESPUESTAS AL CUESTIONARIO PROPUESTO:

- 1. Determinar el grado de urgencia de la atención del día 4 de septiembre de 2018 en el Hospital de Caldas, esto tomando como referencia el TRIAGE que se le realizó al señor **Carlos Emilio Salazar Giraldo** al inicio de la atención.*

RESPUESTA: Dados estos antecedentes del paciente, un cuadro clínico poco claro, aduciendo dolor de cabeza hemicraneal, mareos, dolor en la rodilla derecha, es imposible pensar, la cefalea que experimentaba el enfermo, se pudiera atribuir a un hematoma subdural.

2. *Determinar si la enfermedad que actualmente padece, el señor Carlos Emilio Salazar Giraldo, “secuelas neurológicas” y que según lo narran los demandantes se produjo por la tardía cirugía de craneotomía y drenaje de hematoma.*

RESPUESTA: En mi concepto, evaluada la evolución del paciente el hematoma subdural no fue el causante de las secuelas que presentó el paciente. La edad, los antecedentes de hipertensión e hipotiroidismo, hematoma subdural, que requirió de anestesia y cirugía, debieron haber sido factores coadyuvantes de una patología que el paciente presentaba, un accidente cerebrovascular, el cual fue el causante de los síntomas.

3. *Determinar si la cirugía de craneotomía y drenaje de hematoma realizada al señor Carlos Emilio Salazar Giraldo hubiese tenido un mejor pronóstico y no hubiese dejado las “secuelas neurológicas” si se realizaba el día 4 de septiembre de 2018 y no el 8 de septiembre de 2018, en sí determinar si el paso del tiempo influyó en el resultado final.*

RESPUESTA: En la pregunta anterior se aclaró que el hematoma subdural no fue el causante de los síntomas que presentó el enfermo, su evolución, sus síntomas, están más en relación con un accidente cerebrovascular y el hematoma subdural fue encontrado como un hallazgo ocasional.

4. *Determinar la fecha de estructuración de las “secuelas neurológicas” del señor Carlos Emilio Salazar Giraldo.*

RESPUESTA: Analizada la historia clínica, el paciente que es encontrado por su familia, inconsciente, vomitado y con relajación de esfínteres, recupera posteriormente la conciencia y moviliza las cuatro extremidades, síntomas que no corresponden a la clínica de un hematoma subdural, que posiblemente presentó una isquemia cerebral transitoria. En el posoperatorio, presentó una crisis parcial simple y una crisis parcial compleja, cinco días después de la cirugía, se disminuye la sedación y se encuentra comprometido de conciencia, la tomografía de control mostró lesiones parieto temporales izquierda y a nivel del tronco cerebral. Días más tarde cuando el enfermo se extuba se le diagnostica una afasia mixta, el cuadro clínico está en concordancia con un evento vascular cerebral en evolución.

5. *Determinar si el señor Carlos Emilio Salazar Giraldo, tuvo antes una “craniectomía derecha previa (hace varios años) por cuadro similar al actual”.*

RESPUESTA: Ello no tiene incidencia ni relación con el caso analizado, en la historia clínica hace referencia a una craneotomía parietal derecha.

CONCLUSIONES PERICIALES:

