Salud Total EPS

BOGOTÁ, Junio 7 de 2016

Señora:
DE LA PAVA ORDOÑEZ RUTH
CC. 52220305
CR 12 73A 55 - 7025964
Ciudad

Ref: F370-RVA. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Febrero 21 de 2002.
Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
DE LA PAVA ORDOÑEZ RUTH	52220305	C	Feb-21-2002	419	0	COMPAÑERO(A)	NO VIGENTE	Feb-23-2010	Exclusion por Fallecimiento	Ninguna
MALDONADO RODRIGUEZ CARLOS FERNANDO	79802940	C	Feb-21-2002	605	0	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
DE LA PAVA ORDOÑEZ JUAN SEBASTIAN	92081256847	T	Feb-21-2002	457	0	HIJO DE 18 A 25 AÑOS	NO VIGENTE	Dic-9-2010	Exclusion por traslado a otra EPS	Ninguna
MALDONADO DE LA PAVA CARLOS ESTEBAN	99121846594	T	Feb-21-2002	601	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
JESUS ALONSO LOPEZ OLARTE	52220305	Dependiente	CERRADO
O GRADOS HERMANOS LTDA	52220305	Dependiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

Igualmente tenemos registrada en nuestra base de datos que a partir de Abril 1 de 2010 no se han realizado nuevos aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud por concepto de su afiliación.

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros.
Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 01800 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

MÓNICA REY DUEÑAS
Gerente de Operaciones Comercial
SALUD TOTAL EPS S.A.

Elaboró: Yuly Alexandra Solano Solano - Abogado IV – Subdireccion Nal De Conciliaciones Y Demandas

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos.

Salud Total EPS

BOGOTA, Junio 7 de 2016

Señora:
DE LA PAVA ORDOÑEZ RUTH
CC. 52220305
CL 12 73A 55 - 7025964
Ciudad

REF. F96-RVA SOLICITUD INFORMACION – RELACIÓN DE APORTES A SALUD TOTAL EPS S.A.

Reciba un cordial saludo en nombre de Salud Total EPS S.A. y el agradecimiento por permitirnos ser la Entidad Promotora de Salud de su elección y confianza.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que durante su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se han registrado los siguientes aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud:

Aportes realizados durante el último año:

No Planilla	Fecha de pago	Periodo	NIT	Razón social del aportante	Dias	IBC	Cotización
					TOTAL		

Aportes realizados en años anteriores:

No Planilla	Fecha de pago	Periodo	NIT	Razón social del aportante	Dias	IBC	Cotización
PC7543641	01/28/2010	02-2010	830140438	O GRADOS HERMANOS LTDA	30	696000	87000
PC11294217	02/25/2010	03-2010	830140438	O GRADOS HERMANOS LTDA	30	696000	87000
PC15545066	03/30/2010	04-2010	830140438	O GRADOS HERMANOS LTDA	2	45600	5700
					TOTAL	1437600	179700

En Salud Total EPS S.A. apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad o puede comunicarse con la línea gratuita de atención al cliente 018000 1 14524, y en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

Salud Total EPS S.A.

MONICA REY DUEÑAS
Gerente de Operaciones Comercial
SALUD TOTAL EPS S.A.

Elaboró: Yuly Alexandra Solano Solano - Abogado IV – Subdireccion Nal De Conciliaciones Y Demandas

Salud Total EPS

BOGOTA, Septiembre 14 de 2012

Señora:
DE LA PAVA ORDOÑEZ RUTH
CC. 52220305
CL 12 73A 55 - 7025964
Ciudad

REF. F96-RVA SOLICITUD INFORMACION - RELACIÓN DE APORTES A SALUD TOTAL EPS S.A.

Reciba un cordial saludo en nombre de Salud Total EPS S.A. y el agradecimiento por permitirnos ser la Entidad Promotora de Salud de su elección y confianza.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que durante su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se han registrado los siguientes aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud:

Aportes realizados durante el último año:

No Planilla	Fecha de pago	Periodo	NIT	Razón social del aportante	Dias	IBC	Cotización
					TOTAL		

Aportes realizados en años anteriores:

No Planilla	Fecha de pago	Periodo	NIT	Razón social del aportante	Dias	IBC	Cotización
5212711	02/13/2002	02-2002	830069732	LOREZ JIMENEZ CREACIONES LTDA	30	310000	37200
5212712	03/06/2002	03-2002	5657609	JESUS ALONSO LOPEZ OLARTE	30	310000	37200
4282907	04/08/2002	04-2002	5657609	JESUS ALONSO LOPEZ OLARTE	30	310000	37200
4844213	05/08/2002	05-2002	5657609	JESUS ALONSO LOPEZ OLARTE	30	310000	37200
4420306	06/07/2002	06-2002	5657609	JESUS ALONSO LOPEZ OLARTE	30	310000	37200
5552562	07/08/2002	07-2002	5657609	JESUS ALONSO LOPEZ OLARTE	30	310000	37200
5552563	08/09/2002	08-2002	5657609	JESUS ALONSO LOPEZ OLARTE	30	310000	37200
5552567	09/11/2002	09-2002	5657609	JESUS ALONSO LOPEZ OLARTE	30	310000	37200
5552568	10/09/2002	10-2002	5657609	JESUS ALONSO LOPEZ OLARTE	30	310000	37200
6291556	11/12/2002	11-2002	5657609	JESUS ALONSO LOPEZ OLARTE	30	310000	37200
4844212	12/09/2002	12-2002	5657609	JESUS ALONSO LOPEZ OLARTE	30	310000	37200
6545646	01/10/2003	01-2003	5657609	JESUS ALONSO LOPEZ OLARTE	30	310000	37200
6545102	02/10/2003	02-2003	5657609	JESUS ALONSO LOPEZ OLARTE	30	332000	39840
6545647	03/10/2003	03-2003	5657609	JESUS ALONSO LOPEZ OLARTE	30	332000	39840
6545648	04/08/2003	04-2003	5657609	JESUS ALONSO LOPEZ OLARTE	30	332000	39840
6545649	05/08/2003	05-2003	5657609	JESUS ALONSO LOPEZ OLARTE	30	332000	39840
7109643	06/03/2003	06-2003	5657609	JESUS ALONSO LOPEZ OLARTE	30	332000	39840
08018086	07/10/2003	07-2003	5657609	JESUS ALONSO LOPEZ OLARTE	30	332000	39840
08018632	08/11/2003	08-2003	5657609	JESUS ALONSO LOPEZ OLARTE	30	332000	39840
08167747	09/08/2003	09-2003	5657609	JESUS ALONSO LOPEZ OLARTE	30	332000	39840
08342162	10/09/2003	10-2003	5657609	JESUS ALONSO LOPEZ OLARTE	30	332000	39840
8580364	11/11/2003	11-2003	5657609	JESUS ALONSO LOPEZ OLARTE	30	332000	39840
8580350	12/03/2003	12-2003	5657609	JESUS ALONSO LOPEZ OLARTE	30	332000	39840
9391274	01/09/2004	01-2004	5657609	JESUS ALONSO LOPEZ OLARTE	30	358000	42960
8960618	02/11/2004	02-2004	5657609	JESUS ALONSO LOPEZ OLARTE	30	358000	42960
8960688	03/09/2004	03-2004	5657609	JESUS ALONSO LOPEZ OLARTE	30	400000	48000
8970777	04/06/2004	04-2004	5657609	JESUS ALONSO LOPEZ OLARTE	30	400000	48000
8970779	05/07/2004	05-2004	5657609	JESUS ALONSO LOPEZ OLARTE	30	400000	48000
8500216	06/08/2004	06-2004	5657609	JESUS ALONSO LOPEZ OLARTE	30	400000	48000
10689902	07/07/2004	07-2004	5657609	JESUS ALONSO LOPEZ OLARTE	30	408000	48000
11071135	08/06/2004	08-2004	5657609	JESUS ALONSO LOPEZ OLARTE	30	408000	48960
8500214	09/10/2004	09-2004	830140438	40 GRADOS HERMANOS LTDA	30	408000	48960
8500213	10/11/2004	10-2004	830140438	40 GRADOS HERMANOS LTDA	30	408000	48960
11351298	11/11/2004	11-2004	830140438	40 GRADOS HERMANOS LTDA	30	408000	48960
11073758	12/02/2004	12-2004	830140438	40 GRADOS HERMANOS LTDA	30	408000	48960

11686698	01/11/2005	01-2005	830140438	40 GRADOS HERMANOS LTDA	30	423000	50760
10824071	02/10/2005	02-2005	830140438	40 GRADOS HERMANOS LTDA	30	430000	51600
12381837	03/11/2005	03-2005	830140438	40 GRADOS HERMANOS LTDA	30	430000	51600
12381840	04/11/2005	04-2005	830140438	40 GRADOS HERMANOS LTDA	30	430000	51600
12381841	05/05/2005	05-2005	830140438	40 GRADOS HERMANOS LTDA	30	430000	51600
12379448	06/09/2005	06-2005	830140438	40 GRADOS HERMANOS LTDA	30	430000	51600
12618686	07/08/2005	07-2005	830140438	40 GRADOS HERMANOS LTDA	30	430000	51600
12617991	08/09/2005	08-2005	830140438	40 GRADOS HERMANOS LTDA	30	430000	51600
012809401	09/09/2005	09-2005	830140438	40 GRADOS HERMANOS LTDA	30	430000	51600
012809403	10/07/2005	10-2005	830140438	40 GRADOS HERMANOS LTDA	30	430000	51600
12809406	11/10/2005	11-2005	830140438	40 GRADOS HERMANOS LTDA	30	430000	51600
13177628	12/09/2005	12-2005	830140438	40 GRADOS HERMANOS LTDA	30	430000	51600
13177603	01/10/2006	01-2006	830140438	40 GRADOS HERMANOS LTDA	30	430000	51600
13177626	02/10/2006	02-2006	830140438	40 GRADOS HERMANOS LTDA	30	503000	60400
13751114	03/10/2006	03-2006	830140438	40 GRADOS HERMANOS LTDA	30	503000	60400
13751111	04/07/2006	04-2006	830140438	40 GRADOS HERMANOS LTDA	30	503000	60400
15710667	05/08/2006	05-2006	830140438	40 GRADOS HERMANOS LTDA	30	503000	60400
15710668	06/09/2006	06-2006	830140438	40 GRADOS HERMANOS LTDA	30	503000	60400
15962428	07/10/2006	07-2006	830140438	40 GRADOS HERMANOS LTDA	30	503000	60400
16330719	08/09/2006	08-2006	830140438	40 GRADOS HERMANOS LTDA	30	503000	60400
16331733	09/07/2006	09-2006	830140438	40 GRADOS HERMANOS LTDA	30	503000	60400
16331735	10/09/2006	10-2006	830140438	40 GRADOS HERMANOS LTDA	30	503000	60400
16331728	11/10/2006	11-2006	830140438	40 GRADOS HERMANOS LTDA	30	503000	60400
17432689	12/07/2006	12-2006	830140438	40 GRADOS HERMANOS LTDA	30	503000	60400
17287201	01/11/2007	01-2007	830140438	40 GRADOS HERMANOS LTDA	30	503000	60360
17287202	02/09/2007	02-2007	830140438	40 GRADOS HERMANOS LTDA	30	554000	69250
17387825	03/09/2007	03-2007	830140438	40 GRADOS HERMANOS LTDA	30	554000	69250
18360271	04/16/2007	04-2007	830140438	40 GRADOS HERMANOS LTDA	30	554000	69250
18360273	05/09/2007	05-2007	830140438	40 GRADOS HERMANOS LTDA	30	554000	69250
18071513	06/15/2007	06-2007	830140438	40 GRADOS HERMANOS LTDA	30	554000	69250
18071593	07/09/2007	07-2007	830140438	40 GRADOS HERMANOS LTDA	30	554000	69250
18851919	08/10/2007	08-2007	830140438	40 GRADOS HERMANOS LTDA	30	553000	69125
18884395	09/07/2007	09-2007	830140438	40 GRADOS HERMANOS LTDA	30	553000	69125
8128291084	10/05/2007	10-2007	830140438	40 GRADOS HERMANOS LTDA	30	553000	69100
8132345075	11/08/2007	11-2007	830140438	40 GRADOS HERMANOS LTDA	30	553000	69100
8136682459	12/07/2007	12-2007	830140438	40 GRADOS HERMANOS LTDA	30	553000	69100
8141735668	01/08/2008	01-2008	830140438	40 GRADOS HERMANOS LTDA	30	553000	69100
8145290877	02/05/2008	02-2008	830140438	40 GRADOS HERMANOS LTDA	30	609000	76100
8150749019	03/06/2008	03-2008	830140438	40 GRADOS HERMANOS LTDA	30	609000	76100
8155058154	04/04/2008	04-2008	830140438	40 GRADOS HERMANOS LTDA	30	609000	76100
1300152909	05/08/2008	05-2008	830140438	40 GRADOS HERMANOS LTDA	30	609000	76100
1302073860	06/09/2008	06-2008	830140438	40 GRADOS HERMANOS LTDA	30	609000	76100
PC27844321	07/18/2008	07-2008	830140438	40 GRADOS HERMANOS LTDA	30	609000	76100
PC32764919	08/01/2008	08-2008	830140438	40 GRADOS HERMANOS LTDA	30	609000	76100
PC48334303	08/28/2008	09-2008	830140438	40 GRADOS HERMANOS LTDA	30	609000	76100
PC52412736	09/25/2008	10-2008	830140438	40 GRADOS HERMANOS LTDA	30	609000	76100
PC55822491	10/28/2008	11-2008	830140438	40 GRADOS HERMANOS LTDA	30	609000	76100
PC59051667	11/26/2008	12-2008	830140438	40 GRADOS HERMANOS LTDA	30	609000	76100
PC62643959	12/26/2008	01-2009	830140438	40 GRADOS HERMANOS LTDA	30	609000	76100
PC66128219	01/30/2009	02-2009	830140438	40 GRADOS HERMANOS LTDA	30	609000	76100
PC69748766	02/27/2009	03-2009	830140438	40 GRADOS HERMANOS LTDA	30	609000	76100
PC73609422	03/27/2009	04-2009	830140438	40 GRADOS HERMANOS LTDA	30	609000	76100
PC75673992	04/23/2009	05-2009	830140438	40 GRADOS HERMANOS LTDA	30	609000	76100
PC80264361	05/28/2009	06-2009	830140438	40 GRADOS HERMANOS LTDA	30	609000	76100
PC83556288	06/25/2009	07-2009	830140438	40 GRADOS HERMANOS LTDA	30	609000	76100
PC86468452	07/28/2009	08-2009	830140438	40 GRADOS HERMANOS LTDA	30	669000	83600
PC90367765	08/27/2009	09-2009	830140438	40 GRADOS HERMANOS LTDA	30	609000	76100
PC93494829	09/28/2009	10-2009	830140438	40 GRADOS HERMANOS LTDA	30	609000	76100
PC97177632	11/03/2009	11-2009	830140438	40 GRADOS HERMANOS LTDA	30	609000	76100
PC827363	11/30/2009	12-2009	830140438	40 GRADOS HERMANOS LTDA	30	609000	76100
PC3806261	12/24/2009	01-2010	830140438	40 GRADOS HERMANOS LTDA	30	609000	76100
PC7543641	01/28/2010	02-2010	830140438	40 GRADOS HERMANOS LTDA	30	696000	87000
PC11294217	02/25/2010	03-2010	830140438	40 GRADOS HERMANOS LTDA	30	696000	87000
PC15545066	03/30/2010	04-2010	830140438	40 GRADOS HERMANOS LTDA	2	45600	5700
					TOTAL	46510600	5693830

En Salud Total EPS S.A. apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad o puede comunicarse con la línea gratuita de atención al cliente 018000 1 14524, y en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

SALUD TOTAL EPS
AUTORIZACIONES
PAU - PLAZA DE LAS AMERICAS

CARLOS MARIO GONZALEZ OSPINA
Vicepresidente de Mercadeo y Ventas
SALUD TOTAL EPS S.A.

Elaboró: Norida Constanza Lopez Gonzalez - Analista Integral de Servicio al Cliente / Informador

234

Salud Total EPS-S

JUZGADO 51 CIVIL CTO.
JUN 16'16 PM 12:43

Señor
JUZGADO CINCUENTA Y UNO (51) CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ
E. S. D.

Referencia. Proceso Ordinario de Responsabilidad Civil Contractual
Demandantes: Juan Sebastián de la Pava Ordoñez y Otros
Demandados: Centro Policlinico del Olaya y Salud Total EPS S.A.
Radicación: 2014-00376
Asunto: Contestación de demanda

YULY ALEXANDRA SOLANO SOLANO, mayor de edad e identificada como aparece al pie de mi correspondiente firma, abogada en ejercicio actuando en calidad de apoderada judicial de la entidad demandada SALUD TOTAL EPS-S S.A., sociedad constituida mediante escritura pública No. 2122 de la Notaria Séptima de Bogotá del 15 de mayo de 1991, inscrita el 4 de junio de 1991 bajo el número 328.244 del libro IX de la Cámara de Comercio de Bogotá, identificada con Nit. 800.130.907-4, conforme al poder conferido por la Dra. María de los Ángeles Meza Rodríguez Representante legal suplente de la entidad, el cual reposa en el expediente con el certificado de cámara de comercio, estando dentro del término procesal respectivo procedo a contestar la Demanda en los siguientes términos:

- Computo de Término para Contestar la Demanda

La entidad a la que represento SALUD TOTAL EPS-S S.A. fue notificada por aviso recibido en la ciudad de Bogotá el día 11 de mayo de 2016, dicha notificación se entiende surtida el día 12 de mayo, esta entidad contaba con 3 días para retirar copias, por lo que me dirigí el día 17 de mayo a tomarle copia a los anexos de la demanda y radique el respectivo poder junto con el certificado de Cámara de Comercio que constata mi calidad de Apoderada Judicial de SALUD TOTAL EPS S.A., dado que solo se recibió la notificación con el auto admisorio y la demanda, aunado a que en el Despacho me informaron que no estaba el paquete de traslado, los cuales corrieron los días 13,16 y 17 de mayo de 2016.

Conforme a lo anterior, encontramos que el día 18 de mayo de 2016, empieza a contabilizarse el término para dar contestación a la demanda (días hábiles), para lo cual contamos con veinte (20) días en virtud del auto admisorio de la demanda, los cuales vencen el día ***16 DE JUNIO DE 2016***.

OPOSICIÓN A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

Con fundamento en los argumentos que adelante se plantean y las pruebas que se recaudarán en el presente proceso, me opongo a todas y cada una de las pretensiones que hacen parte de la causa petendi de la actora, establecidas de la siguiente manera:

A LAS PRETENSIONES DECLARATIVAS.

A. *"Que se declare que la muerte de la señora Ruth de la Pava Ordoñez obedeció a la mala*

práctica médica en la aplicación del medicamento anestésico necesario para la cirugía a la que se sometía la paciente y por las diversas fallas en el ejercicio de las actividades de reanimación"

Me opongo, teniendo en cuenta que no se especifica respecto de mi representada hacia donde va encaminada tal declaración, al respecto debemos tener claro que SALUD TOTAL como entidad promotora de salud, no es la encargada de manera directa de la prestación de los servicios médicos.

B.*"Que, independientemente si prospera la anterior pretensión, se declare que entre el procedimiento quirúrgico llevado a cabo a la señora Ruth de la Pava Ordoñez y el fallecimiento de la misma existe un nexo causal"*

Me opongo, dado que el actor deberá probar los elementos constitutivos de Responsabilidad Civil, como es el trípode del DAÑO, CULPA y NEXO DE CAUSALIDAD.

C. *"Que se declare que la muerte de la señor Ruth de la Pava Ordoñez ha generado un daño antijurídico material a los DEMANDANTES, además de diversos perjuicios morales".*

Me opongo, teniendo en cuenta que mi representada no tuvo ni tiene injerencia en el acto médico, por lo que no puede endilgarse la muerte de la señora Ruth de la Pava a mi representada, por cuanto garantizó de manera oportuna y efectiva el acceso a la red de prestadores de servicios de salud, y brindó todas las autorizaciones requeridas del caso.

D. *"Que ante la existencia probada de un hecho contrario a derecho, un daño y un nexo causal, se declare que existe responsabilidad civil médica objetiva en cabeza de los DEMANDADOS, los cuales, por lo tanto, deberán responder patrimonialmente por la muerte de la señora Ruth De La Pava Ordoñez, ocurrida el día 23 de febrero del año 2010, en las instalaciones del CPO."*

Me opongo, como se mencionó en pretensión anterior, el tripode de la Responsabilidad Civil deberá ser probada por la parte actora, en cuanto a todos y cada uno de sus elementos, y es improcedente que se pretenda la declaración de una responsabilidad civil de tipo objetivo en cabeza de mi poderdante SALUD TOTAL EPS, dado que bien sea por la Responsabilidad Contractual Art. 1604 del C.C. o Responsabilidad Extracontractual Art. 2341 del C.C., se rigen por el régimen de responsabilidad subjetiva, donde el demandante deberá probar la Culpa de los demandados en los presupuestos que expone; por lo que ante la ausencia de la misma respecto de mi representada SALUD TOTAL EPS S.A., dado que dió cabal cumplimiento a todas las obligaciones que de orden legal y contractual le competen, así las cosas no es procedente una declaratoria de condena por perjuicios patrimoniales.

A LAS PRETENSIONES DE CONDENA.

A. *"Que en virtud de lo anterior, se declare que los DEMANDADOS deben responder patrimonialmente por todos los daños materiales causados, incluyendo el lucro cesante y el daño emergente. Los cuales a la presentación de la demanda se calculan en ciento ochenta millones novecientos quince mil cuatrocientos siete pesos colombianos ($180.915.407 COP)."*

Me opongo, teniendo en cuenta que en cabeza de mi representada no recae ningún reproche de responsabilidad contractual, siendo improcedente la condena en los perjuicios materiales que depreca la actora, además que es un rubro que debe ser probado íntegramente, teniendo en cuenta el Art. 177 del C.P.C.

B. *"Que, de igual forma, se declare que los DEMANDADOS deben responder por los perjuicios morales, incluyendo el daño a la vida en relación, que han sido ocasionados a las siguientes personas:*

Juan Sebastian De la Pava Ordoñez (Hijo), Hilda Ordoñez Mejía (Madre), Hilda María De la Pava Ordoñez (Hermana), Jesús De La Pava Zuluaga (Padre), Benjamín De La Pava Vélez (Hermano), Alonso De La Pava Vélez (Hermano). Suma que al momento de la presentación de la demanda se calcula en cuatrocientos noventa y dos millones ochocientos mil pesos colombianos (492.800.000 COP).

Me opongo, a cualquier prosperidad de condena por este concepto, dado que no se encuentran los presupuestos que permitan declarar algún tipo de responsabilidad respecto de SALUD TOTAL EPS, por lo que no es procedente los perjuicios que reclama la actora, además de relacionar una serie de parientes de la señora Ruth de la Pava, sin discriminar el cuantum especifico de condena para cada uno de ellos, estableciendo una suma total de forma desproporcionada y generando una excesiva tasación de perjuicios.

C. *"Que las sumas que resulten de las pretensiones de condena se actualicen debidamente, mediante la aplicación del IPC que sea certificado por el DANE."*

Me opongo, por cuanto no es procedente condena alguna en contra de SALUD TOTAL.

D. *"Que, igualmente, respecto de cualquier suma que resulte en favor de los DEMANDANTES,(...) ,se liquiden intereses a la tasa más alta autorizada o, subsidiariamente, los intereses que sean decretados por el Juez,(...)"*

Me opongo, por cuanto no es procedente condena alguna en contra de SALUD TOTAL.

E. *"Que se condene a los DEMANDADOS a pagar todas las costas del proceso y las agencias en derecho."*

Me opongo, por cuanto no es procedente condena alguna en contra de SALUD TOTAL.

Lo anterior, será objeto de prueba por parte de mi representada SALUD TOTAL EPS S.A. en esta instancia en el desarrollo de la etapa probatoria, y la no prosperidad en primer lugar de la declaratoria de responsabilidad civil, y que de tal declaratoria se condene a mi representada SALUD TOTAL EPS S.A. a pagar algún tipo de indemnización económica por los aparentes daños y perjuicios causados a cada uno de los actores, porque contrario a lo que argumenta el extremo demandante, la demandada cumplió con todas las obligaciones de carácter legal, contractual, que como Entidad Promotora de Salud le asiste, así como también lo hizo el personal asistencial que ejerció determinados actos en las instalaciones de CPO S.A., y que demandaba la señora Ruth de la Pava, teniendo en cuenta el diagnóstico, tratamiento, y seguimiento ordenado por el profesional de ortopedia respecto de la afección que tenía la referida en su brazo, objeto de una lesión y que requería tratamiento de tipo quirúrgico.

Así las cosas me opongo de manera enfática, a la prosperidad de las pretensiones de condena de la presente demanda, y que se declare responsabilidad en cabeza de SALUD TOTAL EPS S.A. y CPO S.A., respecto de los perjuicios de orden material e inmaterial pretendidos por la actora, cuando mi representada SALUD TOTAL EPS S.A. fue cumplidora de todas las obligaciones que le impone la Ley 100 de 1993, así como sus leyes modificatorias y decretos reglamentarios, además de la Jurisprudencia, aunado a que no existe un elemento de reproche respecto al actuar de la EPS, como se demostrará en el transcurso de la presente litis, por lo que una condena que recaiga en cabeza de SALUD TOTAL EPS S.A., contravendría de manera directa lo dispuesto en el Art. 25 de la Ley 1751 de 2015 "LEY ESTATUTARIA DE LA SALUD": "DESTINACIÓN E INEMBARGABILIDAD DE LOS RECURSOS. Los recursos públicos que financian la salud son inembargables, ***tienen destinación específica y no podrán ser dirigidos a fines diferentes a los previstos constitucional y legalmente."*** *Subrayado y negrilla fuera de texto.*

Por lo que no pueden ser sufragadas condenas de manera indiscriminada con los recursos de la salud, máxime cuando la EPS fue cumplidora de todas sus obligaciones, por lo que las actuaciones de todos los actores del sistema en este caso, deben ser examinadas de forma individual, con la prevención de no obtener fallos en el supuesto caso, que sean arbitrarios y que pongan en riesgo la estabilidad de la prestación de servicios de salud.

A LOS HECHOS

1. ANTECEDENTES A LA MUERTE DE LA SEÑORA RUTH DE LA PAVA ORDOÑEZ.

AL HECHO A.: No me consta, es un aspecto que debe ser verificado del documento pertinente, como el registro civil y el certificado de defunción.

AL HECHO B.: No me consta del todo, dado que es un aspecto fáctico del cual mi representada no tuvo conocimiento directo, pero si de su ingreso a la Institución Prestadora de Servicios de Salud CPO S.A.

AL HECHO C.: Es cierto, CPO S.A. hace parte de la red de prestadores de servicios de salud contratada por SALUD TOTAL EPS S.A., y el ingreso de la paciente Ruth de la Pava estaba perfectamente habilitado, en virtud de que se encontraba vigente para el mes de febrero de 2010, el Contrato para la Prestación de Serivicios de Salud (Modalidad de pago por evento) suscrito entre CPO S.A. y SALUD TOTAL EPS S.A., para la prestación de una serie de servicios relacionados en los anexos del mismo contrato y que hacen parte integral del mismo, así mismo de conformidad con los servicios que válidamente tenía habilitados la mencionada IPS, sin embargo es importante aclarar que la complicación y el tratamiento que requería de la atención de los profesionales médicos y asistenciales, estaba plenamente garantizada por la IPS, y en virtud de la afiliación que ostentaba la señora Ruth de la Pava con SALUD TOTAL EPS S.A., en virtud de la vinculación que tenía con la empresa 40 GRADOS HERMANOS LTDA, quien efectuaba los pagos del sistema general de seguridad social en salud.

AL HECHO D.: No me consta, es un hecho que deviene de una diagnostico netamente clinico, el cual debe ser confirmado, descartado, o aclarado por la demandada CPO S.A., quien es la que tiene la custodia de la Historia Clínica de la paciente Ruth de la Pava (q.e.p.d.) en virtud de los contemplado por la Resolución 1995 de 1999.

AL HECHO E.: No me consta del todo, en cuanto al abordaje que efectuó el personal asistencial en la humanidad de la señora Ruth de la Pava, me atengo a lo que se encuentre consignado en la Historia Clínica, dado que es el documento técnico en el cual los profesionales de la salud que hayan brindado atenciones, registran su actuar de manera detallada, todo ello conforme a su experticia y basados en su decálogo ético. Efectivamente es cierto que se programó cirugía para el día 22 de febrero de 2010, pues esto si le consta a mi representada, dado que dió la autorización frente a tal procedimiento.

AL HECHO F.: Es cierto, en cuanto al abordaje que efectuó el personal asistencial en la humanidad de la señora Ruth de la Pava en cuanto el procedimiento de OSTEOSINTESIS DE FRACTURA RADIO DISTAL CON PINES PERCUTANEOS – (791301), toda vez que SALUD TOTAL EPS S.A. dió autorización del procedimiento así:

AUTORIZACIÓN	NAP	NAPA	APROBADA	FECHA UTILIZACIÓN	FECHA USO	ESTADO	AREA	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN	ORIGEN SERVICIO	SEDE
Autorizada	00500V100292 2604	00500V100291 5981	02/21/2010 07:21	02/21/2010	02/21/2010	Vencido	CIRUGIA AMBULATORIA	ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	OSTEOSINTESIS DE FRACTURA RADIO DISTAL CON PINES PERCUTANEOS - (791301)	Enfermedad General	CENTRO POLICLINICO DEL OLAYA

AL HECHO G.: No me consta, como bien lo manifiesta el apoderado de la parte actora, los procedimientos y medicamentos que se le dieron a la paciente, así como sus dosis y pertinencia de los procedimientos, se pueden constatar en la Historia Clínica, por lo que no le consta a mi representada SALUD TOTAL EPS S.A. lo expuesto en este hecho.

AL HECHO H.: No me consta, deberá cotejarse lo mencionado por el apoderado de la actora, contra la Historia Clínica, de toda la evolución y complicaciones que presentó la señora Ruth de la Pava en las instalación del prestador CPO S.A.

AL HECHO I.: No me consta del todo, solo mi representada tiene conocimiento del fallecimiento de la señora Ruth de la Pava Ordoñez como consecuencia de la solicitud de conciliación extrajudicial y de este escrito de demanda, sin embargo la causa del deceso de la paciente, será verificado con el registro clínico y por los medios probatorios pertinentes.

AL HECHO J.: No es un hecho, son apreciaciones del apoderado de la actora, respecto de los cuales mi representada se reserva el derecho de pronunciarse, y será la entidad respectiva con competencia médica para certificar los resultados de la autopsia, por lo que no le es dado al apoderado de la actora en este acápite, referirse a opiniones que no tienen fundamento.

AL HECHO K.: No es un hecho, reitero que son argumentos subjetivos de la actora, sin ningún fundamento científico, técnico, y experimentado, y como bien lo dice *"recibieron diferentes informaciones"*, por lo que ratifica que eran simple complementarios, desprovistos de cualquier racionalidad científica.

AL HECHO L.: No me consta, deberá constatarse tales afirmaciones con las documentales pertinentes proferidas por la Fiscalia Seccional, y que las mismas obren como plena prueba en el expediente.

2. HECHOS RELATIVOS AL CONTENIDO DE LA HISTORIA CLÍNICA No. 5220305 Y DE LOS DICTÁMENES DEL INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES.

AL HECHO A.: No me consta, pues se refiere a un hecho respecto de la codemandada CPO S.A., por lo que la referida entidad será la que se pronuncie sobre este.

AL HECHO B.: No me consta, como bien lo enuncia el apoderado de la actora son descripciones que hacen parte de la Historia Clínica, y como no menciona la fecha de tal anotación, es difícil corroborarlo con el registro clínico arrimado a la presente litis.

AL HECHO C.: No es un hecho, son apreciaciones subjetivas del apoderado de la actora respecto de la Historia Clínica de la señora Ruth de la Pava, las cuales no son a lugar, dado que el referido togado no cuenta con la experticia médica para analizar ni mucho menos realizar conjeturas para centrar la atención del Juez hacía una falla médica o mala praxis.

AL HECHO D.: Parcialmente cierto, en cuanto al diagnóstico será la IPS la encargada de ratificar si los profesionales de la salud que conformaban dicha institución para la fecha de los hechos, al momento de intervenir a la señora De la Pava Ordoñez establecieron tal diagnóstico; por otro lado, si es cierto

que SALUD TOTAL EPS como entidad aseguradora y encargada de dar la respectiva autorización al procedimiento de OSTEOSINTESIS DE FRACTURA RADIO DISTAL CON PINES PERCUTANEOS – (791301), lo efectuó con el número de autorización NAP 00500V1002922604 NAPA 00500V1002915981, cumpliendo a cabalidad con su obligación como actor del sistema de seguridad social en salud.

AL HECHO E.: Parcialmente cierto, ya que de los anexos de la demanda, en la Historia Clínica de la institución prestadora de servicios de salud CPO S.A., se extrae lo siguiente:

> *"MOTIVO DE SOLICITUD DE LA INTERCONSULTA*
> *Motivo: TRAUMA EN MUÑECA DERECHA*
> *RESPUESTA DE LA INTERCONSULTA*
> *Respuesta: TRAUMA EN MUÑECA DERECHA AL CAER DE SU ALTURA CON POSTERIOR DOLOR EDEMA Y LIMITACIÓN DE MOVILIDAD DE MUÑECA. EXAMEN FISICO EDEMA EQUIMOSIS DOLOR A PALPACIÓN EN RADIO DISTAL LIMITACIÓN DE MOVILIDAD RX MUÑECA CON FRACTURA DE RADIO DISTAL CON ANGULACIÓN DORSAL.*
> *Impresión Diagnóstica*
> *Dx Principal: S525- FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL RADIO*
> *Plan de Estudio y Manejo*
> *Comentarios: REQUIERE MANEJO QUIRURGICO CON REDUCCIÓN CERRADA Y OSTEOSINTESIS DE RADIO DISTAL SE SOLICITA AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA SE EXPLICA A PACIENTE. SE INMOVILIZA CON FERULA DE YESO."*

Efectivamente la referida anotación está firmada por el Dr. Ricardo Arias Arguello, más sin embargo no exactamente como lo precisa el apoderado de la actora.

AL HECHO F [literal a) a j]".: No me constan y en parte no son hechos, el apoderado de los demandantes procede a colocar apartes de la Historia Clínica de la paciente Ruth de la Pava Ordoñez (q.e.p.d.) y así mismo incorporar apreciaciones y conclusiones de forma apresurada, centralizando y resaltando que la muerte de la señora De la Pava se dió por TOXICIDAD POR BUPIVACAINA, circunstancia que debe examinarse de manera precisa por parte de un profesional expedito en la materia y frente al análisis de la totalidad de la Historia Clínica, basado en la Lex Artis y en la medicina basada en la evidencia, pueda darnos un concepto certero de las complicaciones de la paciente y su posterior deceso.

3. HECHOS RELATIVOS A LA RELACIÓN CONTRACTUAL DE LA SEÑORA RUTH DE LA PAVA ORDOÑEZ CON LOS DEMANDADOS.

AL HECHO A.: Es cierto, como se corrobora con el certificado de afiliación que me permito aportar con esta contestación.

AL HECHO B.: Parcialmente cierto, dado que los pagos al sistema general de seguridad social en salud a la EPS SALUD TOTAL no los realizaba directamente la señora Ruth de la Pava Ordoñez, sino eran efectuados a traves de los distintos empleadores con los que tenía alguna vinculación contractual de carácter civil o laboral, para lo cual aporto junto con esta contestación, el certificado de pagos.

AL HECHO C.: Es cierto, como me referí a un hecho con anterioridad, la EPS SALUD TOTAL autorizó el procedimiento quirúrgico que ordenó el profesional de la salud tratante, y la IPS donde le fueron suministrados los servicios médicos y asistenciales a la señora De la Pava Ordoñez.

AL HECHO D.: Es cierto, SALUD TOTAL como Entidad Promotora de Salud, está encargada de la administración de los recursos públicos de la salud, en virtud de la facultad conferida por la Ley 100 de 1993, quienes a su vez junto con el Ministerio de Salud y Protección Social, Fosyga, y demás actores del sistema, realizan un manejo adecuado de los recursos captados a través del ejercicio de Compensación, por tal razón son llamadas "Administradoras" dentro del régimen de la Seguridad Social en Salud.

AL HECHO E.: Es cierto, para la fecha de los hechos, existía vinculo contractual entre CPO S.A. y SALUD

TOTAL EPS S.A.

AL HECHO F.: Es cierto, sin embargo aclaro que efectivamente la cirugía fue objeto de autorización por parte de SALUD TOTAL EPS S.A. a la institución CPO S.A. con la cual tenía vinculo contractual vigente; en cuanto a si fue varios días o no después de la consulta se deberá verificar con el registro clínico de la paciente.

AL HECHO G.: Es cierto, en virtud del Artículo 177 de la Ley 100 de 1993, así:

> *"ARTICULO. 177.-Definición. Las entidades promotoras de salud son las entidades responsables de la afiliación, y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del fondo de solidaridad y garantía. Su función básica será organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del plan de salud obligatorio a los afiliados y girar, dentro de los términos previstos en la presente ley, la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes unidades de pago por capitación al fondo de solidaridad y garantía, de que trata el título III de la presente ley."*

4. HECHOS RELATIVOS A LA SITUACIÓN SOCIO ECONÓMICA Y FAMILIAR DE LA SEÑORA RUTH DE LA PAVA ORDOÑEZ.

A los hechos del literal A. [a.) al d.)]: No me constan, teniendo en cuenta que el apoderado de la parte actora, refiere a aspectos personalísimos del entorno familiar de la señora Ruth de la Pava Ordoñez, los cuales deben ser demostrados en el desarrollo de la etapa probatoria, a través de los medios probatorios que el apoderado tenga en consideración y que crea que son los más idoneos para ratificar lo esbozado en la presente demanda, y en cuanto a los ingresos económicos que en vida devengaba la señora De la Pava Ordoñez, deberá acreditarse mediante las documentales pertinentes y conducentes para tal fin, so pena que en el remoto evento de declararse algún tipo de responsabilidad en cabeza de las entidades demandadas, los perjuicios de orden material, no puedan ser materializados a falta de prueba.

A los hechos del literal B. [a.) al c.)]: No me constan, por lo que deberá acreditarse con las documentales y títulos pertinentes, conforme a la finalidad que con estos hechos persiga la actora, dado que SALUD TOTAL EPS S.A., tan solo tiene conocimiento de las personas jurídicas que efectuaron los pagos de cotización a favor de la señora Ruth de la Pava Ordoñez durante las respectivas vinculaciones que tuvo, lo cual se detalla en el certificado de pagos el cual se anexa a la presente contestación, en lo demás, sobre su trayectoria profesional, a mi representada no le constan tales aseveraciones, por lo que se abstiene de hacer pronunciamiento al respecto.

A los hechos del literal C. [a.) y b.)]: No me constan, por cuanto se refieren a la relación y el grado afectivo que tenía la señora Ruth de la Pava con su entorno familiar, y a mi representada no le constan.

Respecto al III. ANÁLISIS DE LOS HECHOS

Deben ser desestimadas todas las argumentaciones que en este acápite refiere el apoderado de los demandantes, pues con el mismo título está demostrando el referido profesional, que son consideraciones individuales, subjetivas, carentes de sustento técnico con las que se pretenden enfocar la atención del honorable Juzgado, hacía una resulta favorable respecto de las pretensiones contenidas en la demanda, aspectos que deben ser por el contrario, analizados desde la óptica del Derecho Médico, y así aterrizar las complicaciones y desenlace que tuvo la señora Ruth de la Pava, frente a un procedimiento quirúrgico que como cualquier otro y por mas sencillo que parezca, conlleva una serie de riesgos, que son consignados en el Consentimiento Informado que aquí válidamente se encuentra firmado, cumpliendo los profesionales de la salud y la institución prestadora de servicios de salud CPO S.A., con las cargas que le impone la Ley y las obligaciones contractuales adquiridas por esta última con SALUD TOTAL EPS S.A.

EXCEPCIONES

Me permito proponer los siguientes medios de excepción de fondo:

CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES POR PARTE DE LA EPS SALUD TOTAL

Dadas las exigencias del actual régimen de seguridad social en salud, concretamente la Ley 100 de 1993, vale la pena conocer en primera instancia, lo que en realidad son y lo representan jurídicamente las Entidades Promotoras de Salud-EPS, pues estas gozan de una definición que está muy bien estructurada en la reglamentación aplicable a esta materia, es decir, nuestra actual Ley 100 de 1993, la cual establece respecto de las Entidades Promotoras de salud lo siguiente:

> *ARTÍCULO 177. DEFINICIÓN. Las Entidades Promotoras de Salud son las entidades responsables de la afiliación, y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía. Su función básica será organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan de Salud Obligatorio a los afiliados y girar, dentro de los términos previstos en la presente Ley, la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes Unidades de Pago por Capitación al Fondo de Solidaridad y Garantía, de que trata el título III de la presente Ley.*

Se puede también observar que las Entidades Promotoras de Salud- EPS, además de tener una definición plenamente determinada y regulada de manera positiva, en lo que en materia corresponde y atendiendo a ***su función básica***, las E.P.S. también cumplen funciones de carácter general y concreto, las cuales están expresamente definidas en esta ley[1] de manera clara y específica, contribuyendo de esta manera al cumplimiento de los objetivos que determina el actual Sistema de Seguridad Social en Salud; estas se constituyen en sus obligaciones directas e irrenunciables y que gozan de un alto grado de prioridad en relación con sus usuarios y con la sociedad, para mayor ilustración veamos cuales son estas funciones:

> *ARTÍCULO 178. FUNCIONES DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD. Las Entidades Promotoras de Salud tendrán las siguientes funciones:*
>
> *1. Ser delegatarias del Fondo de Solidaridad y Garantía para la captación de los aportes de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud.*
>
> *2. Promover la afiliación de grupos de población no cubiertos actualmente por la Seguridad Social.*
>
> *3. Organizar la forma y mecanismos a través de los cuales los afiliados y sus familias puedan acceder a los servicios de salud en todo el territorio nacional. Las Empresas Promotoras de Salud tienen la obligación de aceptar a toda persona que solicite afiliación y cumpla con los requisitos de Ley.*
>
> *4. Definir procedimientos para garantizar el libre acceso de los afiliados y sus familias, a las Instituciones Prestadoras con las cuales haya establecido convenios o contratos en su área de influencia o en cualquier lugar del territorio nacional, en caso de enfermedad del afiliado y su familia.*
>
> *5. Remitir al Fondo de Solidaridad y Compensación la información relativa a la afiliación del trabajador y su familia, a las novedades laborales, a los recaudos por cotizaciones y a los desembolsos por el pago de la prestación de servicios.*

[1] Ley 100 de 1993

6. Establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

7. Las demás que determine el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Queda claro entonces, atendiendo a la normatividad[2] comentada con anterioridad que las Entidades Promotoras de Salud-EPS, tienen una carga social y unas obligaciones estrictamente definidas; para el caso que nos ocupa y de manera concreta, debo resaltar que mi representada garantizó la atención a la señora RUTH DE LA PAVA, atendiéndose de manera oportuna y siempre de manera integral, es decir que mi representada puso a disposición y bajo su consideración toda su infraestructura física, científica y su personal humano, para que de esta manera accediera a una prestación y atención de óptima calidad, sin contratiempos y por supuesto, sin restricción alguna; cosa distinta es que por complicaciones inherentes del procedimiento quirúrgico para corregir su lesión de tipo ortopédico, haya desencadenado una serie de infortunios que produjeron su deceso, ya que frente a la intervención quirúrgica ordenada por el médico ortopedista tratante, se le brindaron todos los cuidados e intervenciones conforme a la *Lex Artis*, y que la técnica utilizada por la profesional de Anestesiología Dra. Gloria Navas previo al procedimiento quirúrgico, fue la adecuada y vigilante de todos los protocolos y guias de la institución CPO S.A. y las del Ministerio de Salud y Protección Social, y que su deceso no se asocia a los actos médicos ni administrativos desplegados tanto por sus médicos tratantes en las IPS donde fue referenciada, remitida y tratada la paciente y mi representada en su condición de EPS.

De lo anterior se puede colegir que la ley 100 de 1993, también otorga autonomía para que las Entidades Promotoras de Salud- EPS, en el desarrollo de las políticas y estrategias (deber legal) para las prestaciones de los servicios en salud a sus usuarios, puedan delegar actividades propias de sus obligaciones y compromisos principales a través de convenios interadministrativos y en ocasiones de carácter contractual.

En conclusión mi representada, garantizó el acceso de la señora Ruth de la Pava a los servicios en salud contenidos en el plan obligatorio de salud- P.O.S.- vigente para el momento de los hechos, es decir proporcionó con ayuda de sus mecanismos, planeación y estrategias, y en cumplimiento de su ***función básica*** los servicios y la atención a través de una red de prestadores de servicios de salud habilitados por el ente territorial correspondiente; aclarando que mi representada no fue quien de manera final y directa dió todos los tratamientos frente a lesión de tipo ortopédico que presentaba la paciente, pues de ello se encargó el personal médico y asistencial de CPO S.A., quienes tienen la experticia en esta materia, y ellos son los que deben dar cuenta del acto médico en particular.

Por último, deberá tenerse en cuenta lo que obra en toda la Historia Clínica de la paciente, la cual refleja claramente y sin lugar a equivocaciones, que el acceso a los servicios médicos y asistenciales fueron plenamente autorizados y garantizados por mi representada en todos los niveles de la atención y en los parámetros que requirió la usuario.

CARENCIA DE IMPUTACIÓN DE LAS PRESUNTAS CONSECUENCIAS DEL ACTO MÉDICO /ASISTENCIAL A LA EPS SALUD TOTAL EPS – S S.A.

Excepción que planteo por cuanto la prestación asistencial no hace parte del contenido de la obligación de organizar y garantizar la prestación del plan obligatorio de salud, esta última sí exigible a las Entidades Promotoras de Salud- EPS.

---

2 Ley 100 de 1993.

Es así como las obligaciones de las EPS contienen los deberes de disponer y preparar un conjunto de personas *(Instituciones prestadoras de servicios de salud y estas a los profesionales de la salud que integrarán su equipo médico)* calificadas y con los medios adecuados para lograr un fin determinado que es, como se dijo, la prestación del Plan Obligatorio de Salud. Además dar garantía de que los servicios objeto de dicho plan se presten efectivamente a todos aquellos afiliados que los requieren, de acuerdo con los criterios científicos de las instituciones y médicos tratantes.

La responsabilidad de la EPS no es prestar el servicio de salud, pues no son entidades dedicadas a la prestación de dichos servicios por definición, sino coordinar y garantizar la prestación de los mismos, como administradoras de los recursos públicos de la salud, en consonancia con las directrices del Ministerio de Salud y Protección Social.

Esta obligación de organizar y garantizar es suficiente para explicar sus demás obligaciones consistentes en definir procedimientos para garantizar el libre acceso de los afiliados y sus familias, a las instituciones prestadoras de servicios de salud con las cuales haya establecido convenios o contratos en su área de influencia y la de establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las instituciones prestadoras de servicios de salud, pues como es apenas lógico, las prestación del Plan Obligatorio de Salud no es una obligación de ejecución sucesiva y en tal medida se hace necesario que las EPS dispongan en todo momento de las instituciones prestadoras de servicios de salud y profesionales de la salud calificados y con los medios adecuados para la prestación del servicio.

En últimas la obligación que contrae la EPS para con el afiliado es una obligación de hacer, toda vez que aquellas se obligan a organizar la prestación del Plan Obligatorio de Salud.

Por lo anterior no es posible predicar de parte de SALUD TOTAL EPS-S S-A- el incumplimiento de sus obligaciones, toda vez que no existió:

1. *Un incumplimiento puro y simple*, pues se garantizó el acceso a las prestaciones contenidas en el Plan Obligatorio de Salud de la usuaria, a través de su red de servicios, como consta en el registro clínico y como da fé el Contrato de Prestación de Servicios suscrito con CPO S.A., sin embargo se garantiza la prestación óptima e integral para la paciente sin restricción ni limitación.

2. *Un incumplimiento defectuoso*, por cuanto la red prestadora de servicios incluía todos los servicios en todos los niveles de atención que requirió la usuaria, era una red integrada por Instituciones prestadoras de Servicios de Salud que acreditaban la habilitación y cumplimiento de los requisitos, para los servicios que ofertaban y que fueron contratados, por tal razón se hace efectiva su atención en todo momento en que fue solicitado.

3. *El incumplimiento de los deberes legales y contractuales*, pues no se puede garantizar el resultado del mismo por ser la prestación médica una *obligación de medios* y no de *resultado*, además por estar catalogada como una actividad NO PELIGROSA, la presunción de culpa no es aplicable, por lo que deberá ser probada por el demandante dicha culpa en la ejecución de los actos médicos desplegados por el equipo de salud.

DISCRECIONALIDAD CIENTÍFICA QUE NO RESPONSABILIZA A SALUD TOTAL EPS POR LOS ACTOS MÉDICOS QUE EJECUTA SU RED DE SERVICIOS O LOS PRESTADORES EN LA ATENCIÓN MÉDICA

Los actos médicos desplegados por cada uno de los profesionales que conforman el equipo Médico y Asistencial de la *Institución Prestadora de Salud- IPS-*, a la cual se acudió en busca de la prestación del servicio médico y asistencial de la usuaria, en este caso la Dra. Gloria Navas y la entidad CPO S.A., son desplegadas bajo su absoluta discrecionalidad científica y no le constan a mi mandante.

Este tipo de discrecionalidad científica no es un derecho absoluto de los profesionales de la salud, por cuanto este tiene una limitación, pues el mismo se debe ajustar a los protocolos de atención de la determinada patología, y a la *Lex Artis* en general.

Razón por la que en el eventual caso de que se evidenciara culpa dentro del caso motivo de debate a través de este proceso, del o de los profesionales de la salud que atendieron a la señora RUTH DE LA PAVA ORDOÑEZ, por esta *"culpa"* no pueden en momento alguno imputarse responsabilidad a mi mandante por cuanto dicha culpa se originó por apartamiento de la *Lex Artis*, en el incumplimiento de los deberes éticos y legales que le son impuestos a la profesional de la salud, es decir, conductas antijurídicas, motivo por el que no es predicable la culpa de mi mandante la EPS SALUD TOTAL, en caso de probarse la culpa de los profesionales de la salud que atendieron y tuvieron bajo su tutela y cuidado el seguimiento y tratamiento clínico de la paciente.

Por otra parte, esta discrecionalidad radica también en la autonomía con que cuenta mi representada y atendiendo a los lineamientos de la Ley 100 de 1993, para contratar con Instituciones Prestadoras de Salud – IPS y con profesionales médicos, distintos y fuera de su entorno institucional, esta autonomía está plenamente reconocida dentro de la ley 100 de 1993, la cual autoriza para que las Entidades Promotoras de Salud- EPS, en el desarrollo de las políticas y estrategias (deber legal) para la prestación de los servicios en salud a sus usuarios, puedan delegar actividades propias de sus obligaciones y compromisos principales a través de convenios ínter administrativos y en ocasiones de carácter contractual, pero siempre bajo la absoluta discrecionalidad técnica y científica, y responsabilidad del prestador.

FALTA DE PARTICIPACIÓN EN EL ACTO MÉDICO DE DIAGNÓSTICO Y MANEJO CLÍNICO DE LA SEÑORA RUTH DE LA PAVA POR PARTE DE SALUD TOTAL EPS

Mi mandante en su calidad de EPS no participa de manera directa en la ejecución de los actos médicos que el extremo actor describe como soporte del daño, objeto hoy de petición de indemnización.

La prestación que hacen sus delegatarias, las IPS es una prestación basada en la autonomía, responsabilidad y en el criterio técnico y científico asumido por cada uno de los integrantes del equipo de salud; advirtiéndose que al momento mismo de constituirse un prestador de servicios de salud, este acredita las exigencias de la Ley 100 de 1993, las cuales citan lo siguiente:

> *ARTÍCULO 185. INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD. Son funciones de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud prestar los servicios en su nivel de atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios dentro de los parámetros y principios señalados en la presente Ley.*
>
> *Las Instituciones Prestadoras de Servicios deben tener como principios básicos la calidad y la eficiencia, y tendrán autonomía administrativa, técnica y financiera. Además propenderán por la libre concurrencia en sus acciones, proveyendo información oportuna, suficiente y veraz a los*

usuarios, y evitando el abuso de posición dominante en el sistema. Están prohibidos todos los acuerdos o convenios entre Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, entre asociaciones o sociedades científicas, y de profesionales o auxiliares del sector salud, o al interior de cualquiera de los anteriores, que tengan por objeto o efecto impedir, restringir o falsear el juego de la libre competencia dentro del mercado de servicios de salud, o impedir, restringir o interrumpir la prestación de los servicios de salud.

Para que una entidad pueda constituirse como Institución Prestadora de Servicios de salud deberá cumplir con los requisitos contemplados en las normas expedidas por el Ministerio de Salud.

En este sentido, las IPS son autónomas administrativa, técnica y financieramente, además los actos ejecutados por su personal médico son discrecionales, y no involucran en ninguna de las etapas la participación efectiva de mi representada la EPS SALUD TOTAL, exonerándose así de cualquier imputación mediante la cual se pretenda vincularla por responsabilidad y que en consecuencia se condene al pago de alguna indemnización.

INEXISTENCIA DE RELACIÓN DE CAUSALIDAD ENTRE LA CAUSA EFICIENTE DEL DESENLACE DE LA PACIENTE Y LOS ACTOS DESPLEGADOS POR SALUD TOTAL EPS

Como es bien sabido dentro del ámbito de la responsabilidad es necesario que para su reconocimiento y declaratoria se identifiquen cierta clase de elementos (TRIPODE DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL), que permiten sin equivocación estructurar una imputación precisa y acertiva respecto de la obligación que surge de dicha responsabilidad. Por tal razón y con apoyo en lo propuesto en la demanda y del registro clínico de la paciente RUTH DE LA PAVA ORDOÑEZ se advierte la falta de elementos constitutivos de dicha responsabilidad que relacionen los actos y actuaciones que desarrolla mi mandante EPS SALUD TOTAL, por tal razón se procede a promover este medio de excepción con el fin de que el despacho reconozca la inexistencia de responsabilidad de mi representada respecto del desenlace de la paciente y los supuestos perjuicios ocasionados a los aquí demandantes, veamos cuáles son esas razones:

Por regla general, la imputación de responsabilidad amerita la existencia de ciertos elementos que la constituyen como son: el daño, el hecho generador del daño, y la relación de causalidad entre los dos elementos anteriores, la cual permite vincular y crear una relación de conexidad que determine la titularidad del imputado en la producción del resultado adverso determinado como daño, para este caso, daño inmaterial.

En ese orden de ideas, advierte mi representada SALUD TOTAL EPS que si bien al estudiar el contenido del registro clínico de la paciente que se aportó junto con la demanda, se identifican algunos sucesos, eso no es óbice de que se encuentren los elementos, como son **el daño**, descrito por el extremo demandante como el deceso de la señora Ruth de la Pava Ordoñez, y por otro lado, el **hecho generador** del mismo que se determina por el demandante, como originario en la mala praxis médica en la incorrecta aplicación de la anestesia en la humanidad de la señora de la Pava Ordoñez previo al procedimiento quirúrgico, por lo cual resulta inexistente la **relación de causalidad** entre estos, y también respecto de los actos administrativos que por disposición legal y reglamentaria realiza mi representada, es decir que no hay una vinculación directa entre dichos elementos con la ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD-EPS que represento, situación que rompe la conexidad y desvirtúa la relación de causalidad necesaria para que dichos elementos configuren responsabilidad en cabeza de mi mandante la EPS SALUD TOTAL, veamos por qué razón:

1. Mi representada no participó en la ejecución de los actos médicos de valoración, diagnóstico, tratamiento, intervención quirúrgica y todos los actos previos, conforme a la lesión de tipo ortopédico que presentaba la señora De la Pava, estos fueron competencia exclusiva del personal asistencial que esta vinculado con las IPS tratante CPO S.A., y que hace parte esta de la red de prestadores de servicios de salud.

2. Por disposición legal y contractual, mi mandante no es un prestador de servicios de salud, es decir que no presta los servicios contenidos en el POS (Plan de beneficios) de manera directa a sus usuarios, sino que lo realiza a través de su red de servicios, entre estos IPS y profesionales médicos.

Por lo anterior, y ante la falta de fundamentos fácticos y legales que vislumbren una relación de causalidad que vincule a mi representada la EPS SALUD TOTAL, con el daño mismo deprecado por el demandante y con el hecho generador del mismo, se debe exonerar a mi representada de todo cargo de responsabilidad que se le impute.

RUPTURA DEL NEXO DE CAUSALIDAD FRENTE A LA EXISTENCIA DE UNA "CAUSA AJENA" O "CAUSA EXTRAÑA"

La doctrina y la jurisprudencia han establecido que el nexo de causalidad se interrumpe, se rompe, cuando se dan tres fenómenos que se han identificado con el término "causa ajena" o "causa extraña", es decir, causa no imputable al presunto responsable: a) hecho de la víctima; b) fuerza mayor y caso fortuito; c) hecho de un tercero.

Frente a las circunstancias de tiempo, lugar y modo que nos ocupan, nos centraremos en revisar la "Caso Extraña", la cual incorpora un factor de imprevisibilidad.

"LO IMPREVISIBLE ES LO QUE OCURRE, PESE A LA DILIGENCIA Y CUIDADO PARA EVITAR SUS EFECTOS O SU ACAECIMIENTO...Un examen sutil de la jurisprudencia y del Diccionario de la Real Academia nos permite vislumbrar que la imprevisibilidad, lo imprevisible o lo imprevisto, como caracteristicas de la causa extraña, están más relacionados con la ausencia de culpa (diligencia y cuidado), que con aquel evento no imaginable con anticipación a su ocurrencia".[3]

Tambien tenemos,

"LO IMPREVISIBLE COMO LO REPENTINO Y SÚBITO...Pero lo imprevisible o el imprevisto tambien pueden entenderse en forma castiza como lo repentino, súbito o intempestivo, independientemente de que el deudor tuviese o no conocimiento de su posible ocurrencia. El mismo Dicccionario de la Real Academia de la Lengua nos permite tal interpretación. En efecto, el Diccionario define el vocablo súbito como "lo improvisto o repentino"[4]

Lo anterior, nos hace reflexionar sobre la exigencia que nos trae el legislador, en el entendido de que para estemos ante la presencia de una Causa Extraña, el hecho tiene que se imprevisto, y que el agente empleó la diligencia y cuidado exigibles según las circunstancias para resistir los efectos del obstáculo.

Así las cosas, en el evento de probarse el daño y el hecho generador del mismo, notese que al entrar a determinar la relación de causalidad, estaríamos ante la ocurrencia de una CAUSA EXTRAÑA, teniendo

---

3 JAVIER TAMAYO JARAMILLO, Tratado de responsabilidad civil. Tomo II, 2ª edición Año 2007. Legis Editores S.A., Pag 35.

4 JAVIER TAMAYO JARAMILLO, Tratado de responsabilidad civil. Tomo II, 2ª edición Año 2007. Legis Editores S.A., Pag 47.

en cuenta que efectivamente se realizó el procedimiento que indicaba los protocolos y guías de manejo frente a la Anestecia que requería la paciente Ruth de la Pava previo a la intervención quirúrgica, y que en todo momento correspondieron a lo que indica la Lex Artis y la medicina basada en la evidencia, tan es así que frente a las complicaciones que presentó la paciente, se realizaron todas las maniobras de reanimación, cumpliendo en todo momento con los estandares de calidad y normas de habilitación de las IPS, y dentro de toda la atención no se evidencia daño directo irrogado por alguno de los profesionales médicos o de la parte asistencial, en y por las intervenciones realizadas a la paciente, posiblemente se evidenciaron complicaciones que por factores de riesgo en la paciente las hicieron mas latentes, y de las cuales se advirtieron en el Consentimiento Informado que se encuentra suscrito, y del cual se entiende que:*"El consentimiento informado, es un acto dispositivo espontáneo, esencialmente revocable, singular al tratamiento o intervención específica, recepticio, de forma libre o consensual, puede acreditarse con todos los medios de prueba, verbi gratia, documental, confesión, testimonios, etc., y debe ser oportuno."*[5], por lo que efectivamente la Dra. Gloria Navas explicó el procedimiento a realizar al joven RUTH DE LA PAVA ORDOÑEZ, y le dió todas las recomendaciones del caso, luego del egreso de la sede en la que fue atendido, y será probado mediante el medio probatorio idoneo, en virtud de que el referido galeno obra como demandado dentro de esta litis; que si ocurrió un DAÑO IMPREVISIBLE, del mismo no se puede atribuir responsabilidad a mi mandante, dado que el carácter de imprevisibilidad, nos remite a la presencia de la causa extraña como fenómeno que rompe el nexo de causalidad, en el evento de que nos encontremos con los demás elementos de la Responsabilidad Civil legitimamente probados. En ese orden de ideas, no es de recibo que se pretenda una indemnización de parte de mi representada SALUD TOTAL EPS-S S.A, cuando es evidente que estamos ante una causa extraña al presentarse un hecho imprevisible e irresistible.

COBRO DE LO NO DEBIDO CON EL CONSECUENTE ENRIQUECIMIENTO SIN CAUSA

Se advierte que para la configuración del "enriquecimiento sin causa", resulta esencial no advertir una razón que justifique un traslado patrimonial, es decir, se debe percibir un enriquecimiento correlativo a un empobrecimiento, sin que dicha situación tenga un sustento fáctico o jurídico que permita considerarla ajustada a derecho.

Cabe anotar, que los elementos esenciales que configuran el enriquecimiento sin causa, hacen referencia a: 1) un aumento patrimonial a favor de una persona; 2) una disminución patrimonial en contra de otra persona, la cual es inversamente proporcional al incremento patrimonial del primero; y 3) la ausencia de una causa que justifique las dos primeras situaciones.

Los daños materiales o también llamados patrimoniales son aquellos que afectan el patrimonio económico del perjudicado. Dentro de los daños materiales están comprendidos el daño emergente y el lucro cesante.

Ahora bien, remitiéndonos al caso que nos convoca, la actora pretende el pago de unos perjuicios de orden material (daño emergente y lucro cesante) y otros de carácter inmaterial (morales y daño en vida de relación); los cuales procederemos a examinar de la siguiente manera:

Perjuicios Materiales (DAÑO EMERGENTE Y LUCRO CESANTE).- Me opongo, a la cuantificación que hacen los demandantes respecto de estos rubros, discriminados así:

[5] CORTE SUPREMA DE JUSTICIA Sala de Casación Civil. M.P. William Namen Vargas, Sentencia del 17 de noviembre de 2011, referencia 11001-3103-018-1999-00533-01.

Daño Emergente. La suma de TRES MILLONES CIENTO NOVENTA MIL PESOS M/CTE ($3.190.000), por gastos funerarios, los cuales no se encuentran acreditados con las documentales pertinentes para tal fin, téngase en cuenta que el daño exige como requisito ser cierto, y para el caso en concreto.

Lucro Cesante. La suma total de CIENTO SETENTA Y SIETE MILLONES SETECIENTOS VEINTICINCO MIL CUATROCIENTOS SIETE PESOS M/CTE ($177.725.407), por el deceso de la señora Ruth de la Pava Ordoñez lo cual derivo en el no ingreso de los recursos económicos que percibía la señora De la Pava para ese entonces. No tiene asidero fáctico, jurídico y ni probatorio, la solicitud de esta clase de perjuicios lo cual se traduce en "Aquel valor que no ingresó, o no ingresará al patrimonio del perjudicado". "Lo que no se ganó o indefectiblemente no se ganará". Al respecto, el artículo 1614 C.C. contempla:*"Entiéndese por... **lucro cesante,** la ganancia o provecho que deja de reportarse a consecuencia de no haberse cumplido la obligación, o cumplídola imperfectamente, o retardado su cumplimiento:",* así las cosas, es claro que el Lucro Cesante no se presume, debe probarse fehacientemente su existencia, por lo que dentro de las documentales allegadas junto con la demanda, y demás medios de prueba, no permiten establecer este perjuicio, por lo que es procedente hacer referencia a uno de los conceptos que al respecto trae la Corte Suprema de Justicia *"Este rubro indemnizatorio no puede concebirse como un ítem hipotético o eventual, pues por su naturaleza es un daño cierto que sólo puede ser reconocido cuando su existencia y cuantía se acredita mediante prueba directa, extremo que se logra demostrando la imposibilidad de realizar una determinada actividad rentada o la disminución transitoria de la misma".*

Se define como aquello que salió o saldrá del patrimonio de la víctima, "lo que se perdió o indefectiblemente se perderá".

LUCRO CESANTE-Aquel valor que no ingresó, o no ingresará al patrimonio de la víctima. "Lo que no se ganó o indefectiblemente no se ganará".

> Conforme a lo dispuesto por el Artículo 1614 C.C. *"Entiéndese por... **lucro cesante,** la ganancia o provecho que deja de reportarse a consecuencia de no haberse cumplido la obligación, o cumplídola imperfectamente, o retardado su cumplimiento."*

El Consejo de Estado: *"Este último* (el lucro cesante) *corresponde, entonces, a la ganancia frustrada, a todo bien económico que, si los acontecimientos hubieran seguido su curso normal, habría ingresado ya o lo haría en el futuro, al patrimonio de la víctima."*

El lucro cesante **NO SE PRESUME** quien reclama debe probar fehacientemente su existencia.

C.S.J.: *"Este rubro indemnizatorio no puede concebirse como un ítem hipotético o eventual, pues por su naturaleza es un daño cierto que sólo puede ser reconocido cuando su existencia y cuantía se acredita mediante prueba directa, extremo que se logra demostrando la imposibilidad de realizar una determinada actividad rentada o la disminución transitoria de la misma."*

Por Perjuicios Morales.- La actora aduce que debido a la mala praxis médica, conllevo al deceso de la señora Ruth de la Pava Ordoñez, y fijan como parámetro indemnizatorio para cada uno de los demandantes 100 SMLMV, para una suma total de TRESCIENTOS SESENTA Y NUEVE MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($369.600.000); al respecto, ***Me opongo*** de manera rotunda a sus prosperidad, teniendo en cuenta la no injerencia en el acto médico por parte de mi representada, el cual es objeto de reproche en esta oportunidad. La usual definición del daño moral, la ha hecho la Corte Suprema de Justicia ratificando que *"está circunscrito a la lesión de la esfera sentimental y afectiva del sujeto, 'que corresponde a la órbita subjetiva, íntima o interna del individuo' (sentencia de 18 de mayo de 2008), de ordinario explicitado material u objetivamente por el dolor, la pesadumbre, perturbación de ánimo, el sufrimiento espiritual, el pesar, la congoja, aflicción, sufrimiento, pena,*

angustia, zozobra, desolación, impotencia u otros signos expresivos", que se concretan *"en el menoscabo de los sentimientos, de los afectos de la víctima y, por lo tanto, en el sufrimiento moral, en el dolor que la persona tiene que soportar por cierto evento dañoso"*. (Sentencia de Casación Civil de 18 de septiembre de 2009. Exp.: 2005-406-01)

Al respecto, tambien se ha pronunciado la Corte en el sentido que *"como una cosa es la prueba del daño, es decir, la de la lesión o menoscabo del interés jurídicamente protegido, y otra, distinta, la prueba de su intensidad, es lógico que para poder establecer la cuantía del perjuicio, necesariamente debe existir certeza sobre su existencia, para así entrar a avaluarlo. Desde luego que la falta de la prueba del quantum de ese perjuicio corresponde suplirla a los juzgadores de instancia, cumpliendo con el deber de decretar pruebas de oficio, tal como lo ordena el artículo 307 del Código de Procedimiento Civil, precepto éste que vedó, como principio general, las condenas en abstracto o in genere y, por ende, la absolución por la falta de determinación de una condena concreta"* (Cas. Civ., sentencia del 3 de marzo de 2004, expediente No. C-7623).

Es el propio juez quien debe regularlos con sustento en su sano arbitrio, sustentado en criterios de equidad y razonabilidad.

Por Daño a la Vida de Relación.- Frente a este rubro, la actora pretende el reconocimiento de una suma de 100 SMLMV por los demandantes Hilda Ordoñez Mejía (Madre) y Juan Sebastian de la Pava Ordoñez (hijo), para un total de ($123.200.000), sin embargo no se determina en que aspectos del desenvolvimiento normal de estos, afectó la muerte de la señora Ruth de la Pava, dado que se está pretendiendo por otro lado el reconocimiento de perjuicios morales, por lo que no es procedente, ya que estariamos frente a una doble indemnización en el evento de una declaratoria de responsabilidad a cargo de mi representada.

No le consta a mi representada EPS SALUD TOTAL pues lo referente a los daños y perjuicios que reclaman los demandantes, deberán ser acreditados y además, ser demostrada la relación de causalidad entre dichos daños y el hecho que los ha generado para que de esta manera puedan ser objeto de imputación y exigencia a mi mandante en su condición de ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD.

Conforme a lo establecido en el artículo 177 del Código de Procedimiento Civil, incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellos persiguen, así mismo lo consagra en nuevo estatuto procesal en su Artículo 167 del CGP. ***Carga de la prueba.*** Incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen.

En virtud de tal circunstancia, no tiene razón la parte actora al pretender el pago de unos perjuicios que no establece, ni tampoco prueba los perjuicios que supuestamente le fueron ocasionados a los demandantes por el deceso de la señora RUTH DE LA PAVA ORDOÑEZ. De esta manera, se configura ***un cobro de lo no debido con el consecuente enriquecimiento sin causa.***

EXCEPCIÓN GENÉRICA

Consistente en que todo hecho o circunstancia que resultare probado durante el proceso y constituya excepción o defensa para mi mandante frente a las pretensiones, deberá así ser declarado.

Lo anterior, conforme al nuevo estatuto procesal en su Artículo 282 CGP entre sus líneas dice *"Artículo*

*282. **Resolución sobre excepciones.** En cualquier tipo de proceso, cuando el juez halle probados los hechos que constituyen una excepción deberá reconocerla oficiosamente en la sentencia, salvo las de prescripción, compensación y nulidad relativa, que deberán alegarse en la contestación de la demanda...*

...

Si el juez encuentra probada una excepción que conduzca a rechazar todas las pretensiones de la demanda, debe abstenerse de examinar las restantes. En este caso si el superior considera infundada aquella excepción resolverá sobre las otras, aunque quien la alegó no haya apelado de la sentencia.
Cuando se proponga la excepción de nulidad o la de simulación del acto o contrato del cual se pretende derivar la relación debatida en el proceso, el juez se pronunciará expresamente en la sentencia sobre tales figuras, siempre que en el proceso sean parte quienes lo fueron en dicho acto o contrato; en caso contrario se limitará a declarar si es o no fundada la excepción."

OBJECIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO

Señor juez dentro del término del traslado de la demanda y en concordancia con el articulo 206 del C.G.P., OBJETO la estimación del juramento estimatorio hecha por los Demandantes, para la cual especifico razonadamente la inexactitud que se le atribuye a cada concepto:

INEXACTITUDES ATRIBUIDAS AL JURAMENTO ESTIMATORIO APORTADO POR EL APODERADO DE LA ACTORA:

Por Perjuicios Materiales.- Me opongo, a la cuantificación que hacen los demandantes respecto de estos rubros, discriminados así:

Daño Emergente. La suma de TRES MILLONES CIENTO NOVENTA MIL PESOS M/CTE ($3.190.000), por gastos funerarios, los cuales no se encuentran acreditados con las documentales pertinentes para tal fin, téngase en cuenta que el daño exige como requisito ser cierto, y para el caso en concreto.

Lucro Cesante. La suma total de CIENTO SETENTA Y SIETE MILLONES SETECIENTOS VEINTICINCO MIL CUATROCIENTOS SIETE PESOS M/CTE ($177.725.407), por el deceso de la señora Ruth de la Pava Ordoñez lo cual derivo en el no ingreso de los recursos económicos que percibía la señora De la Pava para ese entonces. No tiene asidero fáctico, jurídico y ni probatorio, la solicitud de esta clase de perjuicios lo cual se traduce en "Aquel valor que no ingresó, o no ingresará al patrimonio del perjudicado". "Lo que no se ganó o indefectiblemente no se ganará". Al respecto, el artículo 1614 C.C. contempla:*"Entiéndese por... **lucro cesante,** la ganancia o provecho que deja de reportarse a consecuencia de no haberse cumplido la obligación, o cumpliéndola imperfectamente, o retardado su cumplimiento.",* así las cosas, es claro que el Lucro Cesante no se presume, debe probarse fehacientemente su existencia, por lo que dentro de las documentales allegadas junto con la demanda, y demás medios de prueba, no permiten establecer este perjuicio, por lo que es procedente hacer referencia a uno de los conceptos que al respecto trae la Corte Suprema de Justicia *"Este rubro indemnizatorio no puede concebirse como un ítem hipotético o eventual, pues por su naturaleza es un daño cierto que sólo puede ser reconocido cuando su existencia y cuantía se acredita mediante prueba directa, extremo que se logra demostrando la imposibilidad de realizar una determinada actividad rentada o la disminución transitoria de la misma".*

Se define como aquello que salió o saldrá del patrimonio de la víctima, "lo que se perdió o indefectiblemente se perderá".

LUCRO CESANTE-Aquel valor que no ingresó, o no ingresará al patrimonio de la víctima. "Lo que no se ganó o indefectiblemente no se ganará".

> Conforme a lo dispuesto por el Artículo 1614 C.C. *"Entiéndese por... **lucro cesante,** la ganancia o provecho que deja de reportarse a consecuencia de no haberse cumplido la obligación, o cumpliéndola imperfectamente, o retardado su cumplimiento."*

El Consejo de Estado: *"Este último* (el lucro cesante) *corresponde, entonces, a la ganancia frustrada, a todo bien económico que, si los acontecimientos hubieran seguido su curso normal, habría ingresado ya o lo haría en el futuro, al patrimonio de la víctima."*

El lucro cesante NO SE PRESUME quien reclama debe probar fehacientemente su existencia.

C.S.J.: "Este rubro indemnizatorio no puede concebirse como un ítem hipotético o eventual, pues por su naturaleza es un daño cierto que sólo puede ser reconocido cuando su existencia y cuantía se acredita mediante prueba directa, extremo que se logra demostrando la imposibilidad de realizar una determinada actividad rentada o la disminución transitoria de la misma."

> Así las cosas, no es procedente la prosperidad de estos aludidos perjuicios.

Por Perjuicios Morales.- La actora aduce que debido a la mala praxis médica, conllevo al deceso de la señora Ruth de la Pava Ordoñez, y fijan como parámetro indemnizatorio para cada uno de los demandantes 100 SMLMV, para una suma total de TRESCIENTOS SESENTA Y NUEVE MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($369.600.000); al respecto, ***Me opongo*** de manera rotunda a sus prosperidad, teniendo en cuenta la no injerencia en el acto médico por parte de mi representada, el cual es objeto de reproche en esta oportunidad. La usual definición del daño moral, la ha hecho la Corte Suprema de Justicia ratificando que *"está circunscrito a la lesión de la esfera sentimental y afectiva del sujeto, 'que corresponde a la órbita subjetiva, íntima o interna del individuo' (sentencia de 13 de mayo de 2008), de ordinario explicitado material u objetivamente por el dolor, la pesadumbre, perturbación de ánimo, el sufrimiento espiritual, el pesar, la congoja, aflicción, sufrimiento, pena, angustia, zozobra, desolación, impotencia u otros signos expresivos"*, que se concretan *"en el menoscabo de los sentimientos, de los afectos de la víctima y, por lo tanto, en el sufrimiento moral, en el dolor que la persona tiene que soportar por cierto evento dañoso"*. (Sentencia de Casación Civil de 18 de septiembre de 2009. Exp.: 2005-406-01)

Al respecto, tambien se ha pronunciado la Corte en el sentido que *"como una cosa es la prueba del daño, es decir, la de la lesión o menoscabo del interés jurídicamente protegido, y otra, distinta, la prueba de su intensidad, es lógico que para poder establecer la cuantía del perjuicio, necesariamente debe existir certeza sobre su existencia, para así entrar a avaluarlo. Desde luego que la falta de la prueba del quantum de ese perjuicio corresponde suplirla a los juzgadores de instancia, cumpliendo con el deber de decretar pruebas de oficio, tal como lo ordena el artículo 307 del Código de Procedimiento Civil, precepto éste que vedó, como principio general, las condenas en abstracto o in genere y, por ende, la absolución por la falta de determinación de una condena concreta"* (Cas. Civ., sentencia del 3 de marzo de 2004, expediente No. C-7623).

Es el propio juez quien debe regularlos con sustento en su sano arbitrio, sustentado en criterios de equidad y razonabilidad.

Por Daño a la Vida de Relación.- Frente a este rubro, la actora pretende el reconocimiento de una suma de 100 SMLMV por los demandantes Hilda Ordoñez Mejía (Madre) y Juan Sebastian de la Pava Ordoñez (hijo), para un total de ($123.200.000), sin embargo no se determina en que aspectos del desenvolvimiento normal de estos, afectó la muerte de la señora Ruth de la Pava, dado que se está pretendiendo por otro lado el reconocimiento de perjuicios morales, por lo que no es procedente, ya que estariamos frente a una doble indemnización en el evento de una declaratoria de responsabilidad a cargo de mi representada.

No le consta a mi representada SALUD TOTAL EPS S.A. pues lo referente a los daños y perjuicios que reclaman los demandantes, deberán ser acreditados y además, ser demostrada la relación de causalidad entre dichos daños y el hecho que los ha generado para que de esta manera puedan ser objeto de imputación y exigencia a mi mandante en su condición de ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD.

Conforme a lo establecido en el artículo 177 del Código de Procedimiento Civil, incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellos persiguen, así mismo lo consagra en nuevo estatuto procesal en su Artículo 167 del CGP. ***Carga de la prueba.*** Incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen.

> *No esta probado que el Demandante se haya apoyado o aportado un dictamen de daños y perjuicios por parte de un perito, lo cual prueba que no fue ajeno a su voluntad y su obrar nada diligente.*

PETICIONES POR INEXACTITUDES ATRIBUIDAS AL JURAMENTO ESTIMATORIO APORTADO POR EL DEMANDANTE:

Esta comprobado el obrar negligente, apresurado y directo en la estimación de los daños y perjuicios por parte del Demandante, en los términos del Artículo 206 del Código General del Proceso y la Sentencia CORTE CONSTITUCIONAL C-157-279 DE 2013, por lo cual pedimos se apliquen las siguientes sanciones.

1.Si la cantidad estimada excediere en el cincuenta por ciento (50%) la que resulte probada, se condenará a quien la hizo a pagar a la otra parte una suma equivalente al diez por ciento (10%) de la diferencia.
2.También habrá lugar a la condena a que se refiere este artículo, en los eventos en que se nieguen las pretensiones por falta de demostración de los perjuicios. En este evento la sanción equivaldrá al cinco (5) por ciento del valor pretendido en la demanda cuyas pretensiones fueron desestimadas.

FRENTE A LAS PRUEBAS

A la prueba documental aportada

Acojo parcialmente la prueba documental aportada por la parte actora a la cual se le deberá dar el valor probatorio que le corresponda a cada medio de prueba solicitado, para que mi representada pueda ejercer el debido derecho de contradicción.

A la prueba pericial solicitada

Me opongo a que se decrete y practique la prueba relacionada, dado que el apoderado de la actora no tiene precisión en determinar que tipo de especialidad requiere y en donde se evidencia la causa del presunto daño, lo cual no traerá ningún beneficio a este juzgamiento, por ser impertinente, inconducente, inútil e innecesario.

PRUEBAS DE LA DEMANDADA SALUD TOTAL EPS-S S.A.

Documentales

Me permito aportar junto con el presente escrito, para que sea decretada, valorada y tenida en cuenta las siguientes:

1. Certificado de afiliación de la señora RUTH DE LA PAVA ORDOÑEZ identificada con la C.C. No. 52.220.305.
2. Certificado de relación de aportes de la señora RUTH DE LA PAVA ORDOÑEZ identificada con la C.C. No. 52.220.305 a cuatro (4) folios, frente a todo el periodo de afiliación con SALUD TOTAL EPS S.A.

Declaración de terceros

Solicito se decreten y practiquen las declaraciones de las personas que relacionare a continuación, todas estas mayores de edad, para que depongan todo lo que les consta frente al proceso de atención médica y hospitalaria de la señora RUTH DE LA PAVA ORDOÑEZ, en su calidad de integrantes del equipo de salud que participaron en la atención de la usuaria y para que depongan todo lo que les conste frente a su ingreso a la instalaciones clínicas de CPO S.A., sintomatología, diagnóstico y tratamiento ordenado, así como el procedimiento quirúrgico indicado; también es importante que nos ilustren sobre conocimientos técnicos que sean relevantes y de ilustración en el caso. Los citados son los siguientes:

1. Dra. Gloria Stella Navas García (MÉDICA ESPECIALISTA EN ANASTESIOLOGÍA), quien podrá ser citada en la Carrera 20 No. 47B-35 Sur HOSPITAL EL TUNAL de la ciudad de Bogotá, lugar donde labora la referida profesional, o me encargaré de hacerla comparecer a su Despacho en la fecha y hora señala en el decreto de pruebas. La citada profesional fue tratante de la paciente y conoce su historia clínica, y los procedimientos previos al cirugía de tipo ortopédico, y puede dar a conocer al despacho conceptos médicos que le consta sobre el motivo de la demanda.

2. Dr. Ricardo Arias Arguello (MEDICO ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA), quien podra ser citado en la Carrera 21 No.22-68 Sur de la ciudad de Bogotá, o me encargaré de hacerla comparecer a su Despacho en la fecha y hora señala en el decreto de pruebas. El citado profesional fue tratante de la paciente y ordenó el procedimiento de tipo quirúrgico a la señora RUTH DE LA PAVA ORDOÑEZ para el 22 de febrero de 2010.

Testimonio Técnico

1. Dr. Guillermo Alfonso Dimas Torres Auditor de Salud Total EPS-S S.A. o quien haga sus veces al momento de decretar la prueba, quien puede ser localizado en la Carrera 18 No.109 - 15 de la

284

ciudad de Bogotá, para que deponga sobre los aspectos del cuadro clínico y sus derivaciones en una paciente como la señora Ruth de La Pava Ordoñez y las complicaciones que conllevaron a su deceso, y la causa de las mismas, conforme a la experiencia médica que ostenta. El citado médico, fue el profesional que realizó la auditoría médica en le presente caso, una vez, Salud Total EPS-S S.A. tiene conocimiento de los hechos que relata los demandantes, los anexos que hacen parte de la demanda, y puede dar a conocer al despacho conceptos médicos sobre el motivo de la demanda.

SOLICITUD

1. Se absuelva a **SALUD TOTAL EPS-S S.A.**, de cada una de las pretensiones de la demanda.

2. Se declare a **SALUD TOTAL EPS-S S.A.**, exenta de cualquier responsabilidad sobre los hechos objeto de la demanda, dado que no existió ninguna conducta de mi representada de la cual se desprenda la causa de los supuestos perjuicios ocasionados a los demandantes por el deceso de la señora RUTH DE LA PAVA ORDOÑEZ.

3. Se condene en costas y agencias en derecho a los actores de la demanda.

4. En la medida que no se acceda a las solicitudes antes expuestas, solicito se realice una graduación de culpas partiendo de la incidencia de cada uno de los actores en el hecho generador del daño, de tal forma que en la condena que se llegue a imponer se determine para cada demandado la proporción del monto a pagar de acuerdo a su incidencia en el hecho generador del daño.

ANEXOS

- Los anunciados en el acápite de pruebas.

NOTIFICACIONES

A la suscrita a la Carrera 18 No. 109-15 de la ciudad de Bogotá, o en la secretaria de su Despacho.

Al Representante Legal de Salud Total EPS-S S.A. en la carrera 18 No. 109-15 de la ciudad de Bogotá.

Señor Juez,

YULY ALEXANDRA SOLANO SOLANO
C.C. No. 53.168.214 de Bogotá
T.P. No. 171.144 del C.S. de la J.
Apoderada SALUD TOTAL EPS S.A.

Cámara de Comercio de Bogotá

CAMARA DE COMERCIO DE BOGOTA

SEDE RESTREPO

CODIGO DE VERIFICACION: 048286270DE11A

19 DE ENERO DE 2016 HORA 08:47:40

R048286270 PAGINA: 1 de 5

* *

****

ESTE CERTIFICADO FUE GENERADO ELECTRONICAMENTE Y CUENTA CON UN CODIGO DE VERIFICACION QUE LE PERMITE SER VALIDADO SOLO UNA VEZ, INGRESANDO A WWW.CCB.ORG.CO

****

RECUERDE QUE ESTE CERTIFICADO LO PUEDE ADQUIRIR DESDE SU CASA U OFICINA DE FORMA FACIL, RAPIDA Y SEGURA EN WWW.CCB.ORG.CO

****

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACION LEGAL O INSCRIPCION DE DOCUMENTOS.

LA CAMARA DE COMERCIO DE BOGOTA, CON FUNDAMENTO EN LAS MATRICULAS E INSCRIPCIONES DEL REGISTRO MERCANTIL

CERTIFICA:

NOMBRE : C P O S A
N.I.T. : 800149453-6
DOMICILIO : BOGOTA D.C.

CERTIFICA:

MATRICULA NO: 00639849 DEL 31 DE MARZO DE 1995

CERTIFICA:

RENOVACION DE LA MATRICULA :30 DE MARZO DE 2015
ULTIMO AÑO RENOVADO : 2015

CERTIFICA:

DIRECCION DE NOTIFICACION JUDICIAL : CRA 21 NO.22 - 68 SUR
MUNICIPIO : BOGOTA D.C.
EMAIL DE NOTIFICACION JUDICIAL : dir_tatianaj@cpo.com.co
DIRECCION COMERCIAL : CRA 21 NO.22 - 68 SUR
MUNICIPIO : BOGOTA D.C.
EMAIL COMERCIAL : dir_tatianaj@cpo.com.co

CERTIFICA:

CONSTITUCION: E.P. NO. 4.694 NOTARIA 20 DE BOGOTA DEL 19 DE NO - VIEMBRE DE 1.991, INSCRITA EL 3 DE DICIEMBRE DE 1.991, BAJO EL - NO. 4263 DEL LIBRO XIII, SE CONSTITUYO LA SOCIEDAD CIVIL DENOMINA DA: C.P.O. LTDA.

CERTIFICA

QUE POR RESOLUCION NO. 008 DEL 13 DE MARZO DE 1.995 , EMANADA DE LA CAMARA DE COMERCIO DE BGOTA, RESOLVIO : TRASLADAR EL CONTENIDO DE LAS INSCRIPCIONES NOS. 4263 DEL 2 DE DICIEMBRE DE 1.991 Y 5007 DEL 18 DE MAYO DE 1.993 DEL LIBRO XIII DE LAS SOCIEDADES CIVILES AL LIBRO IX CORRESPONDIENTE A LAS SOCIEDADES COMERCIALES.-.

CERTIFICA:

QUE POR E.P. NO.2433 NOTARIA 45 DE BOGOTA DEL 7 DE JULIO DE 1997, INSCRITA EL 28 DE JULIO DE 1997 BAJO EL NO.595.239 DEL LIBRO IX, LA SOCIEDAD SE TRANSFORMO DE LIMITADA EN ANONIMA BAJO EL NOMBRE DE: C.P.O S.A.

Validez de Constanza del Pilar Puentes Trujillo

CERTIFICA:

** JUNTA DIRECTIVA: PRINCIPAL (ES) **

QUE POR ACTA NO. 22 DE ASAMBLEA DE ACCIONISTAS DEL 28 DE ENERO DE 2015, INSCRITA EL 24 DE MARZO DE 2015 BAJO EL NUMERO 01922978 DEL LIBRO IX, FUE (RON) NOMBRADO (S):

NOMBRE	IDENTIFICACION
PRIMER RENGLON	
CAYCEDO BUSTOS RICARDO ANTONIO	C.C. 000000019205310

QUE POR ACTA NO. 23 DE ASAMBLEA DE ACCIONISTAS DEL 24 DE MARZO DE 2015, INSCRITA EL 24 DE SEPTIEMBRE DE 2015 BAJO EL NUMERO 02022308 DEL LIBRO IX, FUE (RON) NOMBRADO (S):

NOMBRE	IDENTIFICACION
SEGUNDO RENGLON	
MORENO MORENO LUIS EDUARDO	C.C. 000000019305210

QUE POR ACTA NO. 19 DE ASAMBLEA DE ACCIONISTAS DEL 16 DE MARZO DE 2012, INSCRITA EL 18 DE JULIO DE 2012 BAJO EL NUMERO 01651543 DEL LIBRO IX, FUE (RON) NOMBRADO (S):

NOMBRE	IDENTIFICACION
TERCER RENGLON	
ROJAS CARDENAS CATHERINE	C.C. 000000051890324

** JUNTA DIRECTIVA: SUPLENTE (S) **

QUE POR ACTA NO. 23 DE ASAMBLEA DE ACCIONISTAS DEL 24 DE MARZO DE 2015, INSCRITA EL 24 DE SEPTIEMBRE DE 2015 BAJO EL NUMERO 02022308 DEL LIBRO IX, FUE (RON) NOMBRADO (S):

NOMBRE	IDENTIFICACION
PRIMER RENGLON	
LADINO DIAZ HENRY	C.C. 000000079408795

QUE POR ACTA NO. 19 DE ASAMBLEA DE ACCIONISTAS DEL 16 DE MARZO DE 2012, INSCRITA EL 18 DE JULIO DE 2012 BAJO EL NUMERO 01651543 DEL LIBRO IX, FUE (RON) NOMBRADO (S):

NOMBRE	IDENTIFICACION
SEGUNDO RENGLON	
RENGIFO BOBADILLA PAOLA ANDREA	C.C. 000000041057882
TERCER RENGLON	
RIVEROS QUEVEDO HENRY ALBERTO	C.C. 000000079410691

CERTIFICA:

REPRESENTACION LEGAL: EL REPRESENTANTE LEGAL ES EL GERENTE, QUIEN TENDRA DOS SUPLENTES.

CERTIFICA:

** NOMBRAMIENTOS **

QUE POR ACTA NO. 0000019 DE JUNTA DIRECTIVA DEL 14 DE ENERO DE 1999, INSCRITA EL 19 DE FEBRERO DE 1999 BAJO EL NUMERO 00669198 DEL LIBRO IX, FUE (RON) NOMBRADO (S):

NOMBRE	IDENTIFICACION
GERENTE	

PRESUPUESTOS DE GASTOS; I) GIRAR LOS FONDOS PARA LAS INVERSIONES QUE CAUSEN EL SERVICIO DE LA EMPRESA. BAJO SU RESPONSABILIDAD PUEDE DELEGAR ESTA FACULTAD EN ACCIONES SUBALTERNAS DE ADMINISTRACION, MEDIANTE SUFICIENTE GARANTIA; J) EJERCER EFECTIVA FISCALIZACION SOBRE EL MOVIMIENTO DE FONDOS Y VERIFICAR EL ENCAJE SEMANALMENTE, A LO MENOS; K) LLEVAR LEGALMENTE Y AL CORRIENTE LOS DOCUMENTOS DE CREDITO ACTIVO Y PASIVO DE LA SOCIEDAD Y SERVIR PERSONALMENTE EL DESPACHO DE GIROS COMERCIALES; L) ATENDER A QUE TODA INVERSION DE DINERO SE HAGA DE LA MANERA MAS ECONOMICA Y PROVECHOSA PARA LA COMPAÑIA; LL) VISITAR TODAS LAS DEPENDENCIAS Y TRABAJOS DE LA EMPRESA Y DICTAR LAS ORDENES QUE ESTIME ACEPTADAS PARA LA BUENA MARCHA Y SERVICIO; M) CUIDAR DE QUE TODOS LOS EMPLEADOS AGENTES Y OBREROS DE LA EMPRESA DESEMPEÑEN CUMPLIDAMENTE SUS DEBERES E IMPONER INMEDIATAMENTE CORRECCION CUANDO ADVIERTA MALAS MANERAS, NEGLIGENCIAS E IRREGULARIDADES DE CUALQUIER INDOLE; N) PROMOVER LO CONDUCENTE PARA LA SANCION CRIMINAL, CUANDO A ELLA HUBIERE LUGAR; O) PRESENTAR A LA JUNTA DIRECTIVA, EN LOS DIEZ (10) PRIMEROS DIAS DE CADA MES, UN MEMORANDUM DE SUS ACTIVIDADES; LA CUENTA DEL MES ANTERIOR DESCRITA EN LOS LIBROS RESPECTIVOS, JUNTAMENTE CON LOS COMPROBANTES QUE JUSTIFIQUE, A FIN DE PODERLA FENECER DEBIDAMENTE; P) PRESENTAR A LA ASAMBLEA GENERAL, PARA SU APROBACION O IMPORTACION- SIC - EL BALANCE DE CADA EJERCICIO ACOMPAÑADO DEL DETALLE COMPLETO DE LA CUENTA DE PERDIDAS Y GANANCIAS DEL PROYECTO DE DISTRIBUCION DE UTILIDADES REPARTIBLES Y DE UN INFORME ESCRITO SOBRE LA FORMA COMO HAYA LLEVADO A CABO SU GESTION Y LAS MEDIDAS CUYA OPCION RECOMIENDE A LA ASAMBLEA; Q) HACER LLEVAR LA ESTADISTICA DE LA EMPRESA EN TODAS LAS SECCIONES DEL SERVICIO; R) CONVOCAR A LA ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONISTAS A REUNIONES ORDINARIAS O EXTRAORDINARIAS; RR) SUSPENDER POR GRAVES MOTIVOS A CUALQUIER TRABAJADOR, Y LLEVAR LA VACANTE INTERNAMENTE, AUNQUE LA PROVISION DEL CARGO CORRESPONDE A LA JUNTA DIRECTIVA, DAR CUENTA A ESTA PARA QUE PROVEA LO QUE TENGA A BIEN; Y S) DESEMPEÑAR LAS DEMAS FUNCIONES QUE CONFORME A LA LEY Y A LOS PRESENTES ESTATUTOS LE CORRESPONDAN.

CERTIFICA:

QUE POR ESCRITURA PUBLICA NO. 2400 DE LA NOTARIA 33 DE BOGOTA D.C., DEL 7 DE OCTUBRE DE 2015, INSCRITA EL 15 DE OCTUBRE DE 2015 BAJO EL NO. 00032315 DEL LIBRO V, ACLARADA MEDIANTE ESCRITURA PUBLICA NO. 3400 DE LA NOTARIA 33 DE BOGOTA D.C., DEL 11 DE DICIEMBRE DE 2015, INSCRITA EL 17 DE DICIEMBRE DE 2015 BAJO EL NO. 00032787 DEL LIBRO V, COMPARECIO NASLY TATIANA JIMENEZ GONZALEZ IDENTIFICADA CON CEDULA DE CIUDADANIA NO. 51.987.815 DE BOGOTA, EN SU CALIDAD DE REPRESENTANTE LEGAL PRINCIPAL DE LA SOCIEDAD DE LA REFERENCIA POR MEDIO DE LA PRESENTE ESCRITURA PUBLICA, CONFIERE MANDATO GENERAL EN

SEPTIEMBRE DE 2007, INSCRITO EL 28 DE SEPTIEMBRE DE 2007 BAJO EL NUMERO 01161326 DEL LIBRO IX, COMUNICO LA PERSONA NATURAL MATRIZ:
- WILCHES DE CARDENAS ELSA PATRICIA
DOMICILIO: BOGOTA D.C.
- WILCHES ROZO EDUARDO LEON
DOMICILIO: BOGOTA D.C.
- WILCHES ROZO ELIANA ANGELICA
DOMICILIO: BOGOTA D.C.
- WILCHES ROZO LUZ NIEVES
DOMICILIO: BOGOTA D.C.
- WILCHES ROZO NICOLAS
DOMICILIO: BOGOTA D.C.
- WILCHES ROZO ZULMA CAROLINA
DOMICILIO: BOGOTA D.C.
QUE SE HA CONFIGURADO UNA SITUACION DE CONTROL CON LA SOCIEDAD DE LA REFERENCIA.
QUE POR DOCUMENTO PRIVADO DE REPRESENTANTE LEGAL DEL 29 DE FEBRERO DE 2012, INSCRITO EL 22 DE MARZO DE 2012 BAJO EL NUMERO 01618164 DEL LIBRO IX, COMUNICO LA PERSONA NATURAL MATRIZ:
- WILCHES DE CARDENAS ELSA PATRICIA
DOMICILIO: BOGOTA D.C.
- WILCHES ROZO EDUARDO LEON
DOMICILIO: BOGOTA D.C.
- WILCHES ROZO ELIANA ANGELICA
DOMICILIO: BOGOTA D.C.
- WILCHES ROZO LUZ NIEVES
DOMICILIO: BOGOTA D.C.
- WILCHES ROZO NICOLAS
DOMICILIO: BOGOTA D.C.
- WILCHES ROZO ZULMA CAROLINA
DOMICILIO: BOGOTA D.C.
QUE SE HA CONFIGURADO UNA SITUACION DE GRUPO EMPRESARIAL CON LA SOCIEDAD DE LA REFERENCIA.
FECHA DE CONFIGURACION DE LA SITUACION DE GRUPO EMPRESARIAL : 2012-02-28

CERTIFICA:

QUE LA SOCIEDAD TIENE MATRICULADOS LOS SIGUIENTES ESTABLECIMIENTOS:
NOMBRE : ODONTOAMERICAS CPO
MATRICULA NO : 01488879 DE 14 DE JUNIO DE 2005
RENOVACION DE LA MATRICULA : EL 12 DE ENERO DE 2016
ULTIMO AÑO RENOVADO : 2015
****
NOMBRE : SUBA CPO
MATRICULA NO : 02639781 DE 23 DE DICIEMBRE DE 2015
RENOVACION DE LA MATRICULA : EL 23 DE DICIEMBRE DE 2015

NOMBRE : SOACHA CPO
MATRICULA NO : 02074080 DE 9 DE MARZO DE 2011
RENOVACION DE LA MATRICULA : EL 30 DE MARZO DE 2015
ULTIMO AÑO RENOVADO : 2015

****

CERTIFICA:

DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL CODIGO DE PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO Y DE LO CONTENCIOSO Y DE LA LEY 962 DE 2005, LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS DE REGISTRO AQUI CERTIFICADOS QUEDAN EN FIRME DIEZ (10) DIAS HABILES DESPUES DE LA FECHA DE INSCRIPCION, SIEMPRE QUE NO SEAN OBJETO DE RECURSOS.

* * * EL PRESENTE CERTIFICADO NO CONSTITUYE PERMISO DE * * *
* * * FUNCIONAMIENTO EN NINGUN CASO * * *

INFORMACION COMPLEMENTARIA

LOS SIGUIENTES DATOS SOBRE PLANEACION DISTRITAL SON INFORMATIVOS
FECHA DE ENVIO DE INFORMACION A PLANEACION DISTRITAL : 12 DE ENERO DE 2016

SEÑOR EMPRESARIO, SI SU EMPRESA TIENE ACTIVOS INFERIORES A 30.000 SMLMV Y UNA PLANTA DE PERSONAL DE MENOS DE 200 TRABAJADORES, USTED TIENE DERECHO A RECIBIR UN DESCUENTO EN EL PAGO DE LOS PARAFISCALES DE 75% EN EL PRIMER AÑO DE CONSTITUCION DE SU EMPRESA, DE 50% EN EL SEGUNDO AÑO Y DE 25% EN EL TERCER AÑO. LEY 590 DE 2000 Y DECRETO 525 DE 2009.

RECUERDE INGRESAR A www.supersociedades.gov.co PARA VERIFICAR SI SU EMPRESA ESTA OBLIGADA A REMITIR ESTADOS FINANCIEROS. EVITE SANCIONES.

****
** ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACION JURIDICA DE LA **
** SOCIEDAD HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICION... **
****

EL SECRETARIO DE LA CAMARA DE COMERCIO,
** CERTIFICADO SIN COSTO PARA AFILIADO **

****

PARA VERIFICAR QUE EL CONTENIDO DE ESTE CERTIFICADO CORRESPONDA CON LA INFORMACION QUE REPOSA EN LOS REGISTROS PUBLICOS DE LA CAMARA DE COMERCIO DE BOGOTA, EL CODIGO DE VERIFICACION PUEDE SER VALIDADO POR SU DESTINATARIO SOLO UNA VEZ, INGRESANDO A WWW.CCB.ORG.CO

****

ESTE CERTIFICADO FUE GENERADO ELECTRONICAMENTE CON FIRMA DIGITAL Y

****

200

HISTORIA CLINICA
CENTRO POLICLINICO DEL OLAYA
Nit. 800149453
Dir. CARRERA 21 NO 22 68 SUR - Tel. 3612888

digo Plantilla:HC-URG
cha Historia:20/02/2010 03:27 p.m.
gar y Fecha:BOGOTA,BOGOTÁ D.C. 20/02/2010 03:27 p.m.
cumento y Nombre del Paciente: CC 52220305 RUTH DE LA PAVA ORDOÑEZ
ministradora: SALUD TOTAL E.P.S. Convenio: URGCAPSTVS09 Tipo de Usuario: CONTRIBUTIVO-COTIZANTE ESTRATO 2
Historia: 52220305
nción:Urgencias

os Generales
toria: 52220305 — Convenio: URGCAPSTVS09
.P.B.: SALUD TOTAL E.P.S. — Fecha: 20/02/2010
el Triage: TRIAGE 2B — Hora: 15:23
eccion: CL 12 73A 75 — Causa Externa: OTRO TIPO DE ACCIDENTE
alidad de la Consulta: No Aplica

ntificación
mbre: RUTH DE LA PAVA ORDOÑEZ — Edad: 37 Años
tado Civil: Soltero — Natural de: BOGOTÁ D.C.
xo: Femenino — Telefono: 7025964

gada del paciente
[illegible]nte llega por sus propios Medios?
paciente llega por sus propios Medios?: SI

tificacion Policia
tificacion Policia: No

amnesis
tivo de Consulta y Enfermedad Actual: ME CAI
CI[illegible]E REFIERE HOY HACIA LAS 6AM PRESENTA CAIDA DE MAS O MENOS 4 ESCALONES CON TRAUMA EN MANO DERECHA CON POSTERIOR
LO[illegible]DEMA Y LIMITACION FUNCIONAL, HA TOMADO NAPROXENO CON MEORIA MOMENTANEA DEL DOLOR

tecedentes
tologicos: Negativo — Quirurgicos: Negativo
rmacologicos: Negativo — Alergicos: Negativo
xicos: Negativo — Transfusionales: Negativos
niliares: Negativo

neco Obstetricos
staciones: 2 — Partos: 1
ortos: 0 — Cesáreas: 1
cha última regla: 15 FEB 2010 — Planificación: 00

amen Fisico
tado General: Buen estado general — Piel y Anexos: Negativo
beza Cuello: Normal — Tórax Corazón Pulmones: Normal
domen: Normal — Genitourinario: Negativo
urológico: Normal — Columna - Dorso: Normal
tremidades: EN MUÑECA DERECHA PRESNETA EDEMA EQUIMOSIS DOLOR A LA PALPACION Y A LA MOVILIZACION ADECUADA PERFUSION DISTAL

[illegible] de Conciencia
[illegible] de Conciencia: Alerta

cala de Glasgow
ular: 4 — Verbal: 5
triz: 6 — Total: 15

nos Vitales y Datos Corporales
nsión arterial sistólica: 120 — Tensión arterial diastólica: 70
cuencia cardíaca: 70 — Frecuencia respiratoria: 18
mperatura: 37.00

presión Diagnostica
. Principal: S602-CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MU¥ECA Y DE LA MANO
o de Diagnostico Principal: CONFIRMADO NUEVO

n de Estudio y Manejo
mentarios: PACIENTE CON TRAUAM EN MANO SE SOLICITA RX PARA EVALUAR COMPORMIOS OSEO Y SE ODENA DOSIS D E DICLOFENACO AHORA EXPLCIA A LA PACIENTE

stino del Paciente
stino del Paciente: Sala. — RC OURG: RC-0608

. DIANA PATRICIA AMADOR FORIGUA
: 52979919
pecialidad. MEDICINA GENERAL
gistro. 52979919

STORIA CLINICA
digo Plantilla:RC-0729
cha Historia:20/02/2010 04:27 p.m.
gar y Fecha:BOGOTA,BOGOTÁ D.C. 20/02/2010 04:27 p.m.
cumento y Nombre del Paciente: CC 52220305 RUTH DE LA PAVA ORDOÑEZ
ministradora: SALUD TOTAL E.P.S. Convenio: URGCAPSTVS09 Tipo de Usuario: CONTRIBUTIVO-COTIZANTE ESTRATO 2
Historia: 52220305
nción: Urgencias

tos Generales
storia: 52220305 Convenio: URGCAPSTVS09
ra: 16: Fecha: 20/02/2010
.P.B.: SALUD TOTAL E.P.S.
ntificación
mbre: RUTH DE LA PAVA ORDOÑEZ Edad: 37 Años
xo: Femenino Telefono: 7025964
olución
olución: SE REVISA RX DE MUÑECA SE OBSERVA FRACTURA DE RADIO DESPLAZADA

presión Diagnóstica
. Principal: S525-FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL RADIO Tipo de Diagnostico Principal: CONFIRMADO NUEVO
an de Estudio y Manejo
mentarios: SE SOLICITA VALORACION POR ORTOPEDIA
: EXPLICA A LA PACIENTE
stino del Paciente
st n del Paciente: Sala. RC: RC-0610

R. [redacted]A PATRICIA AMADOR FORIGUA
C 5[redacted]9919
pecialidad. MEDICINA GENERAL
egistro. 52979919

HISTORIA CLINICA

digo Plantilla:INTER-URG
cha Historia:20/02/2010 07:04 p.m.
gar y Fecha:BOGOTA,BOGOTÁ D.C. 20/02/2010 07:04 p.m.
cumento y Nombre del Paciente: CC 52220305 RUTH DE LA PAVA ORDOÑEZ
lministradora: SALUD TOTAL E.P.S. Convenio: URGCAPSTVS09 Tipo de Usuario: CONTRIBUTIVO-COTIZANTE ESTRATO 2
Historia: 52220305
ención: Urgencias

itos Generales
storia: 52220305 Convenio: URGCAPSTVS09
ora: 19:02 Fecha: 20/02/2010
.P.B.: SALUD TOTAL E.P.S. Direccion: CL 12 73A 75
[redacted]cación
ombre: RUTH DE LA PAVA ORDOÑEZ Edad: 37 Años
tado Civil: Soltero Natural de: BOGOTÁ D.C.
xo: Femenino Telefono: 7025964
usa Externa: ENFERMEDAD GENERAL Finalidad de la Consulta: No Aplica
OTIV[redacted]DE SOLICITUD DE LA INTERCONSULTA
otiv[redacted]RAUMA EN MUÑECA DERECHA
ES[redacted]STA DE LA INTERCONSULTA
espuesta: TRAUMA EN MUÑECA DERECHA AL CAER DE SU ALTURA CON POSTERIOR DOLOR EDEMAYLIMITACION DE MOVILIDAD DE MUÑECA . EXAMEN FISICO EDEMA EQUIMOSIS DOLOR A PALAPCION EN RADIO DISTAL LIMITACION DE MOVILIDAD.R X MUÑECA CON FRACTURA DE RADIO DISTAL CON ANGULACION DORSAL.
ipresión Diagnóstica
. Principal: S525-FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL RADIO Tipo de Diagnostico Principal: IMPRESION DIAGNOSTICA
an de Estudio y Manejo
omentarios: REQUIERE MANEJOQ UIRURGICO CON REDUCCION CERRADA Y OSTEOSINTESIS DE RADIO DISTAL SE SOLICITA AUTORIZACION DE CIRUGIA SE EXPLICA A PACIENTE. SE INMOVILIZA CON FERULA DEYESO. Dias/Inc.: 30
an de Estudio y Manejo: Salida. RC: 00

R. RICARDO ARIAS ARGUELLO
C 79778245
pecialidad. ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
egistro. 55799

CAPACIDADES.
gistro de Calidad:RC-606
cha Historia:20/02/2010 07:04 p.m.
gar y Fecha:BOGOTA,BOGOTÁ D.C. 20/02/2010 07:04 p.m.
cumento y Nombre del Paciente: CC 52220305 RUTH DE LA PAVA ORDOÑEZ
ministradora: SALUD TOTAL E.P.S. Convenio: URGCAPSTVS09 Tipo de Usuario: CONTRIBUTIVO-COTIZANTE ESTRATO 2
Historia: 52220305 Incapacidad Nº: 257122

ención: Urgencias

usa Externa: ENFERMEDAD GENERAL
scripcion: FRACTURA RADIO.
cha de Inicio: 20/02/2010 **Fecha de Terminación:** 21/03/2010
as: 30 (TREINTA DIAS) **Prorroga:** No

. RICARDO ARIAS ARGUELLO
: 79778245
pecialidad. ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
gistro. 55799

HISTORIA CLINICA

digo Plantilla:INTER
cha Historia:20/02/2010 08:26 p.m.
gar y Fecha:BOGOTA,BOGOTÁ D.C. 20/02/2010 08:26 p.m.
cumento y Nombre del Paciente: CC 52220305 RUTH DE LA PAVA ORDOÑEZ
ministradora: SALUD TOTAL E.P.S. Convenio: URGCAPSTVS09 Tipo de Usuario: CONTRIBUTIVO-COTIZANTE ESTRATO 2
Historia: 52220305
ención: Urgencias

tos Generales
storia: 52220305 **Convenio:** URGCAPSTVS09
ra: 20:25 **Fecha:** 20/02/2010
A.P.B.: SALUD TOTAL E.P.S. **Direccion:** CL 12 73A 75
ntificación
mbre: RUTH DE LA PAVA ORDOÑEZ **Edad:** 37 Años
tado Civil: Soltero **Natural de:** BOGOTÁ D.C.
xo: Femenino **Telefono:** 7025964
usa Externa: ENFERMEDAD GENERAL **Finalidad de la Consulta:** No Aplica
OTIVO DE SOLICITUD DE LA INTERCONSULTA
otivo: PACIENTE CON FRACTURA DE RADIO DISTAL
SPUESTA DE LA INTERCONSULTA
spuesta: PACIENTE CON FRACTURA DE RADIO DISTAL SE REALIZA INMOVILIZACION CON FERULA DE YESO, SIN COMPLICACIONES SE DAN INDICACIONES DE ASISTIR PARA MANEJO QUIRURGICO EL DIA DE MAÑANA.
ón Diagnostica
. Principal: S525-FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL RADIO **Tipo de Diagnostico Principal:** IMPRESION DIAGNOSTICA
an de Estudio y Manejo
mentarios: SE REALIZA INMOVILIZACION CON FERULA DE YESO SIN COMPLICACIONES SE CITA PARA MANEJO QUIRURGICO.

[redacted]

. RICARDO ARIAS ARGUELLO
: 79778245
pecialidad. ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
gistro. 55799

HISTORIA CLINICA

digo Plantilla:HOSP
cha Historia:22/02/2010 07:27 p.m.
gar y Fecha:BOGOTA,BOGOTÁ D.C. 22/02/2010 07:27 p.m.
cumento y Nombre del Paciente: CC 52220305 RUTH DE LA PAVA ORDOÑEZ
ministradora: SALUD TOTAL E.P.S. Convenio: STOTALVS09 Tipo de Usuario: CONTRIBUTIVO-COTIZANTE ESTRATO 2
Historia: 52220305
gistro de Admision No: 495163

tos Generales
storia: 52220305 **Convenio:** STOTALVS09
ra: 19:23 **Fecha:** 22/02/2010
A.P.B.: SALUD TOTAL E.P.S. **Direccion:** CL 12 73A 75

ıtificación
nbre: RUTH DE LA PAVA ORDOÑEZ
ado Civil: Soltero
o: Femenino

Edad: 37 Años
Natural de: BOGOTÁ D.C.
Telefono: 7025964

ımnesis
érmedad Actual: Paciente con fractura de radio distal derecho programada para manejo quirurgico con reduccion cerrada y fijacion percutanea de radio distal. L iente durante bloqueo interescalenico, con bupivacaina 50 mg + lidocaina al 1% con epinefrina 100 mg, presenta episodio convulsivo, y depresion miocardica. Se an maniobras de reanimacion cerebrocardiopulmonar, con intubacion orotraqueal, masaje cardiaco externo, se inicia adrenalina 1 mg + infusion de 5 ampollas en ɜo. Entrando en fibrilacion ventricular, por lo cual se realiza desfibrilacion con 300 joules, se continua masaje cardiaco externo durante 45 minutos y se coloca sion de Lyposin 1750 cc, en 20 minutos, La paciente revierte a ritmo sinusal despues de 45 minutos de reanimacion cerebrocardiopulmonar, presentando signos les Tension arterial 130/60, freuencia cardiaca 85, Saturacion oxigeno 78%.
coloca cateter venoso central , e infusion de adrenalina 0.10 mcg /kg / minuto., se translada a UCI para monitoreo neurologico y hemodinamico.

ecedentes
ologicos: Niega.
macologicos: Negativo
nsfusionales: Negativos
ıunologicos: Completo

Quirurgicos: Negativo
Toxicos: Negativo
Alergicos: Negativo
Familiares: Negativo

eco Obstetricos
ɜtaciones: 2
ɔrtos: 0
ɔha última menstruación: na
los: na
nificación: 00

Partos: 1
Cesáreas: 1
Fecha probable de parto: na
Menarquia: 0

ımen Fisico
ado General: paciente con intubacion orotraqueal.
ɔeɔ Cuello: Normal
ɔ orazón Pulmones: taquicardia sinusal, crepitos bibasales en ambos campos pulmonares.
ɔomen: Blando depresible.
umna: Normal
remidades: Muñeca derecha inmovilizada con ferula de yeso. Disminucion de perfusion distal . pulsos perceptibles. simetricos.