- 1- Se trata de un paciente de 78 años, el cual vivía solo, encontrado por su familia con compromiso de la conciencia, trasladado al servicio de urgencias, inicialmente no existía claridad de la causa, posteriormente, se adujo, haber tenido una caída desde su propia altura, en estado de embriaguez.
- 2- Evaluado por el médico de urgencias, su cuadro clínico inicial, descrito como obnubilado, movilizaba las cuatro extremidades. Le solicitan un TC de cráneo, encontrando un extenso hematoma subdural hemisférico izquierdo, con efecto de masa sobre el encéfalo y produciendo desplazamiento de la línea media.
- 3- Evaluado por neurocirugía, se considera tributario de tratamiento quirúrgico y posteriormente llevado a cirugía para drenaje.
- 4- Meses antes consultó por palpitaciones, presentaba antecedentes de hipertensión arterial, hipotiroidismo y se sospechó el diagnóstico de arritmia cardíaca, manejado con anti-hipertensivos. Hormona tiroidea y aspirina.
- 5- Dados estos antecedentes, un cuadro clínico poco claro, aduciendo dolor de cabeza, mareos, dolor en la rodilla derecha, es imposible pensar, la cefalea que experimentaba el enfermo se pudiera atribuir a un hematoma subdural.
- 6- El paciente fue encontrado por su familia en su domicilio, con compromiso de conciencia, posteriormente en urgencias, lo encuentran obnubilado y movilizándolo las cuatro extremidades.
- 7- En la tomografía se encontró un extenso hematoma subdural, hemisférico izquierdo, con efecto compresivo sobre el encéfalo y desplazamiento de la línea media. Estos hematomas pueden terminar produciendo una hernia subtemporal.
- 8- Si revisamos la fisiopatología, los hematomas suelen producir un efecto de masa sobre la corteza cerebral, inicialmente comprimen la vía piramidal, ello se refleja en un déficit motor contralateral (disminución de la movilidad del hemicuerpo contra lateral), si persiste el efecto de masa, se distorsiona la sustancia reticular peri-ventricular, ello se traduce, en una pérdida de la conciencia y si la compresión continua, se comprimen las arterias, hay desplazamiento del tronco cerebral, lo cual ocasiona lesiones isquémicas y/o hemorragias y finalmente paro cardio-respiratorio. Los síntomas anotados no se revierten espontáneamente, solo si se evacua el hematoma y se disminuye el efecto de masa sobre el encéfalo.
- 9- Analizando la historia clínica, el enfermo presentó compromiso de la conciencia, la recupera posteriormente, sin déficit de la motilidad, lo cual nos lleva a concluir, no fue el hematoma, el causante de los síntomas iniciales.
- 10- En el post-operatorio presenta una crisis convulsiva, en la TC de cráneo de control, se observó edema en el hemisferio izquierdo. Posteriormente se encontró una lesión isquémica del tronco cerebral, lo cual ocasionó hemiparesia del hemicuerpo derecho.
- 11- Retomando la historia clínica retrospectivamente, la cefalea podría estar en relación con la presencia del hematoma, pero los síntomas iniciales, hacen imposible pensar en hematoma subdural. Días más tarde, encontrado con

pérdida de la conciencia, la recupera y no presentaba déficit motor, lo cual no puede ser aducido al efecto de masa del hematoma.

El enfermo posiblemente presentó una isquemia cerebral, la cual evoluciona hasta un infarto del tronco cerebral. Un enfermo de 78 años hipertenso, hipotiroideo, hematoma subdural, que requirió de anestesia y cirugía, son estos los factores coadyuvantes que empobrecen el pronóstico, en un paciente con EVC en curso.

- 12- No fue el hematoma el causante de las secuelas presentadas por el enfermo, no existen fallas médicas. Se trata de un cuadro clínico bizarro de muy difícil diagnóstico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chaparro Mérida W, Mosquera Betancourt G, Varela Hernández A. Caracterización de los pacientes con traumatismo craneoencefálico grave atendidos en Camagüey (2008-2011). Rev Cubana Neurol Neurocir [Internet]. 2013
2. Pereira Jiménez K, Olazábal Armas I. Formas clínicas de presentación del hematoma subdural crónico en el adulto mayor en el Hospital de Quelimane (Mozambique, 2009-2013)
3. Balser D, Farooq S, Mehmood T, et al. Actual and projected incidence rates for chronic subdural hematomas in United States Veterans Administration and civilian populations. J Neurosurg [Internet]. 2015:1-7. [[Links](#)]
4. Mosquera Betancourt G, Vega Basulto S, Valdeblánquez Atencio J. Traumatismo craneoencefálico en el adulto mayor. Arch Med Camagüey [Internet]. 2008
5. Marbacher S, Fandino J, Lukes A. Acute subdural hematoma from ruptured cerebral aneurysm. Acta Neurochir. 2010;52(3):501-7. Citado en PubMed: PMID: 19855924.
6. Luongo M, Pizzuti M, Godano U. Bilateral chronic subdural non-traumatic hematoma associated with Von Willebrand's type I disease: a case report. Acta Neurochirurgica. 2012;154(6):1087-88. Citado en PubMed: PMID: 22392015. [[Links](#)]
7. del Saz-Saucedo P, Espejo-Martínez B, Recio-Bermejo M, et al. Hematoma subdural agudo tras tratamiento trombolítico intravenoso del ictus isquémico. Enseñanzas de un caso desafortunado. Neurol Arg [Internet]. 2012[citado 30/04/2015];4(2):95-9.
8. Payer M, Agosti R. Spontaneous acute spinal subdural hematoma: spontaneous recovery from severe paraparesis-case report and review. Acta Neurochirurgica. 2010;152(11):1981-84. Citado en PubMed: PMID: 20700748. [[Links](#)]

9. Arán-Echabe E, Fieiro-Dantas C, Prieto-González A. Hematoma subdural crónico calcificado: cerebro blindado. Rev Neurol [Internet]. 2014 [citado 30/04/2015];58(9):420-21.

10. Adamsbaum C, Morel B, Ducot B, et al. Dating the abusive head trauma episode and perpetrator statements: key points for imaging. Pediatr Radiol. 2014;44(4):S578-88. Citado en PubMed: PMID: 25501730. [[Links](#)]

Con toda la atención,



BERNARDO SOTO ARBOLEDA
Médico Especialista en Neurocirugía
Especialista en Valoración de Daño Corporal
Docente Universitario
Perito CENDES

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

N°	AÑO	PERITO	RADICADO / CASO	OBJETO DICTAMEN
1	2018	BERNARDO SOTO ARBOLEDA	Dictamen Médico Pericial / Caso Jaime Alberto Morales Rave / Solicitado por el abogado Ricardo Vélez Múnera	Neurocirugía
2	2018	BERNARDO SOTO ARBOLEDA	Dictamen Médico Pericial / Caso Yilmar Alonso Angulo Gonzalez / Solicitado por el abogado Julio Cesar Yepes Restrepo	Neurocirugía
3	2018	BERNARDO SOTO ARBOLEDA	Dictamen Médico Pericial / Radicado 009 2013 – 01292 / Juzgado Veintinueve (29) Administrativo Oral De Medellin	Neurocirugía
4	2018	BERNARDO SOTO ARBOLEDA	Dictamen Médico Pericial / Radicado 2014-0015 / Juzgado Primero (01) Civil Circuito de Pereira.	Neurocirugía
5	2018	BERNARDO SOTO ARBOLEDA	Dictamen Médico Pericial / Caso Gloria del Socorro Montes / Solicitado por el abogado Juan Ricardo Prieto Pelaez	Neurocirugía
6	2018	BERNARDO SOTO ARBOLEDA	Dictamen Médico Pericial / Radicado 2016-0285 / Juzgado Octavo (08) Civil Circuito de Cali –Valle del Cauca	Neurocirugía
7	2018	BERNARDO SOTO ARBOLEDA	Dictamen Médico Pericial / Caso Saulo Enrique Mora Gómez / Solicitado por el Abogado Carlos García Harker	Neurocirugía
8	2018	BERNARDO SOTO ARBOLEDA	Dictamen Médico Pericial / Radicado 2018-0181 /Juzgado Veintidós Administrativo Oral de Medellín/ Solicitado por el Abogado Martha Maria Zapata Gonzalez- EPM	Neurocirugía
9	2018	BERNARDO SOTO ARBOLEDA	Dictamen Médico Pericial / Caso Luz Helena Arango Arias / Solicitado por Tamayo Jaramillo y Asociados.	Neurocirugía
10	2018	BERNARDO SOTO ARBOLEDA	Dictamen Médico Pericial / Radicado 2010-0402 / Honorable Tribunal Administrativo de Risaralda- Pereira	Neurocirugía
11	2018	BERNARDO SOTO ARBOLEDA	Dictamen Médico Pericial / Caso Flor Enilce Escobar Pineda / Solicitado por la abogada Mariem Chamat Duque.	Neurocirugía
12	2018	BERNARDO SOTO ARBOLEDA	Dictamen Médico Pericial / Caso Gentil Anturi Cruz / Solicitado por Oscar Conde Ortiz	Neurocirugía
13	2018	BERNARDO SOTO ARBOLEDA	Dictamen Médico Pericial / Caso Sebastián Estrada Henao / Solicitado por el señor Luis Fernando Estrada Gaviria.	Neurocirugía
14	2018	BERNARDO SOTO ARBOLEDA	Dictamen Médico Pericial / Caso Radicado 2012-0281 / Juzgado 50 Civil Circuito Bogotá / Solicitado por Carlos Alberto Camargo Cartagena.	Neurocirugía
15	2018	BERNARDO SOTO ARBOLEDA	Dictamen Médico Pericial / Caso Lina Maria Agudelo Gil / Solicitado por el Doctor Héctor Fabio Bedoya Maya.	Neurocirugía
16	2018	BERNARDO SOTO ARBOLEDA	Dictamen Médico Pericial / Caso Julian Mauricio Ramírez / Solicitado por el Doctor Giovanni Jose	Neurocirugía
17	2018	BERNARDO SOTO ARBOLEDA	Dictamen Médico Pericial / Radicado 2014 - 0102 / Juzgado 07 administrativo de Popayán / Solicitado por Gloria Isabel Ocampo Eraso.	Neurocirugía
18	2019	BERNARDO SOTO ARBOLEDA	Dictamen Médico Pericial / Radicado 2016-1097 / Juzgado 36 administrativo de Medellín	Neurocirugía
19	2019	BERNARDO SOTO ARBOLEDA	Dictamen Médico Pericial / Caso Nelson Cuellar / Solicitado por la Doctora Maria Paulina Velez Prada.	Neurocirugía