Piel y Faneras: Frialdad distal en extremidades.
Neurológico: Sedacion.

nos Vitales y Datos Corporales
ısión arterial sistólica: 130
cu[redacted]a cardiaca: 88
n[redacted]ura: 37.00
la(cm): 160.00

Tensión arterial diastólica: 60
Frecuencia respiratoria: 20
Peso(Kg): 55.00

ɔresión Diagnostica
Principal: Y578-EFECTOS ADVERSOS DE OTRAS DROGAS Y MEDICAMENTOS
Relacionado 1: s525-FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL RADIO
Tipo de Diagnostico Principal: IMPRESION DIAGNOSTICA .

n de Estudio y Manejo
mentarios: Paciente con fractura de radio distal derecho quien durante bloqueo interescalenico, con bupivacaina 50 mg + lidocaina al 1% con epinefrina 100 mg, senta episodio convulsivo, y depresion miocardica. Se inician maniobras de reanimacion cerebrocardiopulmonar, con intubacion orotraqueal, masaje cardiaco erno, se inicia adrenalina 1 mg + infusion de 5 ampollas en goteo. Entrando en fibrilacion ventricular, por locual se realiza desfibrilacion con 300 joules, se ıtinua masaje cardiaco externo durante 45 minutos y se coloca infusion de Lyposin 1750 cc, en 20 minutos, La paciente revierte a ritmo sinusal despues de 45 ıutos de reanimacion cerebrocardiopulmonar, presentando signos vitales Tension arterial 130/60, freuencia cardiaca 85, Saturacion oxigeno 78%.

coloca cateter venoso central , e infusion de adrenalina 0.10 mcg /kg / minuto., se translada a UCI para monitoreo neurologico y hemodinamico.
CEPCION E INFORMACION AL PACIENTE Y SU FAMILIA: se informa a familiar del paciente . Se realiza translado a Unidad de cuidado intensivo.
: 1151

. RICARDO ARIAS ARGUELLO
79778245
ɔecialidad. ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
gist[redacted]5799

Dr Ricardo Arias Arguello

HISTORIA CLINICA

ɗigo Plantilla:INTER
ɔha Historia:22/02/2010 07:49 p.m.
ɟar y Fecha:BOGOTA,BOGOTÁ D.C. 22/02/2010 07:49 p.m.
ɔumento y Nombre del Paciente: CC 52220305 RUTH DE LA PAVA ORDOÑEZ
ministradora: SALUD TOTAL E.P.S. Convenio: STOTALVS09 Tipo de Usuario: CONTRIBUTIVO-COTIZANTE ESTRATO 2
Historia: 52220305
gistro de Admision No: 495163

tos Generales
ıtoria: 52220305
ra: 19:46
\.P.B.: SALUD TOTAL E.P.S.

Convenio: STOTALVS09
Fecha: 22/02/2010
Direccion: CL 12 73A 75

ntificación
mbre: RUTH DE LA PAVA ORDOÑEZ
tado Civil: Soltero
[redacted]: Femenino

Edad: 37 Años
Natural de: BOGOTÁ D.C.
Telefono: 7025964

usa Externa: ENFERMEDAD GENERAL
ɔTIVO DE SOLICITUD DE LA INTERCONSULTA
ıtivo: POST RCP

Finalidad de la Consulta: No Aplica

SPUESTA DE LA INTERCONSULTA
spuesta: PACIENTE BAJO VENTILACION MECANICA POST RCP DESPUES DE PRESENTAR PARO CARDIACO POR TOXICIDAD POR BUPIVACAINA, SE RESA A UCI.
presión Diagnóstica
Principal: I469-PARO CARDIACO, NO ESPECIFICADO
Relacionado 1: Y484-EFECTOS ADVERSOS DE ANESTESICOS NO ESPECIFICADOS
o de Diagnostico Principal: CONFIRMADO REPETIDO
n de Estudio y Manejo
mentarios: SE TRASLADA A UCI.

. CARLOS JAIME HURTADO HURTADO
79426506
pecialidad. CUIDADO DEL PACIENTE EN ESTADO CRITICO ADULTO
gistro. 018642/92

HISTORIA CLINICA

digo Plantilla:HOSP
cha Historia:22/02/2010 07:58 p.m.
gar y Fecha:BOGOTA,BOGOTÁ D.C. 22/02/2010 07:58 p.m.
cumento y Nombre del Paciente: CC 52220305 RUTH DE LA PAVA ORDOÑEZ
radora: SALUD TOTAL E.P.S. Convenio: STOTALVS09 Tipo de Usuario: CONTRIBUTIVO-COTIZANTE ESTRATO 2
Historia: 52220305
gistro de Admision No: 495163

os Generales
tori 52220305 — Convenio: STOTALVS09
ra 5 — Fecha: 22/02/2010
P SALUD TOTAL E.P.S. — Direccion: CL 12 73A 75
ntificación
mbre: RUTH DE LA PAVA ORDOÑEZ — Edad: 37 Años
ado Civil: Soltero — Natural de: BOGOTÁ D.C.
co: Femenino — Telefono: 7025964
amnesis
fermedad Actual: paciente de 37 Paciente de 37 años asa 1 con fractura de radio distal derecho quien durante bloqueo interescalenico, con bupivacaina 50 mg + caina al 1% con epinefrina 100 mg, presenta episodio convulsivo, y depresion miocardica. con actividad electricsin pulso. Se inician maniobras de reanimacion ebrocardiopulmonar, con intubacion orotraqueal, masaje cardiaco externo, se inicia adrenalina 1 mg + infusion de 5 ampollas en goteo. entrando en fibrilacion ricular, por locual se realiza desfibrilacion con 300 joules, se continua masaje cardiaco externo durante 45 minutos y se coloca infusion de Lyposin 1750 cc, en minutos, La paciente revierte a ritmo sinusal despues de 45 minutos de reanimacion cerebrocardiopulmonar, presentando signos vitales Tension arterial 130/60, uencia cardiaca 85, Saturacion oxigeno 78%.

coloca cateter venoso central , e infusion de adrenalina 0.10 mcg /kg / minuto., se translada a UCI para monitoreo neurologico y hemodinamico.
tecedentes
ologicos: Niega — Quirurgicos: Negativo
rmacologicos: Negativo — Toxicos: Negativo
nfusionales: Negativos — Alergicos: Negativo
logicos: Completo — Familiares: Negativo
neco Obstetricos
staciones: 2 — Partos: 1
ortos: 0 — Cesáreas: 1
cha última menstruación: na — Fecha probable de parto: na
los na — Menarquia: 0
nifi ón: 00
am Físico
tado general: Buen estado general — Piel y Faneras: Normal
beza Cuello: Normal — Tórax Corazón Pulmones: Normal
domen: Normal — Neurológico: Normal
lumna: Normal — Extremidades: Normal
nos Vitales y Datos Corporales
sión arterial sistólica: 160 — Tensión arterial diastólica: 100
cuencia cardíaca: 127 — Frecuencia respiratoria: 18
nperatura: 37.00 — Peso(Kg): 60.00
la(cm): 168.00
presión Diagnóstica
Principal: I460-PARO CARDIACO CON RESUCITACION EXITOSA — Tipo de Diagnostico Principal: CONFIRMADO REPETIDO
n de Estudio y Manejo
mentarios: se solicita valoracion y traslado a uci para monitoreeo neurologico y hemodinamico

. GLORIA NAVAS GARCIA
51578058

ecialidad: ANESTESIOLOGIA
gistro. 11092

HISTORIA CLINICA

digo Plantilla:RC-0730
:ha Historia:22/02/2010 09:37 p.m.
lar y Fecha:BOGOTA,BOGOTÁ D.C. 22/02/2010 09:37 p.m.
:umento y Nombre del Paciente: CC 52220305 RUTH DE LA PAVA ORDOÑEZ
ministradora: SALUD TOTAL E.P.S. Convenio: CONTRIBUTIVO09 Tipo de Usuario: CONTRIBUTIVO-COTIZANTE ESTRATO 2
Historia: 52220305
gistro de Admisión No: 495300

os Generales

toria: 52220305
ra: 21:33
.P.B.: SALUD TOTAL E.P.S.

Convenio: CONTRIBUTIVO09
Fecha: 22/02/2010
Direccion: CL 12 73A 75

ntificación

mbre: RUTH DE LA PAVA ORDOÑEZ
:ado Civil: Soltero
co: Femenino

Edad: 37 Años
Natural de: BOGOTÁ D.C.
Telefono: 7025964

OCEDENCIA

OCEDENCIA: Quirofanos
pliación de datos: POST RCP PROLONGADA - INGRESA A LA UCI A LAS 8PM , SE REALIZA INGRESO EN SISTEMA AL TENER DISPONIBILIDAD DE GISTRO .

ICACION AL INGRESO

rio.: NO
rirúgico: SI
pliación de datos: TOXICIDAD BUPIVACAINA

Médico.: NO
Trauma.: NO

RVICIO TRATANTE

rvicio: UCI

amnesis

Consulta y Enfermedad Actual: Paciente de 37 años asa 1 con fractura de radio distal derecho quien durante bloqueo interescalenico, con bupivacaina mg docaina al 1% con epinefrina 100 mg, presenta episodio convulsivo, y depresion miocardica. con actividad electrica sin pulso. Se inician maniobras de nimacion cerebrocardiopulmonar, con intubacion orotraqueal, masaje cardiaco externo, se inicia adrenalina 1 mg + infusion de 5 ampollas en goteo, entrando en ilacion ventricular, por lo cual se realiza desfibrilacion con 300 joules, se continua masaje cardiaco externo durante 45 minutos y se coloca infusion de Lyposin 50 cc, en 20 minutos, La paciente revierte a ritmo sinusal despues de 45 minutos de reanimacion avanzada. Se continua soporte ventilatorio y hemodinamico. Se slada a cubiculo No. 9 de la UCI. Durante la hora y media de estancia en la Unidad se ha instaurado manejo ventilatorio protector dadas las presiones elevadas e via aerea, se ha soportado con noradrenalina en un intento para desmontar la adrenalina, se ha admministrado bolo de manitol , se ha iniciado proteccion cerebra tiopental sodico + enfriamiento con sabanas frias y hielo local , infusion de diuretico de asa ; se coloco linea arterial femoral derecha sin complicaciones previa epsia y antisepsia mediante tecnica Seldinger, puncion unica. Se dio informe a familiares (esposo y hermana) en cuanto al mal pronostico neurologico y riesgo de erte.

tecedentes

irurgicos: Cesarea
rgicos: A LA PIÑA
miliares: Negativo

Toxicos: FUMADORA DE 4CIG DIA POR 20 AÑOS
Farmacologicos: Negativo

neco Obstetricos

staciones: 2
ortos: 0
cha última menstruación: hace 3 dias

Partos: 1
Cesáreas: 1
Planificación: diu

ticos

nsión Arterial: NO
ufuciencia Cardiaca: NO
OC: NO
umonia: NO
morragia Vias Digestivas: NO
ecci Urinaria: NO
ros ACTURA DE RADIO HACE 2 DIAS

Enfermedad Coronaria: NO
Cor Pulmonale: NO
ASMA: NO
Enfermedad Acido Péptica: NO
Hepatitis.: NO
Insuficiencia Renal: NO
Ninguno: NO

nsfusionales

dicación Intravenosa al Ingreso

dicación: ADRENALINA 0,2MCG/KG/MIN

amen Fisico

tado General: PESIMO ESTADO GENERAL - EDEMA DE CUELLO LATERAL IZQUIERDO.
lmonar: RUIDOS RESPIRATORIOS CON ESTERTORES BILATERALES - ACOPLADA A VENTILADOR
rdiaco: TAQUICARDIA SINUSAL.
urológico: GLASGOW 3 PUPILAS MIDRIATICAS 6MM FIJAS
l y Faneras: PALIDA

Abdomen: Normal
Extremidades: FRACTURA INMOVILIZADA ANTEBRAZO DERECHO
Otros: HEMATURIA

nos Vitales y Datos Corporales

nsión arterial sistólica: 137
cuencia cardiaca: 136
mperatura: 36,00
lla(cm): 162.00
esion Venosa Central: 6

Tensión arterial diastólica: 104
Frecuencia respiratoria: 20
Peso(Kg): 60.00
Saturacion de 02: 70

RACLINICOS

ctrocardiograma: POBRE PROGRESION DE R PRECORDIAL - SINUSAL.
Diagnosticas: RX TORAX INFILTRADOS EN 4 CUADRANTES, INDICE MURRAY 3,5
oratorios: GASOMETRIA PH 6,9 PaO2 80 Pv02 49 , HIPERGLICEMIA.

ices de Severidad

ACHE: 29

presión Diagnóstica
Principal: I460-PARO CARDIACO CON RESUCITACION EXITOSA
Relacionado 1: T413-ENVENENAMIENTO POR ANESTESICOS Y GASES TERAPEUTICOS: ANESTESICOS LOCALES
Relacionado 2: J80X-SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA DEL ADULTO
Relacionado 3: R570-CHOQUE CARDIOGENICO
talle Diagnostico: - POST RCP - ENCEFALOPATIA POST REANIMACION - TOXICIDAD POR BUPIVACAINA - SINDROME DE DISTRESS RESPIRATORIO - OQUE CARDIOGENICO Tipo de Diagnostico Principal: CONFIRMADO NUEVO
n de Estudio y Manejo
ancia:: INTENSIVOS
mentarios: PACIENTE EN MAL ESTADO GENERAL EN ESTADO POST RCP, INESTABLE HEMODINAMICAMENTE E HIPOXEMIA SECUNDARIA A IDROME DE DIFICULTAD AGUDA DEL ADULTO. SE CONTINUA MANEJO VASOPRESOR CON NORADRENALINA Y ADRENALINA. SOPORTE NTILATORIO PROTECTOR PULMONAR VT 6CC/KG PEEP 20. SEDACION Y PROTECCION CEREBRAL CON TIOPENTAL SODICO. MANITOL EN BOLOS. COLOCA HIELO LOCAL PARA HIPOTERMIA LEVE A MODERADA. INFUSION DE FUROSEMIDA. MANEJO DE HIPERGLICEMIA CON INSULINA. SE INDIC OFILAXIS GASTRICA CON OMEPRAZOL ANTE EL RIESGO DE SANGRADO DIGESTIVO. BUSCAR TAM ALREDEDOR DE 90MMHG. SE INSTAURA NITORIA CON VIGILEO / FLOTRAC - SE MAL PRONOSTICO. SE DIO INFORME A FAMILIARES.
:: 0730

. CARLOS JAIME HURTADO HURTADO
79426506
pecialidad. CUIDADO DEL PACIENTE EN ESTADO CRITICO ADULTO
gi[illegible]. 018642/92

HISTORIA CLINICA

digo Plantilla:RC-0731
cha Historia:22/02/2010 11:31 p.m.
gar y Fecha:BOGOTA,BOGOTÁ D.C. 22/02/2010 11:31 p.m.
cu[illegible]o y Nombre del Paciente: CC 52220305 RUTH DE LA PAVA ORDOÑEZ
mi[illegible]adora: SALUD TOTAL E.P.S. Convenio: CONTRIBUTIVO09 Tipo de Usuario: CONTRIBUTIVO-COTIZANTE ESTRATO 2
Historia: 52220305
gistro de Admision No: 495300

tos Generales
storia: 52220305 Hora: 23:27
cha: 22/02/2010
ntificación
mbre: RUTH DE LA PAVA ORDOÑEZ Edad: 37 Años
xo: Femenino
RVICIO TRATANTE
rvicio: UCI
NERAL
. Principal: R570-CHOQUE CARDIOGENICO
. Relacionado 1: J80X-SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA DEL ADULTO
. Relacionado 2: I460-PARO CARDIACO CON RESUCITACION EXITOSA
. Relacionado 3: Y484-EFECTOS ADVERSOS DE ANESTESICOS NO ESPECIFICADOS
t[illegible] Diagnostico: - POST RCP - ENCEFALOPATIA POST REANIMACION - TOXICIDAD POR BUPIVACAINA - SINDROME DE DISTRESS RESPIRATORIO - [illegible]E CARDIOGENICO Problemas.: CHOQUE - ENCEFALOPATIA - HIPOXEMIA REFRACTARIA - RÁ
porte.: VENTILATORIO PROTECTOR - HEMODINAMICO VASOPRESOR. CEREBRAL.
stema Nervioso Central
asgow: 3
ta: PUPILAS MIDRIATICAS DERECHA 7MM IZQUIERDA 6MM - BAJO SEDACION CON TIOPENTAL SODICO.
ste[illegible]ardiovascular
ns[illegible]arterial sistólica: 114 Tensión arterial diastólica: 82
ecuencia cardiaca: 132
ta: PVC 4 TAM 93 VARIABILIDAD DE VOL SISTOLICO ENTRE 8 Y 20% (SE AUMENTO APORTE HIDRICO). GASTO CARDIACO 5,2 VOL SISTOLICO 40 DICE CARDIACO 3,2 - RUIDOS CARDIACOS RITMICOS TAQUICARDICOS. SOPORTE CON ADRENALINA + NOREPINEFRINA + VASOPRESINA.
porte Inotropico o Vasopresor
porte Inotropico o Vasopresor: Si
stema Respiratorio
ecuencia respiratoria: 20
ta: CONTINUA DESATURACION ALREDEDOR DE 70% - ESTERTORES BILATERAL.
porte Ventilatorio
porte Ventilatorio: Si
ros: PEEP 20 02 100% PIP 32 VT 6CC/KG - SEGUN EVOLUCION SE PASARIA A APRV.
do
do: Asisto Control
stema Gastrointestinal
ta: ABDOMEN BLANDO
stema Renal
resis (cc/kg/hora): 0.80 Balance Hidrico del Dia (cc): 976+
[illegible]
porte Diuretico: No
[illegible] Nutricional
ta: EN MANEJO CON INSULINA IV POR HIPERGLICEMIA. GLUCOMETRIA 284MG%

porte Nutricional.
porte Nutricional.: Si
teteres, Infeccion y Cultivos
nperatura: 35.00
Nota: EN MANEJO CON HIPOTERMIA PARA PROTECCION CEREBRAL.
teter Central
teter Central: Si
iea Arterial
iea Arterial: Si
RACLINICOS
ictrocardiograma: TAQUICARDIA SINUSAL, MALA PROGRESION DE R PRECORDIALES.
agenes Diagnosticas: RX TORAX INFILTRADOS EN 4 CUADRANTES
boratorios: ACIDEMIA METABOLICA SEVERA Y DISFUNCION PULMONAR SEVERA. SE REALIZARON LABORATORIOS PERO HAY IMPOSIBILIDAD DE CTURA POR SUERO QUILOSO.
lices de Severidad
ACHE II: 29
in de Estudio y Manejo
tancia:: INTENSIVOS
mentarios: PACIENTE EN MAL ESTADO GENERAL EN CHOQUE REFRACTARIO. HIPOXEMIA REFRACTARIA. ENCEFALOPATIA POST RCP. SDRA. SE DICO INICIO DE VASOPRESINA DADO QUE CON LAS INFUSIONES DE ADRENALINA Y NORADRENALINA HA SIDO DIFICIL ASEGURAR/MANTENER LESIONES DE PERFUSION SISTEMICA Y CEREBRAL . SEGUN EVOLUCION DE HIPOXEMIA PASAREMOS MODO VENTILATORIO A APRV. UNA VEZ CONTREMOS ESTABILIDAD HEMODINAMICA INICIAREMOS LEVOSIMENDAN PARA MEJORAR GASTO CARDIACO EN PACIENTE CON CHOQUE RDIOGENICO + SDRA. MAL PRONOSTICO.
Plan de Estudio y Manejo: Continua en UCI
::: 0731

L. CARLOS JAIME HURTADO HURTADO
: 79426506
pecialidad. CUIDADO DEL PACIENTE EN ESTADO CRITICO ADULTO
gis 018642/92

HISTORIA CLINICA

digo Plantilla:RC 1113
cha Historia:22/02/2010 11:43 p.m.
gar y Fecha:BOGOTA,BOGOTÁ D.C. 22/02/2010 11:43 p.m.,
cumento y Nombre del Paciente: CC 52220305 RUTH DE LA PAVA ORDOÑEZ
ministradora: SALUD TOTAL E.P.S. Convenio: CONTRIBUTIVO09 Tipo de Usuario: CONTRIBUTIVO-COTIZANTE ESTRATO 2
Historia: 52220305
gistro de Admision No: 495300

tos Generales
storia: 52220305
E.A.P.B.: SALUD TOTAL E.P.S.
nvenio: CONTRIBUTIVO09
Fecha: 22/02/2010
ra: 23:39
ntificación
mbre: RUTH DE LA PAVA ORDOÑEZ
Edad: 37 Años
x Femenino
Finalidad del Proc.: TERAPEUTICO
rsonal que Atiende Proc.: OTRO
Dx Principal Proc.: PARO CARDIACO, NO ESPECIFICADO
do Ventilatorio
do Ventilatorio: Asisto Control
Dias de Ventilacion Mecanica: 1
ro Soporte de Oxigeno
ro Soporte de Oxigeno: Ninguno.
Dias de Oxigeno: 0
gnos Vitales
ecuencia cardiaca: 136
Frecuencia respiratoria: 20
tu n de 02: 70
Tensión arterial sistólica: 137
nsión arterial diastólica: 104
RACLINICOS
agenes Diagnosticas: EDEMA PULMONAR, COMPROMISO 4 CUADRANTES MURRAY 3.5
boratorios: GASES EN ACIDEMIA RESPIRATORIA SEVERA, DISFUNCION PULMONAR SEVERA
OLUCION
ta: INGRESA PACIENTE PROCEDENTE DE SALAS DE CIRUJIA EN MAL ESTADO GENERAL, INGRESA ASISTIDA CON AMBU, TUBO OROTRAQUEAL IMERO 7.5 FIJO EN COMISURA 21CM, EN EDEMA PULMONARE CON SANGRADO ABUNDANTE POR TUBO OROTRAQUEAL SE CONECTA A NTILACION MECANICA MODO A/C FRACCION DE OXIGENO 100%, PRESION TELESPIRATORIA:20, VOLOMEN CORRIENTE:350, SE AUSCULTA NTILACION DISMINUIDA ESTERTORES EN AMBOS CAMPOS PULMONARES INGRESA CON SOPORTE INOTROPICO, REQUIRIENDO COLOCACION DE DACION, Y MAS INOTROPIA, PACIENTE NOI MEJORA CONTINUA MUY DESATURADA, 22:00 REALIZO DREANJE POSTURAL E HIGIENE BRONQUIAL NIOBRAS DE ACELERACION DE FLUJO, OBTENIENDO SECRECIONES SANGUINOLENTAS EN ABUNDANTE CANTIDAD POR TUBO OROTRAQUEAL Y ICA, NO SE PRESENTO NINGUNA COMPLICACION DEJO VIA AEREA PERMEABLE, SE CAMBIA INMOVILIZADOR DE TUBO OROTRAQUEAL SIN MPLICACIONES POR PROTOCOLO SE COLOCA NARIZ DE CAMELLO Y SISTEMA DE SUCCION CERRADO NUMERO 14, PACIENTE NO MEJORA SE CIDE CAMBIO DE VENTILADOR POR UN SAVINA, SE CAMBIA SIN COMPLICACIONES, PACIENTE CONTINUA DESATURADA POR LO CUAL MEDICO DE RNO DECIDE CAMBI DE MODO VANTILATORIO SE PASA A MODO APRV CON RELACION INVERSA DE 1:1 MANEJANDO VOLUMEN CORRIENTE ENTRE Y 450ML, PRESION TELESPIRATORIA:20, PRESION MAXIMA:22, DEJO PACIENTE MEJORANDO SATURACION HASTA 82%.
AN: MANEJO DE VIA AEREA, VIGILANCIA Y MONITOREO, CONTROL DE GASES,
mbio Filtro Ventilador
mbio Filtro Ventilador: Si
mbio Sistema de Succión Cerrada
mbio Sistema de Succión Cerrada: Si

. MARIA DEL MAR ORTIZ
25277041
ecialidad. FISIOTERAPIA RESPIRATORIA EN CUIDADO CRITICO
gistro. no aplica

HISTORIA CLINICA

digo Plantilla:RC-0731
:ha Historia:23/02/2010 01:07 p.m.
jar y Fecha:BOGOTA,BOGOTÁ D.C. 23/02/2010 01:07 p.m.
:umento y Nombre del Paciente: CC 52220305 RUTH DE LA PAVA ORDOÑEZ
ministradora: SALUD TOTAL E.P.S. Convenio: CONTRIBUTIVO09 Tipo de Usuario: CONTRIBUTIVO-COTIZANTE ESTRATO 2
Historia: 52220305
gistro de Admision No: 495300

:os Generales
toria: 52220305 **Hora:** 13:03
:ha: 23/02/2010
ntificación
mbre: RUTH DE LA PAVA ORDOÑEZ **Edad:** 37 Años
:o: Femenino
RVICIO TRATANTE
vicio: UCI
NERAL
. Principal: J80X-SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA DEL ADULTO
talle Diagnostico: - POST RCP - ENCEFALOPATIA POST REANIMACION - TOXICIDAD POR BUPIVACAINA - SINDROME DE DISTRESS RESPIRATORIO
)RA) - CHOQUE CARDIOGENICO - FALLA RESPIRATORIA AGUDA HIPOXEMICA
bservaciones.: PACIENTE QUIEN A LAS 11:30HRS PRESENTA NUEVO PARO CARDIACO, SE REALIZA NOTA RETROSPECTIVA DESPUES DE RCP E
[redacted]IE A LA FAMILIA.
porte.: MULTIORGANICO : VENTILATORIO - METABOLICO - HEMODINAMICO -
tema Nervioso Central
sgow: 3 **Nota:** MIDRIASIS NO REACTIVA.
tema Cardiovascular
nsión arterial sistólica: 0 **Tensión arterial diastólica:** 0
[redacted]ia cardiaca: 0
[redacted]PACIENTE A LAS 11:30HRS PRESENTO PARO CARDIACO , INICIA CON BRADICARDIA EXTREMA , SE INICIA RCP CON COMPRESIONES TERNAS 120 POR MINUTO + AMBU FIO2 100% 22 RESPIRACIONES POR MINUTO , ADMINISTRACION DE ATROPINA IV HASTA 3MG TITULADOS RANTE LA REANIMACION, ASOCIADO A BOLOS TITULADOS CADA 3MIN DE ADRENALINA DE 1MG IV HASTA 10MG E INFUSION CONTINUA A MCG/KG/MIN Y SE ALTERNO CON UNA DOSIS DE VASOPRESINA DE 40UI IV, ADICIONALMENTE SE COLOCO GLUCONATO DE CALCIO 2 AMPOLLAS Y BICARBONATO DE SODIO 120MeQ/BOLO, DURANTE TODO ESTE TIEMPO SE MANTUVO NOREPINEFRINA A 2,5MCG/KG/MIN + ADRENALINA MCG/KG/MIN + DOBUTAMINA ENTRE 2-20MCG/KG/MIN, VASOPRESINA 4U/HORA, LEVOSIMENDAN 0.15MCG/KG/MIN , INFUSION DE LIQUIDOS NTENIENDO LA VARIABILIDAD DE VOL SISTOLICO < 14%. SE EVIDENCIA GRAN CANTIDAD DE SECRECION HEMATICA POR TUBO TRAQUEAL EL AL SE ASPIRA. LA PACIENTE PRESENTA ESTABILIZACION EN RITMO SINUSAL DESPUES DE 24MINTOS DE RCP AVANZADA , CONTINUA SOPORTE ILTIORGANICO + SOPORTE VENTILATORIO PROTECTOR EN PRESION CONTROL Y FIO2 100%. .SE LOGRA TENSION ARTERIAL 120/65 FRECUENCIA RDIACA 90 MANTENIENDO SOPORTE VENTILATORIO CON FRECUENCIA DE 25 POR MINUTO.
porte Inotropico o Vasopresor
porte Inotropico o Vasopresor: Si
tema Respiratorio
cuencia respiratoria: 25
ta: SE EVIDENCIO SALIDA DE MATERIAL HEMATICO POR TUBO ENDOTRAQUEAL. DIFICILMENTE SE MANTIENE LA SATURACION EN 55%. .
SCULTACION SIMETRICA - ESTERTORES BILATERAL.
porte Ventilatorio
p[redacted] Ventilatorio: Si **Otros:** 02 100% PIP 39 PEEP 25
[redacted]
do: Presion Control
tema Gastrointestinal
ta: ABDOMEN DISTENDIDO -
tema Renal
ta: OLIGOANURIA ULTIMAS HORAS.
po[redacted]ialitico
po[redacted]ialitico: No
tab[redacted]co y Nutricional
ta: GLUCOMETRIA ELEVADA EN MANEJO CON INSULINA.
porte Nutricional.
porte Nutricional.: Si
teteres, Infeccion y Cultivos
mperatura: 35.90
teter Central
teter Central: Si
ea Arterial
ea Arterial: Si
RACLINICOS
ctrocardiograma: ASISTOLIA , POSTERIOR A RCP TAQUICARDIA SINUSAL.
agenes Diagnosticas: ECOCARDIOGRAMA QUE MUESTRA FE < 20%
oratorios: GASOMETRIA ACIDEMIA MIXTA CON DISFUNCION PULMONAR. BUN 18 POTASIO 2,2 TRIGLICERIDOS 7012 SODIO 117 LACTICO 16
JCOS 5990 HEMOGLOBINA 10 HEMATOCRITO 30% PLAQUETAS 188000

lices de Severidad
n de Estudio y Manejo
tancia:: INTENSIVOS
mentarios: PACIENTE QUIEN SALE DEL SEGUNDO PARO DESPUES DE 24MINUTOS DE RCP, EN ESTADO DE INESTABILIDAD SEVERA CON CESIDAD DE DOSIS ELEVADAS DE INOTROPICOS Y VASOPRESORES. POR HIPOKALEMIA SE DECIDE BOLO DE POTASIO Y MAGNESIO. SE DA

ORME A LOS FAMILIARES Y SE ADVIERTE SOBRE EL RIESGO DE MUERTE. SE CONTINUO SOPORTE ORGANICO MULTISISTEMICO.
n de Estudio y Manejo: Continua en UCI RC:: 0731

. CARLOS JAIME HURTADO HURTADO
79426506
ecialidad. CUIDADO DEL PACIENTE EN ESTADO CRITICO ADULTO
gistro. [redacted]/92

HISTORIA CLINICA

digo Plantilla:RC-0731
:ha Historia:23/02/2010 01:43 p.m.
jar y Fecha:BOGOTA,BOGOTÁ D.C. 23/02/2010 01:43 p.m.
cumento y Nombre del Paciente: CC 52220305 RUTH DE LA PAVA ORDOÑEZ
ministradora: SALUD TOTAL E.P.S. Convenio: CONTRIBUTIVO09 Tipo de Usuario: CONTRIBUTIVO-COTIZANTE ESTRATO 2
Historia: 52220305
gistro de Admision No: 495300

tos Generales
itoria: 52220305 Hora: 13:39
:h 23/02/2010
n ación
mbre: RUTH DE LA PAVA ORDOÑEZ Edad: 37 Años
xo: Femenino
RVICIO TRATANTE
rvicio: UCI
NE[redacted]
. P pal: J80X-SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA DEL ADULTO
. R ionado 1: R570-CHOQUE CARDIOGENICO Dx. Relacionado 2: G934-ENCEFALOPATIA NO ESPECIFICADA
talle Diagnostico: - POST RCP - ENCEFALOPATIA POST REANIMACION - TOXICIDAD POR BUPIVACAINA - SINDROME DE DISTRESS RESPIRATORIO
)RA) - CHOQUE CARDIOGENICO - FALLA RESPIRATORIA AGUDA HIPOXEMICA
oblemas.: NUEVO PARO CARDIACO A LAS 12+40HRS ESTANDO CON SOPORTE VASOPRESOR CON NOREPINEFRINA 2,5MCG/KG/MIN + ADRENALINA
MCG/KG/MIN + DOBUTAMINA + LEVOSIMENDAN Y VASOPRESINA + SOPORTE VENTILATORIO EN PRESION CONTROL. SE ASISTE EN FORMA
MEDIATA Y SE INICIA RCP. SE REALIZA NOTA RETROSPECTIVA UNA VEZ SE TERMINA LA RCP Y SE DA INFORME A LA FAMILIA.
porte.: MULTIORGANICO
:tema Nervioso Central
sgow: 3 Nota: MIDRIASIS NO REACTIVA
:tema Cardiovascular
nsión arterial sistólica: 0 Tensión arterial diastólica: 0
:cuencia cardiaca: 0
ta: ESTANDO BAJO SOPORTE HEMODINAMICO CON VASOPRESORES E INOTROPICOS + FIO2 10%, SE INICIA A LAS 12+40HRS RCP AVANZADA ,
MPRESIONES TORACICAS + VENTILACION CON AMBU. ADMINISTRACION DE ATROPINA 3MG + ADRENALINA 3MG + CALCIO 1AMPOLLA + MAGNESIO
AMPOLLA Y NUEVO BOLO DE BICARBONATO DE SODIO DE 30MeQ. SE REALIZA RCP DURANTE 20MINUTOS SIN OBTERNERSE RESPUESTA,
CLARANDOSE FALLECIDA A LAS 13HRS.
porte Inotropico o Vasopresor
p Inotropico o Vasopresor: Si
:t a Respiratorio
:cuencia respiratoria: 25 Nota: SANGRADO POR TUBO TRAQUEAL. SATURACION DE O2 NO SENSA.
porte Ventilatorio
porte Ventilatorio: Si Otros: 02 100%
:do
:do esion Control
:ter astrointestinal
ta ABDOMEN DISTENDIDO
:tema Renal
ta: ANURICA
porte Dialitico
porte Dialitico: No
:tabolico y Nutricional
ta: HIPREGLICEMIA EN MANEJO CON INSULINA
porte Nutricional.
porte Nutricional.: Si
teteres, Infeccion y Cultivos
mperatura: 35.00
teter Central
teter Central: Si
:ea Arterial
:ea Arterial: Si
RACLINICOS
:ctrocardiograma: ASISTOLIA
agenes Diagnosticas: Ecocardiograma severa disfuncion ventricular izquierda con FE 20% e hipertension pulmonar leve
Bioquimicos: HIPERLACTATEMIA

:icos de Severidad
n de Estudio y Manejo

290

tancia:: INTENSIVOS
mentarios: PACIENTE QUIEN PRESENTA SDRA CON HIPOXEMIA REFRACTARIA - CHOQUE CARDIOGENICO REFRACTARIO, ENCEFALOPATIA OXOISQUEMICA. PRESENTA DEPRESION MIOCARDICA SEVERA POST PARO CARDIACO SECUNDARIO A TOXICIDAD POR ANESTESICOS LOCALES. TE ES EL TERCER PARO CARDIACO DEL CUAL NO SALE A PESAR DE MANIOBRAS DE REANIMACION AVANZADAS. SE INFORMA A LA FAMILIA A LAS 05HRS , Y SE SOLICITA FORMALMENTE NECROPSIA DE ACUERDO CON LA SIGUIENTE EVOLUCION: Paciente de 37 años asa 1 con fractura de radio tal derecho quien durante bloqueo interescalenico, con bupivacaina 50 mg + lidocaina al 1% con epinefrina 100 mg, presenta episodio convulsivo, y depresion ocardica. con actividad electrica sin pulso. Se inician maniobras de reanimacion cerebrocardiopulmonar el dia de ayer (22 febrero) , con intubacion orotraqueal, saje cardiaco externo, se inicia adrenalina 1 mg + infusion de 5 ampollas en goteo, entrando en fibrilacion ventricular, por lo cual se realiza desfibrilacion con 300 les, se continua masaje cardiaco externo durante 45 minutos y se coloca infusion de Lyposin 1750 cc, en 20 minutos, La paciente revierte a ritmo sinusal despues 45 minutos de reanimacion avanzada. Se continua soporte ventilatorio y hemodinamico. Se traslada a cubiculo No. 9 de la UCI. Durante la hora y media de ancia en la Unidad se ha instaurado manejo ventilatorio protector dadas las presiones elevadas en la via aerea, se ha soportado con noradrenalina en un intento a desmontar la adrenalina , se ha admministrado bolo de manitol , se ha iniciado proteccion cerebral con tiopental sodico + enfriamiento con sabanas frias y hielo al , infusion de diuretico de asa ; se coloco linea arterial femoral derecha sin complicaciones previa asepsia y antisepsia mediante tecnica Seldinger, puncion ca. Se dio informe a familiares (esposo y hermana) en cuanto al mal pronostico neurologico y riesgo de muerte. La paciente se mantiene con soporte ventilatorio otector + hemodinamico vasopresor , sin presentar evolcion favorable, presentado 2 paros cardiacos en uci , no saliendo del ultimo. Se solicita necropsia.
an de Estudio y Manejo: Muerte. RC:: 0731

. WILLIAM GUTIERREZ LOMBANA
7534157
pecialidad. CUIDADO DEL PACIENTE EN ESTADO CRITICO ADULTO
gistro. 7534157

HISTORIA CLINICA

digo Plantilla:PSICO CPO
cha Historia:23/02/2010 02:25 p.m.
gar y Fecha:BOGOTA,BOGOTÁ D.C. 23/02/2010 02:25 p.m.
cumento y Nombre del Paciente: CC 52220305 RUTH DE LA PAVA ORDOÑEZ
adora: SALUD TOTAL E.P.S. Convenio: CONTRIBUTIVO09 Tipo de Usuario: CONTRIBUTIVO-COTIZANTE ESTRATO 2
Historia: 52220305
gistro de Admision No: 495300

tos Generales
storia: 52220305 Convenio: CONTRIBUTIVO09
ra: 14:21 Fecha: 23/02/2010
A.P.B.: SALUD TOTAL E.P.S. Natural de: BOGOTÁ D.C.
reccion: CL 12 73A 75 Estado Civil: Soltero
ntificación
mbre: RUTH DE LA PAVA ORDOÑEZ Edad: 37 Años
xo: Femenino Telefono: 7025964
usa Externa: OTRA Finalidad de la Consulta: No Aplica
VOLUCION
ta: Se realiza apoyo familiar desde las 11:40 del día, a los padres, esposo, hijo, hermana y demás familiares presentes , quienes se encuentran en etapa de gación ante la probabilidad de muerte, la tía materna de Ruth manifiesta que hace aproximadamente un mes falleció la abuela materna, situación que ha rementado la ansiedad y angustia, ellos manifiestan sus pensamientos y emociones mediante el llanto. El acompañamiento emocional se realizo de forma nte hasta el fallecimiento de la paciente, permitiéndoseles el ingreso a los familiares para realizar un proceso de despedida (duelo), se realiza orientación a ti aterna frente al manejo de la información con el hijo de Ruh (11 años) quien se encuentra bajo el cuidado de una tia, el esposo de Ruth comunico la noticia a olescente telefónicamente, se le brinda orientación frente al proceso de duelo y se sugiere acompañamiento permanente con los hijos permitiendoles la expresion emociones para facilitar la aceptacion ante la perdida.
presión Diagnostica
. Principal: Z634-PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA DESAPARICION O MUERTE DE UN MIEMBRO DE LA FAMILIA
o d Diagnostico Principal: CONFIRMADO NUEVO

an Estudio y Manejo
stino del Paciente
lida: NO Control: NO
misión: NO Urgencia: NO
::

. ROCIO DEL PILAR VILLARRAGA PLAZAS
52310807
pecialidad. PSICOLOGIA
gistro. 52310807

HISTORIA CLINICA

digo Plantilla:RC-0731
cha Historia:23/02/2010 04:19 a.m.
gar y Fecha:BOGOTA,BOGOTÁ D.C. 23/02/2010 04:19 a.m.
cumento y Nombre del Paciente: CC 52220305 RUTH DE LA PAVA ORDOÑEZ

ninistradora: SALUD TOTAL E.P.S. Convenio: CONTRIBUTIVO09 Tipo de Usuario: CONTRIBUTIVO-COTIZANTE ESTRATO 2
Historia: 52220305
gistro de Admision No: 495300

:os Generales
toria: 52220305 Hora: 04:15
:ha: 23/02/2010
ntificación
mbre: RUTH DE LA PAVA ORDOÑEZ Edad: 37 Años
co: Femenino
RVICIO TRATANTE
vicio: [redacted]
NERAL
Principal: I460-PARO CARDIACO CON RESUCITACION EXITOSA
:alle Diagnostico: - POST RCP - ENCEFALOPATIA POST REANIMACION - TOXICIDAD POR BUPIVACAINA - SINDROME DE DISTRESS RESPIRATORIO - OQUE CARDIOGENICO Problemas.: ENCEFALOPATIA - SDRA - HIPOXEMIA
porte.: MULTIORGANICO: VENTILATORIO PROTECTOR - HEMODINAMICO - NEUROLOGICO
tema Nervioso Central
sgow: 3 Nota: SEDADA PUPILAS MIDRIATICAS DER 7MM IZQ 6MM
tema Cardiovascular
nsión arterial sistólica: 140 Tensión arterial diastólica: 90
cuencia cardiaca: 119
ta: PVC 3 TAM 114 VARAIABILIDAD DE VOL SISTOLICO 27% VOL SISTOLICO 30 GASTO CARDIACO 5 SOPORTE CON NOREPINEFRINA / ADRENALINA SOPRESINA - TAQUICARDIA SINUSAL.
porte Inotropico o Vasopresor
p[redacted] Inotropico o Vasopresor: Si
te[redacted] Respiratorio
cuencia respiratoria: 25 Nota: ESTERTORES BILATERAL SATURACION DE 02 80%
porte Ventilatorio
porte Ventilatorio: Si
os: APRV Fi02 80% PIP 33 PEEP 20 TIEMPO INSPIRATORIO 1,0 RELACION IE 1:1 , SE PASO A PRESION CONTROL DEBIDO A PERSISTENCIA DE OXEMIA + PRESIONES PICO DE LA VIA AEREA ELEVADAS.
do[redacted]
do[redacted]esion Control
tema Gastrointestinal
ta: LEVE DISTENSION ABDOMINAL.
tema Renal
resis (cc/kg/hora): 0.90 Balance Hidrico del Dia (cc): 1517+
ta: HEMATURIA MENOS INTENSA.
porte Dialitico
porte Dialitico: No
tabolico y Nutricional
ta: MANEJO CON INSULINA , GLUCOMETRIA 168MG% - 220MG%
porte Nutricional
porte Nutricional.: Si
teteres, Infeccion y Cultivos
mperatura: 35.00
teter Central
teter Central: Si
ea Arterial
[redacted]terial: Si
[redacted] LINICOS
ctrocardiograma: SINUSAL. Imagenes Diagnosticas: RX TORAX INFILTRADOS BILATERAL
oratorios: PaO2/FIO2 76 BE -23 PHa 6,9 PaCO2 41 PvO2 42

lices de Severidad
n d[redacted]studio y Manejo
tan[redacted] INTENSIVOS
m[redacted]rios: PESIMO ESTADO GENERAL, NECESIDAD DE DOSIS ELEVADA DE VASOPRESORES PARA ASEGURAR PRESIONES DE PERFUSION. OXEMIA REFRACTARIA. SE REALIZA RETO DE VOLUMEN 5CC/KG, PRESENTANDO DISMINUCION DE VARIABILIDAD DE VOL SISTOLICO HASTA 18% EJORIA DE VOL SISTOLICO HASTA 50 Y GASTO CARDIACO A 5,5. SE CONTINUA APOYO ORGANICO MULTIPLE + AUMENTO DE LIQUIDOS DE BASE..
n de Estudio y Manejo: Continua en UCI RC:: 0731

.. CARLOS JAIME HURTADO HURTADO
79426506
ecialidad. CUIDADO DEL PACIENTE EN ESTADO CRITICO ADULTO
gistro. 018642/92

HISTORIA CLINICA

digo Plantilla:RC 1113
cha Historia:23/02/2010 04:32 a.m.
gar y Fecha:BOGOTA,BOGOTÁ D.C. 23/02/2010 04:32 a.m.
cumento y Nombre del Paciente: CC 52220305 RUTH DE LA PAVA ORDOÑEZ
ministradora: SALUD TOTAL E.P.S. Convenio: CONTRIBUTIVO09 Tipo de Usuario: CONTRIBUTIVO-COTIZANTE ESTRATO 2

C4

202

Historia: 52220305
gistro de Admision No: 495300

tos Generales
itoria: 52220305 E.A.P.B.: SALUD TOTAL E.P.S.
nvenio: CONTRIBUTIVO09 Fecha: 23/02/2010
ra: 04:28
ntificación
mbre: RUTH DE LA PAVA ORDOÑEZ Edad: 37 Años
xo: Femenino Finalidad del Proc.: TERAPEUTICO
rsonal que Atiende Proc.: OTRO Dx Principal Proc.: PARO CARDIACO, NO ESPECIFICADO
do Ventilatorio
do Ventilatorio: Otro. Cual: APRV
is de Ventilación Mecanica: 1
o Soporte de Oxigeno
o Soporte de Oxigeno: Ninguno. Dias de Oxigeno: 0
nos Vitales
cuencia cardíaca: 107 Frecuencia respiratoria: 25
uracion de 02: 80 Tensión arterial sistólica: 132
nsión arterial diastólica: 85
RACLINICOS
agenes Diagnosticas: NO SE SOLCIITARON
oratorios: GASES QUE MUESTRAN ACIDEMIA RESPIRATORIA DISFUNCION PULMONAR SEVERA,
OLUCION
ta: PACIENTE EN CAMA, EN MAL ESTADO GENERAL, HIPOTERMICA, TAQUICARDICA, TENDENCIA A LA HIPERTENSION, CON IGUAL SOPORTE DE OTROPIA, INSULINA, DIURETICO, PENTHOTAL, Y SEDACION, OLIGURICA, PRESENTANDO HIPERGLICEMIAS, EN VENTILACION MECANICA A PRESION AL VENTILADOR, CON IGUALES PARAMETROAS A LAS 4:00 AM MEDICO DE TURYNO DISMINUYE FRACCION DE OXIGENO AL 80% Y SE AUMENTA LA FRACUENCIA RESPIRATORIA A 28 4:00 REALIZO DRENAJE POSTURAL E HIGIENE BRONQUIAL, MANIOBRAS DE ACELERACION DE FLUJO TENIENDO SECRECIONES MUCOSANGUINOLENTAS EN MODERADA CANTIODAD POR TUBO OROTRAQUEAL BOCA, NO SE PRESENTO NINGUNA COMPLICACION DEJO VIA AEREA PERMEABLE, PLAN: MANEJO DE VIA AEREA, VIGILANCIA Y MONITOREO,
mbio Filtro Ventilador
mbio Filtro Ventilador: No
[redacted]Sistema de Succión Cerrada
[redacted]istema de Succión Cerrada: No

. MARIA DEL MAR ORTIZ
25277041
pecialidad. FISIOTERAPIA RESPIRATORIA EN CUIDADO CRITICO
gistro. no aplica

HISTORIA CLINICA

digo Plantilla:RC-0731
cha Historia:23/02/2010 05:46 a.m.
gar y Fecha:BOGOTA,BOGOTÁ D.C. 23/02/2010 05:46 a.m.
cumento y Nombre del Paciente: CC 52220305 RUTH DE LA PAVA ORDOÑEZ
Tramitadora: SALUD TOTAL E.P.S. Convenio: CONTRIBUTIVO09 Tipo de Usuario: CONTRIBUTIVO-COTIZANTE ESTRATO 2
Historia: 52220305
gistro de Admision No: 495300

tos Generales
itoria: 52220305 Hora: 05:42
cha: 23/02/2010
ntificación
mbre: RUTH DE LA PAVA ORDOÑEZ Edad: 37 Años
xo: Femenino
RVICIO TRATANTE
rvicio: UCI
NERAL
. Principal: I460-PARO CARDIACO CON RESUCITACION EXITOSA
. Relacionado 1: J80X-SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA DEL ADULTO
. Relacionado 2: R570-CHOQUE CARDIOGENICO
talle Diagnostico: - POST RCP - ENCEFALOPATIA POST REANIMACION - TOXICIDAD POR BUPIVACAINA - SINDROME DE DISTRESS RESPIRATORIO - CHOQUE CARDIOGENICO
oblemas.: SDRA CON HIPOXEMIA REFRACTARIA - CHOQUE - ENCEFALOPATIA
porte.: VASOPRESOR - METABOLICO - NEUROLOGICO - VENTILATORIO EN PRESION CONTROL
tema Nervioso Central
ta: BAJO SEDACION BARBITURICA, PUPILAS MIDRIATICAS
tema Cardiovascular
nsión arterial sistólica: 132 Tensión arterial diastólica: 85
cuencia cardíaca: 107
ta: PACIENTE CON SOPORTE CON VASOPRESINA + NOREPINEFRINA . RUIDOS CARDIACOS RITMICOS TAQUICARDICOS. VARIABILIDAD DE VOL SISTOLICO 18% VOL SISTOLICO 49 GASTO CARDIACO 5.4
porte Inotropico o Vasopresor
porte Inotropico o Vasopresor: Si

293

tema Respiratorio
cuencia respiratoria: 28
ta: ESTERTORES BILATERAL - SATURACION DE O2 ENTRE 65 Y 80%. ACOPLADA A VENTILACION MECANICA.
porte Ventilatorio
porte Ventilatorio: Si
Otros: APRV 02 80% PEEP 20 PIP 35
do
do: Presion Control
tema Gastrointestinal
ta: ABDOMEN BLANDO
tema Renal
resis (cc/kg/hora): 0.90
Balance Hidrico del Dia (cc): 2288+
ta: CON FUROSEMIDA IV
porte Dialitico
porte Dialitico: No
tabolico y Nutricional
ta: RECIBE INFUSION DE INSULINA - GLUCOMETRIA 170-144MG%
porte Nutricional.
porte Nutricional.: Si
teteres, Infeccion y Cultivos
mperatura: 35.00
ta: EN ESTRATEGIA DE HIPOTERMIA LEVE PARA PROTECCION CEREBRAL
teter Central
teter Central: Si
ıea Arterial
ıea Arterial: Si
R CLINICOS
Cardiograma: SINUSAL. TAQUICARDIA.
Imagenes Diagnosticas: INFILTRADOS EN 4 CUADRANTES PULMONARES
boratorios: ACIDEMIA SEVERA MIXTA - DISFUNCION PULMONAR SEVERA - SATURACION DE 02 VENOSO BJA.

lices de Severidad
ın de Estudio y Manejo
tancia:: INTENSIVOS
rios: PACIENTE EN PESIMO ESTADO GENERAL CON REQUERIMIENTO ELEVADO DE VASOPRESORES , MOSTRANDO HIPOPERFUSION
A. SE CONTINUA MANEJO EN PRESION CONTROL APRV COMO PROTECCION PULMONAR , SIN EMBARGO LA HIPOXEMIA ES REFRACTARIA.
NTINUA CON SEDACION BARBITURICA. UNA VEZ MEJORE LA VARIABILIDAD DE VOL SISTOLICO SE INICIARIA LEVOSIMENDAN.
ın de Estudio y Manejo: Continua en UCI
RC:: 0731

_____
. CARLOS JAIME HURTADO HURTADO
79426506
pecialidad. CUIDADO DEL PACIENTE EN ESTADO CRITICO ADULTO
gistro. 018642/92

HISTORIA CLINICA

digo Plantilla:RC-0731
historia:23/02/2010 09:08 a.m.
Fecha:BOGOTA,BOGOTÁ D.C. 23/02/2010 09:08 a.m.
cumento y Nombre del Paciente: CC 52220305 RUTH DE LA PAVA ORDOÑEZ
ministradora: SALUD TOTAL E.P.S. Convenio: CONTRIBUTIVO09 Tipo de Usuario: CONTRIBUTIVO-COTIZANTE ESTRATO 2
Historia: 52220305
gistro de Admision No: 495300

tos nerales
sto 52220305
Hora: 09:04
cha: 23/02/2010
ntificación
mbre: RUTH DE LA PAVA ORDOÑEZ
Edad: 37 Años
xo: Femenino
RVICIO TRATANTE
rvicio: UCI
NERAL
. Principal: J80X-SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA DEL ADULTO
. Relacionado 1: I460-PARO CARDIACO CON RESUCITACION EXITOSA
Dx. Relacionado 2: R570-CHOQUE CARDIOGENICO
. Relacionado 3: G934-ENCEFALOPATIA NO ESPECIFICADA
talle Diagnostico: - POST RCP - ENCEFALOPATIA POST REANIMACION - TOXICIDAD POR BUPIVACAINA - SINDROME DE DISTRESS RESPIRATORIO
DRA) - CHOQUE CARDIOGENICO - FALLA RESPIRATORIA AGUDA HIPOXEMICA
oblemas.: SDRA - FALLA RESPIRATORIA - CHOQUE - LESION CEREBRAL -
porte.: VASOPRESOR CON NOREPINEFRINA Y VASOPRESINA + INOTROPICO CON LEVOSIMENDAN - VENTILATORIO PROTECTOR EN APRV -
UROLOGICO BAJO SEDACION BARBITURICA - METABOLICO CON INSULINA IV - HIPOTERMIA LEVE PARA PROTECCION CEREBRAL
stema Nervioso Central
asgow: 3
Nota: SEDACION BARBITURICA. PUPILAS MIDRIATICAS EN 7MM..
n arterial sistólica: 119
Tensión arterial diastólica: 70
cuencia cardiaca: 104
ta: PVC 6 TAM 80 MMHG - RUIDOS CARDIACOS RITMICOS TAQUICARDICOS - SOPORTE CON VASOPRESINA 4UI/HR + NOREPINEFRINA

MCG/KG/MIN + LEVOSIMENDAN 0.15MCG/KG/MIN. SE LOGRO DESMONTAR LA ADRENALINA. RUIDOS CARDIACOS RITMICOS TAQUICARDICOS
STO CARDIACO 5,6 VARIABILIDAD DE VOL SISTOLICO 12 A 19% VOL SISTOLICO 37 INDICE CARDIACO 3,3
porte Inotropico o Vasopresor
porte Inotropico o Vasopresor: Si
tema Respiratorio
cuencia respiratoria: 30
ta: RUIDOS RESPIRATORIOS SIMETRICOS - ACOPLADA A VENTILADOR. ESTERTORES BILATERALES. NO ENFISEMA EN TORAX, AUNQUE PRESENTA
EMA Y EQUIMOSIS DE CUELLO. SATURACION DE 02 ENTRE 65 Y 79%.
porte Ventilatorio
porte Ventilatorio: Si
Otros: APRV PIP 39 PEEP 25 FIO2 1.0 FR 30
do
do: Presion Control
tema Gastrointestinal
ta: ABDOMEN DISTENDIDO.
tema Renal
iresis (cc/kg/hora): 0.70
Balance Hidrico del Dia (cc): 3719+
porte Dialitico
porte Dialitico: No
tabolico y Nutricional
ta: RECIBE INSULINA IV PARA CONTROL DE GLUCOSA. GLUCOMETRIA 124-140-144MG%
porte Nutricional.
porte Nutricional.: Si
teteres, Infeccion y Cultivos
nperatura: 35.00
ta: LA TEMPERATURA ES INFERIOR A 35GRADOS. SE HA MANTENIDO CON HIPOTERMIA PARA MANEJO DE LESION CEREBRAL.
te Central
te Central: Si
ıea Arterial
ıea Arterial: Si
RACLINICOS
ıctrocardiograma: SINUSAL.
Imagenes Diagnosticas: INFILTRADOS EN 4 CUADRANTES PULMONARES
oratorios: GASOMETRIA PaO2/FIO2 73 PHa 6,97 PaCO2 47 BE -21 REO2 33% SvcO2 48% DavO2 3,4 LABORATORIOS NO LEE POR SUERO LIPIDICO.

lic e Severidad
ın de Estudio y Manejo
tancia:: INTENSIVOS
mentarios: PACIENTE EN MAL ESTADO GENERAL CON HIPOXEMIA REFRACTARIA Y CHOQUE REFRACTARIO. SE CONTINUA MANEJO VASOPRESOR
NOTROPICO CON LEVOSIMENDAN GUIADO MEDIANTE MONITORIA DE GASTO CARDIACO CONTINUO. SE MANTIENE SEDACION BARBITURICA Y
OTECCION CEREBRAL. SE CONTINUA SOPORTE VENTILATORIO PROTECTOR. PESIMO PRONOSTICO (FAMILIA ENTERADA). TIENE ESBOZO DE
FUERZO INSPIRATORIO, PARA FACILITAR MANEJO VENTILATORIO SE DA UN BOLO DE VECURONIO IV.
ın de Estudio y Manejo: Continua en UCI
RC:: 0731

. CARLOS JAIME HURTADO HURTADO
79426506
pecialidad. CUIDADO DEL PACIENTE EN ESTADO CRITICO ADULTO
g 018642/92

HISTORIA CLINICA

digo Plantilla:RC 1113
cha Historia:23/02/2010 12:58 p.m.
gar Fecha:BOGOTA,BOGOTA D.C. 23/02/2010 12:58 p.m.
cu o y Nombre del Paciente: CC 52220305 RUTH DE LA PAVA ORDOÑEZ
mi adora: SALUD TOTAL E.P.S. Convenio: CONTRIBUTIVO09 Tipo de Usuario: CONTRIBUTIVO-COTIZANTE ESTRATO 2
Historia: 52220305
gistro de Admision No: 495300

tos Generales
storia: 52220305
E.A.P.B.: SALUD TOTAL E.P.S.
nvenio: CONTRIBUTIVO09
Fecha: 23/02/2010
ra: 12:54
ntificación
mbre: RUTH DE LA PAVA ORDOÑEZ
Edad: 37 Años
xo: Femenino
Finalidad del Proc.: TERAPEUTICO
rsonal que Atiende Proc.: OTRO
Dx Principal Proc.: PARO CARDIACO, NO ESPECIFICADO
ıdo Ventilatorio
ıdo Ventilatorio: Asisto Control
Dias de Ventilacion Mecanica: 2
ro Soporte de Oxigeno
ro Soporte de Oxigeno: Ninguno.
Dias de Oxigeno: 0
ınos Vitales
ecuencia cardiaca: 103
Frecuencia respiratoria: 25
turacion de 02: 65
Tensión arterial sistólica: 137
nsión arterial diastólica: 72
RACLINICOS
agenes Diagnosticas: PLACA DE TORAX CON EDEMA PULMONAR CUATRO CUADRANTES MURRAY 3,5

945

oratorios: GASES ARETRIOVENOSOS AIDEMIA MIXTA CON DISFUCNION PULMONAR SEVERA, SATURACION VENOSA DE 48% INDICAMNDO UNA OPERFUSION TISULAR

OLUCION

a: 6:00 RECIBO PACIENTE EN LA UNIDAD EN MAL ESTADO GENERAL CON SOPORTE DE NORADRENALINA , BIVARBONATO, VASOPRESINA, /OSIMELDAN , FENTANYL, FUROSEMIDA, , INSULINA , ADRENALINA.EN VENTILACION MCANICA APRV FIO2 80% FRECUENCIA R4ESPISRATORIA OGRAMADA DE 28 PEEP MAXIMO 35 PEEP MINOMO 20 REALIZANDO VOLUMEN CORRITE 440 (7ML / KG DE PESO) CON PATRON ISMTRICA CAMPOS LMONARES VENTILADOS COIN SANGRADO POR BOCA SE REALZIA SUCCION POR TUBO OROTRAQUEAL Y BOCA OBTENUIENDOSE MATERIAL NGUINEOLENTO. A LAS 9: 00 SE TOMAN GASES ARTERIOVENOSOS DE CONTROL DONDE NO SE REPOTEÇAN VALORES DE PH, HCO3, TURACION VENOSA Y ARTERIAL REPORTANDOSE SOLAMENTE PO2 54, PCO2 66 (VALORES ARTERIALES) PVO2 32 PCO2 82 (MUESTRA VENOSA) , REPORTEÇAN ESTOS RESULATDOS POR P'RESENCVIA DE MUESTRA CON CONTENIDO DE LIPIDOS, A LAS 11:30 PACIBENTE PRESENTA PARO RDIORESPISRATORIAO SE ASISTE PARO CON VENBTILACION CON AMBU, SE REALIZAN MANIOBRAS DE REALIMACION POR PARTE DEL CUERPO SISTENCIS A LAS 11:56 PACIENTE PRESENTA ACTIVIDAD CARDICA SE AJUSTAN INOTROPICOS Y SE CONECTA DE NUEVO A VENTILACION CANICA CON PEEP 12 FIO2 100% PRESION CONTROL 30 MANEJONADO VOLUMEN CORRIENTE 550 SE REALIZA SUCCION DURANTE TODO EL OICEDIUMENTYO DE RENIMACION MATERAL SANGUINEOLENTO ABUNDANTE, A LAS 12;40 PACIENTE P'RESENTA DE NUEVO PARO RDIRESPISRTATORIO SE REALZIAN MANIOBRAS DE REANIMACION SE ASISTE MANIOBRAS PACIENTE A LAS 1;00 PACVIENTE FALLECE.