20	2019	BERNARDO SOTO ARBOLEDA	Dictamen Médico Pericial / Radicado 2017-0278 / Solicitado por Juzgado 20 administrativo de Medellín.	Neurocirugía
21	2019	BERNARDO SOTO ARBOLEDA	Dictamen Médico Pericial / Radicado 2016-0121 / Juzgado 7 Civil Circuito de Cali – Valle del Cauca	Neurocirugía
22	2019	BERNARDO SOTO ARBOLEDA	Dictamen Médico Pericial / Radicado 2017-01711 / Tribunal Administrativo de Antioquia	Neurocirugía
23	2019	BERNARDO SOTO ARBOLEDA	Dictamen Médico Pericial / Radicado 2016-0011 / Juzgado 2 Administrativo del Circuito de Yopal	Neurocirugía
24	2019	BERNARDO SOTO ARBOLEDA	Dictamen Médico Pericial / Caso Juan Carlos Cardona / Solicitado por Cristian Alexis López	Neurocirugía
25	2019	BERNARDO SOTO ARBOLEDA	Dictamen Médico Pericial / Caso Carlos Alfonso Gonzalez Vargas/ Solicitado por Carlos Alfonso Gonzalez Vargas	Neurocirugía
26	2019	BERNARDO SOTO ARBOLEDA	Dictamen Médico Pericial / Caso Ludivia Rojas Arboleda / Solicitado por Ignacio Garcés	Neurocirugía
27	2019	BERNARDO SOTO ARBOLEDA	Dictamen Médico Pericial / Caso Edilma Neira de Devia/ Solicitado por el Doctor Jorge Eliecer Hernández	Neurocirugía
28	2019	BERNARDO SOTO ARBOLEDA	Dictamen Médico Pericial / Caso Clara Inés García de Caicedo / Solicitado por el doctor Carlos Humberto Ocampo Ramos	Neurocirugía
29	2019	BERNARDO SOTO ARBOLEDA	Dictamen Médico Pericial / Caso Maria Etelvicia Perea De Orejuela/ Solicitado por el doctor Andrés Orión Álvarez Pérez	Neurocirugía
30	2019	BERNARDO SOTO ARBOLEDA	Dictamen Médico Pericial / Radicado 2018-0856 / Tribunal Administrativo de Santander	Neurocirugía
31	2019	BERNARDO SOTO ARBOLEDA	Dictamen Médico Pericial / Radicado 2015-0418 / Juzgado 1 Administrativo del Circuito de Yopal	Neurocirugía
32	2019	BERNARDO SOTO ARBOLEDA	Dictamen Médico Pericial / Caso Rubiela Cortes Tapieros/ Solicitado por Duvan Alberto Cortes	Neurocirugía
33	2019	BERNARDO SOTO ARBOLEDA	Dictamen Médico Pericial / Caso Luis Felipe Correa Pérez/ Solicitado por Elizabeth Montoya Piedrahita	Neurocirugía
34	2019	BERNARDO SOTO ARBOLEDA	Dictamen Médico Pericial / Radicado 2018-0302 / Solicitado por Oscar Ernesto Nieto Díaz	Neurocirugía
35	2019	BERNARDO SOTO ARBOLEDA	Dictamen Médico Pericial / Radicado 2018-0204 / Solicitado por Juan Carlos Gaviria EPS y Medicina Prepagada Suramericana S.A.	Neurocirugía
36	2019	BERNARDO SOTO ARBOLEDA	Dictamen Médico Pericial / Caso Sandra Milena Pallares Bareño/ Solicitado por Ana Carolina Zabaleta Romero	Neurocirugía
37	2019	BERNARDO SOTO ARBOLEDA	Dictamen Médico Pericial / Radicado 2015-0077 / Juzgado 1 Administrativo Oral de Medellín	Neurocirugía
38	2020	BERNARDO SOTO ARBOLEDA	Dictamen Médico Pericial / Radicado 2019-0131 / Juzgado 22 Civil del Circuito de Medellín	Neurocirugía
39	2020	BERNARDO SOTO ARBOLEDA	Dictamen Médico Pericial / Radicado 2016-0313 / Juzgado 7 Administrativo Oral de Medellín	Neurocirugía
40	2020	BERNARDO SOTO ARBOLEDA	Dictamen Médico Pericial / Caso Fabio Enrique Rincón Martínez/ Solicitado por Wilmer Stic Zafrá Rodríguez	Neurocirugía



41	2020	BERNARDO SOTO ARBOLEDA	Dictamen Médico Pericial / Radicado 2014-0252 / Juzgado 7 Administrativo Oral de Montería, Córdoba.	Neurocirugía
42	2022	BERNARDO SOTO ARBOLEDA	Dictamen Médico Pericial en Neurocirugía / Paciente: Jerson Stive Rojas/Solicitado por Sergio Yepes Restrepo.	Neurocirugía
43	2022	BERNARDO SOTO ARBOLEDA	Dictamen Médico Pericial en Neurocirugía / Caso Juan Pablo Bedoya Mejía /Solicitado por Sady Andres Monsalve Espinosa	Neurocirugía
44	2022	BERNARDO SOTO ARBOLEDA	Dictamen Médico Pericial en Neurocirugía / Radicado 2021-0287 /Solicitado por Álvaro Andrés Sanchez Jurado	Neurocirugía



Y en su nombre y por Autoridad de la Ley

La Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Guayaquil

HACE NOTORIO: Que el Bachiller señor **Bernardo Soto Arboledas** ha recibido los créditos previos al Grado de Doctor en Medicina y Cirugía y que, en virtud de la aprobación que obtuvo y de la promesa legal que prestó, le confiere el presente Título de DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA, por el que se le reconocerá como tal y se le guardarán los honores que le corresponden.

Dado y firmado por el Decano y Profesores Delegados al Consejo Directivo de la Facultad, firmado y sellado por la Secretaría de la Facultad, en Guayaquil, a los veinte días del mes de Febrero de mil novecientos ochenta y uno.



Dr. Mamián Silva Gómez,
Decano

Mamián Silva Gómez

M. Urbán
Dr. Tomás Urbán Guzmán,
Profesor Delegado Principal

Dr. Salomón Quintero Estrada,
Abogado

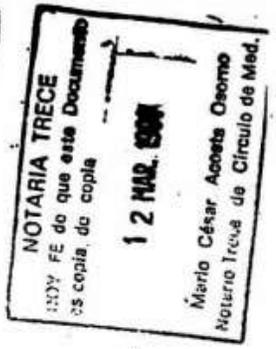
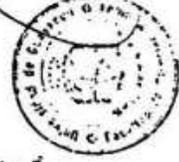
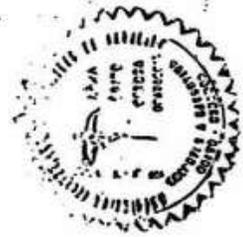
Salomón Quintero Estrada

Ab. Rina Ortega de Borja
Ab. Rina Ortega de Borja,
Secretaria

Dr. Luis Ribicay Guerrero
Dr. Luis Ribicay Guerrero,
Notario Principal

Rectorado de la Universidad de Guayaquil
 Refrendado al Folio N° del libro respectivo.
 Guayaquil, ... de ... de 1981...