AN: PACIENTE FALLECE

nbio Filtro Ventilador

nbio Filtro Ventilador: No

nbio Sistema de Succión Cerrada

nbio Sistema de Succión Cerrada: No

HANA ASTRID NAVARRO PEÑA
52708027
ecialidad. FISIOTERAPIA RESPIRATORIA EN CUIDADO CRITICO
gistro. 52708027

HISTORIA CLINICA
CENTRO POLICLINICO DEL OLAYA
Nit. 800149453
Dir. CARRERA 21 NO 22 68 SUR - Tel. 3612888

idigo Plantilla:ENF_AMBUL
cha Historia:20/02/2010 05:46 p.m.
gar y Fecha:BOGOTA,BOGOTÁ D.C. 20/02/2010 05:46 p.m.
icumento y Nombre del Paciente: CC 52220305 RUTH DE LA PAVA ORDOÑEZ
Historia: 52220305
ención: Ambulatorio

itos Generales
storia: 52220305 — Nombre: RUTH DE LA PAVA ORDOÑEZ
lad: 37 Años — Estado Civil: Soltero
cha: 20/02/2010 — Hora: 17:45

gnos Vitales y Datos Corporales
.:: CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MUÑECA Y DE LA MAN — Tensión arterial sistólica: 0
nsión arterial diastólica: 0 — Frecuencia cardiaca: 0
ecuencia respiratoria: 0 — Peso(Klg): 0
mperatura: 37,00
cesos Corporales.
ota: NINGUNO
BSERVACIONES
AN: ADMISNTIRACION DE MEDICAMENTOS ORDENADOS
ota: 15:35 INGRESA PACIENTE A SALA DE PROCMIENTOS DESPEIRTO ALERTA DEAMBULANDO POR SUS PROPISO MEDIOS CONTROLANDO SF[illegible]TERES Y SIN EDEMAS
E[illegible]E XPLICA EL PROCEMIENTO Y SE LE ADMISNTRA VIA INTRAMUSCULAR DICLOFEANC SODICO 75 MG SIN COMPLICACION
edicamentos
ota: DICLOFENAC SODICO 75 MG
JERINGA 10CC — RC: RC-0610

NF. ANDREA NUÑEZ ARIZA
C 52966707
pecialidad. ENFERMERIA
egistro. 52966707

HISTORIA CLINICA

digo Plantilla:ENF_AMBUL
cha Historia:21/02/2010 04:11 a.m.
gar y Fecha:BOGOTA,BOGOTÁ D.C. 21/02/2010 04:11 a.m.
cumento y Nombre del Paciente: CC 52220305 RUTH DE LA PAVA ORDOÑEZ
Historia: 52220305
ención: Ambulatorio

ar Generales
s[illegible]a: 52220305 — Nombre: RUTH DE LA PAVA ORDOÑEZ
lad: 37 Años — Estado Civil: Soltero
cha: 21/02/2010 — Hora: 04:10

gnos Vitales y Datos Corporales
.:: Fx de la epifisis inferior del radio. — Tensión arterial sistólica: 0
nsión arterial diastólica: 0 — Frecuencia cardiaca: 0
ec[illegible]ia respiratoria: 0 — Peso(Klg): 0
m[illegible]tura: 37,00
ces[illegible] Corporales.
ota: na
BSERVACIONES
AN: na.
ota: 19+12 Se dan vendajes para inmovilizacion del paciente! Venda elastica 4,5 (2) Venda de yeso 4,5 (2) y venda algodon laminado 4,5 (2),
edicamentos
ota: NA. — RC: RC-0610

NF. JAIME ALBERTO PAEZ REYES
C 1023887055
pecialidad. ENFERMERIA
egistro. 1023887055

HISTORIA CLINICA

digo Plantilla:ENFHOSP

cha Historia:22/02/2010 07:39 p.m.
gar y Fecha:BOGOTA,BOGOTÁ D.C. 22/02/2010 07:39 p.m.
cumento y Nombre del Paciente: CC 52220305 RUTH DE LA PAVA ORDOÑEZ
ministradora: SALUD TOTAL E.P.S. Convenio: STOTALVS09 Tipo de Usuario: CONTRIBUTIVO-COTIZANTE ESTRATO 2
Historia: 52220305
gistro de Admision No: 495163

tos Generales
toria: 52220305 Nombre: RUTH DE LA PAVA ORDOÑEZ
ad: 37 Años Sexo: Femenino
nvenio: STOTALVS09 Fecha: 22/02/2010
AGNOSTICO
.:: CX CANCELADA OSTEOSINTESIS DE RADIO DERECHO
cesos Corporales.
noso Central: NO Arteriales.: NO
ndas Gastricas: NO Sonda Vesical.: NO
riferico: SI Observaciones: NO APLICA
PORTE NUTRICIONAL
teral: NO Oral: NO
renteral: NO Observación: SI
GISTROS DE ENFERMERÍA
ta: 18+00 paciente programada para reduccion de fractura de radio distal derecho a quien se le practicá bloqueo interescalenico en msd con bupivacaina 50 mg
s lidocaina 1% con epinefrina 100 mg, presenta un episodio convulsivo+ depresion miocardica, se administran 3 mg de midazolam y 100 mcg de pentotal se
ian maniobras de reanimacion cardiocereborpulmonar se realiza intubacion orotraqueal tubo 7.5 se fija se inicia masaje cardiaco externo, reanimacion con
idos endovenosos por vena periferica en msi se infunden en total 10 ampollas de epinefrina y 4 ampollas de atropina se infunden pro prescripcion del dr Tarazon.
de liposyn, en visoscopio se aprecia paciente con fibrilacion por lo cual se realiza desfibrilacion con carga de 300 julios se continua de manera intensiva
cardiaco externo directo se canaliza vena periferica en mii con yelco 18 unica puncion se continua infusion de lyposin , se continua masaje cardiaco externo
realiza una nueva descarga de 360 julios se continua masaje externo luego de 45 minutos sale paciente a ritmo sinusal, se suspende masaje continua paciente
intubacion orotraqueal se aspiran secresiciones por boca y tubo, se obtiene material sanguinolento paciente normotensa desaturada,, se administra cisatracurio
realiza paso de cateter venoso central subclavio izquierdo bilumen se conecta a equipo de pvc manual se deja con goteo de 500 cc de ssn + 5 ampollas de
enalina previas medidas de asepsia y antisepsia se hace paso de sonda vesical a cistoflo se obtiene orina clara, en sala de cirugia se toma placa de rx de torax y
ctrocardiograma, gases arteriales, se leen reportes
+2 [redacted]ciente es valorada por medico intensivista quien indica traslado a cuidados intensivos, se traslada paciente en compañia de anestesiolog, aux de enfermeri
nfe[redacted]a jefe en camilla con intubacion orotraqueal conectada a ambu, cateter venoso central subclavio izquierdo bilumen con equipo de pvc y goteo de
enalina, vena periferica en msi con goteo de ssn y en mii con goteo de ssn sonda vesical a cistoflo, ferula de yeso en msd mas vendaje elastico se realizan
nites administrativos para cierre de registro medico , dra Navas da informacion a los familiares

F. FABIO NELSON VARGAS
80116093
pecialidad. ENFERMERIA
gistro. 80116093

HISTORIA CLINICA

digo Plantilla:ENFUCIA
historia:23/02/2010 12:43 a.m.
Fecha:BOGOTA,BOGOTÁ D.C. 23/02/2010 12:43 a.m.
cumento y Nombre del Paciente: CC 52220305 RUTH DE LA PAVA ORDOÑEZ
ministradora: SALUD TOTAL E.P.S. Convenio: CONTRIBUTIVO09 Tipo de Usuario: CONTRIBUTIVO-COTIZANTE ESTRATO 2
Historia: 52220305
gistro de Admision No: 495300

tos [redacted]nerales
sto[redacted]52220305 Nombre: RUTH DE LA PAVA ORDOÑEZ
ad: [redacted] Años Sexo: Femenino
nvenio: CONTRIBUTIVO09 Fecha: 23/02/2010
AGNOSTICO
.:: POPT REANIMACIONCARDIOPULMONARINTOCON BUPIROP
CALAS
ACHE: 29 TISS: 42
cesos Corporales.
noso Central: NO Arteriales.: SI
ndas Gastricas.: SI Sonda Vesical.: SI
riferico: SI
servaciones: SOPORTE VENTILATORIO TUBOOROTRAQUEAL, SONDA OROGASTRIC AA DRENAJE SE OBSERVA SECRECION HEATICO, CON
TETER CNETRAL SUB CLAVIO DERECHO PERMEABLE INICIALMENT EINGRESA CON SOPORTE VASOPRESOR ADRENALINA, SE COMPLEMENTA
N NORADRENALINA Y POSTERIORMENTE CON VASOPRESINA POR INESTABILIDAD HEMODINAMICA, , CATETER PERIFERIOC EN MIENBRO
PEIROR IZQUEIRDO PERMEABEL LINEA ARTERIAL FEMORAL DERECHA PREVIO PASO EN LA UNIDAD AL INGRESO , ELIMINANDO POR SONDA
SICAL DIURESIS HEMATURICA, NADA VIA ORAL.
PORTE NUTRICIONAL
teral: NO Oral: NO
renteral: NO Observación: SI
GISTROS DE ENFERMERÍA
ta: 20H INGRESA PACIENTE A LA UNIDAD PROVENIENTE DEL SERVICIO D E SALAS D E CIRUGIA CON UN DIAGNOSTICO MEDICO D E POST
ANIMACION

OLONGADA POR INTOXICACION POR BUPIROP, SE OBSERVA PACIENTE EN MUY MALAS CONDICIONES GENERALES S E UBICA EN LA UNIDA SE NITORIZA SE TOMA GLUCOMETRIA DE INGRESO, ELECTRO NO POR TOMA DE ELECTROCARDIOGRAMA NO MENOR A MEDIA HORA EN SALAS D IRUGIA, SE MONITORIZA S EOBSERVA PACIENTE CON MUY MAL PATRON RESPIRATORIO CON HEMOTIPSIS POR TUBO OROTRAQUEAL, CON LIDEZ GENERALIZADA CON FELULA EN EXTREMIDAD SUPERIO DERECHA, POR ORDEN MEDICA SE INICIA SOPORTE VASOPRESOR CON RADRENALINA Y SE INICIA DESTETE DE ADRENALINA, SEGUN TOLERANCIA Y ESTADO HEMODINAMCIO D ELA PACIENTE , EL DOCTOR PREVIAS DIIDAS DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA PASA LINEA ARTERIAL FEMORAL DERECHA UNICA PUNCION SIN COMPLICACIONES, SE INICIA MONITOTIA D RESIONES PULMONARES.
:TOMA MUESTRA DE SANGRE APRA LABORATORIOS SE OBSERVA SANGRE MEZCLADA CON LIPIDOS DE COLOR ROSADO, , SE ENVIA MUESTRAS A BORATORIO HACIENDO PREVIAMENTE LA ACLARACION DE LAS CONDICIONES D ELA MUESTRA Y EN ORDEN EN FISICO YA QUE EN EL MOMENTO SE CONTABA CON REGISTRO ADMINSITRATIVO ABIERTO, SE ADMINISTRA MEDIDAS HIPOTERMICAS , PARA PROTECION CEREBRAL. CON LICACION D EHIELO PREVIAS MEDIDAS D E CUIDADO CON LA PIEL, Y SABANAS HUMEDAS, EN CONJUNTO CON INFUSION DE PENTHOTAL Y BOLO MANITOL, S EOBSERVAN PUPILAS EN 6MM FIJAS, S E OBSERVA LESION EN L A LENGUA AL PARECER SECUELAS DEL PERIODO CONVULSIVO, SE ALIZA PASO DE SONDA GASTRICA COMO EMDIDA PROTECTORA POR RIESGO D EBRONCOASPIRACION PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES OBSERVA DRENAJE EN MEDIANA CANTIDAD HEMATICO S EINFORMA LAJEFE S EINICIAN DEMAS INFUSIONES SEGUN ORDEN MEDICA, PACIENTE PERGLICEMICA CON GLUCOMETRIA DE INGRESO D E302MG S E INICIA INFUSION D EINSULINA A 7UNIDADES HORAS, SE OBSERVA PIEL EN ECUADAS CONDICONES GENERALES, EL DOCTRO DA INFORMACION A LOS FAMILIARES, 21H S EAUEMNTA INFUSION DE INSULINA A10UNIDADES RAS POR GLUCOMETRIA DE 347MGS, SE SE AUMENTA INFUSION D ENORADRENALINA POR OBSERVARSE PACIENTE MANEJANDO CIFRAS NSIONALES LIMITROFES,22H S EOBSERVA PACIENTE LEVEMENTE ANISOCORICA S EINFORMA A LA JEFE , Y AL DOCTRO, 23H S EINICIA NFUSION D EVASOPRESINA PACIENTE CON TENDNECIA A LA HIPOTENSION SE SUSPENDE DESTETE DE ADRENALINA S EINFORMAA LA JEFE, CIENTE DISMINUYE PROMEDIOS URINARIOS POR ORDEN MEDICA S EAUMENTA INFUSION DE LIQUIDOS BASALES EN LACTATO D ERINGER A 80CC RA.00H S EOBSERVA PACIETNE EN MUY MAL ESTAOD GENERAL SE TOMA MUESTRA DE ANGRE APR AGASES VENOSOS, PACIENTE DESATURADA N TEMPERATURA DE 35, SE INFORMA LADOCTRO-.

AN DE ENFERMERÍA.

ta: CABECERA 45, MANEJO DLE DOLOR VIGILAR ETSADO HEMODINAMICO AVISAR CAMBIOS , VIGILAR ALTERACION PATRON CIRCULATORIO GNITIVO, DE ELIMINACION Y CIRCULATORIO, CONTROL ESTRICTO D ESIGNSO VITALES , TOMA D EGLUCOMETRIAS HORARIO AVISAR CAMBIOS, N LACION A HIPER,HIPOGLICEMIAS, VIFGILAR SIGNSO D ESANGRADO BAJO GASTO CARDIACO, CONTROL LIQUIDOS ADMINSITRADOS Y M DOS , CUIDADOS CON PEIL REALIZAR CAMBIO D EPOSCION LUBRICAICON Y MASAJE TOMA D ELABORATORIOS SEGUN PRESCRIPCION IDCA BRINDAR EMIDAS D ESEGURIDAD Y COMODIAD , BRINDAR ATENCION E INFORMACION OPORTUNA Y VERZ A LOS FAMILIARE SPOR PARTE L PERSONAL ASISITENCIAL JEFE D EENFERMERIA Y MEDICO TRATANTE,

[redacted]

F. MARIA DEL CARMEN BOTERO
35377276
pecialidad. ENFERMERIA
gistro. NO APLICA

HISTORIA CLINICA

digo Plantilla:ENFUCIA
cha Historia:23/02/2010 04:51 a.m.
gar y Fecha:BOGOTA,BOGOTÁ D.C. 23/02/2010 04:51 a.m.
cumento y Nombre del Paciente: CC 52220305 RUTH DE LA PAVA ORDOÑEZ
ministradora: SALUD TOTAL E.P.S. Convenio: CONTRIBUTIVO09 Tipo de Usuario: CONTRIBUTIVO-COTIZANTE ESTRATO 2
Historia: 52220305
gistro de Admision No: 495300

tos Generales
ite...: 52220305 — Nombre: RUTH DE LA PAVA ORDOÑEZ
ad: 37 Años — Sexo: Femenino
nvenio: CONTRIBUTIVO09 — Fecha: 23/02/2010

AGNOSTICO
.:: CHOQUE CARDIOGENICO

CA...S
AC...29 — TISS: 50

ce... Corporales.
noso Central: NO — Arteriales.: NO
ndas Gastricas.: NO — Sonda Vesical.: NO
riferico: NO — Observaciones: Normal

PORTE NUTRICIONAL
teral: NO — Oral: NO
renteral: NO — Observación: NO

GISTROS DE ENFERMERÍA
ta: 01AM PAICENTE HIPERTENSA SE INICIA NUEVAMENT EDETETE DE ADRENALINA , PACIENTE EN IGULAES CONDICIONE CONTINUA CON ALTO PORTE VASOPRESOR, SE OBSERVA GLICEMIA EN DECENSO SEGUN GLUCOMETRIAS, NO S EMODIFICA AUN IONFUSION D EINSULINA, 04 SE TOMA UCOMETRIA DE 170MGS SEINFORMA LAJEFE SE DISMINUYE INFUSION D EINSULINA A 5UNIDADES HORAS , CONTINUA DESTETE DE ADRENALINA, EPASA BOLO D ELIQUIDOS D EBASE EN LACTATO D ERINGER DE 300CCHORA, PAIENTE CON MUY MAL PATORN RESPIRATORIO POR ORDEN IDCA SE AUMENTA INFUSION D EFENTANYLA 8MCG/KL/MTO. SE AUMENTA LIQUIDOS DEBASE TOMAN MUETRA DE SANGRE PAR CONTROL D ASES ARTEROVENOSOS,

F. MARIA DEL CARMEN BOTERO
35377276

pecialidad, ENFERMERIA
gistro. NO APLICA

HISTORIA CLINICA

digo Plantilla:ENFUCIA
cha Historia:23/02/2010 06:43 a.m.
gar y Fecha:BOGOTA,BOGOTÁ D.C. 23/02/2010 06:43 a.m.
cumento y Nombre del Paciente: CC 52220305 RUTH DE LA PAVA ORDOÑEZ
ministradora: SALUD TOTAL E.P.S. Convenio: CONTRIBUTIVO09 Tipo de Usuario: CONTRIBUTIVO-COTIZANTE ESTRATO 2
Historia: 52220305
gistro de Admision No: 495300

tos Generales
storia: 52220305
ad: 37 Años
nvenio: CONTRIBUTIVO09
AGNOSTICO
.:: CHOQUE CARDIOGENICO
CALAS
ACHE: 29
cesos Corporales.
noso Central: NO
ndas Gastricas.: NO
riferico: NO
OF TE NUTRICIONAL
te .: NO
renteral: NO

Nombre: RUTH DE LA PAVA ORDOÑEZ
Sexo: Femenino
Fecha: 23/02/2010

TISS: 50

Arteriales.: NO
Sonda Vesical.: NO
Observaciones: Normal

Oral: NO
Observación: NO

GISTROS DE ENFERMERÍA
ta: 06 POR ORDEN MEDICA S EINICIA LEVOSIMENDAL, SE TOMA GLUCOMETRIA S EDISMINUYE INFUSION D EINSULINA A2UNIDADES HORAS S OBSERVA PACIENTE NE MUY REGULAR ESTADO GENERAL 06+43 ENTREGO PAICENT EEN LA UNIDAD OCNC AMBIOS REGISTRADOS DURNATE LE IRNO PIEL INTEGRA PENDIENTE TOMA DE ECOCARDIOGRAMA Y CONTINUAR MANEJO SEGUN ORDNE SMEDICAS PACIENTE EN MUY MAL ESTADO EN[redacted]L.

IF. MARIA DEL CARMEN BOTERO
35377276
pecialidad. ENFERMERIA
gistro. NO APLICA

HISTORIA CLINICA

digo Plantilla:ENFUCIA
cha Historia:23/02/2010 09:44 a.m.
gar y Fecha:BOGOTA,BOGOTÁ D.C. 23/02/2010 09:44 a.m.
cumento y Nombre del Paciente: CC 52220305 RUTH DE LA PAVA ORDOÑEZ
In tradora: SALUD TOTAL E.P.S. Convenio: CONTRIBUTIVO09 Tipo de Usuario: CONTRIBUTIVO-COTIZANTE ESTRATO 2
storia: 52220305
gistro de Admision No: 495300

tos Generales
storia: 52220305
lad: 37 Años
nv[redacted]: CONTRIBUTIVO09
AG[redacted]STICO
.:: REANIMACION CARDIOPULMONAR
CALAS
ACHE: 0
cesos Corporales.
noso Central: NO
ndas Gastricas.: SI
riferico: SI
bservaciones:

Nombre: RUTH DE LA PAVA ORDOÑEZ
Sexo: Femenino
Fecha: 23/02/2010

TISS: 40

Arteriales.: SI
Sonda Vesical.: SI

)NDA OROGASTRICA A DRENAJE
JBO OROTRAQUIAL
\TETER SUBCLAVIO DERECHO
:NOPUCION IZQUIERDA
NEA ARTERIAL FEMORAL DERECHA
)NDA VESICAL A CISTOFLO
)RADRENALINA A 80
:VOSIMENDAN A 22
\SOPRESINA A 4CC
:NTANYL A 8CC
JROSEMIDA A 5CC
:NTOTAL A 60CC
SULINA A 4CC
\CTATO DE RINGER A 150CC
CARBONATO A 12CC
)LOS DE MANITOL DE 150CC CADA 6 HORAS

)PORTE NUTRICIONAL
ıteral: NO
ırenteral: NO
Oral: NO
Observación: SI
EGISTROS DE ENFERMERÍA
ota: 7+00 RECIBO PAVCIENTE EN LA UNIDAD BAJO EFGECTOS DE SEDACION Y RELAJACION CON RICHMON DE -5 CON PUPILAS EN 7 FIJAS CON)NDA OROGASTRICA A DRENAJE CON TUBO OROTRAQUIAL CONECTADA A VENTILACION MECANICA CON CATETER SUBCLAVIO DERECHO ERMEABLE PASANDO GOTEOS ORDENADOS CON VENA PERIFERICA EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO PERMEABLE CON LINEA ARTERIAL EM)RAL DERECHA FUNCIONALA A MONITORIA CON SONDA VESICAL A CISTOFLO CON MALA PERFUCION GENERALIZADA CON EQUIMOSIS EN JE) 8+00 CONTROL DE SIGNOS PACIENTE DESATURADA CON TEDENCIA ALA HIPOTENSION SIN RESPUESTA NEUROLOGICA PACIENTE EN MAL STADO GENERAL 8+30 SE AUNENTA INFUCION DE NORADRENALINA PARA MENEJARLE TENSIONES MEDIAS DE 90 POR ORDEN MEDICA 9+00 SE EALIZA BAÑO PARCIAL EN CAMA CAMBIO DE POSICION LUBRICACION DE PIEL 9+30 SE AUMENTA INFUCION DE NORADRENALINA A 150CC Y SE \SA BOLO DE NORCURO DE 5MG POR ORDEN MEDICA 10+00 SE AUMENTA INFUCION DE NORADRENALINA A 200CC POR ORDEN MEDICA A 1.7MCG \CIENTE CONTINUA EN MALAS CONDICIONES GENERALES.
.AN DE ENFERMERÍA.
ot ONTROL DE SIGNOS
O L DE LIQUIDOS
JID OS CON LA PIEL
GILAR SIGNOS DE INFECCION
\LORACION NEUROLOGICA
)NTROL DE GLUCOMETRIAS

NF. NELSY MIREYA BELTRAN RODRIGUEZ
C 52233823
specialidad. ENFERMERIA
egistro. NA

HISTORIA CLINICA

ódigo Plantilla:ENFUCIA
echa Historia:23/02/2010 01:39 p.m.
ıgar y Fecha:BOGOTA,BOGOTÁ D.C. 23/02/2010 01:39 p.m.
ocumento y Nombre del Paciente: CC 52220305 RUTH DE LA PAVA ORDOÑEZ
dministradora: SALUD TOTAL E.P.S. Convenio: CONTRIBUTIVO09 Tipo de Usuario: CONTRIBUTIVO-COTIZANTE ESTRATO 2
o H ia: 52220305
eg de Admision No: 495300

atos Generales
istoria: 52220305
Nombre: RUTH DE LA PAVA ORDOÑEZ
dad: 37 Años
Sexo: Femenino
onvenio: CONTRIBUTIVO09
Fecha: 23/02/2010
IAGNOSTICO
x.:: POS REANIMACION
SCALAS
PACHE: 0
TISS: 40
ccesos Corporales.
enoso Central: NO
Arteriales.: SI
ondas Gastricas.: SI
Sonda Vesical.: SI
eriferico: SI
Observaciones: NINGUNA
OPORTE NUTRICIONAL
nteral: NO
arenteral: NO
Oral: NO
Observación: SI
EGISTROS DE ENFERMERÍA
ota: 10+00 SE SUSPENDE INFUCION DE RENTOTAL Y FENTANYL POR ORDEN MEDICA POR HIPOTENSION 10+30 SE AUMENTA INFUCION DE ORADRENALINA A 200CC POR ORDEN MEDICA POR HIPOTENSIONA 1.7MCG 11+00 RECIBE VISITA DE FAMILIARES SE AUMENTA INFUCION DE ORADRENALINA A 300CC A 2.6 MCG POR ORDEN MEDICA POR HIPOTENSION 11+20 SE TOMA ECOCARDIOGRAMA FE DE 20% PACIENTE CONTINUA N MALAS CONDICIONES GENERALES HIPOTENSA DESATURADA ANURICA HIPOTERMICA SIN RESPUESTA NEUROLOGICA BRADICARDICA EN MAL

TADO GENERAL SE INICIA INFUCION DE DOBUTAMINA A 2MGC POR ORDEN DEL MEDICO DE TURNO 11+30 PACIENTE PRESENTA PARO CARDIACO
INCIA MANIOBRAS DE REANIMACION AVANZADA EL MEDICO DE TURNO REALIZA MASAJE CARDIACO SE COLOCA 5 ADRENALINAS Y 3 ATROPINAS
TERCALADAS SE PASA BOLO DE BICARBONATO DE 130CC 2 AMPOLLAS DE GLUCONATO DE CALCIO SE AUMENTA INFUCION DE DOBUTAMINA A
MCG Y LUEGO A 20MCG POR ORDEN MEDICA Y 40MG DE VASOPRESINA SE INICIA INFUCION NORADRENALINA A 40CC A 0.44 11+55 PACIENTE SALI
RITMO SINUSAL 12+00 CONTROL DE SIGNOS PACIENTE SIN CAMBIOS SE ESTABILIZA UN POCO 12+20 SE PASA BOLO DE MAGNESIO Y POTASIO EN
CC DE SALINA POR ORDEN MEDICA SE CONTINUA CON IGUALES GOTEOS 12+30 SE PASA BOLO DE MANITOL DE 150CC POR ORDEN MEDICA SE
IMENTA INFUCION DE INSULINA A 6 UNIDADES POR GLUCOMETRIA ALTA 12+40 PACIENTE PRESENTA NUEVAMENTE PARO CARDIACO SE INICIA
NIOBRAS DE REANIMACION AVANZADA EL MEDICO DE TURNO INICIA MASAJE CARDIACO SE COLOCA 3 AMPOLLAS DE ATROPINA Y 3 DE
RENALINA INTERCALADAS Y 3 AMPOLLAS DE BICARBONATO Y SE COLOCAN LIQUIDOS A CHORRO 13+00 PACIENTE NO RESPONDE APESAR DE
PORTE DE INOTROPIA Y LIQUIDOS ALTOS PACIENTE NO RESPONDE A REANIMACION PRESENTA ACISTOLIA Y FALLECE.
AN DE ENFERMERÍA.
ta: ESTA NOTA SE REALIZA A ESTA HORA POR REANIMACION PROLONGADA

IF. NELSY MIREYA BELTRAN RODRIGUEZ
52233823
pecialidad. ENFERMERIA
gistro. NA

HISTORIA CLINICA

d: Plantilla:ENFUCIA
ch... istoria:23/02/2010 04:09 p.m.
gar y Fecha:BOGOTA,BOGOTÁ D.C. 23/02/2010 04:09 p.m.
cumento y Nombre del Paciente: CC 52220305 RUTH DE LA PAVA ORDOÑEZ
lministradora: SALUD TOTAL E.P.S. Convenio: CONTRIBUTIVO09 Tipo de Usuario: CONTRIBUTIVO-COTIZANTE ESTRATO 2
Historia: 52220305
gistro de Admision No: 495300

[redacted]

ntos Generales
storia: 52220305 Nombre: RUTH DE LA PAVA ORDOÑEZ
lad: 37 Años Sexo: Femenino
nvenio: CONTRIBUTIVO09 Fecha: 23/02/2010

AGNOSTICO
.:: CHOQUE CARDIOGENICO REANIMACION CEREBROCARDIO

SCALAS
PACHE: 0 TISS: 0

ccesos Corporales.
noso Central: NO Arteriales.: NO
ndas Gastricas.: NO Sonda Vesical.: NO
riferico: NO Observaciones: NO

PORTE NUTRICIONAL
teral: NO Oral: NO
renteral: NO Observación: NO

EGISTROS DE ENFERMERÍA
ota: 13 HORAS RECIBO CADAVER EN UNIDAD CON HORA DE FALALECIDO A LAS 13 HORAS EN EL MOMENTO CON VISITADE FAMLIAR. PENDIENTE
RE LO DE CADAVER.
HORAS SE PROCEDE A AREGLO DE CADAVER, DADEO YA QUEW SE ENCUENTRA FAMILIAR EN COMPAÑIA DE PSICOLOGIA . SE RETIRAAN
CCESOS INVASIVOS SE ROTULA DE AC UERDO A GUIA DE MANEJO SE HACE ENTREGA DE PERTENENCIA S A FAMILIARES,
HORAS. SE TRASLADA PACIENTE A MORGUE, YA QUE SE ENCONTRABA CON FAMILIARES DENTRO DEL SERVICIO , SE HABLA CON ATENCION A AI
IENTE, PARA MANEJO DE FAMILAIRES,
AN DE ENFERMERÍA.
ota: AREGLO DE CADAVER. ROTULACION DE ACUERDO A GUAI DE MANEJO APLICADCION DE GUIA DE MANEJO PARA TRASLADO DE CADAVER.

[redacted]

IF. RICARDO RAMOS BELTRAN
79207646
specialidad. ENFERMERIA
egistro. NO APLICA

492

CENTRO POLICLINICO DEL OLAYA-CPO

REGISTRO DE LIQUIDOS

FECHA DE IMPRESIÓN 18/05/2016

Registro:	Documento:	Paciente:
495,163	52220305	DE LA PAVA ORDOÑEZ RUTH

Cierre: 1

Ronda: 22/02/2010 07:00:00p.m. **Grupo:** CIRUGIA BALANCE

Nombre del Campo:	Titulo del Campo	Resultado:
BALANCE		3850

Comentario:

Resumen Ronda

TOTAL CAMPOS FÓRMULA	3,850

Ronda: 22/02/2010 07:00:00p.m. **Grupo:** CIRUGIA BALANCE

Nombre del Campo:	Titulo del Campo	Resultado:
BALANCE		3850

Comentario:

Resumen Ronda

TOTAL CAMPOS FÓRMULA	3,850

Ronda: 22/02/2010 07:00:00p.m. **Grupo:** CIRUGIA LIQUIDOS ELIMINADOS

Nombre del Campo:	Titulo del Campo	Resultado:
DIURESIS		400
TOTAL LIQUIDOS ELIMINADOS		400

Comentario:

Resumen Ronda

TOTAL CAMPOS FÓRMULA	400

Ronda: 22/02/2010 07:00:00p.m. **Grupo:** CIRUGIA LIQUIDOS ADMINISTRADOS

Nombre del Campo:	Titulo del Campo	Resultado:
SOLUCION SALINA		2500
LIQUIDOS A	LYPOSIN	1750
TOTAL LIQUIDOS ADMINISTRADOS		4250

Comentario:

Resumen Ronda

TOTAL CAMPOS FÓRMULA	4,250

Resumen Cierre

TOTAL CAMPOS FÓRMULA	12,350

Resumen Registro de Admisión

TOTAL CAMPOS FORMULA	12,350

CENTRO POLICLINICO DEL OLAYA-CPO

SUMINISTRO DE OXIGENO

FECHA DE IMPRESION: 18/05/2016

Registro de Admisión	No. Documento	Paciente
495,300	52220305	DE LA PAVA ORDOÑEZ RUTH

Fecha de Inicio	Fecha de Suspensión	Método de Administración	Flujo	Gas	Oximetria	Cantidad
23/02/2010 06:00:00a	23/02/2010 01:00:00p.	OXIGENO VENTILACION MECA	40	100 %	80 %	16,800.00 Lts
22/02/2010 08:00:00p	23/02/2010 06:00:00a.	OXIGENO VENTILACION MECA	40	100 %	70 %	21,000.00 Lts
		INGRESA CON SOPORTE DE OXIGENO				

Registro de Admisión	No. Documento	Paciente
495,300	52220305	DE LA PAVA ORDOÑEZ RUTH

01/01/1900	0:00	F0031	BURETROL X 150ML	MARIA DEL CARMEN BO	CC 35377276	1	UNIDAD
01/01/1900	0:00	F9058	CATETER CENTRAL MONOLUMEN PED 20G X 12CM	MARIA DEL CARMEN BO	CC 35377276	1	UNIDAD
01/01/1900	0:00	F0340	TUBO ENDOTRAQUEAL 7.5 C/B	MARIA DEL CARMEN BO	CC 35377276	1	UNIDAD
01/01/1900	0:00	7913381	JERINGA GASES ARTERIALES X 1ML 3P CA	MARIA DEL CARMEN BO	CC 35377276	2	UNIDAD
01/01/1900	0:00	F9108	NARIZ CAMELLO ADULTO	MARIA DEL CARMEN BO	CC 35377276	1	UNIDAD
01/01/1900	0:00	F9121	LLAVE DE TRES VIAS	MARIA DEL CARMEN BO	CC 35377276	3	UNIDAD
01/01/1900	0:00	F9142	SEDA 2/0 KS X 75CM	MARIA DEL CARMEN BO	CC 35377276	1	UNIDAD
01/01/1900	0:00	F0912	SONDA DE SUCCION 14	MARIA DEL CARMEN BO	CC 35377276	2	UNIDAD
01/01/1900	0:00	F0031	BURETROL X 150ML	NELLY PASTOR	CC 39635790	1	UNIDAD
01/01/1900	0:00	F0190	SONDA NASOGASTRICA 16	MARIA DEL CARMEN BO	CC 35377276	1	UNIDAD
01/01/1900	0:00	F9189	TIRAS DE GLUCOMETRIA	MARIA DEL CARMEN BO	CC 35377276	4	UNIDAD
01/01/1900	0:00	F0031	BURETROL X 150ML	MARIA DEL CARMEN BO	CC 35377276	1	UNIDAD
01/01/1900	0:00	F9078	EXTENSION DE ANESTESIA ADULTO	MARIA DEL CARMEN BO	CC 35377276	2	UNIDAD
01/01/1900	0:00	F0048	HOJA DE BISTURI 20	MARIA DEL CARMEN BO	CC 35377276	1	UNIDAD
01/01/1900	0:00	F9113	JERINGA X 10ml x 21G	MARIA DEL CARMEN BO	CC 35377276	5	UNIDAD
01/01/1900	0:00	F0115	JERINGA X 20ml X 21G	MARIA DEL CARMEN BO	CC 35377276	1	UNIDAD
01/01/1900	0:00	F9119	KIT MONIT PRESION SENCILLO	MARIA DEL CARMEN BO	CC 35377276	1	UNIDAD
01/01/1900	0:00	F9121	LLAVE DE TRES VIAS	MARIA DEL CARMEN BO	CC 35377276	3	UNIDAD
01/01/1900	0:00	7913381	JERINGA GASES ARTERIALES X 1ML 3P CA	MONICA PATRICA GARCI	CC 60398192	6	UNIDAD
01/01/1900	0:00	7913381	JERINGA GASES ARTERIALES X 1ML 3P CA	MONICA PATRICA GARCI	CC 60398192	8	UNIDAD

Registro de Admisión	No. Documento	Paciente
495,300	52220305	DE LA PAVA ORDOÑEZ RUTH

01/01/1900	0:00	F9113	JERINGA X 10ml x 21G	NELLY PASTOR	CC 39635790	3	UNIDAD
01/01/1900	0:00	F0114	JERINGA X 5ml X 21G	NELLY PASTOR	CC 39635790	1	UNIDAD
01/01/1900	0:00	F0114	JERINGA X 5ml X 21G	NELLY PASTOR	CC 39635790	2	UNIDAD
01/01/1900	0:00	F0114	JERINGA X 5ml X 21G	NELLY PASTOR	CC 39635790	2	UNIDAD
01/01/1900	0:00	F9121	LLAVE DE TRES VIAS	NELLY PASTOR	CC 39635790	2	UNIDAD
01/01/1900	0:00	F0115	JERINGA X 20ml X 21G	NELLY PASTOR	CC 39635790	1	UNIDAD
01/01/1900	0:00	F0114	JERINGA X 5ml X 21G	NELLY PASTOR	CC 39635790	1	UNIDAD
01/01/1900	0:00	F9121	LLAVE DE TRES VIAS	NELLY PASTOR	CC 39635790	1	UNIDAD
01/01/1900	0:00	F0114	JERINGA X 5ml X 21G	NELLY PASTOR	CC 39635790	5	UNIDAD
01/01/1900	0:00	F9079	EQUIPO BOMBA INFUSION BAXT	NELLY PASTOR	CC 39635790	1	UNIDAD
01/01/1900	0:00	F0031	BURETROL X 150ML	MARIA DEL CARMEN BO	CC 35377276	2	UNIDAD
01/01/1900	0:00	F1191	COLECTOR DESECHABLE PARA SECRECIONES 1500	MARIA DEL CARMEN BO	CC 35377276	1	UNIDAD
01/01/1900	0:00	F9069	ELECTRODOS ADULTO	MARIA DEL CARMEN BO	CC 35377276	3	UNIDAD
01/01/1900	0:00	F9079	EQUIPO BOMBA INFUSION BAXT	MARIA DEL CARMEN BO	CC 35377276	3	UNIDAD
01/01/1900	0:00	F9079	EQUIPO BOMBA INFUSION BAXT	MARIA DEL CARMEN BO	CC 35377276	3	UNIDAD
01/01/1900	0:00	F9239	EQUIPO BOMBA INFUSOMAT OPACO	MARIA DEL CARMEN BO	CC 35377276	1	UNIDAD
01/01/1900	0:00	F9150	SIST SUCCION CERRADO 14F	MARIA DEL CARMEN BO	CC 35377276	1	UNIDAD
01/01/1900	0:00	F0114	JERINGA X 5ml X 21G	MARIA DEL CARMEN BO	CC 35377276	2	UNIDAD
01/01/1900	0:00	F9079	EQUIPO BOMBA INFUSION BAXT	MARIA DEL CARMEN BO	CC 35377276	2	UNIDAD
01/01/1900	0:00	F9079	EQUIPO BOMBA INFUSION BAXT	MARIA DEL CARMEN BO	CC 35377276	2	UNIDAD
01/01/1900	0:00	F0031	BURETROL X 150ML	MARIA DEL CARMEN BO	CC 35377276	1	UNIDAD
01/01/1900	0:00	F9121	LLAVE DE TRES VIAS	MARIA DEL CARMEN BO	CC 35377276	1	UNIDAD
01/01/1900	0:00	B05BS004701	SODIO CLORURO AL 0.9% SLN INY X 100ML	MARIA DEL CARMEN BO	CC 35377276	4	BOLSA

Registro de Admisión	No. Documento	Paciente
495,300	52220305	DE LA PAVA ORDOÑEZ RUTH

23/02/2010	6:00	32606-02	LACTATO DE RINGER SLN INY X 500ML	MARIA DEL CARMEN BO	CC 35377276	1	BOLSA
23/02/2010	6:00	201988-01	TIOPENTAL SODICO VIAL X 1G	MARIA DEL CARMEN BO	CC 35377276	1	FCO VIAL
23/02/2010	6:00	019940783-01	NORADRENALINA O NOREPINEFRINASLN INY X 4MG/4ML	MARIA DEL CARMEN BO	CC 35377276	3	AMPOLLA FCO VIAL AMPULE PACK
23/02/2010	6:00	020049908-01 INFUSION	VASOPRESINA SLN INYECTABLE X 20UI/ML	NELLY PASTOR	CC 39635790	1	AMPOLLA FCO VIAL AMPULE PACK
23/02/2010	6:00	19959763-01	DEXAMETASONA SLN INY X 8MG/ML	DIANA ANDREA BERNAL S	CC 35394030	1	AMPOLLA FCO VIAL AMPULE PACK
23/02/2010	0:00	19967898-01	Gentamicina 0.3% ungüento oft	DIANA ANDREA BERNAL S	CC 35394030	1	TUBO FRASCO
22/02/2010	23:00	020049908-01	VASOPRESINA SLN INYECTABLE X 20UI/ML	MARIA DEL CARMEN BO	CC 35377276	4	AMPOLLA FCO VIAL AMPULE PACK
22/02/2010	22:00	19959763-01	DEXAMETASONA SLN INY X 8MG/ML	DIANA ANDREA BERNAL S	CC 35394030	1	AMPOLLA FCO VIAL AMPULE PACK
22/02/2010	20:00	29522-04	DEXTROSA EN AGUA DESTILADA AL 5% SLN INY X 500ML	MARIA DEL CARMEN BO	CC 35377276	2	BOLSA
22/02/2010	20:00	19966226-01	FUROSEMIDA SLN INY X 20mg/2mL	MARIA DEL CARMEN BO	CC 35377276	5	AMPOLLA FCO VIAL AMPULE PACK
22/02/2010	20:00	32606-02	LACTATO DE RINGER SLN INY X 500ML	MARIA DEL CARMEN BO	CC 35377276	3	BOLSA
22/02/2010	20:00	29514-01	MANITOL SLN INY AL 20%	MARIA DEL CARMEN BO	CC 35377276	1	BOLSA
22/02/2010	20:00	19911220-03	SODIO BICARBONATO SLN INY X 10mEq/10mL	MARIA DEL CARMEN BO	CC 35377276	13	AMPOLLA FCO VIAL AMPULE PACK
22/02/2010	20:00	000051076-02	SODIO CLORURO AL 0.9% SLN INY X 100ML	MARIA DEL CARMEN BO	CC 35377276	10	BOLSA
22/02/2010	20:00	201988-01	TIOPENTAL SODICO VIAL X 1G	MARIA DEL CARMEN BO	CC 35377276	1	FCO VIAL
22/02/2010	20:00	F9189	TIRAS DE GLUCOMETRIA	MARIA DEL CARMEN BO	CC 35377276	6	UNIDAD
22/02/2010	20:00	19908147-02	FENTANILO CITRATO SLN INY X 0.05MG/ML 10 ML	MARIA DEL CARMEN BO	CC 35377276	4	AMPOLLA FCO VIAL AMPULE PACK
22/02/2010	20:00	019940783-01	NORADRENALINA O NOREPINEFRINASLN INY X 4MG/4ML	MARIA DEL CARMEN BO	CC 35377276	7	AMPOLLA FCO VIAL AMPULE PACK
22/02/2010	20:00	344013835	SENSOR FLOTRAC PARA GASTO CARDIACO	MARIA DEL CARMEN BO	CC 35377276	1	UNIDAD
22/02/2010	6:00	38408-02	OMEPRAZOL VIAL X 40MG	DIANA ANDREA BERNAL S	CC 35394030	1	AMPOLLA FCO VIAL AMPULE PACK

INSUMOS

Fecha Aplicación	Cód Elemento	Nombre del Elemento	Responsable		Cantidad	Unidad
01/01/1900 0:00	F9113	JERINGA X 10ml x 21G	NELLY PASTOR	CC 39635790	1	UNIDAD

CENTRO POLICLINICO DEL OLAYA-CPO

APLICACION DE MEDICAMENTOS E INSUMOS

Registro de Admisión	No. Documento	Paciente
495,300	52220305	DE LA PAVA ORDOÑEZ RUTH

MEDICAMENTOS

Fecha Aplicación	Cód Elemento	Nombre del Elemento	Responsable		Cantidad	Unidad
23/02/2010 12:30	19929530-01	DOBUTAMINA SLN INY X 250MG	NELLY PASTOR	CC 39635790	1	AMPOLLA FCO VIAL AMPULE PACK
23/02/2010 12:30	32606-02	LACTATO DE RINGER SLN INY X 500ML	NELLY PASTOR	CC 39635790	1	BOLSA
23/02/2010 12:30	19930286-01 REANIMACION	ADRENALINA SLN INY X 1MG/ML	NELLY PASTOR	CC 39635790	13	AMPOLLA FCO VIAL AMPULE PACK
23/02/2010 12:30	32606-02	LACTATO DE RINGER SLN INY X 500ML	NELLY PASTOR	CC 39635790	1	BOLSA
23/02/2010 12:30	29514-01 BOLO DE 150 CC	MANITOL SLN INY AL 20%	NELLY PASTOR	CC 39635790	1	BOLSA
23/02/2010 12:30	19930287-01 REANIMACION	ATROPINA SULFATO SLN INY X 1MG/ML	NELLY PASTOR	CC 39635790	7	AMPOLLA FCO VIAL AMPULE PACK
23/02/2010 12:30	019940783-01 mezcal en infusion de la mañana	NORADRENALINA O NOREPINEFRINASLN INY X 4MG/4ML	NELLY PASTOR	CC 39635790	8	AMPOLLA FCO VIAL AMPULE PACK
23/02/2010 12:30	19909216-01	CALCIO GLUCONATO SLN INY AL 10%	NELLY PASTOR	CC 39635790	3	AMPOLLA FCO VIAL AMPULE PACK
23/02/2010 12:20	19935299-01 bolo	MAGNESIO SULFATO SLN INY AL 20%	NELLY PASTOR	CC 39635790	1	AMPOLLA FCO VIAL AMPULE PACK
23/02/2010 12:20	19388-01 infusion	POTASIO CLORURO SLN INY X 20MEQ/10ML	NELLY PASTOR	CC 39635790	1	AMPOLLA FCO VIAL AMPULE PACK
23/02/2010 12:00	19911220-03 infusion desde las 7 a.m	SODIO BICARBONATO SLN INY X 10mEq/10mL	NELLY PASTOR	CC 39635790	15	AMPOLLA FCO VIAL AMPULE PACK
23/02/2010 12:00	29522-04 INFUSION DE DAD5% para noradrenalina	DEXTROSA EN AGUA DESTILADA AL 5% SLN INY X 500ML	NELLY PASTOR	CC 39635790	1	BOLSA
23/02/2010 11:50	19911220-03 en bolo en reanimacion	SODIO BICARBONATO SLN INY X 10mEq/10mL	NELLY PASTOR	CC 39635790	10	AMPOLLA FCO VIAL AMPULE PACK
23/02/2010 11:30	020049908-01 INFUSION.	VASOPRESINA SLN INYECTABLE X 20UI/ML	NELLY PASTOR	CC 39635790	2	AMPOLLA FCO VIAL AMPULE PACK
23/02/2010 9:00	19936614-01	VECURONIO BROMURO VIAL X 10MG	NELLY PASTOR	CC 39635790	1	FCO VIAL
23/02/2010 8:00	19911220-03 infusion desde la madrugada	SODIO BICARBONATO SLN INY X 10mEq/10mL	NELLY PASTOR	CC 39635790	15	AMPOLLA FCO VIAL AMPULE PACK
23/02/2010 6:30	19929840-01	LEVOSIMEDAN SLN INY X 2.5mg/mL 5ML	DIANA ANDREA BERNAL	CC 35394030	1	AMPOLLA FCO VIAL AMPULE PACK
23/02/2010 6:00	29522-04	DEXTROSA EN AGUA DESTILADA AL 5% SLN INY X 500ML	MARIA DEL CARMEN BO	CC 35377276	1	BOLSA

400

HISTORIA CLINICA
CENTRO POLICLINICO DEL OLAYA-CPO
Nit. 800149453
Dir. CARRERA 21 NO 22 68 SUR - Tel. 3612888

Código Plantilla:ENFHOSP
Fecha Historia:22/02/2010 07:39 p.m.
Lugar y Fecha:BOGOTA,BOGOTÁ D.C. 22/02/2010 07:39 p.m.
Documento y Nombre del Paciente: CC 52220305 RUTH DE LA PAVA ORDOÑEZ
Administradora: SALUD TOTAL EPS-S S.A Convenio: STOTALVS09 Tipo de Usuario: CONTRIBUTIVO-COTIZANTE ESTRATO 2
No Historia: 52220305 Cons. Historia: 4316623
Registro de Admision No: 495163

Datos Generales
Historia: 52220305
Edad: 37 Años
Convenio: STOTALVS09
Nombre: RUTH DE LA PAVA ORDOÑEZ
Sexo: Femenino
Fecha: 22/02/2010

DIAGNOSTICO
Dx.:: CX CANCELADA OSTEOSINTESIS DE RADIO DERECHO

Accesos Corporales.
Venoso Central: NO
Sondas Gastricas.: NO
Periferico: SI
Arteriales.: NO
Sonda Vesical.: NO
Observaciones: NO APLICA

SOPORTE NUTRICIONAL
Enteral: NO
Parenteral: NO
Oral: NO
Observación: SI

REGISTROS DE ENFERMERÍA
Nota: 18+00 paciente programada para reduccion de fractura de radio distal derecho a quien se le practica bloqueo interescalenico en msd con bupivacaina 50 mg mas lidocaina 1% con epinefrina 100 mg, presenta un episodio convulsivo+ depresion miocardica, se administran 3 mg de midazolam y 100 mcg de pentotal se inician maniobras de reanimacion cardiocereborpulmonar se realiza intubacion orotraqueal tubo 7.5 se fija se inicia masaje cardiaco externo, reanimacion con liquidos endovenosos por vena periferica en msi se inf[illegible]n en total 10 ampollas de epinefrina y 4 ampollas de atropina se infunden pro prescripcion del dr Tarazona 1750 cc de liposyn, en visoscopio se aprecia paciente con fib[illegible]n por lo cual se realiza desfibrilacion con carga de 300 julios se continua de manera intensiva masaje cardiaco externo directo se canaliza vena periferica en mii con yelco 18 unica puncion se continua infusion de lyposin , se continua masaje cardiaco externo , se realiza una nueva descarga de 360 julios se continua masaje externo luego de 45 minutos sale paciente a ritmo sinusal, se suspende masaje continua paciente con intubacion orotraqueal se aspiran secresiciones por boca y tubo, se obtiene material sanguinolento paciente normotensa desaturada,, se administra cisatracurio se realiza paso de cateter venoso central subclavio izquierdo bilumen se conecta a equipo de pvc manual se deja con goteo de 500 cc de ssn + 5 ampollas de adrenalina previas medidas de asepsia y antisepsia se hace paso de sonda vesical a cistoflo se obtiene orina clara, en sala de cirugia se toma placa de rx de torax y electrocardiograma, gases arteriales, se leen reportes 19+20 paciente es valorada por medico intensivista quien indica traslado a cuidados intensivos, se traslada paciente en compañia de anestesiolog, aux de enfermeria y enfermera jefe en camilla con intubacion orotraqueal conectada a ambu, cateter venoso central subclavio izquierdo bilumen con equipo de pvc y goteo de adrenalina, vena periferica en msi con goteo de ssn y en mii con goteo de ssn sonda vesical a cistoflo, ferula de yeso en msd mas vendaje elastico se realizan tramites administrativos para cierre de registro medico , dra Navas da informacion a los familiares

ENF. FABIO NELSON VARGAS
CC 80116093
Especialidad. ENFERMERIA
Registro. 80116093

Registro de Admisión	No. Documento	Paciente
495,163	52220305	DE LA PAVA ORDOÑEZ RUTH

01/01/1900	0:00	F0292	SONDA NELATON 16	Fabio Nelson Vargas	CC 80116093	1	UNIDAD
01/01/1900	0:00	F9142	SEDA 2/0 KS X 75CM	Fabio Nelson Vargas	CC 80116093	1	UNIDAD
01/01/1900	0:00	F9121	LLAVE DE TRES VIAS	Fabio Nelson Vargas	CC 80116093	1	UNIDAD
01/01/1900	0:00	F0114	JERINGA X 5ml X 21G	Fabio Nelson Vargas	CC 80116093	5	UNIDAD
01/01/1900	0:00	F0115	JERINGA X 20ml X 21G	Fabio Nelson Vargas	CC 80116093	5	UNIDAD
01/01/1900	0:00	F9069	ELECTRODOS ADULTO	Fabio Nelson Vargas	CC 80116093	3	UNIDAD
01/01/1900	0:00	F9040	CATETER INTRAVENOSO NO 20	Fabio Nelson Vargas	CC 80116093	4	UNIDAD
01/01/1900	0:00	F9037	CATETER INTRAVENOSO NO 18	Fabio Nelson Vargas	CC 80116093	1	UNIDAD
01/01/1900	0:00	F9043	CATETER CENTRAL BILUMEN 7F X 20CM	Fabio Nelson Vargas	CC 80116093	1	UNIDAD
01/01/1900	0:00	F9015	BOLSA DRENAJE URIN ADULTO	Fabio Nelson Vargas	CC 80116093	1	UNIDAD
01/01/1900	0:00	F9850	AGUJA 18G X 1	Fabio Nelson Vargas	CC 80116093	6	UNIDAD

CENTRO POLICLINICO DEL OLAYA-CPO

APLICACION DE MEDICAMENTOS E INSUMOS

Registro de Admisión	No. Documento	Paciente
495,163	52220305	DE LA PAVA ORDOÑEZ RUTH

MEDICAMENTOS

Fecha Aplicación	Cód Elemento	Nombre del Elemento	Responsable		Cantidad	Unidad
22/02/2010 19:00	19930286-01	ADRENALINA SLN INY X 1MG/ML	Fabio Nelson Vargas	CC 80116093	15	AMPOLLA FCO VIAL AMPULE PACK
22/02/2010 19:00	19930287-01	ATROPINA SULFATO SLN INY X 1MG/ML	Fabio Nelson Vargas	CC 80116093	4	AMPOLLA FCO VIAL AMPULE PACK
22/02/2010 19:00	000052033-03	BUPIVACAINA AL 0.5% SE SLN INY X 10ML	Fabio Nelson Vargas	CC 80116093	4	AMPOLLA FCO VIAL AMPULE PACK
22/02/2010 19:00	43737-02	LIDOCAINA AL 1% CE FCO X 10ML	Fabio Nelson Vargas	CC 80116093	2	AMPOLLA FCO VIAL AMPULE PACK
22/02/2010 19:00	33711-02	LIPIDOS AL 20% FCO X 250ML	Fabio Nelson Vargas	CC 80116093	1	FRASCO
22/02/2010 19:00	33711-03	LIPIDOS AL 20% FCO X 500ML	Fabio Nelson Vargas	CC 80116093	2	FRASCO
22/02/2010 19:00	19945171-05	MIDAZOLAM SLN INY X 5MG/5ML	Fabio Nelson Vargas	CC 80116093	1	AMPOLLA FCO VIAL AMPULE PACK
22/02/2010 19:00	20013906-01	MORFINA SLN INY X 10MG/ML	Fabio Nelson Vargas	CC 80116093	1	AMPOLLA FCO VIAL AMPULE PACK
22/02/2010 19:00	19911220-03	SODIO BICARBONATO SLN INY X 10mEq/10mL	Fabio Nelson Vargas	CC 80116093	1	AMPOLLA FCO VIAL AMPULE PACK
22/02/2010 19:00	19911220-03	SODIO BICARBONATO SLN INY X 10mEq/10mL	Fabio Nelson Vargas	CC 80116093	9	AMPOLLA FCO VIAL AMPULE PACK

INSUMOS

Fecha Aplicación	Cód Elemento	Nombre del Elemento	Responsable		Cantidad	Unidad
01/01/1900 0:00	F9078	EXTENSION DE ANESTESIA ADULTO	Fabio Nelson Vargas	CC 80116093	2	UNIDAD
01/01/1900 0:00	F9113	JERINGA X 10ml x 21G	Fabio Nelson Vargas	CC 80116093	13	UNIDAD
01/01/1900 0:00	F9106	HOJA DE BISTURI 15	Fabio Nelson Vargas	CC 80116093	1	UNIDAD
01/01/1900 0:00	F0257	EQUIPO PARA P V C	Fabio Nelson Vargas	CC 80116093	1	UNIDAD
01/01/1900 0:00	F9238	EQUIPO BOMBA INFUSOMAT CLARO	Fabio Nelson Vargas	CC 80116093	1	UNIDAD
01/01/1900 0:00	F0074	EQUIPO MACROGOTEO	Fabio Nelson Vargas	CC 80116093	2	UNIDAD
01/01/1900 0:00	F0340	TUBO ENDOTRAQUEAL 7.5 C/B	Fabio Nelson Vargas	CC 80116093	1	UNIDAD

PRESION SISTOLICA	131
PRESION DIASTOLICA	66
PRESION MEDIA	88
FRECUENCIA CARDIACA	166
SATURACION	81
TEMPERATURA	36
RESPIRACION	12
ACTIVIDAD	0
RESPIRACION 2	1
CIRCULACION	1
CONCIENCIA	0
COLOR	1
TEST ALDRETE	**3**

Comentario:

Resumen Ronda

TOTAL CAMPOS FÓRMULA 3

Ronda: 22/02/2010 06:05:00p.m. **Grupo:** CIRUGIA

Nombre del Campo:	Titulo del Campo	Resultado:
PRESION SISTOLICA		90
PRESION DIASTOLICA		54
PRESION MEDIA		85
FRECUENCIA CARDIACA		171
SATURACION		90
TEMPERATURA		36
RESPIRACION		12
ACTIVIDAD		0
RESPIRACION 2		1
CIRCULACION		1
CONCIENCIA		0
COLOR		1
TEST ALDRETE		**3**

Comentario:

Resumen Ronda

TOTAL CAMPOS FÓRMULA 3

Resumen Cierre

TOTAL CAMPOS FÓRMULA 12

Resumen Registro de Admisión

TOTAL CAMPOS FORMULA 12

42

CENTRO POLICLINICO DEL OLAYA-CPO

REGISTRO DE SIGNOS VITALES

FECHA DE IMPRESIÓN 18/05/2016

Registro:	Documento:	Paciente:
495,163	52220305	DE LA PAVA ORDOÑEZ RUTH

Cierre: 1

Ronda: 22/02/2010 06:55:00p.m. **Grupo:** CIRUGIA

Nombre del Campo:	Titulo del Campo	Resultado:
PRESION SISTOLICA		162
PRESION DIASTOLICA		103
PRESION MEDIA		127
FRECUENCIA CARDIACA		145
SATURACION		68
TEMPERATURA		36
RESPIRACION		12
ACTIVIDAD		0
RESPIRACION 2		1
CIRCULACION		1
CONCIENCIA		0
COLOR		1
TEST ALDRETE		**3**

Comentario:

Resumen Ronda

TOTAL CAMPOS FÓRMULA	3

Ronda: 22/02/2010 06:45:00p.m. **Grupo:** CIRUGIA

Nombre del Campo:	Titulo del Campo	Resultado:
PRESION SISTOLICA		162
PRESION DIASTOLICA		100
PRESION MEDIA		122
FRECUENCIA CARDIACA		142
SATURACION		71
TEMPERATURA		36
RESPIRACION		12
ACTIVIDAD		0
RESPIRACION 2		1
CIRCULACION		1
CONCIENCIA		0
COLOR		1
TEST ALDRETE		**3**

Comentario:

Resumen Ronda

TOTAL CAMPOS FÓRMULA	3

Ronda: 22/02/2010 06:30:00p.m. **Grupo:** CIRUGIA

Nombre del Campo:	Titulo del Campo	Resultado:

GLORIA STELLA NAVAS GARCIA

Casada
51578058 de Bogotá
5227076 – 6273484 – 315 8563076
gloriasnavas@Gmail.com
Anestesióloga

PERFIL PROFESIONAL

Desempeño laboral orientado a la atención del paciente medico-quirúrgico coordinación, realización y participación de programas de salas de cirugía, desarrollados a través de actividades y funciones propias de la anestesiología enmarcadas en la evaluación, diagnóstico, explicación, tratamiento, de la prevención de patologías quirúrgica asociadas.

Desarrollo de habilidades que facilitan la aplicación de actividades y tareas de manera profesional y responsable, entre otras: capacidad de liderazgo, facilidad para negociar y conciliar, interés por escuchar la opinión del otro, cumplimiento en las tareas acordadas, trabajo en equipo transdisciplinario. Fundamentado en el marco humanista que permite aprender y aportar de manera constructiva a otras personas.

FORMACIÓN ACADEMICA

Bachillerato
Colegio La Merced

Universitario
-Universidad Nacional de Colombia
Medico General.

-Universidad del Rosario
Especialización en Anestesiologia y reanimación

OTROS ESTUDIOS Y/O COMPLEMENTARIOS

- Congreso Europeo de Anestesia Copenhague Dinamarca mayo 2008.
- Congreso Europeo de Anestesia Munich Alemania junio 2007.
- Congreso colombiano de anestesia Santa Martha Colombia Marzo 2007.
- Congreso europeo de Anestesia Madrid España 2006.
- Congreso colombiano de anestesia Bogota Colombia Marzo 2005
- Congreso Mundial de Anestesia Paris Francia abril 2003

EXPERIENCIA LABORAL

Entidad: Hospital El Tunal
Cargo: Medico Anestesiólogo

Fecha: 1992- Actualmente
Teléfono: 7693030 Ext.: 2312

Actividades ocupacionales

- Anestesia para cirugía ambulatoria.
- Anestesia para cirugía de urgencias.
- Atención para anestesia obstétrica.
- Consulta externa valoración preanestesia.
- Respuesta interconsultas anestesia para pacientes hospitalizados
- Anestesia para procedimientos fuera del quirófano.

REFERENCIAS

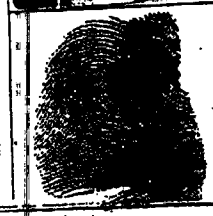
Armando Duque Mendoza
Anestesiólogo
Hospital El Tunal
3112818761-76930000 Ext. 2312

Patricia Abella
Anestesiólogo
Hospital El Tunal
3153521007-7693030

GLORIA STELLA NAVAS GARCIA
51578058 de Bogotá



INDICE DERECHO



REGISTRADO T.D.No. 51578.058

NOMBRES GLORIA STELLA

APELLIDOS NAVAS GARCIA

NACIONALIDAD COL.

51578.058 DE B-d

AUTOGRAFO DEL SOLICITANTE

No. 7883830

EL DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE SEGURIDAD

C E R T I F I C A :

QUE EL PORTADOR DE ESTE DOCUMENTO, CUYA FOTOGRAFIA, IMPRESION DACTILAR DEL INDICE DERECHO Y NUMERO DE CEDULA ANTECEDEN,

"NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES O DE POLICIA"

FIRMA Y SELLO JEFE

OBSERVACIONES

DE ACUERDO AL FORMATO EL CERTIFICADO JUDICIAL TENDRA VALIDEZ POR UN AÑO CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE SU EXPEDICION, Y PODRA SER REFRENDADO CADA AÑO. VENCIDOS LOS CINCO AÑOS PERDERA SU VIGENCIA, NO PODRA REFRENDARSE Y DEBERA REEMPLAZARSE POR UNO NUEVO. LOS QUE SE EXPIDAN PARA SALIR DEL PAIS TENDRAN VALIDEZ POR TREINTA (30) DIAS. (ARTICULO 17 DEL DECRETO 2398 DE 1986).

EL CERTIFICADO QUE EXPIDA EL DAS EN BOGOTA, SERA VALIDO EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL. LOS QUE SE EXPIDAN POR CUALQUIERA DE SUS REPARTICIONES TENDRAN VALIDEZ UNICAMENTE EN EL TERRITORIO DE SU JURISDICCION. EL JEFE DEL DEPARTAMENTO PODRA EN CASOS ESPECIALES, DELEGAR A LAS REPARTICIONES QUE ESTIME CONVENIENTES LA EXPEDICION DEL CERTIFICADO JUDICIAL CON VALIDEZ NACIONAL. (ARTICULO 15 DEL DECRETO 2398 DE 1986).

LOS CERTIFICADOS JUDICIALES Y DE POLICIA, SE EXPEDIRAN SOLAMENTE EN LOS FORMATOS QUE ADOPTE EL DAS SIN QUE PUEDAN SER RETENIDOS POR NINGUNA AUTORIDAD, SALVO LOS CASOS EN QUE EL DOCUMENTO SE REQUIERA COMO PRUEBA MATERIAL DE UNA INVESTIGACION DE CARACTER PENAL (ART. 14 DEL DECRETO 2398 DE 1986).

No. 7883830

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE SEGURIDAD

FECHA DE SOLICITUD

BUSCA ALFABETICA Santafé de Bogotá D.C.

BUSCA DACTILOSCOPICA 17 OCT. 2001

COMPROBO

REVISO VALIDO POR UN (1) AÑO

LUGAR Y FECHA DE EXPEDICION

ESTAMPILLAS

LA REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

Y EN SU NOMBRE

LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

CONFIERE EL TITULO DE

Médica Cirujana

A

Gloria Stella Navas García

C.C. No. 51.678.058 EXPEDIDA EN Bogotá

QUIEN CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADEMICOS EXIGIDOS.

EN TESTIMONIO DE ELLO OTORGA EL PRESENTE

DIPLOMA

EN LA CIUDAD DE Bogotá, a 13 de diciembre DE 1985

DECANO DE LA FACULTAD | RECTOR DE LA UNIVERSIDAD | MINISTRO DE EDUCACION

SECRETARIO DE LA FACULTAD | SECRETARIO GENERAL DE LA UNIVERSIDAD | SECRETARIO DEL MINISTERIO

0013887

REGISTRADO AL FOLIO DEL LIBRO DE DIPLOMAS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
FACULTAD DE

Medicina

ACTA DE GRADO NÚMERO 7984

El Consejo de la Facultad de Medicina
en su sesión del día 10 *de* Diciembre *de* 1985 *Acta no.* 49

Considerando que:

Gloria Stella Navas García

C.C. No. 51.578.058 Bogotá

Cumplió satisfactoriamente todos los requisitos exigidos por los Acuerdos y Reglamentos de la Universidad resuelve otorgarle el título de: Médica Cirujana

En nombre y representación de la Universidad Nacional de Colombia y de la República de Colombia y previo el juramento de rigor, el Decano de la Facultad hizo entrega del Diploma Número 8327 *registrado en el Folio No.* 23 *del Libro* 54 Ñ

En testimonio de lo anterior se firma la presente Acta de Grado en la ciudad de Bogotá, *a*

Colegio Mayor

de

Nuestra Señora del Rosario

Facultad de Medicina

Hospital: de San José

En consideración a que el Dr. **Gloria Stella Navas García**

C. C. 51.578.058 Bogotá

ha cumplido con todos los requisitos exigidos, le confiere el título de Especialista en:

Anestesiología

Terminó en Enero 31 de 1992

Bogotá D.E. Marzo 9 de 1992

La Asociación Colombiana de Facultades de Medicina hace constar:

Que el programa de Anestesiología

llevado a cabo por el Dr. Gloria Stella Navas

219

320

UNIVERSIDAD DEL ROSARIO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE EDUCACION MEDICA

República de Colombia – Bogotá, D.C.

El suscrito Jefe de la División de Educación Médica de la Facultad de Medicina del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario

HACE CONSTAR

Que en el Libro de Actas del Consejo Directivo de la Facultad de Medicina del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, el día *31* de *ENERO* del año *1992* fue aprobado el Título de Especialista en **ANESTESIOLOGIA** al Doctor **GLORIA STELLA NAVAS GARCIA** C.C. **51.578.058** expedida en **BOGOTA**

Con las firmas del Rector, Doctor **GUSTAVO DE GREIFF RESTREPO**

El Decano, Doctor **ANTONIO UCROS CUELLAR**

El Jefe de Educación Médica, Doctor **OSWALDO CEBALLOS BURBANO**

En constancia se firma en la ciudad de Bogotá, D.C., el día *DIEZ* *(10)* del mes de *ABRIL* del mes de *DOS MIL TRES* *(2003)*

REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE SALUD

TARJETA PROFESIONAL DE MEDICO

Registro Nº

Firma Médico

LI 10187/1987

Nombres y Apellidos

GLORIA STELLA NAVAS GARCIA

C.C. o C.E. C. 51578058 De BOGOTA

Universidad

NACIONAL DE COL BOGOTA

Código 31124/COL Fecha de Expedición 23/07/200

FIRMA MINISTRO DE SALUD

ESTA TARJETA ES DOCUMENTO PUBLICO Y SE EXPIDE DE CONFORMIDAD AL DECRETO Nº 1465 DEL 7 DE SEPTIEMBRE DE 1992

SI ESTA TARJETA ES ENCONTRADA, FAVOR DEVOLVERLA AL MINISTERIO DE SALUD



SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

CERTIFICADO DE INSCRIPCION

MD 14.08.96

NAVAS GARCIA

GLORIA STELLA

C.C.51.578.058

MEDICO CIRUJANO

302

HOSPITAL EL TUNAL
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

ICONTEC CERTIFICADO DE GESTION DE LA CALIDAD
ICONTEC CERTIFICADO DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL
ICONTEC CERTIFICADO DE GESTION AMBIENTAL

CERTIFICACIÓN LABORAL

Bogotá D.C., 13 de Agosto de 2008	INT.. 800209488 - 1
NOMBRE GLORIA STELLA NAVAS GARCIA	FECHA INGRESO A LA UDS.. - HOSPITAL EL TUNAL 29/04/1992
CÉDULA: 51.578.058	FECHA DE RETIRO A PARTIR DEL: FUNCIONARIA ACTIVA A LA FECHA
CARGO ACTUAL: MEDICO ESPECIALISTA	ASIGNACIÓN BÁSICA: $3.400.395
ULTIMO CARGO DESEMPEÑADO: XXXXXXXXXXXXXXXXXXX	HORAS CONTRATADAS: 8 HORAS
DEPENDENCIA ACTUAL: SUBGERENCIA DE ATENCIÓN AL USUARIO	SE EXPIDE CON DESTINO A: *QUIEN INTERESE*
SITIO DE TRABAJO ACTUAL: SUBGERENCIA DE ATENCIÓN AL USUARIO	

OBSERVACIONES: OTROS DEVENGADOS FIJOS MENSUALES

PRIMA DE ANTIGÜEDAD	***$238.028***
PRIMA TÉCNICA	***$1.360.158***
PROMEDIO HORAS EXTRAS Y FESTIVAS	***$326.239***

OBSERVACIONES

HOSPITAL EL TUNAL E.S.E
Depto. de Servicios al Talento Humano

DERLY XIMENA MESA OLIVEROS
Profesional Especializado Talento Humano

BOG

JJS

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ANESTESIA REGIONAL

GPO S.A. - NIT. 800.149.453-8

RC-0347

Dentro de las normas eticas exigidas al profesional médico en Colombia por la Ley 23 de 1981, se encuentra el deber de informar adecuada y oportunamente a todos sus pacientes los riesgos que pueden derivarse del tratamiento que les será practicado, solicitando su consentimiento anticipadamente. Por tanto, con el presente documento escrito se pretende informar a usted y a su familia acerca del procedimiento que se le practicará.

INFORMACION GENERAL

La anestesia es el procedimiento medico que permite realizar una operación quirúrgica sin dolor. La anestesia puede realizarse durmiendo al paciente (anestesia general) o haciendo insensible la parte del cuerpo en la que se va a realizar la operación (anestesia local o regional). En algunas ocasiones después de practicar una anestesia local o regional se tiene que pasar a la anestesia general por resultar la primera insuficiente.

El medico anestesiólogo es el encargado de indicar el tipo de anestesia adecuada para cada caso dependiendo de la operación que se va a realizar y del estado del paciente. Además, cuida del estado general del paciente durante la operación y trata las complicaciones que pudieran surgir.

Todo acta anestésico conlleva siempre un riesgo menor asumible que justifica su uso generalizado pero también es evidente que es un procedimiento capaz de originar lesiones agudas, secuelas crónicas, complicaciones anestésicas graves,e incluso la muerte; toda ellas en relación con el estado de salud previo, edad; tipo; complejidad y duración de la intervención quirúrgica, así como consecuencias de reacciones alérgicas u otros posibles factores imprevisibles. Cada tipo de anestesia tiene sus propios riesgos. Los riesgos no pueden suprimirse por completo.

También es necesario advierta de los posibles alergias medicamentosa, alteraciones actuales o cualquier otra enfermedad cardiopulmonar, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

RECOMENDACIONES ANTES DE LA ANESTESIA GENERAL.

1 Debe guardar un ayuno absoluto desde ocho horas antes de la cirugía. El incumplimiento de esta norma supone la suspensión de la cirugía.

2 Debe mantener cualquier medicación que este tomando de manera habitual (por ejemplo sus pastillas para la hipertensión) salvo orden expresa de que haga otra cosa. El día de la cirugía puede tomarlas con un sorbo de agua sin romper la norma anterior. Solamente debe usted interrumpir bajo prescripción medica, una semana antes de la operación los medicamentos que afectan a la coagulación de la sangre (por ejemplo, Aspirina, Adiro, Asantantin, Tromalyt, Tiklid, Persantin, Disgren, etc.).

3 Si es usted fumador debe intentar interrumpir su hábito cuanto más tiempo mejor previo a la cirugía.

EN QUE CONSISTE LA ANESTESIA REGIONAL.

En este tipo de anestesia usted permanecerá despierto o ligeramente sedado. Es necesaria también una vena antes de proceder con el bloqueo. El anestesiólogo le administrara el anestésico mediante inyección en diferentes lugares del organismo tales como la axila, la columna vertebral, etc. Con la finalidad de anestesiar una determinada zona del cuerpo (un brazo, una pierna, etc.) Recuerde que, en ocasiones, la anestesia regional no consigue un nivel de bloqueo suficiente y es necesario recurrir a una anestesia general.

Unos electrodos adhesivos colocados en el pecho permitirán el control de su latido cardiaco. También se le colocara un aparato que medirá su tensión arterial y un dispositivo en el dedo (pulsooximetro) para conocer la cantidad de oxigeno en su sangre.

RIESGOS DE LA ANESTESIA REGIONAL

En ocasiones excepcionales, como consecuencia de la dificultad que plantea el acceso a un punto anestésico concreto, la anestesia administrada pasa rápidamente a la sangre o a las estructuras nerviosas, produciendo los efectos de una anestesia general que se puede acompañar de complicaciones graves, como bajada de la tensión, convulsiones, etc. Generalmente estas complicaciones se solucionan pero requieren llevar a cabo la intervención prevista con anestesia general.

-Tras la administración de la anestesia regional pueden surgir molestias, tales como dolor de cabeza o de espalda, que desaparecen en los días posteriores. Es posible que, después de este tipo de anestesia, queden molestias en la zona con sensación de acorchamiento u hormigueo, generalmente pasajeros.

-La administración de los sueros y los medicamentos, que son imprescindibles durante la anestesia, pueden producir excepcionalmente reacciones alérgicas. Estas reacciones pueden llegar a ser graves pero tienen carácter extraordinario. Los expertos desaconsejan la práctica sistemática de pruebas de alergia a los medicamentos anestésicos por considerar que no es adecuado hacerlo en pacientes sin historia previa de reacciones adversas a los mismos. Además, estas pruebas no están libres de riesgo y, aun siendo su resultado negativo, los anestésicos probados pueden producir reacciones adversas durante el acto anestésico

COPIA
Bogotá, D.C. cuio de
FOTOCOPIA constar que ésta
que he ten vista
1 JUN 2016
Guillermo Chávez Cristancho
NOTARIO ONCE
BOGOTA D.C.

- Como consecuencia de su estado clínico pueden ser necesario trasfundirle sangre

De cualquier forma, si ocurriera una complicacion, debe saber que todos los medios tecnicos de este Centro están disponibles para intentar solucionarla

CONSENTIMIENTO

Yo. Ruth DE LA PAVA, número de identificacion 52.220.305, doy mi consentimiento para que me sea realizada una ANESTESIA REGIONAL.
Se me ha facilitado esta hoja informativa, habiendo comprendido el significado del procedimiento y los riesgos inherentes al mismo y declaro estar informado(a).

Fecha_____ Hora_____

RUTH DE LA PAVA
FIRMA DEL PACIENTE
No. Doc. 52.220.305

FIRMA TESTIGO
No Doc.

FIRMA MÉDICO
No. Doc. 52.880.058

REPRESENTANTE LEGAL
No Doc.

DENEGACIÓN PARA EL PROCEDIMIENTO

Yo, _____, número de identificacion _____, habiendo sido informado (a) de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi denegación para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

Fecha_____ Hora _____

FIRMA DEL PACIENTE
No. Doc._____

FIRMA TESTIGO
No. Doc.

Como Notario Once del Círculo de Bogotá, D.C., doy constar que esta FOTOCOPIA coincide con su Original que he tenido a la vista.
3 JUN 2016
Guillermo Chávez Cristancho
NOTARIO ONCE
BOGOTÁ, D.C.
NOTARÍA 11

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

C.P.G. S.A. - NIT. 800.149.152-8 RC-0047

Versión 0 - 26 de mayo de 2005

Dentro de las normas éticas exigidas al profesional médico en Colombia por la Ley 23 de 1981, se encuentra el deber de informar adecuada y oportunamente a todos sus pacientes los riesgos que pueden derivarse del tratamiento que les será practicado, solicitando su consentimiento anticipadamente. Por tanto, con el presente documento escrito se pretende informar a usted y a su familia acerca del procedimiento que se le practicará.

1. El procedimiento quirúrgico que se le practicara a usted es Osteosintesis de Fractura de radio

que consiste en _____

2. La indicación del procedimiento quirúrgico es Fractura radial

y doy fe que se me han explicado otras posibles opciones y en acuerdo con el medico decidimos esta intervención.

3. El procedimiento requiere anestesia, que será valorada y realizada por el servicio de anestesia.

4. Como en toda intervención médica, existe un riesgo de complicaciones imprevistas e impredecibles durante o posterior a la intervención, con riesgo de muerte o del compromiso de mi estado de salud, y que pueden ser derivadas del acto quirúrgico, de la anestesia o por la situación vital de cada paciente: mayores de 40 años, hipertensión arterial, diabetes, asma, obesidad, alergias, malnutrición, anemia, enfermedades cardiacas, pulmonares, neurológicas, hematológicas o enfermedades varicosas.

5. Las complicaciones de esta intervención son:

- *Hemorragias intra o postoperatorias* (con la posible necesidad de transfusión).
- *Infecciones de la herida o profundas del sitio quirúrgico* (en muy pocas ocasiones pueden derivar a infecciones mayores con compromiso del estado de salud y riesgo de mortalidad que requieren tratamientos adicionales).
- *Lesiones de órganos vecinos*
- *Hematomas* (acumulación de sangre coagulada sobre la herida o en [illegible])
- *Otras específicas de este procedimiento:*

Infección, malunion, ventana ósea, lesión vasculonervios, [illegible]

Doctrina

Para Notaría 11 del Círculo de Bogotá D.C. hago constar que esta FOTOCOPIA coincide con su Original que he tenido a la vista.
Fecha(s): 3 JUN 2016
Guillermo Chávez Cristancho
NOTARIO ONCE
BOGOTÁ D.C.
NOTARÍA 11

6. Si en el momento del acto quirúrgico surgiera alguna complicación imprevista, el equipo médico podrá realizar tratamientos o medidas adicionales, o variar la técnica quirúrgica prevista de antemano en procura de salvar mi vida.

Se me ha informado en un lenguaje claro y sencillo, el doctor me ha permitido realizar todas las observaciones y preguntas al respecto. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo solicitar la revocación de este consentimiento y eximir al doctor de mi atención.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho (a) con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos explicados, en tales condiciones **ACEPTO** que se me realice el procedimiento quirúrgico propuesto.

CONSENTIMIENTO

Yo, Raul Rolon Ovalles, número de identificación _____, doy mi consentimiento para que me sea realizada _____. Se me ha facilitado esta hoja informativa, habiendo comprendido el significado del procedimiento y los riesgos inherentes al mismo y declaro estar informado (a).

Fecha 2 MAY 2016 Hora _____

RUTH DE LA ROA
FIRMA DEL PACIENTE
No. Doc. 52.220.305

FIRMA TESTIGO
No. Doc. _____

FIRMA MÉDICO
No. Doc. _____

REPRESENTANTE LEGAL
No. Doc. _____

DENEGACIÓN PARA LA CIRUGIA

Yo, _____, número de identificación _____, habiendo sido informado (a) de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi denegación para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

Fecha _____ Hora _____

FIRMA DEL PACIENTE
No. Doc. _____

FIRMA TESTIGO
No. Doc. _____

Como Notario Once del Círculo de Bogotá D.C. hago constar que esta FOTOCOPIA coincide con su Original que he tenido a la vista.
13 JUN 2016
Guillermo Chávez Cristancho
NOTARIO ONCE BOGOTA D.C. NOTARIA 11

COPIA

327

COPIA

26 MAYO 2016
TRIBUNAL SECCIONAL DE ETI MEDICA DE SANTAFE DE BOGOTA D.C. SECRETARIA

Bogotá, 26 de mayo de 2016

Doctor:
ALVARO ENRIQUE FACCINI DUARTE
Presidente y/o quien haga sus veces
TRIBUNAL ÉTICA MÉDICA DE BOGOTA
Calle 93 B No. 12-30 oficina 402
Ciudad

Asunto: DERECHO DE PETICIÓN

Atendiendo a que los señores **JUAN SEBASTIAN DE LA PAVA ORDOÑEZ, HILDA ORDOÑEZ MEJIA, HILDA MARIA DE LA PAVA ORDOÑEZ, JESUS DE LA PAVA ZULUAGA, ALONSO DE LA PAVA VELEZ Y BENJAMIN DE LA PAVA VELEZ** presentaron demanda de responsabilidad civil médica contra Salud Total E.P.S-S S.A y CPO S.A. correspondiendole por reparto al Juzgado Cincuenta y Uno (51) Civil del Circuito de Bogotá (Rad. 2014-00376) mediante la cual solicitan la declaración de responsabilidad civil médica por los actos médicos adelantados en dicha IPS por la Dra. Gloria Stella Navas García (anestesiologa) y el reconocimiento de los perjuicios, que aduce le fueron causados con la muerte de la señora Ruth de La Pava Ordoñez; de manera atenta me permito solicitar:

- Se expida copia auténtica de la resolución de archivo de la investigación de fecha 5 de noviembre de 2014, seguida contra la Dra. Gloria Stella Navas García (Rad. No. 4448).

FUNDAMENTOS LEGALES DE LA PETICIÓN

El Código General del Proceso que entró en vigencia a partir del 1 de enero de 2016, enlista en el artículo 78 como deberes de las partes y sus apoderados, entre los cuales se encuentra

"10-.Abstenerse de solicitarle al juez la consecución de documentos que directamente o por medio del ejercicio del derecho de petición hubiere podido conseguir".

En el mismo sentido, el articulo 173 establece que: *"En la providencia que resuelva*

sobre las solicitudes de pruebas formuladas por las partes, el juez deberá pronunciarse expresamente sobre la admisión de los documentos y demás pruebas que estas hayan aportado. El juez se abstendrá de ordenar la práctica de las pruebas que, directamente o por medio de derecho de petición, hubiera podido conseguir la parte que las solicite, salvo cuando la petición no hubiese sido atendida, lo que deberá acreditarse sumariamente". (subraya fuera de texto).

Con base en lo anterior se encuentra justificada la anterior petición, atendiendo mi deber de concurrir al juzgado de conocimiento del proceso, junto con las pruebas documentales.

NOTIFICACIONES

Agradecemos contar con su respuesta en la carrera 18 No. 109-15, de ésta ciudad.

Atentamente,

ADRIANA MORENO MUÑOZ
C.C. No. 35.253.883 de Fusagasugá
T.P. No. 158.155 del Consejo Superior de la Judicatura
Mandataria General
CPO S.A.
cel. 318 4025583

Anexo: Certificado de Existencia y representación de CPO S.A. que acredita la calidad en la que formulo la petición

CENTRO POLICLÍNICO DEL OLAYA CPO. S.A.
DIVISIÓN MÉDICA
DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGÍA

GUÍA DE BLOQUEOS EN ANESTESIA



REVISO:	APROBÓ:
Dr. ALFONSO LÓPEZ Coordinador de Cirugía	Dra. LUZ STELLA VALDERRAMA Jefe de la División Médica

GUÍA DE BLOQUEOS EN ANESTESIA CENTRO POLICLÍNICO DEL OLAYA CPO. S.A.

DR. ALFONSO LÓPEZ
Coordinador de Cirugía

Como Notario Once del Circulo de Bogotá, D.C. hago constar que esta FOTOCOPIA coincide con su Original que he tenido a la vista.
09 JUN 2016
Guillermo Gómez Cristancho
NOTARIO ONCE
BOGOTÁ D.C.
NOTARIA 11

Bogotá, 17 de octubre de 2008

TABLA DE CONTENIDO

1. JUSTIFICACIÓN 4
2. DEFINICIÓN 4
3. OBJETIVOS 4
4. POBLACIÓN OBJETO 4
5. FISIOLOGÍA 4
6. TERAPÉUTICA 5
6.1 RECOMENDACIONES 5
6.2 TÉCNICA Y APLICACIÓN DE LOS DIFERENTES BLOQUEOS 5
6.2.1 Bloqueo Interescalenico 5
6.2.2 Bloqueo Supraclavicular 5
6.2.3 Bloqueo Axilar 6
6.2.4 Anestesia Regional Intravenosa 6
6.3 OTRAS CONSIDERACIONES 6

BIBLIOGRAFÍA 7

...del Círculo de Bogotá, D.C. hace constar que ésta FOTOCOPIA concide con su Original que he tenido a la vista
9 JUN 2016
Guillermo Chavez Cristancho
NOTARIO ONCE
BOGOTÁ D.C.
NOTARIA 11

1. JUSTIFICACIÓN

Describir los diferentes aspectos en el desarrollo de técnicas regionales periféricas para la administración de la anestesia de forma segura y benéfica para el paciente.

2. DEFINICIÓN

El bloqueo nervioso consiste en la interrupción reversible de la conducción de una estructura neural por un anestésico local.

3. OBJETIVOS

- Ofrecer alternativas anestésicas para los diferentes procedimientos quirúrgicos en los que se pueden emplear los bloqueos nerviosos.
- Informar y cumplir los requerimientos para la administración de bloqueos nerviosos para anestesia aumentando la seguridad durante su realización.
- Disminuir efectos secundarios de anestesia general, aumentando el número de procedimientos llevados a cabo bajo anestesia regional.
- Mejorar las condiciones postoperatorias de estos pacientes aprovechando los efectos analgésicos en el postoperatorio de la mayoría de estos bloqueos.

4. POBLACIÓN OBJETO

Todos los pacientes llevados a cirugía en los que sean aplicables las técnicas de bloqueo regional de acuerdo al procedimiento quirúrgico y a las condiciones médicas y comorbilidades de dichos pacientes.

5. FISIOLOGÍA

El funcionamiento de los bloqueos nerviosos se fundamenta en el mecanismo de conducción del impulso de las células nerviosas, es decir del potencial de acción. Los anestésicos locales producen inhibición de la entrada de sodio a través de la membrana neuronal. Este ion es responsable del cambio del potencial eléctrico a través de la membrana y de la propagación del potencial de acción y los anestésicos locales al producir disminución en la conductancia al sodio en la membrana generan la inhibición en la propagación del impulso nervioso.

Notario Once del Círculo de Bogotá D.C. hago constar que esta COPIA coincide con su Original que he tenido a la vista.
09 JUN 2016
Guillermo Chavez Cristancho
NOTARIO ONCE
BOGOTA, D.C.
NOTARIA 11

6. TERAPÉUTICA

6.1 RECOMENDACIONES

- ✓ Consentimiento informado del procedimiento
- ✓ Monitoria básica
- ✓ Técnica aséptica en la preparación del sitio de punción

6.2 TÉCNICA Y APLICACIÓN DE LOS DIFERENTES BLOQUEOS

6.2.1 Bloqueo Interescalenico

Indicaciones: Efectivo para bloqueo de miembro superior + bloqueo de plexo cervical (hombro), cirugía de antebrazo y mano.
Requiere refuerzo de nervio cubital, ya que hay bloqueo incompleto del tronco inferior (C8 – T1), menor efectividad en codo

Técnica: Habón cutáneo, aguja de 22 g y de 4 cms, bisel corto. Inserción de la aguja perpendicular a la piel, con 45 ° hacia caudal y ligeramente posterior, dirigida hacia el codo contralateral en el surco interescalenico a nivel del cartílago cricoides, C6. Avanzar, hasta obtener parestesia. Aspiración y posterior inyección incremental de 40 ml de anestésico.
Complicaciones: Neuritis, bloqueo ipsilateral del nervio frénico, afectación del vago, laringeo recurrente, y del sistema simpático cervical. Compromiso respiratorio secundario. Inyección intradural y epidural e inyección intravascular.

6.2.2 Bloqueo Supraclavicular

Indicaciones: Anestesia de toda la extremidad superior, muy efectivo ya que se realiza antes de la división del plexo braquial.

Técnica: Sitio de inyección 1.5 – 2 cm posterior a punto medio de clavícula. Inserción de la aguja paralela al cuello hasta desencadenar parestesia o encontrar la 1 costilla (3 – 4cm). Al alcanzar la 1 costilla cabalgar la aguja a lo largo de la costilla hasta localizar el plexo o A. Subclavia, al encontrar la arteria, retirar la aguja y reintroducir mas posterolateral. Al obtener parestesia aspirar e inyectar 20 – 30 ml anestésico.

Complicaciones: Neumotórax, punción de arteria subclavia o de vena yugular externa, bloqueo del nervio frénico, con dificultad respiratoria asociada.

Como Notario Once del Circulo de Bogotá D.C. hago constar que ésta FOTO COPIA coincide con su Original que he visto a la vista
09 JUN 2016
Guillermo Chavez Cristancho
NOTARIO ONCE
BOGOTA D.C.

6.2.3 Bloqueo Axilar

Indicaciones: Efectivo para procedimientos quirúrgicos distales al codo.

Técnica: Identificación de pulso y trayecto de la arteria axilar, fijación contra el humero. Inyección en abanico de 30 - 40 ml de anestésico alrededor de la arteria.

Complicaciones: Punción arterial con hematoma compresivo, lesión nerviosa.

6.2.4 Anestesia Regional Intravenosa

Indicaciones: Procedimientos menores de mano y antebrazo de duración corta.

Técnica: Colocación de catéter intravenoso en la extremidad superior a operar, lo mas distal posible. Expresión del brazo, colocación de doble torniquete en la porción proximal de brazo insuflación 150 mmHg por encima de la presión arterial sistólica. Inyección por el catéter de dosis de lidocaina sin epinefrina de 4 a 6 mg.

Complicaciones: Desinsuflacion accidental o precoz del torniquete, con reacción toxica secundaria al anestésico local. Síndrome compartimental.

6.3 OTRAS CONSIDERACIONES

Se recomienda para mayor efectividad de los bloqueos nerviosos y disminuir el riesgo de complicaciones la utilización del estimulador de nervio periférico.

Como Notario Once del Circulo de Bogotá D.C. hago constar que esta FOTOCOPIA coincide con su Original que he tenido a la vista
09 JUN 2016
Guillermo Chávez Cristancho
NOTARIA ONCE
BOGOTA D.C.
11

BIBLIOGRAFÍA

Regional anesthesia. Anesthesiology Clinics Of North America. Volume 18 • Number 2 • June 2000.

Brachial Plexus Blocks: An Update. David L. Brown. 53 Annual Refresher Course Lectures, Clinical Updates and Basic Science Reviews Program. October, 2002.

Specific nerve blocks: an update. P Karaca, A Hadzic. Current Opinion in Anaesthesiology. 2000, 13: 549 – 555

Peripheral nerve blocks for anestesia and postoperative analgesia. P Grossi, WF Urmey. Current Opinion in Anesthesiology. 2003, 16: 493 – 501.

Brachial Plexus Block. A Borgeat, G Ekatodramis. Current Opinion in Anesthesiology. 2002, 15: 537 – 542.



Revista Colombiana de Anestesiología
Print version ISSN 0120-3347

Rev. colomb. anestesiol. vol.34 no.3 Bogotá Sept. 2006

Investigación Clínica

Incidencia de complicaciones en anestesia regional, análisis en un hospital universitario

Estudio de Corte Transversal

Juan Carlos Degiovanni B [1], Alexandra Chaves V,[2] Jairo Moyano A,[3]Fernando Raffán S[4]

[1]MD, Residente de tercer año, programa de Anestesiología y Reanimación, Universidad el Bosque, Fundación Santa fe de Bogotá.
[2]MD,Anestesióloga, Epidemióloga Clínica, Instructora Asistente, Universidad el Bosque.
[3]MD,Anestesiólogo, Especialista en manejo del dolor y cuidados paliativos, instructor asistente Universidad el Bosque.
[4]MD,Anestesiólogo, Intensivista, Profesor Asistente Universidad el Bosque.

RESUMEN

Durante el año 2005 se realizaron 11.588 procedimientos bajo anestesia en el hospital universitario Fundación Santa Fe de Bogotá -FSFB-,de los cuales el 16,5% (1915) fueron con anestesia regional.

En general no existen datos estadísticos en la literatura colombiana con respecto a las complicaciones de la anestesia regional, y específicamente en hospitales con residentes en entrenamiento.

Mediante un estudio de corte transversal, se midió la incidencia de las complicaciones de anestesia regional, utilizando un muestreo aleatorio, durante un año se recolectaron 212 casos. El 5,1 % presentó algún tipo de complicación, de las cuales sólo el 0,6%, fueron complicaciones mayores, reportada como punción dural advertida. En total fueron 147 anestesias neuroaxiales, de las cuales una paciente (0,6%) presentó cefalea postpunción, cinco pacientes (el 2,35%), fueron bloqueos fallidos y dos pacientes (0,95%) presentaron alteración neurológica tipo parestesias, de las cuales sólo una: la neuropraxia del plexo braquial, requirió seguimiento continuo .

Se administraron un total de 1300 anestesias neuroaxiales durante el año, se registraron ocho (8) cefaleas postpunción dural, siendo la causa más frecuente de complicaciones, con una adherencia del 89% a la guía de practica clínica, basada en la evidencia, del Departamento de Anestesia de la FSFB para el tratamiento de la misma.

La incidencia de complicaciones de anestesia regional en el Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá se encuentra por debajo de lo reportado en la literatura, pues el ser un

Hospital Universitario no constituye un factor adicional de riesgo que aumente las complicaciones, en procedimientos permanentemente supervisados.

Palabras claves: anestesia regional, complicaciones, hospital universitario (Bireme)

SUMMARY

During the past year 2005, 11.588 procedures were performed under anesthesia in the University Hospital FSFB, of which 16,5% was carried out under regional anesthesia.

Statistical information does not exist in the colombian literature with regard to the complications of regional anesthesia in general and specifically in hospitals with residents in training.

By means of a cross sectional study, the incidence of complications of regional anesthesia was measured; using a randomized sampling during a period of one year 212 cases were gathered, 5,1% presented some type of complication, of which only 0, 6% were major complications, reported as unnoticed dural punction.

A total of 147 neuroaxial anesthetic procedures were performed of which one (1) patient (0,6%) presented postdural punction headache, 5 patient (2,35%) were failed blocks and two (2) patients (0,95%) presented neurological syntoms of the paresthesia type of which only one, the braquial plexus neuropraxia required continuous assessment.

A total of 1300 neuroaxial anesthetic procedures were performed in the hospital that year, of which 8 presented postdural puncture headache, this is the most frequent cause of complications: In those cases of the FSFB evidence based clinical practice guide of treatment of postdural puncture headache were followed in 89 %.

The incidence of complications of regional anesthesia in the university hospital foundation Santa Fe de Bogotá is below that reported in the scientific literature; the condition of university hospital is not a risk factor that increases the incidence of complications in procedures performed under permanent supervision.

Key words: regional anesthesia, complications, university hospital (Bireme).

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOS

Las complicaciones de la anestesia regional son una medida indirecta de la calidad del acto anestésico ejecutado; en Colombia existen estadísticas parciales de las diferentes complicaciones relacionadas a la administración de anestesia regional, pero se hace necesario un registro actualizado que permita evaluar la incidencia, la eficacia y la seguridad de las diferentes técnicas anestésicas utilizadas en un Hospital Universitario, en este caso, en la Fundación Santa Fe de Bogotá.

La anestesia regional puede ser usada en casi todos los procedimientos quirúrgicos existentes. Sus ventajas, frente a la anestesia general, son principalmente la preservación de la conciencia, manteniendo una vía aérea permeable protegida y la monitorización de la

respuesta analgésica al procedimiento en forma continua. Las pacientes obstétricas pueden cooperar durante el parto y, además, hay un mejor apego materno con el recién nacido; la recuperación cursa sin dolor y la analgesia post operatoria es fácilmente titulable.

Esta técnica anestésica es utilizada como estrategia de manejo multimodal en el dolor perioperatorio, con la cual se ha visto una disminución en los requerimientos de analgésicos de cualquier tipo en el postoperatorio, además de mermar la incidencia de dolor crónico en la población adulta y pediátrica [1,19] Hay baja de la respuesta al estrés, en especial al usar anestésicos locales neuroaxiales, luego de un trauma menor o mayor 19. Al mismo tiempo, se ha documentado una menor incidencia de trombosis venosa profunda de extremidades inferiores en cirugía de trauma, menos incidencia de sangrado u oclusión de by pass vasculares[1],[2].

Las complicaciones de la anestesia regional pueden deberse a:

1.Neurotoxicidad directa en la fibra nerviosa.
2.Neurotoxicidad a nivel central (por sobredosificación).
3.Cardiotoxicidad (por sobredosificación).
4.Repuesta alérgica.
5. Complicaciones mecánicas:
a.Punción Dural (Cefalea postpunción).
b.Puncióннerviosa.
c. Hematomas.

6. Infección en el sitio de punción.

Desde el punto de vista de calidad en la atención, las complicaciones se clasifican como mayores, que son aquellas que producen un daño severo en el organismo y que seguramente puede llegar a incapacitar, aumentando los costos y la estancia hospitalaria, (p.ej. punción dural, paro cardiorrespiratorio, injuria neurológica permanente y muerte).

Complicaciones menores son las que no generan incapacidad, son transitorias y no elevan el nivel de atención, como por ejemplo, una punción vascular, parestesias, bloqueos fallidos[18]

Con el fin identificar las complicaciones que condujeron a un aumento en la hospitalización o incapacitación a los pacientes, en forma reciente decidimos considerar complicaciones mayores, la punción dural, cefalea postunción, lesión nerviosa, neurotoxicidad, cardiotoxicidad y alergias a medicamentos. Las demás complicaciones, consideradas como menores, no influyeron sobre la estancia hospitalaria, la administración de medicamentos, o costos, sin embargo estuvieron bajo el control del anestesiólogo, tales como punción vascular, bloqueo fallido con conversión a la anestesia general, dolor de espalda, parestesias[18].

Las complicaciones en anestesia regional, generalmente no ocasionan incapacidad y no requieren seguimiento estricto, aunque puede ocurrir que alguna complicación temprana lo requiera, como es el caso de neurotoxicidad, cardiotoxicidad, o punción dural advertida[18]; o complicaciones tardías que presenten algún grado de incapacidad para el paciente, como la cefalea postpunción.

Los problemas inmediatos más frecuentes son los técnicos, como la no identificación del espacio, perforación accidental o inadvertida de la duramadre -aracnoides, hipotensión

arterial (más frecuente) y problemas con el catéter epidural, tales como canulación venosa, parestesias, lesiones neurales, falla de materiales, nudos en el catéter o salida de éste del espacio epidural, la conversión a la anestesia general primordialmente por un bloqueo fallido a nivel neuroaxial, que tiene una incidencia aproximada entre 1- 5% de los casos y, por supuesto, que los anestésicos locales son los que mas ocasionan efectos propios de ellos en forma inmediata[18].

Otra de las complicaciones presentes es la punción vascular directa advertida e inadvertida, siendo el 1% de los casos registrados en el mundo[10].

En el tema de neurotoxicidad, podemos observar síntomas neurológicos (desorientación, sensación de metal en boca, adormecimiento de la lengua, alucinaciones, tinnitus, espasmo muscular, convulsiones, coma, apnea, asistolia, muerte), como complicaciones inmediatas[3].

También se reporta cardiotoxicidad, que produce disminución de la contractilidad y depresión miocárdica.

Otros eventos que se destacan por producir alteraciones neurológicas y que pueden ser transitorios o permanentes: ocupación del espacio neuroaxial (epidural, subdural o intratecal) por abscesos o cuerpos extraños, cefalea (pneumoencéfalo, cefalea post punción de duramadre-aracnoides, meningitis aséptica), infecciones y lumbago.

La cefalea postpunción dural es la más frecuente complicación neurológica de la anestesia regional neuroaxial en el grupo de las maternas. Se convierte en un agravante en la salida del paciente o en frecuencia de consultas del postoperatorio. Si la punción de la dura es accidental o es inadvertida, se puede presentar en las primeras 12 horas o con mayor frecuencia entre las 24 y 48 horas, de acuerdo a la existencia de guías para el manejo de la cefalea postopuncion y recomendaciones por expertos para el tratamiento[14,15].

La incidencia de cefalea postpunción va a depender de varias causas; la más común la constituye el diámetro de la aguja para la punción dural. Con la utilización de aguja punta de lápiz No. 25, la incidencia es del 1.0 - 1,2 % de los pacientes, comparado con la manipulación de la aguja punta de lápiz No. 27, donde el episodio disminuye hasta valores de 0,01 _ 0,5% y sólo aumentaría por el número de intentos de punción, dificultad en la técnica y factores propios del paciente, como la edad [14].

La anestesia regional es una opción más dentro del manejo anestésico en pacientes para cirugía ambulatoria y de pacientes hospitalizados, por las grandes ventajas que tiene como la disminución de los requerimientos anestésicos y el aporte al manejo del dolor agudo y crónico postoperatorio[5].

Este grupo de pacientes no está exento de presentar complicaciones, porque los riesgos deben ser asumidos por el paciente y el anestesiólogo a cargo, quien debe tener el conocimiento de las diferentes técnicas de anestesia regional periférica.

Las complicaciones como la injuria nerviosa, generalmente varían entre 0 y 5%, además de que se comparte daños de lesión nerviosa con el cirujano en las cirugías de hombro[13].

Los bloqueos de plexo braquial, femoral y cuello de pie son muy utilizados en todo el mundo. Con respecto al bloqueo de plexo braquial, el interescalénico, supraclavicular, infraclavicular y axilar, son los más utilizados[6]. Este tipo de bloqueos se asocia con diferentes tipos de complicaciones, como la punción nerviosa[9], ocasionando desde parestesia en el momento de la punción hasta plejía del nervio comprometido, representando el 16 % de las demandas

por anestesia en Norte América. Estas complicaciones pueden decrecerse en frecuencia, con la utilización del estimulador de nervio periférico [10].

La neurotoxicidad puede presentarse a nivel periférico por diferentes mecanismos, como trauma directo del nervio (punción, inyección intranerviosa), isquemia neuronal, neurotoxicidad directa del fármaco, equivocación del medicamento e infección en el sitio de punción[12,13].

Unas de las medidas para disminuir las complicaciones neurológicas en los bloqueos de nervios periféricos, es el uso del estimulador de nervio periférico en el momento de la punción. Esto ayuda a localizar el nervio advirtiendo cuando la aguja está próxima al mismo, de tal manera que se aplica el anestésico allí, sin lesionar fibras nerviosas. De esta manera evitamos trauma por punción intraneural[17].

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio prospectivo, de corte transversal, donde se incluyó pacientes programados para procedimientos quirúrgicos electivos y de urgencias bajo anestesia regional en salas de cirugía y salas de maternidad de la Fundación Santa Fe de Bogotá, durante el año 2005, que cumplieran los criterios de inclusión: mayores de 18 años, programados para anestesia regional. Se excluyeron a los pacientes que no recibieron cuidados post-anestésicos y monitorización, pacientes que tenían contraindicaciones para el uso de la anestesia regional, o aquellos que no aceptaron la aplicación de anestesia regional. Se realizó un muestreo aleatorio, probabilístico, utilizando tablas de números aleatorios.

El estudio se dividió en dos fases:

En la primera fase se identificó a los pacientes que recibirían anestesia regional, después de realizar muestreo aleatorio. Posterior al ingreso a salas de cuidados postanestésicos, el personal capacitado en la recolección (jefes de enfermería) de la información, registró los datos de relevancia previamente diseñados en un formato, como se muestra en el Anexo 1.

Paralelamente, el anestesiólogo o residente encargado del caso suministró la información pertinente, en las secciones correspondiente del Anexo 1.

La información se ingresó en una base de datos en el programa Excel.

En la segunda fase se identificó a los pacientes que desarrollaron cefalea postpunción, posterior a la administración de anestesia neuroaxial. Se realizó el seguimiento de la evolución y el tratamiento de cada caso, para compararlo posteriormente con las recomendaciones de la guía de manejo basada en la evidencia, efectuadas en 2002 y revisadas en el 2004, por el Departamento de Anestesia de la Fundación Santa Fe.

RESULTADOS

El total de procedimientos anestésicos fue de 11.588. Recibieron anestesia regional 1.915 pacientes (16,52%), de los cuales 481 (25,1%) fueron intervenidos con anestesia peridural y el 819 (42,8%) con anestesia raquídea.

Se incluyeron en nuestro análisis 212 pacientes que recibieron anestesia regional. El 5,1 % (11 anestesias) de este grupo de pacientes, presentó algún tipo de complicación y sólo el 0,6%, fue una compli cación mayor, reportada como punción dural advertida; los 10 pacientes restantes tuvieron complicaciones menores y no requirieron modificaciones en el

tratamiento o en la estancia hospitalaria; un paciente (0,6%) presentó cefalea postpunción, con adecuada evolución; se reportó punción vascular en dos pacientes (0,95%) y en cinco pacientes (2,35%) los bloqueos fueron fallidos, por lo que se administró anestesia general; sólo dos pacientes (0,95%) presentaron parestesia. La evolución clínica de los pacientes fue buena. A la fecha hacemos seguimiento a un caso de alteración neurológica temporal, tratándose de neuropraxia del plexo braquial. El grupo etario comprendido entre los 18 a 40 años se relacionó con un porcentaje de 5,1%, de las complicaciones, mientras que el grupo de 41 a 70 años representó el 4% y los mayores de 71 años un 3%.

El mayor porcentaje de pacientes que reciben anestesia regional lo constituyen personas entre 18 a 40 años, que corresponde al 55.6% del total de la población.

Se administraron en total 147 anestesias neuroaxiales, de las cuales 80 % fueron en maternidad y el 20% restante en salas de cirugía, de este veinte por ciento, el 60% fueron realizadas en hombres y el 40 % en mujeres. Tabla No.1

En la distribución por especialidades, los procedimientos obstétricos ocuparon el primer lugar con un 48,5%, ortopedia un 29%, urología 5%, ginecología 3,3%, Cx. vascular 2,35% y cirugía general 2,35%.

La diferencia entre el número de complicaciones según el ASA, no es estadísticamente significativa, p 0,38. Tabla No.2 - Tabla No.3

El 65% de las técnicas de anestesia regional fueron neuroaxiales, seguidas por bloqueos de nervio periférico en un 33% y en último lugar bloqueo de plexos en un 2%, específicamente interescalénico.La enfermedad pre-existente más frecuente fue la hipertensión arterial, en el 21 % de los casos; sólo el 14 % fueron pacientes totalmente sanos; el resto de pacientes presentó enfermedades asociadas, como diabetes, EPOC y obesidad.

Al comparar la efectividad de los residentes de primer año versus los residentes de segundo año, se obtiene un riesgo relativo (RR) de 1,742, IC (95%) 0,887 a 3,41, estadísticamente no significativo; no es posible hacer una comparación numérica entre especialistas con el resto de residentes. Tabla No.4

De las 11 complicaciones que se presentaron en total en anestesia regional, cinco se produjeron cuando se realizó más de un intento en la colocación de las técnicas; el resto (6), se presentaron durante el primer intento; lo anterior no es clínica ni estadísticamente significativo, pues no se asocia el número de intentos con la presencia de complicaciones.

La conversión a anestesia general fue necesaria en 5 casos, debido a bloqueo fallido: dos (2) casos en residentes de primer año, dos (2) casos en residentes de segundo año y uno (1) en una anestesia administrada por especialista, el nivel del médico no influyó sobre la conducta y manejo del paciente.

En los dos casos de punción vascular, la anestesia fue colocada por residentes de segundo año.

Los dos casos que se presentaron de parestesias, uno fue atribuído al residente de segundo año y el otro al especialista; la punción advertida fue detectada por un residente de primer

año, quien realizó técnica peridural, siendo el 0,6 % de las anestesia neuroaxiales. Este paciente no presentó cefalea postpunción.

En la población de estudio sólo se registró un caso de cefalea postpunción, con un residente de segundo año, el que se realizó con una aguja Whitacre 25 para una cesárea, en el grupo de las maternas; tuvo buena evolución con manejo médico, siendo el 0,6% de las anestesia neuroaxiales. Tabla No.5.

Para el total de complicaciones, al comparar residentes I y residentes II, el riesgo relativo (RR) es de 4,4. IC (95%) 1,2-16,7 que clínica y estadísticamente es significativo.

Analizando la totalidad de anestesias neuroaxiales en el año 2005 y basados en el reporte de casos de complicaciones en el departamento de anestesia, la totalidad de cefaleas postpunción se relacionan en Tabla No. 6.

De la totalidad de casos realizados en el 2005 con anestesia neuroaxial (1300), se registraron ocho (0.6%) cefaleas postpunción diagnosticadas y tratadas.

De las cefaleas postpunción, el 43% recibió anestesia raquídea y el 57% anestesia peridural para el trabajo de parto.Tabla No. 6.