Mamián Silva Gómez
 El Secretario General
Tomás Urbán Guzmán
 El Profesor Delegado Principal





RESOLUCION NUMERO **14270** DE 19

(**30 NOV. 1982**)

Por la cual se concede una autorización.

EL MINISTRO DE SALUD,

en ejercicio de las facultades conferidas por el Decreto número 3134 de 1956

y en desarrollo de la Resolución número 1820 de 1962, y

CONSIDERANDO:

Que **BERNARDO SOTO ARBOLEDA**, con cédula de ciudadanía número

70*066.702 de **Medellín**, ha solicitado la refrendación de su **Diploma**

de **DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA**, que le otorgó

La Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Guayaquil, el **20** de

Febrero de **1981**, y

Que dicho **Diploma** se encuentra debidamente registrado en **XXXXXXXXXX** El **ICFES**

mediante resolución No. **0519** de mayo 18 de **1.981**

~~Resolución No. 0519 de mayo 18 de 1981.~~

Que de acuerdo con el certificado de agosto 20 de **1.982**, expedido por el Jefe

del Servicio Seccional de Salud de Antioquia, **BERNARDO SOTO ARBOLEDA**, cumplió

con el servicio social obligatorio.

RESUELVE:

ARTICULO UNICO — Autorízase a

BERNARDO SOTO ARBOLEDA

para ejercer la profesión de

DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA

, en el territorio

nacional, previa anotación correspondiente.

COMUNIQUESE Y PUBLIQUESE

Por el Ministro de Salud,

Va. Bo.

HUMBERTO CORDOBA W.
Director Vigilancia y Control.

Secretario General



CORPORACION NACIONAL AUTONOMA
DE
CERTIFICACION DE ESPECIALIDADES MEDICAS



CERTIFICADO DE ESPECIALIDAD

En virtud de sus antecedentes,
debidamente acreditados,

se reconoce a

Dr. Bernardo Soto Arboleda

como especialista en

Neurocirugía

Dr. Gustavo Díaz P.
COMISION DE ESPECIALIDAD

Dr. Rodolfo Armas Merino
PRESIDENTE

Dr. Eduardo Rosselot J.
SECRETARIO EJECUTIVO

4 DE *Junio* DE 19 *92*

Nº DE REGISTRO *46*



UNIVERSIDAD CES

Un compromiso con la excelencia

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE
NEUROCIROGÍA



CERTIFICA QUE EL DOCTOR

Soto Arboleda Bernardo

ES ESPECIALISTA EN NEUROCIROGÍA
Y CIRUGÍA DE COLUMNA

FIRMADO A LOS 2 DÍAS DEL MES DE MAYO DE 2007

Dr. Salvador Mattar Diaz

PRESIDENTE

Dr. Gustavo Orlando Alvarez Alvarez

SECRETARIO



UNIVERSIDAD CES

Un compromiso con la excelencia

CES

Un Compromiso con la Excelencia
Personería Jurídica 11154 de agosto 4 de 1978

EN ATENCIÓN A QUE

Bernardo Soto Arboleda

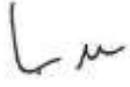
C.C. 70.066.702 Medellín (Antioquia)

HA COMPLETADO TODOS LOS REQUISITOS ACADÉMICOS
EXIGIDOS POR LOS ESTATUTOS UNIVERSITARIOS,
PARA OPTAR EL TÍTULO DE

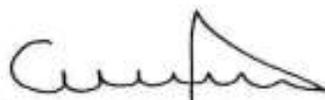
Especialista en Valoración del Daño Corporal

LE EXPIDE EL PRESENTE DIPLOMA

EN TESTIMONIO DE ELLO SE FIRMA Y REFRENDA
CON LOS SELLOS RESPECTIVOS EN MEDELLÍN-COLOMBIA
A LOS 19 DÍAS DEL MES DE DICIEMBRE DE 2006.



José María Maya Mejía
Rector
Instituto de Ciencias de la Salud CES



Gustavo Adolfo Castrillón Suárez
Secretario General
Instituto de Ciencias de la Salud CES



Jorge Julián Osorio Gómez
Decano
Instituto de Ciencias de la Salud CES

Registrado: Folio 149 Número 4540 Fecha: 19 de diciembre de 2006 Acta 6482 de 19 de diciembre de 2006 Firma: 