El número de intentos fue más de 2 en todas las técnicas raquídeas que presentaron cefalea postpunción, mientras que en las peridurales, en el 25% se hicieron más de 4 intentos, en el 75% se realizó una sola punción.

Del total de ocho pacientes con cefalea postpunción registradas, siete recibieron manejo médico (89%) y evolucionaron satisfactoriamente cinco (72%). Los otros dos pacientes (28,5%) necesitaron parche hemático.

Al paciente que presentó cefalea postpunción en sala de cirugía, le hicieron un manejo por fuera del protocolo, representando el 11% del total de casos; se le administró parche hemático inmediato, presentando buena evolución.

La adherencia a la guía del Departamento fue de 89%. Tabla No. 6.

DISCUSIÓN

La anestesia regional en el hospital universitario Fundación Santa Fe representa un porcentaje importante de procedimientos (16%) dentro de todas las técnicas anestésicas, lo cual está en consonancia con reportes de literatura mundial, que registran en promedio entre un 15 _ 20% (30).

La incidencia general de complicaciones, en anestesia regional en la Fundación Santa Fe fue del 5,1%, porcentaje que está por debajo de lo reportado en la literatura mundial (7%)[30]; cuando se realiza el análisis en conjunto de todas las técnicas de anestesia regional, al comparar específicamente las complicaciones mayores, clasificadas por la ASA como punción dural accidental, anestesia espinal total, muerte, arresto cardíaco, toxicidad por a. locales e injuria neurológica permanente, nuestra estadística es del 2,5 x 10.000 anestesias, mientras que la estadística mundial se encuentra en 3,5 x 10.000 anestesias. Todas las complicaciones clasificadas como mayores evolucionaron satisfactoriamente. No existen diferencias significativas según la edad.

El grupo de pacientes ASA 3 se asoció a un mayor número de complicaciones, sin que esto fuera clínica o estadísticamente relevante.

La hipertensión arterial se convierte en la primera causa real de morbilidad en la población a la que se le administra anestesia regional en salas de cirugía, sin que per se, haya sido un factor que predisponga al aumento en la incidencia de complicaciones.

En el programa de residencia de la Fundación Santa Fe de Bogotá la rotación por anestesia obstétrica se realiza en segundo año, donde el residente obtiene habilidades técnicas suficientes para administrar anestesia neuroaxial. El muestreo se realizó principalmente en las pacientes de sala de parto; esto explica la distribución de resultados en cuanto a género y edad de los pacientes (mujeres entre 18-40 años) y concerniente al nivel de residencia del operador, particularmente los residentes de segundo año.

La población materna es susceptible a complicaciones, inherentes al procedimiento anestésico, como es el caso de la cefalea postpunción. El 80 % de las anestesias neuroaxiales realizadas en el departamento, pertenecen a anestesia obstétrica. La incidencia en la institución de presentar cefalea postpunción con técnica raquídea con aguja Whitacre 25 es del 0,3% con aguja pencil point 27 es del 0,1%, mientras que con técnicas peridurales la incidencia es del 0,85%, por debajo de lo reportado en la literatura mundial que corresponde en anestesia raquídea con aguja Whitacre 25 de 1 a 1.2%, con aguja pencil point 27 entre el 0,1 a 0,9% y para anestesia peridural entre el 1 y el 2% [26,27].

Las técnicas neuroaxiales fueron las más utilizadas en la institución en la población obstétrica. De éstas la raquídea es el 42% del total de anestesias regionales, fenómeno que se ha visto igualmente aumentado en la literatura mundial, especialmente en las cesáreas, como resultado de investigaciones que favorecen la técnica por su rápido inicio, fácil colocación y adecuada profundidad anestésica. La anestesia peridural constituye el 25% de la anestesia regional en la Fundación Santa Fe, su mayor utilidad reside en la analgesia para trabajo de parto.

El gran aumento en el uso de la anestesia raquídea en los últimos años en maternidad, va de la mano con la permanente actualización académica del Departamento y con los cambios en la práctica de la anestesia obstétrica mundial, que califica la anestesia raquídea como la mejor opción de manejo en la cesárea, además de observar que no se registraron cambios significativos en el número de complicaciones.

Los bloqueos de nervio periférico, en especial el intravenoso, ha venido en aumento en nuestra institución, convirtiéndose en un 13 % del total de anestesias regionales. Es de gran utilidad en cirugías ortopédicas ambulatorias, con excelente recuperación y casi nula incidencia de complicaciones con esta técnica, como se evidenció en el estudio.

Los bloqueos de cuello de pie comprenden un 9,5 % de las técnicas regionales, de utilidad clínica por su amplio uso en cirugía ambulatoria, gran margen de satisfacción de los pacientes y una recuperación casi inmediata al llegar a recuperación.

El bloqueo fallido es la causa más frecuente de complicaciones inmediatas y menores bajo anestesia regional. Interesantemente, la incidencia en el departamento de anestesia de la Fundación Santa Fe de Bogotá es 2,35% del total de técnicas regionales. Estas cifras están en el límite inferior de lo reportado en la literatura mundial, en donde las estadísticas de bloqueo fallido oscilan entre 2,8% para todas las anestesias regionales.

Las punciones vasculares fueron descritas en técnicas neuroaxiales de tipo peridural, sin repercusiones en el bloqueo ni en la estancia hospitalaria de los pacientes y sin asociarse con otros tipos de complicaciones.

Existe una asociación clínicamente significativa entre el número de intentos y el nivel del residente. Observamos que los residentes de primer año necesitan más intentos para lograr la efectividad, mientras que el residente de segundo año es más efectivo. RR 1,74 (95%) 0.88- 3.41, observación que no es estadísticamente significativa.

Para el total de complicaciones, al comparar residentes I y residentes II, el riesgo relativo (RR) es de 4,4. IC (95%) 1,2-16,7; clínica y estadísticamente significativo.

De la totalidad de procedimientos del estudio (212), sólo 9 fueron realizados por especialistas, lo que ocurre generalmente después de que el residente haya intentado y no haya logrado la efectividad; por tal motivo, los residentes bajo la supervisión de los especialistas son los que administran las anestesias neuroaxiales en un porcentaje superior al 90%.

No se presentaron muertes, paros cardiorrespiratorios, ni lesiones nerviosas permanentes en nuestra empleados.

No se reportó ninguna complicación secundaria a los fármacos utilizados.

Todos los procedimientos anestésicos realizados por residentes son supervisados por especialistas, en forma permanente, continua y segura.

CONCLUSIONES

Las complicaciones en anestesia regional en la actualidad son infrecuentes; administradas por anestesiólogos entrenados, no son catastróficas, a diferencia de hace 30 años, cuando eran frecuentes los reportes de caso de complicaciones mayores.

El Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá realiza un promedio de 16% de casos con anestesia regional, ubicándose dentro de parámetros internacionales; como hospital de adiestramiento a residentes de anestesia, esta cifra cumple con las recomendaciones establecidas para obtener un adecuado entrenamiento[20].

La incidencia de complicaciones en el departamento de anestesia de la Fundación Santa Fe de Bogotá está por debajo de lo reportado en la literatura mundial.

La clasificación de ASA no influyó sobre las complicaciones.

Los grupos etarios no mostraron un verdadero impacto clínico, ni mucho menos estadístico. El nivel de entrenamiento en residencia influye sobre el número de complicaciones; sin embargo, el ser un departamento con programa de residencia no incrementa el número total de complicaciones, comparado con la literatura. Esto es debido a un adecuado entrenamiento académico en las técnicas anestesia regional y a la supervisión permanente, por parte de anestesiólogos entrenados, al desempeño de todos y cada uno de los residentes; la población materna es una de las más susceptibles a presentar complicaciones; la cefalea postunción dural sigue siendo la complicación más frecuente de la anestesia neuroaxial; el cambio de anestesia peridural, como primera opción de anestesia para cesárea hacia anestesia raquídea, no generó aumento en la morbilidad.

Se deben realizar más estudios que permitan continuar evaluando las técnicas de anestesia regional, con el fin de perfeccionar los procesos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fink R, History of Neural Blockade. In Neural Blockade in Clinical Anesthesia and Management of Pain, Cousins M and Bridenbaugh P Eds. Second edition. Philadelphia, Pennsylvania Lippincott Company, 1988. 3-24.SL. [Links]

2. Dagnino J, Definiciones y clasificaciones del dolor. Boletín de la Escuela de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile, 23 (3), 1994. [Links]

3. Albright GA, Cardiac arrest following regional anesthesia with lidocaìna or bupivacaina. Anesthesiology 1978; 51: 285-287. [Links]

4. Braid BP, Scott DB. The Systemic absorption of local analgesic drugs. Br J Anaesth 1965;37:394. [Links]

5. Cooper K, Kelley H, Carrithers J, Perceptions of side effects following axilliary block used for outpatient surgery. [Links]

6. Neal, JM; Hodgson PS; Mc Donald; Mulroy MF Early outcome not improved by supraescapular block in shoulder surgery patient receiving interescalene block. Reg. Anesth Pain 2000;25S:71S. [Links]

7. Pearce H, Lindsay D, Lesly H, Axilliary brachial plexus block in two hundred consecutive anaesthesia. Br Journal Anaesthesia. [Links]

8. Hadzic A, Vloka JD, peripheral nerve blocks principles and pratice, New York School of regional Anesthesia; 2004. [Links]

9. Lhotel L, Fabre B, okais, Singelyn FJ, Postoperative analgesia after arthroscopic shoulder surgery: supraecapular nerve block intraarticular analgesia or interescalene brachial plexus block. Reg Anesth. pain med 2001; 26S: 35ª. [Links]

10. Cheney FW, Domino KB, Caplan. RA, Nerve injury associated with anesthesia a closed claims analysis, Anesthesiology 1999, 90:1062-1092. [Links]

11. Stan TC, Krantz MA, Solomon DL Poulos JG, Chouki K, The incidente of neurovascular complications following axilliary brachial plexus block using a transarterial approach. Reg Anesth 1995, 20: 486-492. [Links]

12. Auroy Y, Narchi P, Messiah A, Litt L, Rouvier B, Sami K. Serious complications related to regional anesthesia: results of a prospective survey in France. Anesthesiology 1997;87:479. [Links]

13. Neurologic Complications of Peripheral nerve blocks, New York School of Regional Anesthesia 2004;1:67-75. [Links]

14. Backache, headache, and neurologic deficit after regional anesthesia. Anesthesiology clin N Ame.21; 2003:71-86. [Links]

15. Morewood GH, A rational approach to the cause, prevention and treatment of postdural puncture headache. Can Med Assoc J 1993; 149:1087-1093. [Links]

16. Harrinton H, Tyler HR, Welch K, Surgical treatment of post-lumbar puncture dural CSF leak causing chronic headache: case report. J Neurosurg 1982;57:703-7 . [Links]

17. Choyce A, Chan VW, Middleton WJ, Knight PR, Mc Cartney CJ. Whats is the relationship between paresthesia and nerve simulation for axillary brachial plexus block. Reg. Anesth Pain Med 2001; 26; 100. [Links]

18. Complications and Controversies in regional anesthesia. Hugh Gilbert, Md. Department of Anesthesiology Northwes-tern University Evanston Illinois 2003 ASA, chapter 6 Vol. [Links]

19. New insights into regional anestesia in children: new tecniques and new indications, Joseph D. Tobias. Curr Opin Anaesthesiology 2001, 14:345-352. [Links]

20. Especialidades medico-quirúrgicas en medicina, diagnóstico, resultados de talleres y estándares de calidad, primera etapa, Bogotá D.C, Agosto de 2002, República de Colombia, Ministerio de Educación Nacional. ASCOFAME, ICFES. [Links]

9
31-05-19

JUZGADO 51 CIVIL CTO.

JUN 20'19 PM 2:04

1 Folio

CERTIFICACIÓN

La suscrita Asistente de Fiscal I adscrita a la Fiscalía 328 Seccional de la **UNIDAD DE FE PÚBLICA Y PATRIMONIO ECONÓMICO-GRUPO ORDINARIO,** certifica que revisado el sistema de información SPOA y la base de datos del despacho, se encontró que en este despacho cursa el proceso No. **110016000050201908529** por el delito de **FRAUDE PROCESAL**, el cual se encuentra en etapa de INDAGACIÓN y con orden a policía judicial de fecha 14/06/2019, siendo denunciante el señor **SERGIO CHAVES HERNANDEZ** e indiciado **JAIME ESPINOSA GRANADOS.**

La presente se expide a solicitud del denunciante **SERGIO CHAVES HERNANDEZ,** identificado con cédula de ciudadanía No 79.730.238, con destino al **Juzgado 51° Civil del Circuito de Bogotá** dentro del radicado 2015-0018900, a los veinte (20) días del mes de junio del año dos mil diecinueve (2019).

Lo anterior para sus fines pertinentes.

Cordialmente,

CATHERINE URREA FLOREZ
Asistente de Fiscal I Fiscalía 328 Seccional

GLORIA STELLA NAVAS GARCIA
ANESTESIÓLOGA
CASADA
C.C. 51578058 DE BOGOTÁ
TEL 3158563076
GLORIASNAVAS@GMAIL.COM

PERFIL PROFESIONAL

Desempeño laboral orientado en la atención del paciente médico quirúrgico, coordinación realización y participación en el manejo del paciente critico desarrollado atreves de actividades y funciones propias de la anestesiología, enmarcadas en la evaluación diagnóstico temprano tratamiento y prevención de patologías quirúrgicas asociad.

Desarrollo de habilidades que facilitan el manejo de pacientes de alta complejidad fundamentado en marco humanista que permite aprender y aportar de manera constructiva el entrenamiento hacia personal en entrenamiento, en el desempeño de las siguientes actividades

1. Evaluación del paciente quirúrgico durante los periodos pre y post anestesia para la realización de procedimientos diagnósticos, terapéuticos, quirúrgicos en ortopedia, cirugía general neurocirugía y pacientes obstétricas de alta complejidad.
2. Manejo de la vía aérea normal y/o difícil
3. Manejo ventilatorio prolongado del paciente críticamente enfermo
4. Reanimación cerebro-cardiorrespiratorio avanzada
5. Tratamiento del paciente con dolor post-operatorio

FORMACIÓN ACADÉMICA

ESPECIALIZACIÓN

Universidad Del Rosario
Especialización en Anestesiología y reanimación Marzo 1992

PREGRADO

Universidad Nacional De Colombia
Médico General Diciembre 1985

BACHILLERATO

Colegio la Merced Noviembre 1980

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS INTERNACIONALES

- Congreso mundial de anestesia París Francia abril del 2013
- Congreso Europeo de anestesia. Helsinki-Finlandia. 11-14 Junio 2010
- Annual Meeting of American Society of Anesthesiologists ASA. 2009
- Congreso Europeo de anestesia Milán Italia junio del 2009
- Congreso Europeo de anestesia Copenhague Dinamarca 31 may-3 june de 2008
- Congreso Europeo de anestesia Múnich Alemania junio del 2007
- Congreso Europeo de anestesiología Madrid España 03-06 junio de 2006
- Congreso Americano de Anestesiología. Las Vegas USA. Junio de 2004.
- Congreso Mundial de anestesiología Paris. Abril 18-23 de 2004.

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS NACIONALES

- Diplomado en acreditación IPS, duración 112 horas:
  - ✓ Normatividad enfoque por procesos y generalidades de acreditación.
  - ✓ Direccionamiento del SGC, acreditación y la gestión del recurso humano
  - ✓ Proceso de acreditación del cliente asistencial, autoevaluación, análisis y mejora de la acreditación en salud, ICONTEC, abril de 2015

- Curso de proveedores ACLS. 30 horas, American Heart Association. 2010
- Semiología del paciente Crítico; Clinica y Monitoria Invasiva. Sociedad Cundinamarquesa de anestesiología 06-07 Noviembre de 2009.
- Curso reanimación Cardio Cerebro Pulmonar avanzado. SCARE octubre de 2008
- Congreso Colombiano de anestesiología, Juan Marin Osorio, Santa Marta Colombia Marzo del 2007
- XIII Curso Anestesiología. Fundación Universitaria Sanitas 31 marzo-01 abril 2006
- Actualización en Cirugía Ambulatoria Sociedad Cundinamarquesa de Anestesiología Noviembre de 2005.
- Congreso Internacional, Evaluación y manejo del paciente críticamente enfermo. Fundación Santafé de Bogotá. 02 y 03 de Septiembre de 2005
- Congreso Colombiano de anestesiología Bogotá Colombia 18-20 marzo del 2005
- Curso teórico practico de anestesia intravenosa 22 y 23 de julio de 2005.
- Programa de educación continuada en anestesiología. SCARE Febrero-Agosto de 2004.
- Curso de Epidemiologia clínica basada en la evidencia. Universidad del Rosario, 30 horas13-31 de marzo de 2004.
- XIII Congreso Internacional del dolor. 22-24 mayo, 30 horas. 2003.
- III Congreso de derecho médico. 31 octubre-01 noviembre. SCARE 2002.
- Formación de auditores internos de calidad ISO 9000. Internal Auditor Training. 24 horas. Julio 2002.
- Curso Nacional de Anestesia Pediátrica. SCARE, 22-23 Noviembre de 2002.
- Conferencista en Curso Nacional de Anestesia Pediátrica. SCARE, 22-23 Noviembre de 2002.
- Congreso Colombiano de Anestesiología. 18-21 marzo 2001.
- Curso de Fibrobroncoscopia. Hospital Santa Clara 1 febrero a 01 de Marzo del 2000.
- Sociedad Colombiana de Anestesiología Reanimación RCCP marzo del 2001
- VI Congreso Nacional de dolor. 20 horas 15-17 junio de 1996.
- Tercera Jornada de Actualización en Anestesiología. Universidad del Rosario. Mayo de 1994.
- Congreso de Anestesiología. Universidad Nacional de Colombia. 27-29 de Febrero de 1992.
- Curso anual manejo anestésico de pacientes quirúrgicos con enfermedades asociadas y riegos ocupacionales del personal que labora en anestésico. Bogotá Abril 26-27 de 1991.

ACTIVIDADES OCUPACIONALES

- Anestesia para cirugía ambulatoria
- Anestesia para cirugía de urgencias
- Anestesia para paciente obstétrica
- Anestesia para paciente critica mente enfermo
- Reanimación cardio cerebro pulmonar avanzada
- Respuesta a interconsultas de anestesia para pacientes hospitalizados
- Anestesia para procedimientos fuera del quirófano

EXPERIENCIA LABORAL

ENTIDAD: Hospital El Tunal
CARGO: Medico Anestesiólogo -Jefe servicio de anestesia
FECHA: Abril De 1992 – Actualmente
TELÉFONO: 7428585 Ext. 2312

ENTIDAD: Instituto de Ortopedia Y Traumatología, Bogotá,
CARGO: Medico Anestesiólogo-Coordinador de anestesia
FECHA: octubre de 2011 Hasta la Actualidad.
TELÉFONO 6190311

ENTIDAD: Clínica de Ortopedia y traumatología EUSALUD
CARGO: Medico Anestesiólogo.
FECHA: Diciembre de 2012 Hasta la actualidad.
TELÉFONO 4320879

ENTIDAD: Centro Policlínico Del Olaya
CARGO: Medico Anestesiólogo
FECHA: 1992-2010
TELÉFONO: 3157989232

ENTIDAD: Instituto de Ortopedia Infantil ROOSVELT
CARGO: Medico Anestesiólogo
FECHA: 12 Mayo de 1992-30 Agosto de 1995
TELÉFONO: 3411111

ACTIVIDAD DOCENTE

Formación de Estudiantes de Pregrado y Posgrado en Anestesiología en:

- ✓ Universidad Nacional de Colombia
- ✓ Universidad San Martin
- ✓ UDCA

REFERENCIAS PERSONALES

NOMBRE: ARMANDO DIQUE MENDOZA
CARGO: Anestesiólogo Hospital el tunal
TELÉFONO: 3112818762

NOMBRE: PATRICIA ABELLA
CARGO: Jefe de clínica el tunal dolor Hospital del tunal
TELÉFONO: 3153521007

LA REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

Y EN SU NOMBRE

LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

CONFIERE EL TITULO DE

Médica Cirujana

A

Gloria Stella Navas García

C.C. No. 51.578.058 EXPEDIDA EN Bogotá

QUIEN CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADEMICOS EXIGIDOS.

EN TESTIMONIO DE ELLO OTORGA EL PRESENTE

DIPLOMA

EN LA CIUDAD DE Bogotá, a 13 de diciembre DE 1985

DECANO DE LA FACULTAD

RECTOR DE LA UNIVERSIDAD

MINISTRO DE EDUCACION

SECRETARIO DE LA FACULTAD

SECRETARIO GENERAL DE LA UNIVERSIDAD

SECRETARIO DEL MINISTERIO

0013887

REGISTRADO AL FOLIO DEL LIBRO DE DIPLOMAS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

FACULTAD DE

Medicina

ACTA DE GRADO NUMERO 7984

EL CONSEJO DIRECTIVO DE LA FACULTAD DE Medicina

EN SU SESION DEL DIA 10 DE diciembre DE 1985

ACTA No. 49 CONSIDERANDO QUE:

Gloria Stella Navas Garcia

C.C. No. 51.578.058 de Bogotá

CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE TODOS LOS REQUISITOS EXIGIDOS POR LOS ACUERDOS Y REGLAMENTOS DE LA UNIVERSIDAD. RESUELVE OTORGARLE EL TITULO DE:

Médica Cirujana

EN NOMBRE Y REPRESENTACION DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL, Y PREVIO EL JURAMENTO DE RIGOR, EL DECANO DE LA FACULTAD HIZO ENTREGA DEL DIPLOMA CORRESPONDIENTE REGISTRADO AL FOLIO No. 23.154

EN TESTIMONIO DE LO ANTERIOR SE FIRMA LA PRESENTE ACTA DE GRADO EN LA CIUDAD DE Bogotá A LOS 13 DIAS DEL MES DE diciembre DE 1985

PRESIDENTE DEL CONSEJO DIRECTIVO

SECRETARIO DEL CONSEJO DIRECTIVO

No. 001 3887

MINISTERIO DE SALUD

RESOLUCION Número **10187** 29 JUL 1987

Por la cual se concede una autorización

EL DIRECTOR DE VIGILANCIA Y CONTROL,

En ejercicio de la delegación conferida por resoluciones números 05301 y 05665 de 1983 según facultad otorgada por el Decreto 3134 de 1956, y

CONSIDERANDO:

Que GLORIA STELLA NAVAS GARCIA con cédula de ciudadanía número 51.578.058 de Bogotá ha solicitado el registro de su Diploma

De MEDICA CIRUJANA

Que le otorgó LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA.

El 13 de diciembre de 1.985

Que dicho Diploma se encuentra debidamente refrendado en la Secretaría de Educación de Bogotá

Al folio 6.N del Libro 87 de julio 17 de 1.987

Que cumplió con el servicio social obligatorio en la Dirección de Sanidad del Ejército.

MINISTERIO DE SALUD
Es Fotocopia Auténtica
de Original
Santafé de Bogotá 9 AGO 1996
CORRES. ARCHIVO

RESUELVE:

ARTICULO UNICO.- Autorízase a GLORIA STELLA NAVAS GARCIA

y ejercer la profesión de MEDICA CIRUJANA

en el territorio nacional, previa anotación correspondiente.

COMUNIQUESE Y PUBLIQUESE

Por el Ministro de Salud,

HUMBERTO CORDOBA W.
Director Vigilancia y Control

JUDITH GUZMAN PARRA
Jefe Sección Profesiones

M.A.
dep.

Colegio Mayor
de
Nuestra Señora del Rosario
Facultad de Medicina

Hospital: de San José

En consideración a que el Dr. Gloria Stella Navas García

C. C. N.57[illegible] de Bogotá

ha cumplido con todos los requisitos exigidos, le confiere el título de Especialista en:

Anestesiología

Formulé en Enero 31 de 1992
Bogotá D.E. Marzo 5 de 1992

El Secretario General

Decana

Educación Médica

La Asociación Colombiana de Facultades de Medicina
hace constar
Que el programa de Anestesiología
llevado a cabo por el Dr. Gloria Stella Navas García
en la Facultad de Medicina del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario,
fue aprobado por esta institución.

Presidente Asociación Colombiana de Facultades de Medicina

Como Notario Cuarenta de este Círculo
hago constar que esta fotocopia
coincide con el original que he tenido
a la vista.
Fecha FEB 7 1992
NOTARIA CUARENTA
Agustín Castillo Mejía
Bogotá, D. E. Colombia

UNIVERSIDAD
DEL ROSARIO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE EDUCACION MEDICA

República de Colombia – Bogotá, D.C.

El suscrito Jefe de la División de Educación Médica de la Facultad de Medicina del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario

HACE CONSTAR

Que en el Libro de Actas del Consejo Directivo de la Facultad de Medicina del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, el día *31* de *ENERO* del año *1992*

fue aprobado el Título de Especialista en ANESTESIOLOGIA

al Doctor GLORIA STELLA NAVAS GARCIA

C.C. 51.578.058 expedida en BOGOTA

Con las firmas del Rector, Doctor GUSTAVO DE GREIFF RESTREPO

El Decano, Doctor ANTONIO UCROS CUELLAR

El Jefe de Educación Médica, Doctor OSWALDO CEBALLOS BURBANO

En constancia se firma en la ciudad de Bogotá, D.C., el día *DIEZ* *(10)*

del mes de *ABRIL* del mes de *DOS MIL TRES* *(2003)*

Universidad del Rosario

EDUCACION MEDICA
FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD COLEGIO
MAYOR DE NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO

CERTIFICADO SOBRE REGISTRO DE DIPLOMA

LIBRO:	No. 14
FOLIO:	No. 13
REGISTRO:	No. 11103
A NOMBRE DE:	GLORIA STELLA NAVAS GARCIA
CÉDULA:	51.578.058
EXPEDIDA EN:	BOGOTA
INSTITUCIÓN:	UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO
LUGAR:	BOGOTÁ D.C.
TITULO:	ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA
ACTA DE GRADO:	EM-01-92
FECHA DE REGISTRO:	30 DE ABRIL DE 2003
FECHA DE GRADO:	9 DE MARZO DE 1992

La presente certificación se expide en la ciudad de Bogotá y para constancia se firma a los treinta (30) días del mes de abril de 2003.

ANGELA MARIA RUIZ STERNBERG, MD
Jefe de Educación Médica

Elaboró:

Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario - 1653
[illegible]
[illegible]
[illegible]

Universidad del Rosario

LA SECRETARIA ACADÉMICA DE POSGRADOS
DE LA ESCUELA DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD DE LA
UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO
Personería Jurídica Res. 58 de septiembre 16 de 1895
NIT. 860.007.759-3

CERTIFICA

Que la doctora **NAVAS GARCIA GLORIA STELLA**, identificada con cédula de ciudadanía No. **51578058**, cursó y aprobó el programa de Especialización en **ANESTESIOLOGÍA** en la Facultad de Medicina de la Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, mediante convenio con el Hospital de San José. Con el siguiente pensum académico.

UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO **PROGRAMA POSGRADO EN ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN** **HOSPITAL SAN JOSÉ**
1. DEFINICIÓN
La Anestesiología es la rama de la medicina dedicada a la atención de pacientes en quienes se realicen tratamientos médico-quirúrgicos o técnicas diagnósticas mediante procedimientos que contribuyan al alivio del dolor y el mantenimiento de las funciones vitales del organismo.
2. OBJETIVOS
▪ Capacitar médicos, científica y moralmente idóneos, con capacidad para resolver problemas que requieran conocimientos y destrezas dentro del campo de la Anestesiología. ▪ Formación de Anestesiólogos que con base en la evaluación y preparación previa del enfermo, efectúe un manejo integral que incluye reanimación,

Universidad del Rosario

anestesia y analgesia de todo paciente que ya sea en condiciones electivas o urgentes y afectado o no con alguna patología subyacente, requiera diagnóstico, tratamiento quirúrgico o farmacológico, interpretando los hallazgos clínicos, fisiopatológicos o de laboratorios; aplicando el plan de Anestesia indicado; con la monitoria necesaria que detecte precozmente la complicaciones y permita su manejo oportuno.

- Capacitar al especialista para que continúe la vigilancia y cuidados post-operatorios con medidas de reanimación y analgesia adecuadas para lograr su bienestar físico, psíquico y la recuperación completa del paciente.
- Especialista que desarrolle actividades de investigación valiéndose de la metodología científica y de los recursos establecidos para ello; contribuyendo a la solución y prevención de problemas individuales o colectivos relacionados con la profesión, la docencia y la comunidad.
- Capacitar al profesional para que mantenga una actividad moral y ética que le permita integrarse y comunicarse con el paciente y sus familiares; y lograr una adecuada relación con los diferentes especialistas y colegas que lo rodean, para preservar el buen nombre de la especialidad.
- Enseñanza de las diferentes técnicas de analgesia y manejo del dolor agudo y crónico; buscando su alivio y la rehabilitación integral del paciente; ya sea durante el periodo peri-operatorio o fuera de este, como sucede en la clínica para alivio del dolor.
- Capacitarlo para que efectúe la reanimación integral del enfermo que por múltiples causas lo requiera; utilizando las maniobras específicas, la terapia medicamentosa y el soporte mecánico de las funciones vitales de los órganos involucrados; buscando la recuperación integral y vital del enfermo; valiéndose para esto de la técnicas de cuidado intensivo necesarias.
- Capacitarlo en la participación de la Administración de Hospitales, Facultades de Medicina y Unidades de tratamiento ambulatorio necesario para el cumplimiento adecuado de la las responsabilidades obtenidas con Anestesiólogo.
- Complementar el desarrollo del programa con aplicación de métodos específicos de terapia y cuidado respiratorio, además del manejo clínico de diversas alteraciones metabólicas y de líquidos y electrolitos.

3. TÍTULO OBTENIDO

- Médico Especialista en Anestesiología y Reanimación.

Universidad del Rosario

4. REQUISITOS

Para ser admitido en el programa de entrenamiento en Anestesiología y Reanimación se debe llenar los siguientes requisitos:

- Título de médico valido para ejercer en Colombia
- Poseer tarjeta profesional para practicar libremente la medicina en territorio colombiano.
- Certificado de cumplimiento del servicio médico rural obligatorio.
- Tener definida su situación militar.
- Examen general escrito diseñado por la facultad de medicina.
- Entrevista personal.
- Valoración psiquiátrica.

5. DURACIÓN

La duración del entrenamiento de este programa es de 36 meses efectivos con vacaciones anuales no acumulables; promoción por niveles (I, II, III) y con ascensos de un nivel a otro previa aprobación del nivel anterior. El tiempo disponible por el residente para su entrenamiento será de dedicación exclusiva.

6. CUPOS

El número total de residentes será de 18 que es el aprobado actualmente por el comité de educación; y por el ICFES para la facultad de medicina del Rosario y el Hospital de San José. Ingresarán nuevos residentes cada seis (6) meses en grupos de a tres.

7. PROGRAMA DE ESTUDIOS

El programa de estudios comprende:

- Reunión diaria en la mañana de una hora, que versará con las siguientes modalidades:
  - 3 horas de la semana conferencia magistral, dictada por un instructor o por un residente bajo la supervisión de un instructor.
  - 1 hora de revisión casos clínicos y complicaciones.
  - 1 hora club de revistas.
- Reunión 2 días a la semana, en horas de la tarde (lunes y miércoles 4:00 pm), con los siguientes temas:
  - Conferencias magistrales sobre alguna materia específica de la Especialización.

- Club de revistas.

- Existen comités para cada nivel respectivo de residentes, formados por los docentes del hospital; que realizan revisiones con cada grupo de residentes sobre temas relacionados con la especialidad dependiendo de la complejidad y el nivel avanzado en el programa de especialización.
- Rotaciones:
  - 6 meses por pabellón de obstetricia Hospital San José.
  - 3 meses cuidado intensivo quirúrgico; Fundación Santa Fe.
  - 3 meses Hospital Infantil; Anestesia pediátrica.
  - 2 meses Instituto Franklin D. Rosselveh; Anestesia pediátrica – Cuidados y terapia respiratoria.
  - 2 meses Fundación Cardio Infantil; Anestesia Cardiovascular.
  - 1 semana Cirugía Oftalmológica San Martin (Meta).
  - 2 meses neuro-anestesia; Hospital de San José.
  - 16 meses Hospital de San José, salas de ortopedia, cirugía plástica, oftalmología, O.R.L; maxilo-facial; urología, ginecología, cirugía general, cirugía de tórax y cardiovascular.

8. CONTENIDO PROGRAMA ACADÉMICO

- Ciencias Básicas
  - Historia de la anestesia
    - Anatomía
      - Vías aéreas: laringe-tráquea-pulmones.
      - Aparato Cardio-vascular.
      - Neuroanatomía: Vías nerviosas, plejos.
      - Sistema Nervioso Autónomo.
      - Columna Vertebral y sus planos.
    - Fisiología
      - Sistema Respiratorio
      - Desarrollo del pulmón: Prenatal y postnatal.
      - Regulación nerviosa y química de la respiración.
      - Fisiología de la altura.
      - Ventilación pulmonar.
      - Difusión de gases.
      - Circulación pulmonar y linfática.
      - Mecánica respiratoria: Músculos de la respiración.

- Inervación de tórax y pulmón.
- Relación ventilación-perfusión.
- Transporte de gases: Equilibrio Acido Básico.
- Pruebas de función respiratoria: Gasimetría sanguínea.
- Ventilación mecánica.
- Funciones No ventilatorias de pulmón: Mecanismos de defensa.

▪ Fisiología Sistema Cardio-Vascular
- Propiedades del sistema vascular.
- Inervación intrínseca y extrínseca.
- Regulación gasto cardiaco.
- Electrocardiografía.
- Regulación circulación vascular periférica.
- Pruebas función hemodinámica (pre-pop).
- Volemia y su regulación.

▪ Sistema Renal
- Mecanismo de filtración glomerular.
- Sistema renina angiotensina.
- Pruebas de función renal.
- Insuficiencia renal aguda y crónica.

▪ Sistema Hepático
- Circulación hepática.
- Pruebas de función hepática.
- Insuficiencia hepática.

▪ Sistema Endocrino
- Glándulas suprarrenales.
- A.D.H.
- Tiroides.
- Hipófisis.
- Páncreas.

▪ Sistema Hematológico
- Fisiología de la coagulación.
- Componentes sanguíneos.
- Transfusiones sanguíneas y sus complicaciones.
- Evaluación peri-operatoria trastornos coagulación.

▪ Sistema Nervioso
- Sistema nervioso central.
- Sistema nervioso periférico.
- Sistema nervioso vegetativo.

Universidad del Rosario

- Inervación de tórax y pulmón.
- Relación ventilación-perfusión.
- Transporte de gases: Equilibrio Acido Básico.
- Pruebas de función respiratoria: Gasimetría sanguínea.
- Ventilación mecánica.
- Funciones No ventilatorias de pulmón: Mecanismos de defensa.

- Fisiología Sistema Cardio-Vascular
  - Propiedades del sistema vascular.
  - Inervación intrínseca y extrínseca.
  - Regulación gasto cardiaco.
  - Electrocardiografía.
  - Regulación circulación vascular periférica.
  - Pruebas función hemodinámica (pre-pop).
  - Volemia y su regulación.
- Sistema Renal
  - Mecanismo de filtración glomerular.
  - Sistema renina angiotensina.
  - Pruebas de función renal.
  - Insuficiencia renal aguda y crónica.
- Sistema Hepático
  - Circulación hepática.
  - Pruebas de función hepática.
  - Insuficiencia hepática.
- Sistema Endocrino
  - Glándulas suprarrenales.
  - A.D.H.
  - Tiroides.
  - Hipófisis.
  - Páncreas.
- Sistema Hematológico
  - Fisiología de la coagulación.
  - Componentes sanguíneos.
  - Transfusiones sanguíneas y sus complicaciones.
  - Evaluación peri-operatoria trastornos coagulación.
- Sistema Nervioso
  - Sistema nervioso central.
  - Sistema nervioso periférico.
  - Sistema nervioso vegetativo.

- Fisiopatología placa neuromuscular.

- Nutrición y Metabolismo
  - Metabolismo básico.
  - Metabolismo de carbohidratos, proteínas, líquidos.
  - Desnutrición.
  - Obesidad.
  - Diabetes.
- Equilibrio Acido-Básico e Hidroelectrolítico
  - Metabolismo Agua.
  - Metabolismo Electrolítico.
  - Alteraciones Hidroelectrolíticas.
  - Gases arteriales y venosos.
- Regulación Térmica
  - Hipotermia.
  - Hipertermia.
  - Hipertermia maligna.
- Farmacología
  - Teoría de la anestesia.
  - Anestésicos yolátiles.
    - Farmacocinética.
    - Inhalación-capacitación-distribución.
    - Biotransformación.
  - Gases Anestésicos.
  - Gases Medicinales.
  - Anestésicos endovenosos.
  - Barbitúricos.
  - Benzodiacepinas.
  - Narcóticos y antagonistas.
  - Drogas parasimpáticomiméticas y parasimpáticolíticas.
  - Relajantes musculares y antídotos.
  - Tranquilizantes mayores y menores.
  - Anestésicos locales.
  - Drogas simpaticomiméticas y simpaticolíticas.
  - Analgésicos no narcóticos.
  - Diuréticos.
  - Antiarrítmicos.
  - Antibióticos.
  - Interacciones de drogas.
  - Toxicidad de la drogas.

Universidad del Rosario

- Física
  - Propiedades físicas de los gases.
  - Leyes de los gases.
  - Presión hidrostática y barométrica.
  - Disfunción y solubilidad de los gases.
  - Propiedades coligativas de las soluciones.
  - Flujos de fluidos por orificios y conductos.
  - Vaporización y vaporizadores.
  - Máquinas de anestesia.
  - Medidores de flujo.
  - Cilindros de gases.
  - Absorción química CO_2
  - Circuitos usados en anestesia.
  - Densidad y peso específico.
  - Electricidad estática y explosiones.
  - Termodinamia.
- Anestesia Clínica
  - Evaluación preoperatoria. Consulta preanestésica.
    - Premedicación.
  - Registro acto anestésico.
  - Monitoreo trans-operatorio invasivo y no invasivo.
    - Colocación.
    - Interpretación datos.
  - Anestesia general inhalatoria.
    - Planos anestésicos.
    - Indicaciones y contraindicaciones.
  - Anestesia general endovenosa
    - Técnicas
    - Indicaciones y contraindicaciones.
  - Relajantes musculares
    - Técnicas
    - Indicaciones
    - Reversión.
  - Intubación
    - Orotraqueal.
    - Nasotraqueal.
    - Diagnósfico y técnicas de intubación difícil.
  - Ventilación
    - Asistida.

Universidad del Rosario

- Controlada.
- Indicaciones y bases fisiológicas.

▪ Anestesia regional
- Indicaciones.
- Contraindicaciones.
- Bloqueos.
- Peridural.
- Subaracnoidea.
- Endovenosa.
- Caudal.
- Troncular.

▪ Manejo de líquidos trans-operatorio
▪ Técnicas adyuvantes en anestesia
- Hemodilación.
- Hipotensión contralada.
- Hipotermia.

▪ Complicaciones en anestesia
- Inmediatas.
- Tardías.
- Manejo.

o Anestesia por especialidades
▪ Anestesia pediátrica
- Diferencias morfológicas y fisiológicas con el adulto.
- Evaluación pre-operatoria.
- Equipos de anestesia pediátrica.
- Técnicas anestésicas pediátricas.
- Manejo de urgencias neonatales.
- Cuidados post-operatorios.
- Monitoreo en el paciente pediátrico.

▪ Anestesia gineco-obstétrica.
- Materno fetal.
- Analgesia obstétrica.
- Anestesia obstétrica.
- Anestesia para pacientes de alto riesgo y/o con patología asociada.
- Anestesia para mujer embarazada en cirugía no obstétrica.
- Anestesia para procedimientos ginecológicos.

▪ Anestesia para neurocirugía.

Universidad del Rosario

- Fisiología del flujo sanguíneo cerebral.
- Presión Intracraneana y regulación.
- Monitorización en neuroanestesia.
- Técnicas anestésicas.
- Técnicas especiales.
- Consideraciones anestésicas para diversas posiciones.
- Manejo del trauma cráneo-encefálico.

▪ Anestesia Cardio-vascular
- Monitoreo.
- Evaluación pre-operatoria y pre-medicación.
- Anestesia para cirugía vascular mayor.
- Anestesia en corazón abierto.
- Anestesia en corazón cerrado.
- Circulación extra-corpórea.
- Manejo del paciente con patología cardiaca y cirugía no cardiaca.
- Anestesia para procedimientos hemodinámicos.

▪ Anestesia para Oftalmología
▪ Anestesia para Ortopedia.
▪ Anestesia para Otorrinolaringología.
▪ Anestesia en procedimientos Urológicos.
▪ Anestesia en cirugía de tórax.
▪ Anestesia para el paciente geriátrico.
▪ Anestesia en pacientes ambulatorios.
▪ Anestesia en pacientes con endocrinopatías.
▪ Manejo anestésico del paciente diabético.
▪ Manejo anestésico del paciente con asma.
▪ Anestesia en cirugía con rayo láser.
▪ Manejo anestésico del paciente con patología renal.
▪ Manejo anestésico del paciente con patología hepática.
▪ Manejo anestésico del paciente obeso.
▪ Anestesia e hipertermia maligna.
▪ Anestesia en pacientes con enfermedad neuromusculares.
▪ Anestesia en pacientes con patología hematológica.
▪ Manejo anestésico del paciente traumatizado.
▪ Cuidado post-operatorio y en salas de recuperación.
▪ Anestesia en paciente con nutrición parenral.
▪ Anestesia para cirugía laparoscópica.

o Cuidado Intensivo
▪ Monitoreo.

- Patologías más frecuentes.
- Ventilación mecánica.
- Terapia respiratoria.
- Antibiótico-terapia.
- Falla multisistemica.

- Reanimación
  - Reanimación en trastornos Cardio-vasculares.
  - Reanimación en trastornos respiratorios.
  - Reanimación en trastornos renales.
  - Reanimación en trastornos digestivos.
  - Reanimación en trastornos nutricionales.
  - Reanimación en trastornos neuromusculares.
  - Reanimación en pediatría.
  - Reanimación en pacientes politraumatizados.
- Manejo del dolor agudo y crónico
  - Mecanismo del dolor.
  - Analgesia post-operatoria.
  - Manejo del dolor crónico.
- Investigación en anestesia
  - Bioestadística.
  - Metodología.
- Aspecto médico-legal del anestesiólogo
- Riesgo profesional del anestesiólogo

9. EVALUACIÓN

Para obtener el título de especialista se requiere la presentación de un trabajo de investigación, el cual se realiza durante los tres años de residencia, con previa aprobación del protocolo por el servicio y por el comité de investigación del hospital y de la facultad de medicina.

Cada residente será promovido anualmente a un nivel superior, con una nota que resulta del cómputo de la nota práctica que equivale al 60% y la nota teórica que equivale al 40%. La nota práctica se obtiene de la evaluación conceptual de cada residente por parte de todos los instructores del servicio computada con la nota obtenida en las rotaciones que participa durante el año respectivo. La nota teórica resulta del cómputo de los exámenes escritos y orales durante el año respectivo; mínimo cuatro evaluaciones.

Universidad del
Rosario

Se expide a solicitud del titular de la información y previa autorización del mismo, en Bogotá D.C., a los diez (10) días del mes de julio del año dos mil dieciocho (2018).

SANDRA PATRICIA SANTOYO PRADA
Secretaria Académica de Posgrado
ESCUELA DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD DEL ROSARIO

EL DIRECTOR OPERATIVO (C) DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E

NIT: 900.958.564-9

CERTIFICA:

Que la Doctora **GLORIA STELLA NAVAS GARCIA,** identificada con Cédula de Ciudadanía No. 51.578.058 de Bogotá, estuvo vinculada en la planta global de personal del Hospital Tunal III Nivel Empresa Social del Estado, desempeñando el siguiente cargo:

Que mediante Resolución No. 4123 del 25 de Mayo de 1993, fue nombrada para desempeñar el cargo de Profesional Especializado- (Médico Especialista 8 Horas) Código 321505, departamento Quirúrgico Servicio de Hospitalización Subdirección Científica Hospital el Tunal Tercer Nivel de Atención, con efectividad 29 de Abril de 1998, desempeñando las siguientes funciones, según Decreto No. 1335 de 1990.

1. Participar en el diagnóstico y pronóstico del estado de salud de la población asignada.
2. Prestar atención médica general haciendo el diagnóstico y determinando la terapia de los pacientes.
3. Participar en la programación, supervisión valuación, y control de actividades de salud que se realicen en el área asignada.
4. Realizar control médico periódico a pacientes laboralmente expuestos a las situaciones de contaminación ambiental que impliquen riesgo para su salud.
5. Participar en las brigadas de salud del área de influencia.
6. Realizar vigilancia epidemiológica en todas aquellas situaciones que sean factor de riesgo para la población que le ha sido asignada.
7. Evaluar las actividades e impacto de la prestación de los servicios de Salud
8. Promover en su área de trabajo la participación de la comunidad en actividades de salud e impulsar la conformación de los comités de salud y formación de líderes comunitarios en Salud.
9. Establecer y mantener las relaciones de coordinación necesarias para lograr una eficaz prestación de los servicios de salud.
10. Reportar oportunamente las anormalidades en la prestación del servilo y proponer las alternativas de solución.
11. Ejercer las demás funciones que le sean asignadas y sean afines con la naturaleza del cargo.

del equipo de salud, en la formación de estudiantes, internos y residentes de aquellas entidades con las que el hospital tenga convenio docente asistencial y en la investigación básica y clínica de los factores que afectan la salud y las alternativas para intervenirlos.

7. Participar activamente en la preparación, elaboración, ejecución y evaluación de los protocolos y guías de manejo de las diferentes patologías según la especialidad y vigilar su cumplimiento por parte del equipo de trabajo.
8. Realizar dentro de su especialidad las funciones correspondientes a medicina legal y preventiva de los pacientes bajo su cuidado.
9. Realizar vigilancia epidemiológica en el campo de su especialidad e informar a los niveles respectivos acerca de las patologías de notificación obligatoria, diligenciando en forma adecuada todos los soportes requeridos.
10. Impartir instrucciones al personal técnico y auxiliar sobre los procedimientos propios de su especialidad.
11. Informar en forma detallada y veraz, el estado, pronostico y evolución de la enfermedad al paciente y / o a sus familiares, dando cumplimiento estricto a todas las recomendaciones éticas y legales sobre la materia.
12. Participar en los comités editoriales de la entidad cuando sea requerido
13. Aplicar y velar por el estricto cumplimiento de los protocolos y guías de manejo que con fines científicos y administrativos hayan sido aprobadas para el hospital y Elaborar adecuadamente la información que le sea solicitada por el nivel competente.
14. Diligenciar los formatos del sistema de información y controles estadísticos con fines científicos y administrativos.
15. Participar en la formulación, desarrollo, evaluación y actualización del manual de normas y procedimientos, del plan de acción, de las guías de manejo y de los demás documentos propios del área.
16. Aplicar procedimientos y controles establecidos para garantizar la eficiencia y eficacia en el desempeño de sus labores.
17. Cumplir con las políticas, normas y procedimientos del hospital y del área.
18. Promocionar el concepto de gestión de calidad y de acreditación que implique contar con estrategias coherentes de desarrollo Organizacional.
19. Participar en la elaboración de instrumentos de evaluación, facturación, registro y control y todos aquellos que contribuyan al mejoramiento del funcionamiento del Servicio.
20. Asistir y Participar de los procesos de actualización y mejoramiento continuo, tanto en su formulación como en su desarrollo y evaluación.
21. Realizar las actividades docentes e investigativas y los procedimientos Administrativos que le sean asignados.
22. Participar en la sugerencia, formulación, ejecución, elaboración y presentación de proyectos de investigación así como en las funciones docente-asistenciales a desarrollarse por el HOSPITAL EL TUNAL E.S.E

estricto a todas las recomendaciones éticas y legales sobre la materia.

7. Aplicar periódicamente las actividades del ciclo de mejoramiento continuo del área de Anestesia según la morbimortalidad de los pacientes y el perfil epidemiológico de la población demandante, teniendo en cuenta la relación costo beneficio y nivel de complejidad de la institución.
8. Participar de manera permanente en los diferentes servicios del hospital, mediante el aporte de sus conocimientos y su experticia, en la prestación de servicios especializados de salud a los pacientes, en la capacitación y actualización del equipo de salud, en la formación de estudiantes, internos y residentes de aquellas entidades con las que el hospital tiene convenio docente asistencial, en los procesos de investigación clínica, ciencia, tecnología y publicaciones que desarrolle el hospital a nombre propio o en convenio y asociación con otras instituciones.
9. Realizar vigilancia epidemiológica en el campo de Anestesia e informar a los niveles respectivos acerca de los eventos de interés en salud pública y de notificación obligatoria, diligenciando en forma adecuada y oportuna las fichas y los soportes requeridos según la normatividad vigente.
10. Participar activamente en la implementación, desarrollo, y mantenimiento del sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud, en todos sus componentes acorde a la plataforma estratégica institucional.
11. Brindar en el proceso de atención al cliente interno, usuario y familia un trato digno y humanizado.
12. Contribuir activamente en la construcción, consecución de metas y mejora de los indicadores de gestión clínica y administrativa de su competencia, acorde a las metas institucionales y el Plan Operativo Anual.
13. Cumplir con la política del Sistema Integrado de Gestión conforme a la normatividad vigente.
14. Desempeñar las demás funciones que le sean asignadas y correspondan a la naturaleza del cargo.

Que mediante Acta de Posesión – Incorporación No. 168 del 07 de Abril de 2017 de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., fue incorporada en el Empleo de Médico Especialista Código 213, Grado 32, desempeñando las siguientes funciones, según Acuerdo No. 013 de 2017.S.E.

1. Efectuar la consulta y/o valoración médica, procedimientos e interconsultas, evolución de Anestesia, realizando diagnóstico y plan de manejo a los pacientes que están siendo atendidos en los diferentes servicios de la Subred Sur.
2. Ejecutarde manera adecuada los procedimientos propios del acto médico, registrando en la historia clínica, de acuerdo a la normatividad vigente y asegurar el cuidado y custodia de las historias clínicas, que se encuentren bajo su responsabilidad.

La Evaluación del desempeño laboral correspondiente al último periodo de calificación de 2017-2018 obteniendo una calificación del 99.60% destacándose en la Evaluación de competencias con:

- Orientación al Usuario y al Ciudadano
- Orientación a Resultados
- Trabajo en Equipo y Colaboración
- Compromiso con la Organización destacándose con calificación en el nivel alto.

Sanciones Disciplinarias: No registra en su Hoja de Vida.

Lo anterior se expide a solicitud del interesado en la ciudad de Bogotá, a los dieciséis (16) días del mes de Julio de Dos Mil Dieciocho (2018).

Cordialmente,

FABIOLA BAUTISTA LOPEZ
Director Operativo (C) de Gestión del Talento Humano
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

FUNCIONARIO/CONTRATISTA	NOMBRE	CARGO	SEDE	RED	FIRMA
Proyectado por:	Claudia Mendoza Sanabria	Auxiliar Administrativo	Tunal	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur	
Revisado por:	Pedro Alfonso Mejia Sierra	Profesional Especializado (E)	Tunal	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur	

SOCIEDAD CUNDINAMARQUESA DE ANESTESIOLOGIA

CERTIFICACIÓN

Con la presente hago constar que la Doctora **GLORIA STELLA NAVAS GARCIA** identificada con cédula No. **51.578.058** asistió al Curso Anual de la Sociedad Cundinamarquesa de Anestesiología- S.C.A. "**SEMIOLOGIA DEL PACIENTE CRÍTICO. La clínica y la Monitoria Invasiva: ¿Son excluyentes o se complementan"**, que se llevó a cabo en el Hotel Bogotá Plaza los días 06 y 07 de Noviembre del año 2009.

Se expide la presente certificación a solicitud de la interesada el día 24 de Julio de 2018.

Cordialmente,

DARIO OLIVEROS ACOSTA
Presidente S.C.A.

Cra 15A # 120 - 74 Piso 1
Tel: 6197826 - 2156975
comunicaciones@sca.org.co - www.sca.org.co.

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

Bogotá D.C 24 de Julio de 2018

Señores
A QUIEN INTERESE
La Ciudad

Una vez revisada la hoja de vida de la Doctora GLORIA STELLA NAVAS GARCIA identificada con cedula de ciudadanía número 51578058 de Bogotá, certifico que la Doctora se vinculó a la planta global del HOSPITAL TUNAL III NIVEL DE ATENCIÓN mediante la modalidad de concurso abierta de carrera administrativa y por resolución N° 4123 del 25 de mayo de 1993 fue nombrada para desempeñar el cargo de PROFESIONAL ESPECIALIZADO (MEDICO ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA 8 horas) Código 321505, y hasta la fecha desempeña funciones propias de su especialidad realizando atención de paciente crítico y de alta complejidad en las diferentes especialidades que recibe cobertura de servicios de salud en las diferentes especialidades y unidades de servicio de la SUBRED INTEGRADA DEL SERVICIOS DE SALUD SUR.

Durante el tiempo que ha prestado sus servicios profesionales en la institución la DRA. NAVAS se ha destacado por su excelente desempeño profesional y liderazgo, por lo que ha sido designada para realizar la Coordinación del servicio de anestesia desde el año 1996 y en la actualidad es referente para el manejo de los temas relacionados con la especialidad de anestesiología de las diferentes unidades que conforman la SUBRED INTEGRADA DEL SUR

Participa de manera permanente mediante el aporte de sus conocimientos y su experticia en la en la capacitación y apoyo en actividades Docentes para formación de estudiantes de pregrado, internos y residentes en entrenamiento en la especialidad de Anestesiología con las entidades con las cuales el hospital tiene convenio docente asistencial y participa en procesos de investigación clínica, ciencia, tecnología y publicaciones que desarrolla la institución.

Mediante oficio AS-13-2017 de la subdirección de servicios de salud se le asignaron funciones de Líder del servicio salas de cirugía con centro de operaciones en Uss Tunal cargo que desempeñó hasta que fue restructurado el organigrama institucional.

Desde su incorporación a la carrera administrativa en las evaluaciones de desempeño que realiza la COMISIÓN NACIONAL DEL SERVICIO CIVIL se ha destacado por obtener calificaciones sobresalientes, en lo correspondiente al último periodo febrero 2017-febrero 2018 obtuvo una calificación de 99.60% destacándose en el nivel de competencias con una calificación en el nivel alto

En el desempeño de su ejercicio profesional como anestesióloga durante el tiempo de vinculación a la institución no registra complicaciones, demandas ni sanciones disciplinarias en su hoja de vida.

Cordialmente,

Cirugía General
Reg. MD 79902601

JOSEF KLING GOMEZ
JEFE OFICINA DE CIRUGIA SUBRED SUR

Carrera 20 # 47B – 35 sur
Código Postal: 110621
Sede Administrativa USS Tunal
Tel: 7300000

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTÁ
HOSPITAL DE SAN JOSÉ
Colombia

Bogotá, julio 24 de 2018

A QUIEN PUEDA INTERESAR:

Se certifica que la Doctora GLORIA STELLA NAVAS GARCIA identificada con cedula de ciudadanía 51578058 de Bogotá, realizo su residencia de anestesiología en programa Universidad del Rosario- Hospital de San José entre febrero de 1989 a enero de 1992.

Durante su residencia se realizó la práctica de anestesia regional en la cual se incluye:

- Anestesia epidural
- Anestesia raquídea
- Bloqueos del miembro superior
- Bloqueos del miembro inferior

En los bloqueos del miembro superior se incluye la práctica de:

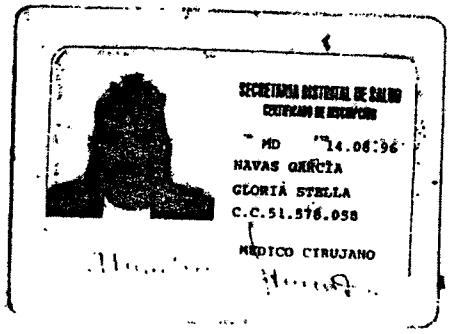
- Bloqueo interescalenico
- Bloqueo axilar.

La Doctora mostro habilidades suficientes para la práctica de estos bloqueos durante su entrenamiento, que garantizan su práctica durante su ejercicio profesional

Atentamente

Luis E. Reyes O.
MD Anestesiología
Cirujano Intensivista
Reg. 8957

LUIS EDUARDO REYES ORTIZ
Jefe servicio de Anestesiología
Hospital de San José


SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
MD 14.06.96
NAVAS GARCIA
GLORIA STELLA
C.C.51.816.058
MEDICO CIRUJANO

icontec
internacional

certifica que:

Gloria Stella Navas García

C.C. 51.578.058

Asistió a los cursos de

- Normatividad- Enfoque Por Procesos y Generalidades de Acreditación
- Direccionamiento del SGC
- Acreditación y la Gestión del Recurso Humano
- Proceso de Atención al Cliente Asistencial. PACAS
- Autoevaluación, Análisis y Mejora de la Acreditación en Salud

Con una intensidad de 80 horas

CORRESPONDIENTES AL DIPLOMADO ACREDITACION IPS, CUYA DURACIÓN TOTAL ES DE 112 HORAS

Bogotá D.C., 22 de Abril de 2015

Carlos Humberto Pulido Riveros
Director de Educación



Organización de Capacitación
P.L.A. Export Editores S.A.

Este curso otorga certificación proveniente de
American Heart Association

Certifica que

NAVAS GARCÍA GLORIA

Realizó el curso de

PROVEEDOR ACLS

Según las normas de la American Heart Association

Este curso está acreditado con 30 horas de estudio
Los días 11 y 12 de septiembre de 2010
en la ciudad de Bogotá - Colombia

Juan Carlos Cortes
Director de Curso

Organización de Capacitación
P.L.A. Export Editores S.A.

PLA

A QUIEN INTERESE:

PLA EXPORT EDITORES CERTIFICA QUE:

GLORÍA NAVAS GARCÍA
C.C. 51.578.058

Asistió a los cursos curso BLS y ACLS que se dictaron los días 10, 11 y 12 de septiembre de 2010, en la ciudad de Bogotá, bajo los lineamientos y normatividad de la Asociación Americana del Corazón y de acuerdo con el resultado de su investigación global que se resume en las Guías 2010.

PLA Export tiene un contrato vigente y una certificación como Centro Internacional de Entrenamiento para proveer tarjetas globales de proveedor, a quienes por su conocimiento teórico y destrezas demuestren estar actualizados en la ciencia American Heart.

El proveedor certificado desarrolló las competencias mínimas requeridas y obtuvo una calificación del 100% por haber contestado correctamente las 20 preguntas de su examen teórico de BLS y las 25 preguntas del examen teórico de ACLS, y por haber realizado en forma correcta su examen práctico, de acuerdo con el siguiente método:

- Estudio realizado con la lectura previa de los materiales obligatorios de los cursos. Este es un requisito indispensable para asistir a las prácticas.
- Por hacer el estudio completo de la actualización de guías 2010
- Trabajo práctico en estaciones con instructores guía certificados de entrenamiento en reanimación cardiopulmonar básica y avanzada y manejo de la muerte súbita.

Cordialmente,

Carlos Ortiz
Presidente
PLA EXPORT EDITORES.
CENTRO DE ENTRENAMIENTO DE LA AHA.

European Society of Anaesthesiology **ESA**

This is to certify that

Dr. Gloria Navas

attended the

Euroanaesthesia 2008 Meeting

The European Anaesthesiology Congress

Copenhagen, Denmark, 31 May - 3 June 2008

Johannes Th. A. Knape
President

- The EUROANAESTHESIA 2008 is accredited by the European Accreditation Council for Continuing Medical Education (EACCME) to provide the following CME activity for medical specialists. The EACCME is an institution of the European Union of Medical Specialists (UEMS), www.uems.net.
- The EUROANAESTHESIA 2008 is designated for a maximum of 18 hours of European external CME credits.
- EACCME credits are recognized by the American Medical Association towards the Physician's Recognition Award (PRA). To convert EACCME credit to AMA PRA category 1 credit, contact the AMA.

XXVII Congreso Colombiano de Anestesiología

SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN - SCARE

Certifica que el Dr.

GLORIA NAVAS

Asistió al

XXVII Congreso Colombiano de Anestesiología
Juan Marín Osorio
De lo teórico a lo práctico

En calidad de: **PARTICIPANTE**

Realizado en la ciudad de Santa Marta, los días 16 a 18 de marzo de 2007
Hotel Santa Mar
Equivalente a 22 horas

Álbaro Antonio Yepes Martínez
Presidente
Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación - SCARE

Manuel Antonio Galindo Arias
Subdirector
Asuntos Científicos y Gremiales - SCARE

Grupo Corporativo SCARE
¡Donde el sector salud tiene respaldo!

European Society of Anaesthesiology

This is to certify that

Dr. Gloria Navas

attended the

Euroanaesthesia 2006 Meeting

Annual Meeting of the European Society of Anaesthesiology

Madrid, Spain, 3 – 6 June 2006

Peter Simpson
President

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SANITAS

Certifica que

GLORIA NAVAS

ha participado en el

XIII Curso de Anestesiología 2006

Celebrado en Bogotá, el 31 de marzo y 1 de abril de 2006, con una intensidad de 14 horas.

Álvaro Sarmiento Orjuela
Jefe Departamento Anestesiología
Clínica Reina Sofía

Álvaro Caro Mendoza
Rector

Organiza: Clínica Colsanitas S.A.

06BO57FC008896



ASOCIACIÓN COLOMBIANA
PARA EL ESTUDIO DEL DOLOR

Certifica que:

GLORIA NAVAS

Asistió al

XV Congreso Internacional de Dolor

en calidad de CONFERENCISTA

25 horas académicas.

Bogotá, D.C. Septiembre 22, 23, 24 de 2005

Carlos Francisco Fernández
Presidente ACED

Jhon Jairo Bernández
Comité Académico

Miguel Angel Cruz
Secretario Ejecutivo

SOCIEDAD CUNDINAMARQUESA DE ANESTESIOLOGIA
Transv. 17 No.121-12 Oficina 418 - Tels. 619 78 26 - 215 69 75
Fax 620 33 92 - Bogotá, D.C. - Colombia
Email: scundi@cable.net.co

LA SOCIEDAD CUNDINAMARQUESA DE ANESTESIOLOGIA SCA

Certifica que el Dr.(a):

GLORIA NAVAS

Asistió al taller "INDUCCION INHALATORIA CON SEVOFLUORANO (VIMA)", durante el curso anual de la Sociedad **"ACTUALIZACION EN CIRUGÍA AMBULATORIA"** realizado en la ciudad de Bogotá, el día 05 de noviembre de 2005, con una intensidad horaria de 2 horas.

Cordial saludo.

ALVARO AMEZQUITA TRUJILLO
Vocal académico SCA

Hospital Universitario
FUNDACION SANTA FE DE BOGOTÁ

CERTIFICA QUE

GLORIA STELLA NAVAS G.

ASISTIÓ AL

CONGRESO INTERNACIONAL

Evaluación y Manejo del Paciente Críticamente Enfermo para Cirugía

Realizado en Bogotá, HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTA
Los días 2 y 3 de Septiembre de 2005

ENRIQUE ARANGO GALVIS, MD
Jefe Departamento de Anestesia
Fundación Santa Fe de Bogotá

EDGAR CELIS RODRIGUEZ, MD
Jefe UCIQ Fundación de Santa Fe de Bogotá
Presidente de la Asociación Panamericana - Ibérica de Sociedades de Medicina Crítica

GUSTAVO QUINTERO HERNANDEZ, MD
Director División de Educación
Fundación Santa Fe de Bogotá

LA CLINICA DEL COUNTRY
Y LA SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGIA

Certifican que

GLORIA STELLA NAVAS

Asistió al "Curso Teórico Práctico de Anestesia Intravenosa"
Realizado los días 22 Y 23 de Julio de 2005

Para constancia se firma en la ciudad de Bogotá, D.C.; República de Colombia,
a los veintitrés (23) días del mes de julio de dos mil cinco (2005).

Dr. Albaro Yepes
Presidente
SCARE

Dr. Tito Tulio Roa
Director Educación Médica
Clínica del Country

Dr. Alberto Vanegas
Coordinador Nacional
Comité de Anestesia Intravenosa

XXVI

CONGRESO COLOMBIANO DE ANESTESIOLOGÍA

Medicina Perioperatoria

SCARE

SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN - SCARE

CERTIFICA QUE EL DR.(A):

GLORIA NAVAS

ASISTIÓ AL

XXVI Congreso Colombiano de Anestesiología "Medicina Perioperatoria"
efectuado en Bogotá, D.C., los días 18, 19 y 20 de marzo de 2005
en calidad de:

PARTICIPANTE

Dado en Bogotá, D.C., el 20 de marzo de 2005.

DR. MARIO GRANADOS SANDOVAL
Presidente Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación

DR. OSCAR PINZÓN RODRÍGUEZ
Director Organización Científico Gremial

13th WORLD CONGRESS OF ANAESTHESIOLOGISTS

Paris, April 18-23, 2004

CERTIFICATE OF ATTENDANCE

We hereby certify that :

Dr Gloria NAVAS

attended the 13th World Congress of Anaesthesiologists held in Paris from April 18 to 23, 2004

Paris, April 23th 2004

Alexandra DEVILLERS
Registration Department

SOCIEDAD COLOMBIANA DE
ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN - SCARE

Secretaría
SALUD
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D.C.
Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación - SCARE

CERTIFICADO DE PARTICIPACIÓN

Gloria Stella Navas García

Por haber cumplido meritoriamente con el "Programa de educación continuada en anestesiología", efectuado en Bogotá, D.C., entre febrero y agosto de 2004, obteniendo 45 puntos de 50 posibles en el sistema de educación continua.

Dado en Bogotá, D.C., el 23 de septiembre de 2004.

ROMAN RAFAEL VEGA ROMERO
Secretario Distrital de Salud de Bogotá, D.C.

MARIO GRANADOS SANDOVAL
Presidente SCARE

Bogotá sin indiferencia

UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario - 1653

FACULTAD DE MEDICINA

Otorga el presente

Certificado

A Gloria Navas García

Por su participación en el *CURSO DE EPIDEMIOLOGÍA CLÍNICA (MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA)*, realizado para los funcionarios del Hospital El Tunal, entre el 13 y 31 de marzo de dos mil cuatro (2004), con una intensidad de treinta (30) horas.

Para constancia se firma en la ciudad de Bogotá D.C., República de Colombia, a los doce (12) días del mes de abril de dos mil cuatro (2004).

Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario
DECANATURA
Facultad de Medicina

Decano
Facultad de Medicina

Real Cédula del 31 de diciembre de 1651 - Resolución 58 del 16 de septiembre de 1895

Boehringer Ingelheim

ASOCIACIÓN COLOMBIANA PARA EL ESTUDIO DEL DOLOR

CERTIFICA

Que: **GLORIA NAVAS**

Participó en el

XIII Congreso Internacional de Dolor

con una intensidad horaria de 30 horas del 22 al 24 de Mayo de 2003

Carlos Francisco Fernández
Presidente

Miguel A. Cruz
Secretario

SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN - SCARE
FONDO ESPECIAL PARA AUXILIO SOLIDARIO DE DEMANDAS - FEPASDE

Certifican que el Dr.(a)

GLORIA STELLA NAVAS GARCIA

Asistió al

III CONGRESO DE DERECHO MÉDICO

En Calidad de **PARTICIPANTE**

Realizado en la Ciudad de Bogotá,D.C.,
El 31 de Octubre y 1 de Noviembre de 2002 en el Hotel Four Points Sheraton

DR. RAFAEL MACÍA MEJÍA
PRESIDENTE SCARE

DR. IGNACIO RUIZ MORENO
DIRECTOR FEPASDE

SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN - SCARE

COMITÉ DE ANESTESIA PEDIÁTRICA

SOCIEDAD CUNDINAMARQUESA DE ANESTESIOLOGÍA

Certifican que el Doctor(a)

GLORIA NAVAS

participó en el

CURSO NACIONAL DE ANESTESIA PEDIÁTRICA

Realizado el día 22 y 23 de noviembre de 2002, en el Hotel La Fontana de la ciudad de Bogotá.
Con una intensidad horaria de 16 horas.

En Calidad de **CONFERENCISTA**

Dr. Jaime Jaramillo Mejía
Coordinador Comité Anestesia Pediátrica - SCARE

Dr. Oscar Pinzón Rodríguez
Director Organización Científico Gremial-SCARE

SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGIA
Y REANIMACION - SCARE

SOCIEDAD CUNDINAMARQUESA DE ANESTESIOLOGIA S.C.A.

Certifican que:

GLORIA STELLA NAVAS

Asistió al Curso Precongreso:

REANIMACION RCCP

en calidad de *PARTICIPANTE*

Realizado en la ciudad de Bogotá,D.C. el 15 de Marzo de 2001
Centro de Convenciones Gonzalo Jiménez de Quesada

Fernando Aguillera Castro,M.D.
Presidente SCARE

Nelson Raúl Tolosa, M.D.
Presidente S.C.A.

Oscar Pinzón Rodríguez, M.D.
Director O.C.G

XXIV CONGRESO COLOMBIANO DE ANESTESIOLOGIA
HACIA LA EXCELENCIA
LI ASAMBLEA NACIONAL DE DELEGADOS

HOSPITAL EL TUNAL III NIVEL Empresa Social del Estado

Otorga el presente Diploma a:
Awards The Present Certify To:

GLORIA NAVAS
C.C. 51.878.059 de Bogotá

Quien Aprobo el curso de:
Who Approved the Training course:

FORMACIÓN DE AUDITORES INTERNOS DE CALIDAD
ISO 9000
ISO 9000 Internal Auditor Training

Intensidad horaria (Hour Intensity) 24 Horas (Hours)

JOSE LUIS RODRIGUEZ DIAZ Capacitador	J. ALEJANDRO CARDENAS L. Jefe de Control Organizacional y de Calidad	CARLOS A. RODRIGUEZ S. Gerente

CG-05-18-61

Certificado No. TC-GC-002-028/19 de Julio del 2.002.

SOCIEDAD CUNDINAMARQUESA DE ANESTESIOLOGIA
Calle 50 No. 8-27. Oficina 407. Edificio Somec, Tel. 2 88 12 70. Fax. 2457501
Bogotá, Colombia NUEVA DIRECCION
Transversal 17 No. 121-12 OF. 413
[illegible] 2 40 30 92

CERTIFICACION

Con la presente hacemos constar que la doctora. GLORIA STELLA NAVAS GARCIA identificada con Cedula de Ciudadanía No 51.578.058 de Bogotá participo en el congreso MANEJO ANESTESICO DEL PACIENTE QUIRURGICO CON ENFERMEDADES ASOCIADAS Y RIESGOS OCUPACIONALES DEL PERSONAL QUE LABORA EN EL AREA QUIRURGICA, con una intensidad de 16 horas los dias 26 y 27 de abril de 1997

La presente se expide a solicitud del interesado el dia 10 de marzo de 1998.

LUIS E. REYES.
Secretario S.C.A

ASOCIACION COLOMBIANA PARA EL ESTUDIO DEL DOLOR

Capítulo Colombiano de la International Association for the Study of Pain

SEDE:
Carrera 15 Nº 85-76 Oficina 506
Teléfono: 2365344 —Fax 6160777
Santafé de Bogotá, D.C. - Colombia

CERTIFICACION

La Asociación Colombiana para el Estudio del Dolor certifica que la Dra. GLORIA STELLA NAVAS, asistió al VI Congreso Nacional de Dolor, llevado a cabo en la ciudad de Bogotá, los días 15, 16 y 17 de Junio de 1.996, con una intensidad horaria de 20 horas y media.

Atentamente,

CAPITULO COLOMBIANO
DE LA I. A. S. P. y/o
ASOCIACION COLOMBIANA
PARA EL ESTUDIO DE DOLOR
NIT. 800.229.031-6

Germán Ochoa Amaya, M.D.
Presidente ACED 1993-1996

Santafè de Bogotá, Diciembre 5, 1997

UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
HOSPITAL DE SAN JOSE

Certifican que el Dr.(a):

GLORIA STELLA NAVAS GARCIA

Asistió a las **Terceras Jornadas de Actualización en Anestesiología.**
Mayo 13 de 1994, como:

PARTICIPANTE

Intensidad Horaria: 8 horas

DR. OSCAR PINZON RODRIGUEZ
Presidente Comité Organizador

DRA. ESTHER PEÑA ROSSI
Secretaria Comité Organizador

DR. RICARDO FORERO LUCENA
Tesorero Comité Organizador

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Facultad de Medicina

Hace Constar

Que el Dr. *GLORIA NAVAS*

asistió al PRIMER ENCUENTRO DE EGRESADOS DEL PROGRAMA DE ANESTESIOLOGIA

dictado por LA UNIDAD DE ANESTESIOLOGIA DEL DEPARTAMENTO DE CIRUGIA

del 27 al 29 DE FEBRERO DE 1992.

En constancia, se firma a los 29 días del mes de Febrero de 1992.

DECANO

UNIVERSIDAD NACIONAL Facultad de Medicina

COORDINADOR UNIDAD

SECRETARIO ACADEMICO

SOCIEDAD CUNDINAMARQUESA DE ANESTESIOLOGIA

CERTIFICA QUE

la Dra. GLORIA NAVAS

Asistió al Curso Anual sobre " Manejo Anestésico de Pacientes Quirúrgicos con Enfermedades Asociadas " y " Riesgos Ocupacionales del Personal que Labora en el Area Quirúrgica "

BOGOTA Abril 26 - 27 de 1991

Dr. Alvaro Sarmiento Orjuela
Presidente

Dra. Miryam C. Suárez Chavez
Secretaria General

SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN - SCARE

COMITÉ DE ANESTESIA PEDIÁTRICA

SOCIEDAD CUNDINAMARQUESA DE ANESTESIOLOGÍA

Certifican que el Doctor(a)

GLORIA NAVAS

participó en el

CURSO NACIONAL DE ANESTESIA PEDIÁTRICA

Realizado el día 22 y 23 de noviembre de 2002, en el Hotel La Fontana de la ciudad de Bogotá.
Con una intensidad horaria de 16 horas.

En Calidad de **CONFERENCISTA**

Dr. Jaime Jaramillo Mejía
Coordinador Comité Anestesia Pediátrica - SCARE

Dr. Oscar Pinzón Rodríguez
Director Organización Científico Gremial-SCARE

SOCIEDAD CUNDINAMARQUESA DE ANESTESIOLOGIA
Calle 50 No. 8-27. Oficina 407. Edificio Somec, Tel. 2 88 12 70. Fax. 2457501
Bogotá, Colombia NUEVA DIRECCION
Transversal 17 No. 121-12 OF. 413
[illegible]

CERTIFICACION

Con la presente hacemos constar que la doctora. GLORIA STELLA NAVAS GARCIA identificada con Cédula de Ciudadanía No 51.679.058 de Bogotá participo en el congreso MANEJO ANESTESICO DEL PACIENTE QUIRURGICO CON ENFERMEDADES ASOCIADAS Y RIESGOS OCUPACIONALES DEL PERSONAL QUE LABORA EN EL AREA QUIRURGICA, con una intensidad de 16 horas los dias 26 y 27 de abril de 1991.

La presente se expide a solicitud del interesado el dia 19 de marzo de 1998.

LUIS E. REYES.
Secretario S.C.A

ABBOTT LABORATORIES DE COLOMBIA, S.A.

Bogotá, octubre 5 de 2004

DOCTORA
GLORIA NAVAS
Bogotá

Cordial saludo:

Abbott Laboratories de Colombia tiene el gusto de confirmarle la invitación a participar en el CONGRESO AMERICANO DE ANESTESIOLOGÍA, que se realizará en la ciudad de Las Vegas, Estados Unidos, este mes.

Nuestra invitación consiste en Tiquete y Alojamiento durante seis noches .

Es para Abbott un honor apoyar a profesionales de la salud tan destacados como usted, esperamos que el aporte del congreso cumpla con sus expectativas profesionales y personales.

Atentamente,

VICTOR ROMERO
Gerente Instituciones
División Hospitalaria

BOGOTA, D.C.
OFICINAS
Calle 100 No. 9A-45 Piso 13
PBX: 628 5600
A.A. 3589 Fax: 628-6700

BARRANQUILLA
CENTRO DE CAPACITACION
Cra. 51B No. 76 -136 Of. 704 -705
Tels.: 368 1284 - 368 1285
Fax: 3681285

BUCARAMANGA
CENTRO DE CAPACITACION
Calle 46 No. 33-18 Of. 201
Tels.: 643 3602 - 643 0805
Fax: 643 4378

CALI
CENTRO DE CAPACITACION
Calle 64 Norte No. 5BN-146 Ofc. 22
Centro Empresa
Tels.: 666 2099 - 665 3094
666 2100 Fax: 664 1860

MEDELLIN
CENTRO DE CAPACITACION
Carrera 63 No. 49A-31 Piso 7
Tel.: 260 4525
Fax: 260 4525 Ext. 125

PEREIRA
CENTRO DE CAPACITACION
Carrera 10 No. 19-52 Piso 16 Of. 1607
Complejo Diario del Otún
Tels.: 324 5400 - 324 2032 - 334 1157
Fax: 324 2051

SOCIEDAD CUNDINAMARQUESA DE ANESTESIOLOGIA

CERTIFICA QUE

la Dra. GLORIA NAVAS

Asistió al Curso Anual sobre " Manejo Anestésico de Pacientes Quirúrgicos con Enfermedades Asociadas " y " Riesgos Ocupacionales del Personal que Labora en el Area Quirúrgica "

BOGOTA Abril 26 - 27 de 1991

Dr. Alvaro Sarmiento Orjuela
Presidente

Dra. Miryam C. Suárez Chávez
Secretaria General

HOSPITAL EL TUNAL III NIVEL Empresa Social del Estado

Otorga el presente Diploma a:
Awards The Present Certify To:

GLORIA NAVAS
C.C. 51.378.059 de Bogotá

Quien Aprobo el curso de:
Who Approved the Training course:

FORMACIÓN DE AUDITORES INTERNOS DE CALIDAD
ISO 9000
ISO 9000, Internal Auditor Training

Intensidad horaria (Hour Intensity) 24 Horas (Hours)

JOSE LUIS RODRIGUEZ DIAZ
Capacitador

J. ALEJANDRO CARDENAS L.
Jefe de Control Organizacional y de Calidad

CARLOS A. RODRIGUEZ S.
Gerente

CG-08-18-S1

Certificado No. TC-GC-002-028/19 de Julio del 2002.

SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGIA
Y REANIMACION - SCARE

SOCIEDAD CUNDINAMARQUESA DE ANESTESIOLOGIA S.C.A.

Certifican que:

GLORIA STELLA NAVAS

Asistió al:

XXIV CONGRESO COLOMBIANO DE ANESTESIOLOGIA

en calidad de *PARTICIPANTE*

Realizado en la ciudad de Bogotá,D.C. los días 15 al 18 de marzo de 2001.
Centro de Convenciones Gonzalo Jiménez de Quesada

Fernando Aguilera Castro,M.D.
Presidente SCARE

Nelson Raúl Tolosa, M.D.
Presidente S.C.A.

Oscar Pinzón Rodríguez, M.D.
Director O.C.G

XXIV CONGRESO COLOMBIANO DE
ANESTESIOLOGIA
HACIA LA EXCELENCIA
U ASAMBLEA NACIONAL DE DELEGADOS

HOSPITAL SANTA CLARA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
Santafé De Bogotá D.C.
SUBDIRECCION CIENTIFICA

S.C.-005/2000

Santafé de Bogotá, 13 de enero de 2000

Doctor
JORGE EDUARDO SUÁREZ
Subdirector Científico
HOSPITAL EL TUNAL E.S.E.
Santafé de Bogotá D.C.

Respetado doctor Suárez:

Reciba un cordial saludo. En atención a su solicitud, nos es grato comunicarle que ha sido aceptada la doctora GLORIA NAVAS, Anestesióloga de esa institución, para que realice una rotación de 1 mes, por el servicio de Broncoscopia, a partir del 1 de febrero de 2000.

Muchas gracias por su gentil atención.

CARLOS ALBERTO SALDARRIAGA GALLEGO., MD.
Subdirector Científico

Copia: Dra. Gloria Navas, Anestesióloga, Hospital El Tunal E.S.E.
Dr. Pedro Chaparro M., Coordinador de Broncoscopia
Consecutivo

GloriaT

ASOCIACION COLOMBIANA PARA EL ESTUDIO DEL DOLOR

Capítulo Colombiano de la International Association for the Study of Pain

SEDE:
Carrera 15 Nº 85-76 Oficina 506
Teléfono: 2365344 – Fax 6160777
Santafé de Bogotá, D.C. - Colombia

CERTIFICACION

La Asociación Colombiana para el Estudio del Dolor certifica que la Dra. GLORIA STELLA NAVAS, asistió al VI Congreso Nacional de Dolor, llevado a cabo en la ciudad de Bogotá, los días 15, 16 y 17 de Junio de 1.996, con una intensidad horaria de 20 horas y media.

Atentamente,

CAPITULO COLOMBIANO
DE LA I. A. S. P. y/o
ASOCIACION COLOMBIANA
PARA EL ESTUDIO DE DOLOR
NIT. 860.229.031-5

Germán Ochoa Amaya, M.D.
Presidente ACED 1993-1996

Santafé de Bogotá, Diciembre 5, 1997

UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
HOSPITAL DE SAN JOSE

Certifican que el Dr.(a):

GLORIA STELLA NAVAS GARCIA

Asistió a las **Terceras Jornadas de Actualización en Anestesiología.**
Mayo 13 de 1994, como:

PARTICIPANTE

Intensidad Horaria: 8 horas

DR. OSCAR PINZON RODRIGUEZ
Presidente Comité Organizador

DRA. ESTHER PEÑA ROSSI
Secretaria Comité Organizador

DR. RICARDO FORERO LUCENA
Tesorero Comité Organizador

SOCIEDAD CUNDINAMARQUESA DE ANESTESIOLOGIA
Calle 50 No. 8-27. Oficina 407. Edificio Somec. Tel. 2 88 12 70. Fax. 2457501
Bogotá, Colombia NUEVA DIRECCION
Transversal [illegible] OF. 413
Teléfono [illegible] 26392

CERTIFICACION

Con la presente hacemos constar que la doctora, GLORIA STELLA NAVAS GARCIA identificada con Cédula de Ciudadanía No 51.678.058 de Bogotá, participo en el congreso SEGUNDA JORNADA DE ACTUALIZACION EN DESAFIOS EN ANESTESIA, con una intensidad de 20 horas los días 23, 24 Y 25 de octubre de 1992.

La presente se expide a solicitud del interesado el día 10 de marzo de 1998.

Luis E. REYES.
Secretario S.C.A

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Facultad de Medicina

Hace Constar

Que el Dr. *GLORIA NAVAS*

asistió al PRIMER ENCUENTRO DE EGRESADOS DEL PROGRAMA DE ANESTESIOLOGIA

dictado por LA UNIDAD DE ANESTESIOLOGIA DEL DEPARTAMENTO DE CIRUGIA

del 27 al 29 DE FEBRERO DE 1992.

En constancia, se firma a los 29 días del mes de Febrero de 1992.

DECANO

COORDINADOR UNIDAD

SECRETARIO ACADEMICO

European Society of Anaesthesiology **ESA**

This is to certify that

Dr. Gloria Navas

attended the

Euroanaesthesia 2006 Meeting

Annual Meeting of the European Society of Anaesthesiology

Madrid, Spain, 3 – 6 June 2006

Peter Simpson
President

European Society of Anaesthesiology **ES**

This is to certify that

Gloria Navas Garcia

attended the

Euroanaesthesia 2010 Meeting

The European Anaesthesiology Congress

Helsinki, Finland, 12 - 15 June 2010

Paolo Pelosi

Paolo Pelosi
ESA
President

Benedikt Pannen
Scientific Programme Committee
Chairperson

- The EUROANAESTHESIA 2010 is accredited by the European Accreditation Council for Continuing Medical Education (EACCME) to provide the following CME activity for medical specialists. The EACCME is an institution of the European Union of Medical Specialists (UEMS), www.uems.net.
- The EUROANAESTHESIA 2010 is designated for a maximum of 18 hours of European external CME credits.
- EACCME credits are recognised by the American Medical Association towards the Physician's Recognition Award (PRA). To convert EACCME credit to AMA PRA category 1 credit, contact the AMA.

Each medical specialist should claim only those hours of credit
that he/she actually spend in the educational activity

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital El Tunal
Subred Sur E S.E

Bogotá D. C., 29 de septiembre de 2016

A QUIEN INTERESE:

EL SUSCRITO SUBGERENTE ATENCIÓN AL USUARIO DE LA UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD TUNAL (NIT 900458564-9),

CERTIFICA:

Que una vez verificados los reportes históricos, la Doctora GLORIA STELLA NAVAS GARCÍA, identificada con cédula de ciudadanía No. 51.578.058 de Bogotá, se encuentra vinculada en los procesos docente asistenciales de los estudiantes de postgrado y pregrado de las universidades Nacional, San Martín y UDCA, desde febrero de 2003 hasta la fecha, con una dedicación equivalente a tiempo completo en el área de salas de cirugía.

Durante este tiempo coordinó el área de docencia en el servicio de Anestesiología para los programas académicos con convenio docente asistencial de la Unidad de Servicios de Salud - Hospital El Tunal.

Cordialmente,

GABRIEL JOSÉ PUELLO KERGUELEN

Elaboró:	Luz Stella Cante F.	Secretaria Oficina Educación Médica	

Cra. 20 No. 47B – 35 Sur
Código postal: 0571
Tel.:742 85 85 - 742 70 01
www.subredsur.gov.co

ISO 9001 Icontec SC-CER409870
IQNet CO-SC-CER409870
BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTÁ
HOSPITAL DE SAN JOSÉ
Colombia

Bogotá, julio 24 de 2018

A QUIEN PUEDA INTERESAR:

Se certifica que la Doctora GLORIA STELLA NAVAS GARCIA identificada con cedula de ciudadanía 51578058 de Bogotá, realizo su residencia de anestesiología en programa Universidad del Rosario- Hospital de San José entre febrero de 1989 a enero de 1992.

Durante su residencia se realizó la práctica de anestesia regional en la cual se incluye:

- Anestesia epidural
- Anestesia raquídea
- Bloqueos del miembro superior
- Bloqueos del miembro inferior

En los bloqueos del miembro superior se incluye la práctica de:

- Bloqueo interescalenico
- Bloqueo axilar.

La Doctora mostro habilidades suficientes para la práctica de estos bloqueos durante su entrenamiento, que garantizan su práctica durante su ejercicio profesional

Atentamente

Luis E. Reyes O.
MD. Anestesiología
Cuidado Intensivo
Reg. 8937

LUIS EDUARDO REYES ORTIZ
Jefe servicio de Anestesiología
Hospital de San José

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD

EL SUSCRITO JEFE DE LAOFICINA DE GESTIÓN DE CONOCIMIENTO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR.

C E R T I F I C A:

Que la Doctora **GLORIA STELLA NAVAS GARCIA** identificada con Cedula de Ciudadanía No. 51.578.058 de Bogotá D.C, *ha venido acompañando las actividades docentes y de supervisión de los estudiantes del programa de anestesia de pregrado y posgrado en salas de cirugía de la Unidad de Servicios de Salud de la USS Tunal, con ocasión de los convenios docencia servicio suscritos entre las partes.*

Se expide a solicitud de la interesada, a los veinticinco días del mes de julio del año dos mil dieciocho (25-07/18).

Cordialmente,

CLAUDIA LEONOR MONTOYA CASTRO
Jefe Oficina Gestión Conocimiento
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

FUNCIONARIO/CONTRATISTA	NOMBRE	CARGO	SEDE	RED	FIRMA
Proyectado por:	Sandra María Sánchez	Secretaria	Administrativa	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur	
Revisado por:	Claudia L. Montoya Castro.	Jefe Oficina Gestión Conocimiento	Administrativa	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur	

Las presentes actuaciones administrativas se ejecutan en cumplimiento con lo establecido en el artículo 2 del Acuerdo Distrital 641/2016 del Concejo de Bogotá con el cual se efectuó la reorganización del sector salud de Bogotá, con base en lo dispuesto en la Ley 489 de 1998 que regula la modificación de las entidades públicas mediante las figuras de restructuración, fusión, supresión o liquidación en el presente caso de fusión, no implica solución de continuidad para el ejercicio de la función o prestación del servicio. Mediante Decreto 171/2016 se designo para el periodo de transición a los Gerentes de las E.S.E resultantes de la fusión ordenada en el Acuerdo 641/2016 (Subred Integrada de Servicios de Salud, con las funciones previstas en el artículo 5 tanto para efectos de subrogación obligaciones y perfeccionamiento del proceso de fusión. En cumplimiento de los principios administrativos previstos en el Código Procesal Administrativo y de lo Contencioso Administrativo de responsabilidad y eficacia se continuara ejerciendo de conformidad con lo dispuesto en la Ley 489 de 1998 hasta tanto se asegure la operación de la Subred Sur a fin de evitar vacíos e inseguridad jurídica.
Declaramos que hemos revisado el presente documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales y por tanto lo presentamos para la respectiva firma

Carrera 20 # 47B – 35 sur
Código Postal: 110621
Sede Administrativa USS Tunal
Tel: 7300000
www.subredsur.gov.co

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD

Bogotá D.C 24 de julio de 2018

Señores
A QUIEN INTERESE
La Ciudad

Una vez revisada la hoja de vida de la Doctora GLORIA STELLA NAVAS GARCIA identificada con cedula de ciudadanía número 51578058 de Bogotá, certifico que la Doctora se vinculó a la planta global del HOSPITAL TUNAL III NIVEL DE ATENCIÓN mediante la modalidad de concurso abierta de carrera administrativa y por resolución N° 4123 del 25 de mayo de 1993 fue nombrada para desempeñar el cargo de PROFESIONAL ESPECIALIZADO (MEDICO ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA 8 horas) Código 321505, y hasta la fecha desempeña funciones propias de su especialidad realizando atención de paciente crítico y de alta complejidad en las diferentes especialidades que recibe cobertura de servicios de salud en las diferentes especialidades y unidades de servicio de la SUBRED INTEGRADA DEL SERVICIOS DE SALUD SUR.

Durante el tiempo que ha prestado sus servicios profesionales en la institución la DRA. NAVAS se ha destacado por su excelente desempeño profesional y liderazgo. por lo que ha sido designada para realizar la Coordinación del servicio de anestesia desde el año 1996 y en la actualidad es referente para el manejo de los temas relacionados con la especialidad de anestesiología de las diferentes unidades que conforman la SUBRED INTEGRADA DEL SUR

Participa de manera permanente mediante el aporte de sus conocimientos y su experticia en la en la capacitación y apoyo en actividades Docentes para formación de estudiantes de pregrado, internos y residentes en entrenamiento en la especialidad de Anestesiología con las entidades con las cuales el hospital tiene convenio docente asistencial y participa en procesos de investigación clínica, ciencia, tecnología y publicaciones que desarrolla la institución.

Mediante oficio AS-13-2017 de la subdirección de servicios de salud se le asignaron funciones de Líder del servicio salas de cirugía con centro de operaciones en Uss Tunal cargo que desempeñó hasta que fue restructurado el organigrama institucional.

Desde su incorporación a la carrera administrativa en las evaluaciones de desempeño que realiza la COMISIÓN NACIONAL DEL SERVICIO CIVIL se ha destacado por obtener calificaciones sobresalientes, en lo correspondiente al último periodo febrero 2017-febrero 2018 obtuvo una calificación de 99.60% destacándose en el nivel de competencias con una calificación en el nivel alto

En el desempeño de su ejercicio profesional como anestesióloga durante el tiempo de vinculación a la institución no registra complicaciones, demandas ni sanciones disciplinarias en su hoja de vida.

Cordialmente,

Josef Kling G.
Cirujano General
Reg. MD 79302601

JOSEF KLING GOMEZ
JEFE OFICINA DE CIRUGIA SUBRED SUR

Carrera 20 # 47B – 35 sur
Código Postal: 110621
Sede Administrativa USS Tunal
Tel: 7300000

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

...como consecuencia de su estado clínico pueden ser necesarios hasta...de sangre

...de cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los medios técnicos de este Centro están disponibles para ...evitar infectarla

CONSENTIMIENTO

Yo. RUTH DE LA PAVA ...número de identificación 52.220.305 ...doy mi consentimiento para que me sea realizada una ANESTESIA REGIONAL
Se me ha explicado esta hoja informativa, habiendo comprendido el significado del procedimiento y los riesgos inherentes...
al mismo y declaro estar informado (a)

Fecha _____ Hora _____

RUTH DE LA PAVA
FIRMA DEL PACIENTE
No. Doc. 52.220.305

FIRMA TESTIGO
No. Doc.

FIRMA MEDICO
No. Doc. 52.885.803.8

REPRESENTANTE LEGAL
No. Doc.

DENEGACIÓN PARA EL PROCEDIMIENTO

Yo. _____ ...número de identificación _____ habiendo sido informado (a) de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi denegación para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

Fecha _____ Hora _____

FIRMA DEL PACIENTE
No. Doc. _____

FIRMA TESTIGO
No. _____ Doc.

...Notaría ... del Círculo de Bogotá, D.C. ... constar que ésta FOTOCOPIA ... que son su Original que he tenido a la vista.
13 JUN 2016
...
NOTARIO ONCE
BOGOTÁ, D.C.

Scanned by CamScanner

TRIBUNAL SECCIONAL DE ÉTICA MÉDICA DE BOGOTA, SALA PLENA, SESIÓN NÚMERO NOVECIENTOS SIETE (907), BOGOTÁ, D.C. NOVIEMBRE CINCO (5) DE DOS MIL CATORCE (2014).

RADICACIÓN No. 4448
DENUNCIANTE: CENTRO POLICLÍNICO DEL OLAYA
DENUNCIADA: DRA. GLORIA STELLA NAVAS GARCÍA
MAGISTRADO INSTRUCTOR: DR. ÁLVARO RODRÍGUEZ NÚÑEZ
ASUNTO: ARCHIVO DE LA INVESTIGACIÓN

VISTOS

Procede la Sala Plena del Tribunal Seccional de Ética Médica de Bogotá a tomar la decisión que corresponda una vez concluida la investigación preliminar adelantada por el Magistrado Instructor doctor ÁLVARO RODRÍGUEZ NÚÑEZ.

LA QUEJA

Por medio de escrito radicado en esta Corporación el 6 de marzo de 2010, la representante legal del CENTRO POLICLÍNICO DEL OLAYA, NAZLY TATIANA JIMÉNEZ GONZÁLEZ, expuso los hechos ocurridos con relación al deceso de la señora RUTH DE LA PAVA ORDÓÑEZ, con el fin de que esta Corporación investigue la posible infracción de las normas que regulan la ética en el ejercicio de la medicina por parte de los profesionales que la atendieron en el Centro que ella representa.

HECHOS

La señora RUTH DE LA PAVA ORDÓÑEZ de 37 años de edad para la época de los hechos, sufrió un trauma a nivel de la muñeca derecha al caerse desde su propia altura cuando descendía escalones el 20 de febrero de 2010 a las 6:00 a.m. Acusó inmediatamente un edema y limitación funcional en esa zona.

Por ese motivo, asistió al servicio de urgencias del CENTRO POLICLÍNICO DEL OLAYA donde se observó equimosis, dolor a la palpación, y a la movilización de la muñeca derecha con adecuada perfusión distal de esa extremidad.

No manifestó antecedentes de importancia y el examen físico fue normal a excepción de los hallazgos relacionados con el trauma de la muñeca derecha. Se le tomó un estudio radiológico de aquella zona que mostró una fractura completa no desplazada de la metáfisis distal del radio derecho.

El ortopedista conceptuó que requería un manejo quirúrgico con reducción cerrada y osteosíntesis del radio distal en forma programada. El profesional llevó a cabo la inmovilización con férula de yeso y la programó para cirugía dos días después.

Agotado el proceso del consentimiento informado, el 21 de febrero de 2010, se diligenció el formato para cirugía y para anestesia regional.

El 22 de febrero del mismo año, la señora RUTH DE LA PAVA ORDÓÑEZ, acudió para el procedimiento acordado en el CENTRO POLICLÍNICO DEL OLAYA, allí en la sala de cirugía, la doctora anestesióloga GLORIA NAVAS GARCÍA procedió a identificar la zona anatómica interescalénica derecha, donde insertó una aguja yelco, continuando con la inyección de una mezcla de 50 Mg de Bupivacaína y 100 Mg de Lidocaína con epinefrina.

Al finalizar la aplicación de los medicamentos, la paciente presentó un episodio convulsivo tónico-clónico y paro cardíaco. Se le efectuaron maniobras de reanimación aplicándose medicación inotrópica, masaje cardíaco, aplicación de una descarga de desfibrilación en el momento en que se observó un evento de fibrilación ventricular, manejo de la vía aérea mediante intubación orotraqueal e infusión de lípidos; procedimientos que se prolongaron durante 45 minutos, al cabo de los cuales se obtuvo recuperación del ritmo cardíaco; sin embargo, y a pesar de los apoyos, vasoactivo intenso y respiratorio mediante ventilación mecánica controlada, se mantuvo en un estado de choque cardiogénico e hipoxemia, concomitante con encefalopatía anoxoisquémica severa.

Un ecocardiograma tomado el 23 de febrero de 2010, mostró una fracción de eyección de 20%. La paciente reincidió con parada cardíaca en 2 oportunidades más y falleció el día 23 de febrero de 2010 a las 13:00 horas.

ACTUACIONES PROCESALES

En Sala Plena, sesión número setecientos treinta y tres (733) de febrero tres (3) de dos mil once (2011), se aceptó la queja presentada por el CENTRO POLICLÍNICO DEL OLAYA, en contra del personal médico en averiguación, designándose como Magistrado Instructor al doctor JOSÉ NEL CARREÑO RODRÍGUEZ con el fin de que se llevara a cabo la correspondiente investigación y determinara si hay lugar a inicial proceso ético disciplinario. Posteriormente en Sala Plena, Sesión ochocientos quince (815) de diciembre once (11) de dos mil doce (2012), se efectuó nuevo reparto de la investigación correspondiéndole al doctor ÁLVARO RODRÍGUEZ NÚÑEZ para que actuara como Magistrado Instructor.

Durante la investigación se allegaron y practicaron las siguientes pruebas:

- Copia del consentimiento informado para el procedimiento quirúrgico firmado por la señora RUTH DE LA PAVA, que se acompañó con el escrito de queja.

- Copia de la historia clínica de la señora RUTH DE LA PAVA ORDÓÑEZ, remitida a este Tribunal por parte del CENTRO POLICLÍNICO DEL OLAYA.

- Traslado del escrito de queja que presentó el señor JESÚS DE LA PAVA y que remitió a este Tribunal la SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD.

- Traslado de documentos relacionados con la investigación, remitidos a este Despacho por parte del Tribunal Seccional de Ética Médica de Cundinamarca.

- Derecho de petición radicado ante este Tribunal por parte del señor JESÚS DE LA PAVA.

- Contestación al Derecho de petición que radicó el señor JESÚS DE LA PAVA por parte de este Tribunal.

- Escrito que presentó el señor JESÚS DE LA PAVA el 10 de septiembre de 2010.

- Copia de la historia clínica de la señora RUTH DE LA PAVA ORDÓÑEZ, con un listado del personal médico que la atendió remitida a este Tribunal por parte del POLICLÍNICO DEL OLAYA.

- Copia del escrito de queja, del concepto técnico científico, del auto número 3762 del 5 de septiembre de 2011, y de la Resolución número 300 del 20 de marzo de 2012, correspondientes al expediente administrativo número 500/10 adelantado y remitido a este Despacho por parte de la SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD en la investigación que adelantó en contra del CENTRO POLICLÍNICO DEL OLAYA.

- Diligencia de versión libre que rindió ante esta Corporación la doctora GLORIA STELLA NAVAS GARCÍA el 20 de octubre de 2014.

ANÁLISIS:

Recaudado el material probatorio, corresponde a este Tribunal efectuar el siguiente análisis.

La señora RUTH DE LA PAVA ORDÓÑEZ debía ser intervenida quirúrgicamente el 22 de febrero de 2010 porque sufrió una fractura de la diáfisis distal del radio derecho dos días antes.

De común acuerdo con la paciente y la anestesióloga, se escogió la anestesia regional mediante la administración de Bupivacaina y lidocaína en el espacio interescalénico. Una vez inyectadas estas substancias, se desencadenaron convulsiones generalizadas y paro cardíaco.

La lidocaína y la Bupivacaina, tienen la posibilidad de inducir alteraciones neurológicas como parestesias, aturdimiento, naúseas, perturbaciones de la audición, convulsiones y depresión miocárdica y aunque la idocaína es poco cardiotóxica, si lo es la Bupivacaina. Estos síntomas, son derivados del modo de acción por bloqueo de los canales de sodio.

La dosis usual de la Lidocaina para anestesia local es de 100 Mg. y de la Bupivacaina es de 50 Mg. Después de la administración por vía intravenosa se distribuyen rápidamente en los órganos mejor perfundidos como son cerebro, corazón, hígado y riñón, y de ahí los síntomas presentados por la paciente inmediatamente recibió los fármacos anestésicos.

La Bupivacaína tiene una acción más potente como inhibidor de los canales de sodio y en dosis altas también los de Calcio.

Se observa que se utilizó la aplicación pronta de lípidos intravenosos como elemento terapéutico buscando revertir el efecto tóxico de la Bupivacaina, pero no fue suficiente; la depresión cardíaca secundaria y el daño cerebral severo fueron las causas que determinaron la muerte de la señora RUTH.

La doctora GLORIA NAVAS GARCÍA tomó las precauciones necesarias para iniciar la administración de la anestesia regional, como fueron: La localización del punto anatómico interescalénico, la creación de vacío en la jeringa que contenía los anestésicos para observar que no se hallaba dentro de un vaso sanguíneo y además cumplió con la aplicación de las dosis adecuadas de dichos fármacos.

Al no haber obtenido sangre al aspirar previo a la aplicación de los anestésicos otra posibilidad diferente a la inyección intravascular podría ser la presencia de tejidos altamente vascularizados en la zona, que facilitaran una rápida difusión de estas substancias.

De todas maneras, siempre estará implícita la posibilidad de reacciones adversas por la toxicidad ya conocida que puede implicar la aplicación de drogas anestésicas en los seres humanos, y aunque estos eventos son muy infrecuentes y es excepcional el colapso cardiovascular, pueden ocurrir, como en este caso.

En conclusión, y de acuerdo con el acervo probatorio recogido a lo largo de la investigación, este Tribunal no encuentra fallas contra la ética médica. No se aprecia conducta alguna por parte de la doctora GLORIA NAVAS GARCÍA que infrinja los postulados de la Ley 23 de 1981.

La doctora NAVAS, actuó con la experticia requerida para la aplicación de anestesia regional; se presentó una complicación que se trató de prevenir y cuyo tratamiento específico e inmediato fracasó.

Siendo así, determinará no continuar el presente proceso.

EN MÉRITO DE LO EXPUESTO EL TRIBUNAL SECCIONAL DE ÉTICA MÉDICA DE BOGOTÁ, EN USO DE SUS ATRIBUCIONES LEGALES

RESUELVE

PRIMERO: Archívense las presentes diligencias conforme a lo expuesto en la parte motiva de esta providencia.

SEGUNDO: Notifíquese esta providencia en la forma establecida en la Ley 23 de 1981

CÓPIESE, NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

ÁLVARO ENRIQUE FACCINI DUARTE
Presidente

MARÍA DE LA PAZ DUQUE DE GUZMÁN
Magistrada

GABRIEL LAGO BARNEY
Magistrado

RAFAEL ANTONIO REYES RODRÍGUEZ
Magistrado

ÁLVARO RODRÍGUEZ NÚÑEZ
Magistrado

MARÍA MERCEDES VÁSQUEZ PIÑEROS
Abogada Secretaria

Notificación Personal que la anterior providencia proferida por el Tribunal Seccional de Ética Médica de Bogotá el día Noviembre 5/2014 se notificó en forma personal a Jesús Alberto de la Pava Zuluaga quien se identificó con C. C. No. 19.128.507 de Bogotá DC el día Noviembre 14/14 en constancia de lo cual firma como aparece

El Notificador

El Notificado

Rad. 4448-RO

INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES
Establecimiento Público Adscrito a la Fiscalía General
DIRECCIÓN REGIONAL BOGOTÁ – GRUPO DE PATOLOGÍA FORENSE
CALLE 7 A No. 12 – 61 Tel. 4069977 4069944

85
2153

Página 1 de 1

Bogotá, D.C. 16-abril-2010
Oficio No. 154434

Doctor(a)
RUBIELA MOSSA M
ASISTENTE FISCAL
FGN UNIDAD DE VIDA SEGUNDA F.298
CRA.29 NO. 18 45
BOGOTA D. C. CUNDINAMARCA

ASUNTO: Oficio No. 220 de Fecha: 2010-04-12
REF: NOTICIA CRIMINAL 110016000028201000600
RUTH DE LA PAVA ORDOÑEZ
Caso No. 201001011001000717 FECHA 23-Febrero-2010
Número único de noticia criminal 11 001 60 00028 2.010 00600

Reciba un cordial saludo:

En respuesta a su solicitud, le envío los informes periciales de necropsia.

Atentamente,

JOHN PIRANEQUE
Asistente Forense

Anexo 10 Folios

Nota: Al solicitar cualquier información relacionada con el presente caso, cite el número de caso. Este caso fue elaborado a solicitud de la Autoridad Competente con destino al proceso penal indicado en el oficio peticorio.

Scanned by CamScanner

INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

INFORME PERICIAL DE NECROPSIA Nº. 201001011100100071 7

Regional: BOGOTA Seccional: BOGOTA

U. Básica: SEDE CENTRAL

Nombre: DE LA PAVA ORDOÑEZ RUTH
Tipo de documento: CÉDULA DE CIUDADANÍA No. de documento: 52220305
Edad: 37 años Sexo: FEMENINO
Procedencia: BOGOTÁ D.C., BOGOTÁ D.C
Fecha de ingreso: 23/02/2010 Hora: 23:30
NUNC (Acta de Inspección): 110016000028201000600
Autoridad: UNIDAD MARFIL
Fecha muerte: 23/02/201013:00 Fecha necropsia: 24/02/2010 Hora: 10:00
Protector: MABEL DEL CARMEN ZURBARAN
Auxiliar de morgue: ALVARO EDUARDO MANRIQUE

INFORMACIÓN DISPONIBLE AL MOMENTO DE INICIAR LA NECROPSIA

Datos del acta de inspección:

- Resumen de hechos: Mujer adulta, de 37 años de edad, quien, según lo consignado en el informe Ejecutico, el 20 de febrero de 2010, sufre caída de unas escaleras de su residencia, con fractura de tercio distal de radio derecho. Consulta a centro médico y es programada para cirugía. El 22 de febrero de 2010 se anota en al historia clínica con fecha de 22 de febrero de 2010 a las 21:33 horas: "PACIENTE DE 37 AÑOS ASA 1 CON FRACTURA DE RADIO QUIEN DURANTE BLOQUEO INTERESCALÉNICO, CON BUVICAINA 50 MG + LIDOCAINA AL 1% CON EPINEFRINA 100 MG, PRESENTA EPISODIO CONVULSIVO, Y DEPRESIÓN MIOCÁRDICA. CON ACTIVIDAD ELECTRICA SIN PULSO". Se realizan maniobreas de reanimación, quedando la paciente con encefalopatía hipóxica.
- Hipotesis de manera aportada por la autoridad: En estudio
- Hipotesis de causa aportada por la autoridad:En estudio

RESUMEN HALLAZGOS

Cadáver de mujer adulta de mediana edad, de aspecto cuidado, desnudo, con fractura distal de radio derecho. Al examen interno se aprecian edema encefálico, palidez de órganos y pulmones con cambios macroscópicos de choque.

OPINIÓN PERICIAL

CONCLUSION PERICIAL:
Con la información disponible y los hallazgos de necropsia la causa de muerte se encuentra en estudio.

EXAMEN EXTERIOR

DESCRIPCIÓN DEL CADAVER: En mesa limpia de la sala de necropsias, embalado en bolsa plástica blanca sellada con cinta adhesiva y rotulada con número único de caso: 11 001 60 00028 2010 00600, se encuentra el cadáver desnudo de una mujer adulta, de mediana edad, de aspecto cuidado, con huellas de atención medica y con trauma contundente en campo derecho.
DESCRIPCIÓN DE FENOMENOS CADAVERICOS: Fría. Rigidez generalizada, bien instaurada. Livideces dorsales, rojizas, abundantes, que desaparecen plenamente a la digitopresión.
DATOS ANTROPOMETRICOS: Talla: 162 cm. Peso: 50.0-55.0 kg. Ancestro racial mestizo.

MABEL DEL CARMEN ZURBARAN BARRIOS
Médico Forense

Scanned by CamScanner

Contexture mediana.

SEÑALES PARTICULARES: Cicatriz quirúrgica en hipogastrio: de 11 x 2 cm. , Cicatriz en cara anterior de la rodilla derecha: de 3 x 2 cm., Cicatriz en región rotuleana izquierda: de 3 x 1 cm.

PRENDAS: Ninguna. **ACCESORIOS:** manilla plástica, naranja, con escrito: "RUTH DE LA PAVA HC 52220305 S TOTAL".

PIEL Y FANERAS: Sin lesiones. Palidez mucocutánea generalizada. Uñas de manos: largas, limpias y cuidadas. Uñas de pies: cortas, limpias y cuidadas. Lechos ungueales pálidos.

CUERO CABELLUDO: Sin lesiones. Cabellos lacios, largos, castaños oscuros.

CARA: Ovalada. Facie: pálida, abotagada, sin lesiones, con pecas (efélides).

Ojos: Párpados: con leve edema. Iris: café, Pupilas: dilatadas, de 7 mm de diámetro. Conjuntivas: con edema y marcada palidez. No se aprecian petequias.

Nariz: recta, sin lesiones. Trae colocados fragmentos de algodón en fosas nasales, al retirarlos se encuentran empapados en material líquido rosado, con olor desagradable.

Boca: mucosa oral rosado pálida, sin lesiones. No hay cuerpos extraños en la cavidad.

Labios: de mediano grosor, pálidos, sin lesiones. Dentadura natural completa, en aparente buen estado.

Orejas: sin lesiones. Horadadas (dos del lado izquierdo y uno del lado derecho). No hay secreciones en conductos auditivos externos.

CUELLO: Sin lesiones. Simétrico. No se aprecian hematomas. Leve edema de tejidos blandos homogéneo en todo el cuello. No se aprecia huella de venopunción.

TORAX: Simétrico. Trae colocado esparadrapo en región infraclavicular derecha, al retirarlo se aprecian dos huellas de venopunción recientes. Excoriación reciente violáceo, apergaminada, de 1.5 x 1 cm en región para esternal izquierda, a nivel de segundo arco intercostal. Hematoma reciente violáceo, en cara lateral externa de hemitórax izquierdo sobre quinto a séptimo arcos costales y se extiende región mamaria ipsilateral, que mide 10 x 8 cm.

GLÁNDULAS MAMARIAS: Sin lesiones. Pequeñas, sin masas. Pezones evertidos, escasa secreción láctea a la presión.

AXILAS: Sin lesiones.

ABDOMEN: Sin lesiones. Distendido. Cicatriz antigua en línea media infraumbilical, de 11 x hasta 2 cm, hipertrófica y ligeramente hiperpigmentada.

ESPALDA Y GLUTEOS: Hematoma violáceo reciente, de 4 x 3 cm en región lumbar izquierda.

GENITAL EXTERIOR: Sin lesiones. Femeninos. Vello parcialmente rasurado. Edema de labios mayores y menores.

ANO: Sin lesiones.

EXTREMIDADES SUPERIORES: Ver descripción especial de lesiones. Simétricas. Trae colocado vendaje miembro superior derecho que se extiende desde el tercio distal del brazo hasta el tercio medio del dorso de la mano. Al retirarlo se aprecia edema en mano, carpo y tercio distal de antebrazo derechos. Presenta hematoma reciente violáceo tenue, en cara interna de carpo y de mano derechas, que ocupa un área de 11 x 3.5 cm. Trae colocado esparadrapo en carpos manteniendo flexionados los antebrazos sobre el tórax. Trae colocado esparadrapo con algodón en dorso de mano izquierda. Al retirarlo se aprecia huella de venopunción eritematosa. Excoriación reciente violácea en tercio distal de dorso de mano izquierda de 1 x 1 cm.

EXTREMIDADES INFERIORES: Hematoma reciente violáceo, de 3 x 2.5 cm en rodilla derecha. Cicatrices antiguas hipocrómicas, normotróficas, en rodilla derecha de 3 x 2 cm y en rodilla izquierda de 3 x 1 cm. Trae colocado esparadrapo alrededor de los tobillos. Trae colocado algodón y esparadrapo en región inguinal derecha, al retirarlos se aprecian dos huellas de venopunción eritematosas, rodeadas por hematoma reciente violáceo, de 6 x 3

MABEL DEL CARMEN ZURBARAN BARRIOS
Médico Forense

Scanned by CamScanner

cm.

TÉCNICAS DEL EXPLORACIÓN DEL CADÁVER

Procedimiento: Luego de retirar el embalaje, se examina éste en búsqueda de evidencia traza útil; se examina externamente el cuerpo, se documenta fotográficamente y se procede a la disección del cuerpo: Se realiza incisión bimastoidea en cuero cabelludo, se abre el cráneo con segueta, se examina la cavidad y se extraen los órganos para estudio. Se realiza incisión anterior del cuerpo desde horquilla esternal hasta el pubis, se retira el peto esternal, se examinan las cavidades y se extraen en bloque los órganos toracoabdominales para estudio. Posterior a la necropsia los órganos quedan en las cavidades. Durante el procedimiento se cumple con las normas de cadena de custodia.

EXAMEN INTERIOR

CABEZA Y SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

GALEA Y PERICRÁNEO: Sin lesiones. En especial no se aprecian hematomas. Presenta edema y palidez.
CRÁNEO: Sin lesiones. En especial no se aprecian fracturas.
MENINGES Y ENCÉFALO: Meninges: lisas y brillantes. Sin lesiones. Palidez leptomeningea leve.
Encéfalo: peso: 1024 gramos. Externamente de aspecto usual. Se deja fijando para estudiar en Reunión de Neuropatología.
COLUMNA VERTEBRAL: Sin lesiones. Medula espinal: no se explora.

SISTEMA RESPIRATORIO

PLEURAS Y ESPACIOS PLEURALES: Sin lesiones. Pleuras lisas y brillantes. Derrame pleural bilateral, aproximadamente 350 cc de líquido rosado lechoso, a cada lado.
LARINGE: Sin lesiones. Mucosa rosada pálida. No hay cuerpos extraños en la luz.
TRÁQUEA: Sin lesiones. Mucosa rosada pálida, con edema, presenta dos úlceras amarillentas en mucosa de extremo proximal, una a cada lado ("en espejo"), de 1 x 0.8 cm cada una, con fondo con secreción de aspecto purulento. No hay cuerpos extraños en la luz.
BRONQUIOS: Sin lesiones. Mucosa rosada pálida, con edema. No hay cuerpos extraños en las luces.
PULMONES: Peso: 1900 gramos. Aumentados marcadamente de peso. Externamente las pleuras son lisas y brillantes. A la palpación son acrepitantes en su totalidad. A los cortes seriados, el parénquima es carnoso, violáceo, con marcado edema (cambios macroscópicos de "pulmón de choque").

SISTEMA CARDIOVASCULAR

PERICARDIO: Sin lesiones. Serosas lisas y brillantes.
CORAZÓN: Peso: 232 gramos. Externamente y a los cortes seriados de configuración usual. El epicardio es liso y brillante. El miocardio es rojizo homogéneo, sin lesiones. No se aprecian fibrosis, ni hemorragias. Las válvulas son de aspecto usual y miden: Tricúspide: 12 cm; Mitral: 9 cm; Pulmonar: 6 cm y Aórtica: 5.5 cm.
CORONARIAS: Sin lesiones. Permeables. Vasos elásticos.
AORTA Y GRANDES VASOS: Sin lesiones. Vasos elásticos.
VENAS: Sin lesiones. Vasos elásticos.

CAVIDAD ABDOMINAL

PERITONEO: Sin lesiones. Serosas lisas y brillantes. Ascitis, con aproximadamente 1000 cc de líquido cetrino libre en cavidad.
MESENTERIO: Sin lesiones. Serosas lisas y brillantes.
RETROPERITONEO: Sin lesiones. Serosas lisas y brillantes. Sin colecciones.

MABEL DEL CARMEN ZURBARAN BARRIOS
Médico Forense

Scanned by CamScanner

DIAFRAGMA: Sin lesiones. Serosas lisas y brillantes.

SISTEMA DIGESTIVO

LENGUA: Sin lesiones. Mucosa rosada pálida.
FARINGE: Sin lesiones. Mucosa rosada pálida. No hay cuerpos extraños en la luz.
ESÓFAGO: Sin lesiones. Mucosa rosada pálida. Luz virtual vacía.
ESTÓMAGO: Sin lesiones. Mucosa rosada pálida. Pliegues conservados.
HIGADO: Peso: 872 gramos. Externamente la cápsula es lisa y brillante. A los cortes seriados el parénquima es rojo pálido, homogéneo, sin lesiones. No se aprecian masas, ni hemorragias.
VESÍCULA Y VÍAS BILIARES: Sin lesiones. Bilis líquida. No hay cálculos.
PÁNCREAS: Sin lesiones. Pardo amarillento pálido.
INTESTINO DELGADO: Sin lesiones. Asas intestinales usuales. Contenido fecaloide.
INTESTINO GRUESO: Sin lesiones. Asas intestinales usuales. Contenido fecaloide.
APÉNDICE CECAL: Sin lesiones.

APARATO GENITO URINARIO

RIÑONES: Peso: 192 gramos. Externamente la superficie es lisa. Las cápsulas desprenden fácilmente. Al corte el parénquima muestra buena diferenciación cortico medular, es rojo pálido, homogéneo. Sin lesiones.
URÉTERES: Sin lesiones. Permeables.
VEJIGA: Sin lesiones. Con orina clara.
ÚTERO Y ANEXOS: Sin lesiones. Útero: periforme usual. Con pólipo en cavidad endometrial de 0.6 x 0.3 x 0.2 cm, congestivo. El endometrio es rosado, de hasta 1 mm de espesor. Anexos usuales.

APARATO LINFO HEMATOPOYETICO

TIMO: Ausente.
GANGLIOS: Sin lesiones.
BAZO: Peso: 60 gramos. Externamente la cápsula es lisa y brillante. Al corte es violáceo, pálido, homogéneo, sin lesiones.

SISTEMA ENDOCRINO

TIROIDES: Sin lesiones. Parénquima rojizo homogéneo.
HIPÓFISIS: Sin lesiones.
SUPRARRENALES: Sin lesiones. Amarillentas.

SISTEMA OSTEO-MUSCULO-ARTICULAR

SISTEMA OSTEO-MUSCULO-ARTICULAR: Eutrófica. Presenta fractura completa y ligeramente desplazada de extremo distal de la epífisis distal del radio, con desprendimiento parcial de la misma y con hemorragi local, violácea. Se realiza examen por planos el cuello y no se evidencian hemorragias.

MUESTRAS TOMADAS

- Sangre, empacado(a) en tubo vacutainer tapa lila, 1 unidad(es). Estado: Embalado y Rotulado.
- Se envia a central de evidencias para almacenamiento.
- Sangre, empacado(a) en tubo vacutainer tapa gris, 1 unidad(es). Estado: Embalado y Rotulado.
- Se envia a central de evidencias para almacenamiento.
- Sangre, empacado(a) en tubo vacutainer tapa gris, 1 unidad(es). Estado: Embalado y Rotulado.

MABEL DEL CARMEN ZURBARAN BARRIOS
Médico Forense

Scanned by CamScanner

95
63

– Se envía a central de evidencias para almacenamiento.
- Sangre, empacado(a) en tubo vacutainer tapa roja, 1 unidad(es). Estado: Embalado y Rotulado.
– Se envía a central de evidencias para almacenamiento.
- Orina, empacado(a) en frasco plástico, 1 unidad(es). Estado: Embalado y Rotulado.
– Se envía a central de evidencias para almacenamiento.
- Humor vítreo, empacado(a) en tubo vacutainer tapa roja, 1 unidad(es). Estado: Embalado y Rotulado.
– Se envía a central de evidencias para almacenamiento.
- Humor vítreo, empacado(a) en tubo vacutainer tapa roja, 1 unidad(es). Estado: Embalado y Rotulado.
– Se envía a central de evidencias para almacenamiento.
- Vísceras, empacado(a) en frasco plástico, 1 unidad(es). Estado: Embalado y Rotulado.
– Se envía a histotecnología para procesar cortes.
- Cerebro, empacado(a) en tarro, 1 unidad(es). Estado: Embalado y Rotulado.
– Se envía a histotecnología para otros.

EVIDENCIAS APORTADAS POR LA AUTORIDAD

- Cadaver, empacado(a) en bolsa, 1 bolsa plástica. Estado: sin información.
– Se solicita a dactiloscopia identificación dactiloscopica del cadáver.
– Se solicita a fotografía fotografias de filiación.
- Cedula de ciudadania, empacado(a) en bolsa de plástico, 1 unidad(es). Estado: embalado y rotulado.

DOCUMENTOS E IMAGENES

-ACTA DE INSPECCIÓN A CADÁVER, Documento aportado por la autoridad.
-HISTORIA CLÍNICA MÉDICA.
-NECRODACTILIA.

MABEL DEL CARMEN ZURBARAN BARRIOS
Médico Forense

Scanned by CamScanner

INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES
Establecimiento Público Adscrito a la Fiscalía General
DIRECCIÓN REGIONAL BOGOTÁ – GRUPO DE PATOLOGÍA FORENSE
CALLE 7 A No. 12 - 61 Tel. 4069977 4069944

Caso No. 2010010111001000717

Bogotá, D.,C. 07-julio-2010

Ampliación No. D210237

Doctora
RUBIELA NOSSA M
ASISTENTE FISCALIA 298
UNIDAD DE VIDA SEGUNDA
FISCALIA GENERAL DE LA NACION
CRA 29 N 18 45
BOGOTA D. C. CUNDINAMARCA

ASUNTO: Oficio No. 300 de Fecha: 2010-04-23
RUTH DE LA PAVA ORDOÑEZ
Caso No. 2010010111001000717 FECHA 23-febrero-2010
Acta de Inspección de cadáver No. 00600 Fiscal No.

Respetada doctora Rubiela.

A continuación se realiza complemento del caso con estudio de la información disponible y los exámenes complementarios.

ESTUDIO HISTOLÓGICO:

Se reciben 34 cortes histológicos para estudio. Los cortes muestran:

- Riñones (2 corte): congestivos. Con algunos pocos cilindros hialinos y otros hemorrágicos.
- Corazón (15 cortes): miocardio con fibras de distribución usual. Presenta cambios de isquemia con ondulación de fibras, ocasionales bandas de contracción, acompañados por escasos PMN en el intersticio. Se aprecia sistema de conducción sin alteraciones histológicas y congestión del tejido.
- Pulmón (5 cortes): con extensas áreas que muestran hemorragia intralaveolar severa y marcado edema. Presencia de PMN, pneumocitos descamados y de histiocitos espumosos, algunos cargados de pigmento en luces alveolares, acompañados por edema intersticial y presencia de

Scanned by CamScanner

- material fibrinoide; hay focos con cambios enfisematosos. Hay congestión marcada. No se aprecian trombos.

- Tráquea (1 corte): con congestión. Epitelio parcialmente denudado. Mucosa con infiltrado inflamatorio mixto (agudo y crónico) leve. Glándulas mucosas sin alteraciones. Adyacente se aprecia fragmento de glándula tiroides.

- Hígado (3 cortes): con apoptosis aisladas y necrosis del parénquima, cambio graso de vacuola grande y pequeña moderado. Hay colestasis leve.

- Tiroides (1 corte): folículos de diferentes tamaños llenos de coloide.

- Glándula suprarrenal (2 cortes): sin alteraciones.

- Bazo (1 corte): con extensos cambios por lisis.

- Útero (2 corte): con endometritis crónica. Presencia de restos placentarios antiguos (en área descrita como pólipo), acompañados por tejido decidual y hemorragia.

- Ovarios (2 cortes): con quistes foliculares y cuerpos Albicans.

CONCEPTO MICROSCÓPICO:
- CAMBIOS TEMPRANOS DE DAÑO ALVEOLAR DIFUSO PULMONAR.
- ISQUEMIA MIOCÁRDICA AGUDA.
- CAMBIOS ISQUEMICOS EN HÍGADO.
- ENDOMETRITIS CRÓNICA Y RESTOS PLACENTARIOS RETENIDOS.

RESUMEN DE LOS HECHOS

El caso trata de una mujer adulta mayor, de 37 años de edad, quien según lo consignado en la historia clínica del Centro Policlínico del Olaya, ingresó el 20 de febrero de 2010, a las 15:01 horas, por presentar hacia las 08:00 am de ese día caída por escaleras, unos 4 escalones y trauma en mano derecha, con posterior edema y limitación funcional, que cedió parcialmente a la automedicación con NAPROXENO. Al examen físico de ingreso se encuentra dolor, edema y equimosis en muñeca derecha, con adecuada perfusión distal. Inicialmente (evolución de 20 de febrero de 2010 a las 03:27 horas) se ordena dosis de

Scanned by CamScanner

DICLOFENACO 75 mg y que se aplica posteriormente sin complicaciones. Se toman rayos X de muñeca y se evidencia fractura de radio distal con angulación dorsal (fractura de epífisis inferior del radio). Requiere manejo quirúrgico con reducción cerrada y osteosíntesis de radio distal; se solicita autorización para cirugía y se dan explicaciones a la paciente. Se realiza vendaje con férula para inmovilización. El 22 de febrero se consigna: "Paciente con fractura de radio distal programada para manejo quirúrgico con reducción cerrada y fijación percutánea de radio distal. La paciente durante bloqueo interescalénico, con bupivacaina 50 mg + lidocaína al 1% con epinefrina 100 mg, presenta episodio convulsivo y depresión miocárdica. Se inician maniobras de reanimación cerebrocardiopulmonar, con intubación orotraqueal, masaje cardiaco externo, se inicia adrenalina 1 mg + infusión de 5 ampollas en goteo. Entrando en fibrilación ventricular, por lo cual se realiza desfibrilación con 300 joules, se continua masaje cardiaco externo durante 45 minutos y se coloca infusión de Lyposin 1750 cc, en 20 minutos, la paciente revierte a ritmo sinusal después de 45 minutos de reanimación cerebrocardiopulmonar, presentando signos vitales Tensión arterial 130/60, frecuencia cardiaca 85, Saturación oxígeno 78%. Se coloca catéter venoso central e infusión de adrenalina 0.10 mcg/kg/minuto, se traslada a UCI para monitoreo neurológico y hemodinámico". Evoluciona hacia el deterioro con inestabilidad hemodinámica, se toma rayos X de tórax y se descarta presencia de neumotórax, hay hipoxemia secundaria a síndrome de dificultad respiratoria aguda del adulto, academia metabólica severa, choque refractario, encefalopatía post-resucitación cardiopulmonar, entre otros y fallece el 23 de febrero de 2010.

En la necropsia se encuentra el cadáver de una mujer adulta, de mediana edad, de aspecto cuidado, con palidez mucocutánea generalizada, fascie abotagada, con huellas de atención médica y con fractura distal de radio derecho, acompañados por edema. No se identifican huellas de venopunción en cuello. Presenta excoriación en dorso de mano izquierda de 1 x 1 cm. Presenta hematoma reciente violáceo en región lateral de hemitórax izquierdo que se extiende a región mamaria, de 10 x 8 cm. Hematoma violáceo en región lumbar, de 4 x 3 cm. Edema de genitales externos. Hematoma en rodilla derecha de 3 x 2.5 cm. Al examen interno se aprecia palidez leptomeningea; pulmones aumentados de peso, acrepitantes, carnosos, violáceos y con edema. Vasos permeables. Ascitis (aproximadamente 1000 cc de líquido cetrino); y pólipo endometrial. No se aprecian masas en los órganos, infartos, trombos, malformaciones macroscópicas, ni lesiones traumáticas capaces de ocasionar la muerte.

Scanned by CamScanner

COMENTARIO

Los hallazgos de la necropsia muestran un pulmón de choque incipiente y la evolución clínica una lesión encefálica, secundarias a estado post-reanimación de paro cardiorespiratorio, posterior a un procedimiento médico: colocación de agente anestésico durante bloque interescalénico.

La paciente (fallecida) fue considerada de bajo riesgo anestésico (ASA I) ya que era una mujer sin enfermedades cardiacas, pulmonares, cerebrales, renales u otras que contraindicaran la colocación de la anestesia y/o la práctica del procedimiento quirúrgico.

En la literatura médica, se considera el bloqueo del plexo braquial uno de los métodos anestésicos mas utilizados para cirugías el miembro superior. Es una técnica útil, segura y económica que ha incrementado su uso en las últimas décadas.

Hay varios abordajes (supraclavicular, infraclavicular y axilar), además en el tipo supraclavicular hay numerosas técnicas descritas (la clásica de Kulenkampff y Quenu, la perivascular de Winnie y Colins, la interescalénica de Winnie, la paraescalénica de Vongvises y Panijayanond, la de "referencias de superficie" de Dupré y Danel, la "plomada pendiente" de Brown, la supraclavicular lareral paravascular de Moorthy, la vía posterior de Pip pa y otras), que se describen como técnicas con diferencias pequeñas, pero ninguna exenta de potenciales riesgos.

Se conocen las complicaciones de la colocación de anestesia interescalénica: ronquera, síndrome de Horner, bloqueo del nervio frénico con parálisis hemidiafragmática y síndrome hipotensivo supino, toxicidad sistémica, daño nervioso, hematoma, paresia transitoria de hemidiafragma, cuadro vasovagal

Intraoperatorio, punción de vena yugular interna, bloqueo prolongado del plexo, absceso, punción de la arteria subclavia, neumotórax; intección subaracnoidea o epidural, insuficiencia respiratoria aguda, colapso cardiovascular, broncoespasmo, incosciencia, apnea y otros.

Se recomienda para la buena práctica del procedimiento el conocimiento de la anatomía, la identificación correcta del espacio interescalénico, la interprestación

Scanned by CamScanner

de la parestesia o de la respuesta motora y el volumen del anestésico local como esenciales para el éxito del bloqueo interescalénico.

En este caso, luego de la necropsia, se descartan patologías que causaran la muerte. En eventos finales se encuentra cambios de choque en pulmón, corazón e hígado, con insuficiencia respiratoria e isquemias hepática y cardiaca, secundarios al evento convulsivo y de depresión miocárdica presentados inmediatamente después de la colocación de la anestesia regional. Por tanto la señora Ruth de la Pava Ordoñez presenta una muerte asociada a un acto médico (anestésico).

Para el estudio de las responsabilidades se recomienda al señor fiscal realizar una interconsulta a un médico especialista en anestesia. Enviándole a este galeno la historia clínica completa (aquí anexa) y la descripción de la técnica utilizada durante el procedimiento anestésico, que debe estar consignada en un record anestésico o similar (en este momento en la historia clínica no se cuenta con esta descripción). Como sugerencia le anexo este cuestionario:

1. Estaba indicado este tipo de anestesia en esta paciente y por qué?
2. La técnica de la anestesia regional (bloqueo interescalénico) utilizada y que describe el anestesiólogo en su procedimiento cumple con las normas de atención médica?
3. Las dosis de medicamentos empleados durante el procedimiento anestésico fueron las indicadas?
4. Qué experiencia se necesita para estar un médico anestesiólogo capacitado para realizar estas anestesias regionales?

Además se sugiere al señor Fiscal documentar la idoneidad del médico especialista en anestesia que practicó el procedimiento y documentar su experiencia en dicho procedimiento. Y solicitar a la clínica Centro policlínico del Olaya, las pautas (guías médicas) para la realización de este procedimiento anestésico en dicho centro.

CONCLUSION

Con la información disponible y los hallazgos de necropsia, la señora Ruth de la Pava Ordoñez presenta una muerte asociada a un acto médico (anestésico).

Scanned by CamScanner

102

20

50

Bibliografía:

- Carlos A Bollini. Bloqueo interescalénico del plexo braquial. *Rev. Arg. Anest (2004), 62, 6:410-419.*
- Juan Carlos Degiovanni B [1] , Alexandra Chaves V,[2] Jairo Moyano A,[3] Fernando Raffán S[4]. Incidencia de complicaciones en anestesia regional, análisis en un hospital universitario. Estudio de Corte Transversal. *Rev. Col. Anest. Vol.34 no.3 Bogotá Sept.2006.*
- E. Monzó Abad, C Baeza Gil, F. Galindo Sánchez, M Hajro, A. González Menéndez, V. Kim-Darov. Servicio de Anestesiología y Reanimación. Centro de Rehabilitación y Traumatología FREMAP. Majadahonda. Madrid. Bloqueo paraescalénico del plexo braquial. Nuestra experiencia en 10 años. *Rev. Esp. Anestesiol. Reanim. 2004; 51: 61-69.*
- Serratos-Vázquez MC y col. Complicaciones en la anestesia de plexo braquial. *ANESTESIA EN TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA Vol. 30. Supl. 1. Abril-Junio 2007 pp S301-S305.*

Atentamente,

DRA. MABEL ZURBARAN B.
Profesional Especializado

[1] *SISTEMA DE CLASIFICACIÓN ASA:* utilizado por la American Society of Anesthesiologists (ASA) para estimar el riesgo que plantea la anestesia para los distintos estados del paciente: Clase I: paciente saludable no sometida a cirugía electiva. II: Paciente con enfermedad sistémica leve, controlada y no incapacitante. III: Paciente con enfermedad sistémica grave, pero no incapacitante. IV: Paciente con enfermedad sistémica grave e incapacitante, que constituye además amenaza constante para la vida, y que no siempre se puede corregir por medio de la cirugía. V: Paciente en estado terminal o moribundo, cuya expectativa de vida no se espera sea mayor de 24 horas, con o sin tratamiento quirúrgico.

[2] Es la presentación de ptosis palpebral (caída de párpado) unilateral, miosis (contracción pupilar), puede presentar anhidrosis, dilatación retardada de la pupila, inyección conjuntival y disminución de la presión intraocular.

Anexo: Historia Clínica.

Scanned by CamScanner

105

INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES
Establecimiento Público Adscrito a la Fiscalía General
DIRECCIÓN REGIONAL BOGOTÁ – GRUPO DE PATOLOGÍA FORENSE
CALLE 7 A No. 12 - 61 Tel. 4069977 4069944

Caso No. 201001011100100071 7
Bogotá, D.,C. 09-febrero-2011

Oficio No. D227310

Doctora
RUBIELA NOSSA M
ASISTENTE FISCALIA 298
UNIDAD DE VIDA SEGUNDA
FISCALIA GENERAL DE LA NACION
CRA.29 NO. 18 45
BOGOTA D. C. CUNDINAMARCA

ASUNTO: Oficio No. 890 de Fecha: 2010-09-01
REF: NOTICIA CRIMINAL 110016000028201000600
RUTH DE LA PAVA ORDOÑEZ
Caso No. 201001011100100071 7 FECHA 23-febrero-2010
Acta de Inspección de cadáver No. 00600

Respetada doctora Nossa.

Luego de la recepción de las copias del expediente y los documentos Guías Médicas del Centro policlínico del Olaya; Clínica quirúrgica y,además de toda la información disponible de la necropsia y sus anexos, del caso de la referencia le envío complemento del mismo.

COMENTARIO Y ANALISIS:

El caso trata de una mujer adulta mayor, de 37 años de edad, quien según lo consignado en la historia clínica del Centro Policlínico del Olaya, ingresó el 20 de febrero de 2010, a las 15:01 horas, por presentar hacia las 06:00 a.m. de ese día caída por escaleras, unos 4 escalones y trauma en mano derecha, con posterior edema y limitación funcional, que cedió parcialmente a la automedicación con NAPROXENO. Al examen físico de ingreso se encuentra dolor, edema y equimosis en muñeca derecha, con adecuada perfusión distal. Inicialmente (evolución de 20 de febrero de 2010 a las 03:27 p.m.) se ordena dosis de DICLOFENACO 75 mg y que se aplica posteriormente sin complicaciones. Conducta que cumple con las normas de atención médica y tiene la finalidad de disminuir el dolor en la paciente.

Nota : Al solicitar cualquier información relacionada con el presente caso, cite el número de caso. Este caso fue elaborado a solicitud de la Autoridad Competente con destino al proceso penal indicado en el oficio peticorio.

Scanned by CamScanner

INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES
Establecimiento Público Adscrito a la Fiscalía General
DIRECCIÓN REGIONAL BOGOTÁ – GRUPO DE PATOLOGÍA FORENSE
CALLE 7 A No. 12 - 61 Tel. 4069977 4069944

Se toman rayos X de muñeca y se evidencia fractura de radio distal con angulación dorsal (fractura de epífisis inferior del radio). La toma de rayos X estaba indicada y cumple con las normas de atención médica. Además es oportuna.

Requiere manejo quirúrgico con reducción cerrada y osteosíntesis de radio distal. Decisión que cumple con las normas de atención médica. Además es oportuna.

Se solicita autorización para cirugía y se dan explicaciones a la paciente. Se realiza vendaje con férula para inmovilización. Conducta que cumple con las normas de atención médica. Además es oportuna. Hay consentimientos firmados por la señora Ruth de la Pava, para la realización del procedimiento quirúrgico en folios 109 y 110 y para la aplicación de anestesia regional en folios 111 y 112.

El 22 de febrero se consigna: "Paciente con fractura de radio distal programada para manejo quirúrgico con reducción cerrada y fijación percutánea de radio distal. La paciente durante bloqueo interescalénico, con bupivacaína 50 mg + lidocaína al 1% con epinefrina 100 mg, presenta episodio convulsivo y depresión miocárdica. Se inician maniobras de reanimación cerebrocardiopulmonar, con intubación protraqueal, masaje cardíaco externo, se inicia adrenalina 1 mg + infusión de 5 ampollas en goteo. Entrando en fibrilación ventricular, por lo cual se realiza desfibrilación con 300 joules, se continua masaje cardiaco externo durante 45 minutos y se coloca infusión de Lyposin 1750 cc, en 20 minutos, la paciente revierte a ritmo sinusal después de 45 minutos de reanimación cerebrocardiopulmonar, presentando signos vitales Tensión arterial 130/60, frecuencia cardiaca 85, Saturación oxigeno 78%. Se coloca catéter venoso central e infusión de adrenalina 0.10 mcg/kg/minuto, se traslada a UCI para monitoreo neurológico y hemodinámico". Evoluciona hacia el deterioro con inestabilidad hemodinámica, se toma rayos X de tórax y se descarta presencia de neumotórax, hay hipoxemia secundaria a síndrome de dificultad respiratoria aguda del adulto, academia metabólica severa, choque refractario, encefalopatía post-resucitación cardiopulmonar, entre otros y fallece el 23 de febrero de 2010.

Se elige para el procedimiento quirúrgico (osteosíntesis de fractura de radio) la anestesia tipo bloqueo regional. Esta anestesia esta indicada para este tipo de procedimientos, así se considera en la Guía para el Manejo de Anestesia Regional, Centro policlínico del Olaya CPO. S.A. de 14 de octubre de 2008, actualización: 1, en los folios 28 y29, bajo el ítem 4.21 Procedimientos Susceptibles de Anestesia Regional: "Ortopedia: Cirugías de cadera, reparación ligamentos de rodilla, artroscopias de rodilla – hombro, liberación de túnel del carpo, corrección de hallux valgus, reducciones cerradas, reducciones abierta con osteosíntesis, tenorrafias, neurorrafias, Fasciotomías, cirugía de mano, amputación de extremidades."

Scanned by CamScanner

INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES
Establecimiento Público Adscrito a la Fiscalía General
DIRECCIÓN REGIONAL BOGOTÁ – GRUPO DE PATOLOGÍA FORENSE
CALLE 7 A No. 12 - 61 Tel. 4069977 4069944

CONCLUSONES:

Reitero, al igual que en informe anterior Ampliación No. D210237 que la presentación de episodio convulsivo y depresión miocárdica en la señora Ruth de la Pava, son eventos que llevan a la paciente a lesión cerebral hipóxica y posteriormente a la muerte.

Teniendo en cuenta que estos eventos ocurren inmediatamente después de la aplicación de medicamentos anestésicos y además no encontrándose otra lesión o enfermedad capaz de causar la muerte en la necropsia, se concluye que la muerte de la señora Ruth de la Pava es una muerte asociada a un acto médico (anestésico).

Es necesario consultar las dosis utilizadas de los medicamentos durante la anestesia regional, consignadas en la historia clínica, para ser revisadas y analizadas por un médico especialista en Anestesiología. En el momento el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses no cuenta con este recurso.

En cuanto a la idoneidad y experticia del anestesiólogo tratante del caso, se sugiere a la autoridad verificar los mismos.

Si las dosis de los medicamentos anestésicos y la idoneidad y experticia del anestesiólogo tratante son adecuadas el evento convulsivo presentado por la señora Ruth de la Pava estaría dentro del contexto de una complicación[1] del acto anestésico. Entonces el procedimiento anestésico no tendría una falla, sino que la ocurrencia de eventos adversos se presenta en procedimientos de anestesia con buena práctica médica.

Atentamente,

MABEL ZURBARAN BARRIOS
Coordinadora Grupo Patología Forense

Anexó: Un (1) cuaderno con 123 folios y
Guía de manejo médico 46 folios
Guía de manejo médico 47 folios

[1] En la complicación el daño es inconstante, puede ser previsible, algunas veces es evitable, el nexo de causalidad es indirecto usualmente, el tiempo de aparición es variable, se presenta dentro de una buena práctica profesional en la cual actuó un médico competente.

Scanned by CamScanner

USO EXCLUSIVO POLICIA JUDICIAL

N° CASO

No. Expediente CAD	Dpto.	Mpio.	U. Receptora	Año	Consecutivo
	1	0	0 0 0 0 2 8 2 0 1 0 0 0 6 0 0		

FISCALIA GENERAL DE LA NACION

INTERROGATORIO DE INDICIADO –FPJ-27-

Este formato será utilizado por Policía Judicial

Fecha D 2 6 M 0 7 A 2 0 1 8 Hora 0 9 0 0 Lugar: _____

Previamente a la diligencia, conforme a lo establecido el C.P.P., se da a conocer al interrogado el artículo 282: "... que tiene derecho a guardar silencio y que no está obligado a declarar contra si mismo ni en contra de su cónyuge, compañero permanente o parientes dentro del cuarto grado de consanguinidad o civil, o segundo de afinidad...".

Se le pregunta al Indiciado si entiende su Derecho y renuncia a él SI [X] NO [ ]

Nota aclaratoria

Si no renuncia a su derecho, no procede la diligencia, en caso contrario se realiza el Interrogatorio en presencia de su abogado

Hay presencia de Ministerio Público? SI [ ] NO [X]

I. DATOS DEL INTERROGADO:

Primer Nombre GLORIA Segundo Nombre STELLA

Primer Apellido NAVAS Segundo Apellido GARCIA

Documento de Identidad C.C [X] otra _____ No. 51578058 de BOGOTA

Alias _____

Edad: 5 9 Años. Género: M ___ F X Fecha de nacimiento: D 0 7 M 1 1 A 1 9 5 9

Lugar de nacimiento País COLOMBIA Departamento CUNDINAMARCA Municipio BOGOTA

Profesión MEDICA ANESTESIOLOGA Oficio ANESTESIOLOGA

Estado civil CASADA Nivel educativo PROFESIONAL UNIVERSITARIO ESPECIALIZADO

Dirección residencia: CALLE 213 No. 114-10 MZNA 8 CASA 22 Teléfono 3158563076

Dirección sitio de trabajo: HOSPITAL EL TUNAL CRA 20 No. 47B-35 SUR Teléfono 3158563076

Dirección notificación RESIDENCIA Teléfono _____

País COLOMBIA Departamento CUNDINAMARCA Municipio BOGOTA

Relación con la víctima _____

Usa anteojos? SI [ ] NO [ ] Usa audífonos SI [ ] NO [ ]

II. RELATO

Al establecer comunicación con la persona referenciada, manifiesta:

GENERALES DE LEY: Previo a dar inicio a la diligencia se le pone de presente el derecho que le asiste a guardar silencio y demás ante lo cual manifiesta que es su interés rendir la presente diligencia debidamente asistida por su abogada defensora de confianza **DRA. MONICA ILENOVA LADINO PERDOMO,** identificada con C.C. No. 52885524 de Bogotá, T.P. No. 158063 del C.S. de la J., con dirección para comunicaciones en la **CARRERA 15 A No. 120 – 74 Piso 2º. Tel. 3212682229. PREGUNTADO.** Indique al Despacho sus generales de ley: **CONTESTO.** además de lo ya expuesto manifiesto que soy egresada de la Universidad del Rosario como Anestesiologa, yo me gradue en el año 1992, y desde ese entonces he venido ejerciendo la profesión para un total de 26 años, siempre he laborado aca en Bogotá he trabajado a los dos meses de graduada en el Hospital del Tunal y llevo 22 años laborando allí y tengo otros trabajos que he desempeñado en una época en el Centro Policlinico del Olaya y actualmente laboro en unos centros de ortopedia

clínicas de traumatología prestando servicios asistenciales en unas jornadas específicas. **PREGUNTADO**: SABE USTED PARA QUE HA SIDO CITADA A ESTE DESPACHO? **CONTESTO:** si señora. **PREGUNTADO.** INDIQUE QUE SABE DE ESTA CITACIÓN **CONTESTO:** es un interrogatorio acerca de la muerte de una paciente que fue o recibió atención médica de mi parte en el Centro Policlínico del Olaya ella se llama **RUTH DE LA PAVA. PREGUNTADO:** RESPECTO A ESA ATENCIÓN DE ESA PACIENTE RECUERDA USTED HABER REALIZADO EN ESA OPORTUNIDAD VALORACION PREANESTÉSICA? **CONTESTO.** SI claro yo realice esa valoración **PREGUNTADO:** LUEGO DE LA VALORACION ANESTESICA QUE RIESGOS ADVIRTIÓ USTED QUE TUVIERA LA PACIENTE? **CONTESTO:** a la paciente la conocí yo el día que se le realizó el procedimiento puesto que yo estaba asignada a la sala de urgencia de ortopedia en esa institución ese día. En este estado de la diligencia se le pone de presente la historia clínica en fotocopia de la paciente para refrescar memoria. Eso fue el día 22 de febrero de 2010, ese día yo estaba asignada a esa sala desde la 1 de la tarde a las 7 de la noche ese era mi turno asignado en esa institución, ese día realizamos cirugías de urgencia como fracturas de los miembros superiores, la señora **RUTH** la valore como paciente de urgencia antes de entrar a sala de cirugía por ser un procedimiento de urgencia no tenía valoración pre anestésica previa realizada en consulta como se realiza en los pacientes programados, ello por cuanto que los pacientes que son de urgencia son valorados en forma mediata previo al procedimiento por el médico que este asignado a la sala de urgencia, por ejemplo si un paciente en este momento es atropellado y sufre un trauma y requiere una cirugía para estabilizarle una fractura el paciente no pasa a valoración por consulta externa como se hace con los pacientes programados sino que se realiza una boleta solicitando la sala de cirugía y pasa a la sala asignada al médico de urgencia en este caso al ortopedista y al anestesiólogo que estén asignados ese día a esa sala, para este caso la anestesióloga era yo entonces cuando se informa que paciente va a pasar que turno es el siguiente me desplazo a hacerle la valoración pre anestésica que se realiza en este caso en forma inmediata, así estaba asignado y así está reglamentado por las normas mínimas de anestesia, Que dice evaluación en urgencias...el paciente de urgencia debe ser sometido a la evaluación pre anestésica inmediata que su condición y circunstancias permitan. A la paciente la conocí en sala de cirugía y allí realice el interrogatorio pertinente haciendo la identificación de la paciente preguntándole la edad, a que procedimiento venía cuáles habían sido las circunstancias de la fractura, se le interrogo acerca de sus antecedentes personales, patológicos, farmacológicos, transfusionales, quirúrgicos previos, tóxicos, alérgicos y familiares y se le realizó el examen físico previo al ingreso como tal a la sala de cirugía. En cuanto a los antecedentes no se encontró ningún antecedente de importancia y el examen físico fue normal excepto porque tenía una férula en el miembro superior derecho para inmovilizar una fractura que la paciente había sufrido por una caída. Una vez realizada la valoración y examen físico se procedió a explicársele a la paciente las diferentes técnicas anestésicas que se podían utilizar para que le realizaran la reducción y osteosíntesis de la fractura de su miembro superior; se le explicó que para este tipo de patología o fractura había dos técnicas anestésicas posibles: la anestesia regional mediante un bloqueo de los plejos nerviosos que conducen la sensibilidad y el dolor en el miembro superior y la anestesia general en la cual se utilizan medicamentos para poner el paciente en inconsciencia analgesia y amnesia; al explicar las dos técnicas se le explicó que la anestesia regional era un método favorable ya que disminuía el dolor en una forma importante en el post operatorio inmediato además, de que no teníamos que utilizar múltiples medicamentos que producen en algunos pacientes malestar en el post operatorio inmediato como nauseas, vómito, escalofríos persistentes y el dolor aparece en forma inmediata al despertar en el momento en que el paciente recupera la conciencia; al explicarle las dos técnicas la señora **RUTH DE LA PAVA** prefirió el uso de anestesia regional, nuevamente se le hace énfasis en el uso de los medicamentos que van a bloquear el brazo y que pueden producir algunas reacciones que son imprevisibles que pueden llevar a eventos inesperados incluso la muerte; la señora lee el consentimiento y lo firma, una vez realizado el examen valoración y firma de consentimiento se pasa la paciente a sala de cirugía, en donde previa monitoría se coloca a la paciente en la posición adecuada para la colocación de la técnica o bloqueo regional que para este caso fue un bloqueo interescalénico; con este tipo de bloqueo se bloquea la conducción del dolor y se da inmovilidad a todo el miembro superior por lo cual se dan las condiciones óptimas para que se pueda realizar una cirugía que afecte cualquier parte del miembro o extremidad superior; este bloqueo se realiza identificando las zonas anatómicas por donde pasa el plejo braquial que es como el que lleva toda la enervación nerviosa del miembro superior; esta técnica se realiza identificando el cartílago cricoides que esta a nivel de la vértebra C6 en relación y se traza una línea perpendicular que nos lleva a identificar los músculos interescalénicos entre los cuales

transcurre o pasa el nervio y ese sitio era e[illegible]ealizar ese bloqueo se realiza una punción de la vaina aponeurótica formada entre e[illegible]nterior y el escaleno medio mediante una punción se realiza a ese nivel y se empiez[illegible]una extensión de anestesia y llave de tres vías que está unida a una jeringa que tier[illegible]nento anestésico una vez identificados los planos anatómicos se empieza a colocr es[illegible]to previa aspiración para descartar que la aguja este cerca de una estructura vascular o vaso sanguíneo se coloca la dosis de la anestésica de manera fraccionada cada 5 mililitros se realiza una nueva aspiración para descartar la presencia de sangre que nos indique evidencie o de indicios de que estamos cerca de una estructura vascular o que se esté puncionado un vaso sanguíneo; durante la administración del agente anestésico la paciente comienza a presentar trastornos de conciencia y aparece un episodio convulsivo inmediatamente se realiza aseguramiento de la vía aérea y se coloca **MIDASOLAN** agente farmacológico indicado para el control de la convulsión, sin embargo se evidencia en el bisoscopia o monitor de la sala la aparición de arritmias que progresan a paro cardiaco con actividad eléctrica sin pulso; de forma inmediata se activa el protocolo de reanimación cardiocerebro pulmonar avanzada y se inician maniobras de masaje cardiaco externo y aplicación de los medicamento utilizados en la reanimación como son **EPINEFRINA en 1 miligramo mas infusión de 5 ampollas en gotero,** al activar el código azul que es el de paro se hacen presentes en la sala los médicos anestesiólogos que se encontraban en esa tarde en salas de cirugía cumpliéndose ese protocolo, cada uno se encarga del manejo vía aérea, otro del masaje, otro aplica las drogas y en ese momento yo estaba con la vía aérea lo primero que asegure; después de aplicar la adrenalina la paciente entra en fibrilación ventricular que se maneja con la aplicación de **300 JOULES** con una descarga y se continúa masaje cardiaco externo porque la paciente no recobra la actividad eléctrica en un ritmo que le permita una perfusión de los tejidos entonces se apoya con masaje cardiaco externo durante 45 minutos, después de los cuales la paciente recobra ritmo sinusal o entra en taquicardia, una vez estabilizada la paciente se comenta con el médico de cuidado intensivo para reserva de cama y traslado de la paciente para que allí se continúe el manejo ventilatorio y la estabilización hemodinámica como esta indicado en los protocolos y guías, la paciente una vez se deja en cuidado intensivo bajo a hacer la nota del evento sucedido en el sistema porque estaba ya sistematizado en ese centro hospitalario. **PREGUNTADO:** LA PACIENTE **RUTH DE LA PAVA ORDOÑES** TENIA O NO ALGUN TIPO DE ANTECEDENTE PERSONAL FAMILIAR O QUIRÚRGICO DE IMPORTANCIA, LUEGO DE USTED HABER REALIZADO EL CUESTIONARIO CORRESPONDIENTE A LA PACIENTE? **CONTESTO:** según sus respuestas no se evidenció ningún tipo de antecedente de importancia y se clasifico como ASA 1 q es el riesgo mínimo anestésico para realizar el procedimiento anestésico. **PREGUNTADO:** RECUERDA USTED QUE TIPO DE ANESTESIA LE BRINDO A ESTA PACIENTE? **CONTESTO:** se le coloco bloque del plejo braquial mediante la técnica interescalénica utilizando como medicamento anestésico **50 MILIGRAMOS DE BUPIBACAINA** mas **100 MILIGRAMOS DE DILOCAINA al 1% con EPINEFRINA.** Que se encuentra en las dosis estipuladas para el peso del paciente que para el caso eran 60 kilos, las dosis habituales que se utilizan de **BUPIBACAINA** Son de 2 A 4 MILIGRAMOS POR KILO y de **LITOCAINA** de 7 a 10 miligramos por kilo, luego el rango terapéutico utilizado en la mezcla estaba dentro de un rango seguro para el peso de la paciente lejos del rango terapéutico máximo utilizado universalmente. **PREGUNTADO:** REALIZO USTED EL RECORD DE ANESTESIA A ESTA PACIENTE? **CONTESTO:** El record anestésico de este centro asistencial se realiza en el sistema igualmente que toda la historia clínica, el record anestésico es un registro de las variables hemodinámicas como tensión arterial, frecuencia cardiaca de las variables respiratorias como la frecuencia respiratoria de la saturación de oxígeno en la sangre, las cuales se registran en el monitoreo continuo que se le coloca a la paciente desde su ingreso a salas de cirugía estos monitores tienen una vigilancia permanente, el record o registro anestésico habitualmente se realiza durante el procedimiento desde que se inicia la aplicación de la anestesia incluye todo el periodo intraoperatorio hasta que se finaliza el acto anestésico y quirúrgico; habitualmente hay periodos en los cuales no se puede simultáneamente estar haciendo el registro y aplicando la anestesia como es el periodo de la inducción o colocación de los medicamentos que se han elegido para el acto anestésico en este caso el bloqueo interescalenico este caso no se alcanzó a realizar ningún procedimiento quirúrgico porque la paciente presento manifestaciones neurológicas y cardiovasculares durante el acto anestésico de la colocación del bloqueo interescalenico los cuales fueron presenciados y atendidos de forma inmediata dando prioridad a la atención y estabilización de la paciente por lo cual el registro se realizó una vez que se llevó la paciente a cuidado intensivo ya entregada la responsabilidad de manejo de la misma al médico intensivista y se realizó una nota retrospectiva de los eventos

ocurridos y del manejo realizado. Habitualmente así como el cirujano mientras opera no puede ir escribiendo la nota quirúrgica en anestesia ocurre algo similar primero se hace la inducción o colocación de medicamentos según técnica anestésica escogida y una vez que ya se inicia el acto quirúrgico se toma el tiempo para realizar la descripción de los procedimientos realizados siempre es así, debo señalar que en esas copias no debe estar record anestésico porque la paciente presento síntomas neurológicos en el momento que estábamos iniciando la anestesia y se priorizo la atención de reanimación pero plasmado no quedo esta la nota retrospectiva de lo que se hizo. Sin embargo el registro si se abrió ciando la paciente ingreso abrimos la historia el registro y parte de eso está en la historia clínica pero el sistema digital solo permite registrar en tiempos reales. **PREGUNTADO:** QUE CREE USTED QUE PUDO HABER SUCEDIDO AL SUMINISTRAR LA ANESTESIA PARA GENERARLE LAS CONVULSIONES Y LA DEPRESIÓN MIOCARDICA A LA PACIENTE? **CONTESTO:** en este tipo de procedimientos se pueden presentar eventos imprevisibles como son por el sitio de localización de las punciones que están relacionadas con baro receptores puede haber reflejos vasovagales que pueden llevar a la pérdida de la conciencia y a un bloqueo simpático que puede llevar al paro cardiaco, este imprevisto se hubiese podido presentar tanto con la administración de anestesia regional o anestesia general ya que los medicamentos que se utilizan para las dos técnicas tienen efectos inotrópicos negativos depresoras respiratorios y depresorios de la función cardiovascular y la aparición de esos reflejos puede ser subsecuente al uso de cualquier técnica anestésica. **PREGUNTADO.** SABE USTED SI CON OCASIÓN DE ESOS HECHOS SE INICIO INVESTIGACIÓN ANTE TRIBUNAL MEDICO **CONTESTO:** Si ya rendí versión libre e incluso allego copia del fallo absolutorio contentivo de 4 folios para lo pertinente. Adicional allego copias simples en 66 folios de hoja de vida y anexos. **PREGUNTADO.** INDÍQUE SI TIENE ALGO MAS QUE AGREGAR, CORREGIR O ENMENDAR A LA PRESENTE DILIGENCIA **CONTESTO.** quiero si anotar que la paciente fue atendida y por mi que tengo una experiencia en el tema de anestesia regional de 17 años al momento en que realice la atención de la paciente que para este tipo de bloqueo fui entrenada durante mi especialización y que permanentemente lo utilizo como técnica anestésica ya que desde que inicie mi ejercicio profesional he trabajado en instituciones de tercer nivel de atención donde se manejan permanentemente pacientes politraumatizados y con fracturas de los miembros superiores, es de anotar que este tipo de anestesia se comenzó a usar desde 1919 y pues ha ido siendo modificada en algunos aspectos de la técnica original para brindar mayor seguridad durante la aplicación de los medicamentos utilizados en este caso se realizó aspiración previa a la aplicación de los medicamentos se utilizó EPINEFRINA como en la dosis de prueba para descartar la inyección intravascular y se colocó la dosis fraccionada, sin embargo a pesar de que toda la atención se centró en los protocolos institucionales y universales relacionados con la técnica y se realizó con dosis indicadas la paciente presento la aparición de síntomas neurológicos y cardiovasculares inesperados no previsibles los cuales recibieron atención inmediata con la ayuda de médicos expertos en reanimación que tratamos de reanimar y realizar una reanimación cardio cerebro pulmonar efectiva, la paciente nunca fue abandonada y su atención o mi atención con ella permaneció o le brinde atención hasta el momento en que la delegue al médico intensivista. Finalmente debo indicar que fuimos nosotros mismos quienes reportamos ese fallecimiento a la autoridad solicitando la autopsia médico legal precisamente por no tener claridad en la causa que llevo a la muerte a la paciente. No siendo otro el objeto de la presente diligencia se da por terminada la misma siendo las 10:25 de la mañana previa a ser firmada por los aquí intervinientes.

DRA. GLORIA STELLA NAVAS GARCIA
Interrogada

DRA. MONICA LENOVA LADINO PERDOMO
Defensora de Confianza

SHASMINE CONSTANZA FLOREZ CANOSA
Fiscal No. 228 Delegada ante los Juzgados Penales del Circuito

Departamento Cundinamarca Municipio Bogotá Fecha 02/08/2018 Hora:

FISCALÍA

1. Código único de la investigación:

1	1	0	0	1	6	0	0	0	0	2	8	2	0	1	0	0	0	6	0	0
Dpto.		Municipio		Entidad		Unidad Receptora					Año				Consecutivo					

Delito	Artículo
1. HOMICIDIO CULPOSO	109 C. P

3. Indique la causal por la cual se ordena el archivo:

ARCHIVO POR CONDUCTA ATÍPICA ART. 79 C. P. P

4.* Datos de la víctima:

DATOS DE LA VICTIMA											
Tipo de documento:	C.C.	X	Pas.		c.e.		otro	NUI P	No.	52.220.305	
Expedido en	Departamento:	CUNDINAMARCA					Municipio:	BOGOTA			
Nombres:	**RUTH**				Apellidos:	**DE LA PAVA ORDOÑEZ**					
Lugar de residencia											
Dirección:	CALLE 11 A BIS N° 73 A -55				Barrio:	VILLA ALSACIA					
Departamento:	CUNDINAMARCA				Municipio:	BOGOTA					
Teléfono:	----------			Correo electrónico:	----------						
DATOS APODERADO DE LA VICTIMA											
Nombres:	----------				Apellidos:	----------					
C.C.	----------	T.P.	----------		Dirección:	----------					
Departamento:	----------				Municipio:	----------					
Teléfono:	----------			Correo electrónico:	----------						

5. Fundamento de la orden (Relacione hechos, problema jurídico, actuación procesal y fundamento jurídico).

El Estado, por intermedio de la Fiscalía General de la Nación, está obligado a ejercer la acción penal, siguiendo el mandato expresado nuestra carta constitucional en su artículo 250, el cual reza:

> *"La Fiscalía General de la Nación está obligada a adelantar el ejercicio de la acción penal y realizar la investigación de los hechos que revistan las características de un delito que lleguen a su conocimiento por medio de denuncia, petición especial, querella o de oficio, siempre y cuando medien suficientes motivos y circunstancias fácticas que indiquen la posible existencia del mismo* [...]" (Subrayado fuera de texto).

El presente caso se encuentra en la etapa de la indagación cuyo propósito es establecer la ocurrencia de los hechos llegados al conocimiento de la fiscalía, determinar si se adecúan a las conductas expresadas en la ley penal, identificar o cuando menos individualizar a los presuntos autores o partícipes de la conducta punible y asegurar los medios de convicción que permitan ejercer debidamente la acción punitiva del Estado. Una vez adelantada esta labor procede esta delegada Fiscal a sopesar los resultados obtenidos con ella y deduce que de las evidencias, los elementos materiales de prueba y la información acopiada no es posible demostrar que la conducta es típica (tipo objetivo), por lo que tendrá que disponer el archivo de la investigación, con base en el siguiente material probatorio allegado, el cual será expuesto sistemáticamente a continuación.

Es necesario para el presente despacho fiscal dejar en claro desde ahora que el archivo de las diligencias procede cuando según el Art. 79 de la Ley 906 de 2004, al estarse frente a un hecho respecto del cual se constata que no existen motivos o circunstancias fácticas que permitan su caracterización como delito, o indiquen su posible existencia como tal. De acuerdo al pronunciamiento emitido por la **CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, en SALA PLENA siendo** Magistrado Ponente: el Doctor **YESID RAMÍREZ BASTIDAS** Ref.- Exp. No. 11-001-02-30-015-2007-0019. Aprobado Acta No. 022 en Bogotá, D. C., Julio cinco (5) de dos mil siete (2007). Por ello en este caso específico tendremos en cuenta: "... ***Algunos supuestos en los que la Fiscalía puede aplicar el artículo 79 de la Ley 906 de 2004*** *Lo puesto en evidencia permite señalar que solamente podrán ser tenidos en cuenta como motivos o circunstancias fácticas que no permiten la caracterización de un hecho como delito o que no es posible demostrar su existencia como tal, quedando con ello facultada la Fiscalía para proceder al archivo de las diligencias, entre otras, en las siguientes situaciones:* ***5.1. En cuanto a los sujetos:*** *5.1.1. Cuando luego de adelantadas las averiguaciones resulta imposible encontrar o establecer el sujeto activo de la acción; 5.1.2. Cuando luego de adelantadas las averiguaciones resulta imposible encontrar o establecer quién es el sujeto pasivo de la acción; 5.1.3. Cuando el sujeto se encuentra en imposibilidad fáctica o jurídica de ejecutar la acción. Es el caso del extranjero que no debe obediencia al Estado colombiano y que por lo mismo no puede recibir imputación a título de autor del tipo denominado hostilidad militar del artículo 456 del Código Penal. Cualquier discusión que desborde los anteriores parámetros, como por ejemplo las que se refieran a la calidad del sujeto activo del punible, impide que las diligencias puedan ser archivadas directamente por parte de la Fiscalía.* ***5.2. En cuanto a la acción: 5.2.1. Cuando la acción es atípica porque no se observa la acomodación exacta de una conducta a una definición expresa, cierta, escrita, nítida e inequívoca de la ley penal, pero sólo en cuanto a lo que resulte evidente e indiscutible.*** *Sería el caso en que se hace una imputación por homicidio y la víctima no ha sido agredida;* ***5.2.2. Cuando el***

hecho no puede ser atribuido a una acción u omisión de un ser humano. *Por ejemplo: cuando un rayo electrocuta a una persona.* ***5.3. En cuanto al resultado*** *5.3.1. En los delitos de resultado solamente podrán ser archivadas las diligencias cuando el resultado no se puede verificar ontológicamente; 5.3.2. En los delitos de peligro concreto y peligro abstracto la Fiscalía podrá archivar las diligencias siempre y cuando objetivamente no se haya verificado el resultado. Por ejemplo, cuando en el delito de porte ilegal de armas se constata que el artefacto se porta lícitamente porque existe permiso de porte o tenencia expedido por autoridad competente o el mismo no es apto para ser disparado.* ***5.4. Otros elementos:*** *5.4.1. En cuanto a la relación de causalidad en aquellos supuestos en los que de acuerdo al estado de la ciencia resulta imposible señalar que una acción concreta sea la generadora de un resultado; 5.4.2. Cuando se trata de un delito imposible, como sería el caso de atentar contra la vida de otro disparándole con una pistola de agua; 5.4.3. Cualesquiera que sean las circunstancias del hecho cuando se refiere a un delito querellable que es objeto de conciliación; 5.4.4. Cuando en un delito de omisión impropia o comisión por omisión es evidente que el sujeto no tiene la calidad de garante..."*

El presente caso fue puesto en conocimiento de la Fiscalía General de la Nación a través de informe ejecutivo FPJ 3 de fecha 23 de Febrero de 2010, rendido por el investigador **VICTOR HUGO HERNANDEZ CHITIVA** y **WILSON GUSTAVO ROJAS**, mediante el cual informa que según el señor **CARLOS FERNANDO MALDONADO RODRIGUEZ**, cónyuge de la víctima refiere que siendo aproximadamente las 09:00 horas del día 20 de Febrero de 2010, cuando iba bajando las escaleras de su residencia, cae al piso donde se fractura la mano derecha, motivo por el cual se traslada de manera inmediata a la E.P.S salud total, donde es valorada a las 11:30 am, donde le informan a la víctima que el tiempo de espera podía ser aproximadamente de tres horas, motivo por el cual decide trasladarse al policlínico del Olaya donde ingresa al servicio de urgencias a las 13:10 horas y el médico le ordena una radiografía y le receta una inyección para el dolor, una vez tomada la radiografía el medico indica que hay que operarla y siendo aproximadamente las 08:30 pm ingresa a cirugía donde le inmovilizan el brazo, y que debía regresar al día siguiente 21 de Febrero de 2010 a las 07:00 horas, siendo ese día el medico informa que esa cirugía no se encontraba programada, motivo por el cual se agenda para el 22 de Febrero de 2010 a las 18:10 horas , ingresando su cónyuge a cirugía a las 17:30 horas, luego entonces la anestesióloga la informa que la anestesia había obrado mal que la paciente había entrado en paro respiratorio y que sería trasladada a la unidad de cuidados intensivos, donde pierde la vida a las 18:30 horas. Por medio del mismo informe se anexan las siguientes diligencias:

- Reporte de inicio
- Acta de inspección a cadáver
- Copia de la historia clínica

- Entrevista del cónyuge de la víctima **CARLOS FERNANDO MALDONADO RODRIGUEZ,** quien hace el siguiente relato de como surgieron los hechos : refiere que siendo aproximadamente las 09:00 horas del día 20 de Febrero de 2010, cuando iba bajando las escaleras de su residencia, cae al piso donde se fractura la mano derecha, motivo por el cual se traslada de manera inmediata a la E.P.S salud total, donde es valorada a las 11:30 am, donde le informan a la víctima que el tiempo de espera podía ser aproximadamente de tres horas, motivo por el cual decide trasladarse al policlínico del Olaya donde ingresa al servicio de urgencias a las 13:10 horas y el médico le ordena una radiografía y le receta una inyección para el dolor, una vez tomada la radiografía el medico indica que hay que operarla y siendo aproximadamente las 08:30 pm ingresa a cirugía donde le inmovilizan el brazo, y que debía regresar al día siguiente 21 de Febrero de 2010 a las 07:00 horas, siendo ese día el medico informa que esa cirugía no se encontraba programada, motivo por el cual se agenda para el 22 de Febrero de 2010 a las 18:10 horas , ingresando su cónyuge a cirugía a las 17:30 horas, luego entonces la anestesióloga la informa que la anestesia había obrado mal que la paciente había entrado en paro respiratorio y que sería trasladada a la unidad de cuidados intensivos, donde pierde la vida a las 18:30 horas.

En el contexto de los hechos que se narran a continuación: "[...]

*El caso trata de una mujer adulta mayor, de 37 años de edad quien según lo consignado en la historia clínico del Centro Policlínico del Olaya, ingreso el **20 de Febrero de 2010,** a las 15:01 horas, por presentar hacia las 06:00 am, de ese día caída por escaleras, unos 4 escalones y trauma en mano derecha, con posterior edema y limitación funcional, que cedió parcialmente a la automedicación con NAPROXENO. Al examen físico de ingreso se encuentra con dolor, edema y equimosis en muñeca derecha, con adecuada perfusión distal. Inicialmente (evolución de 20 de febrero de 2010 a las 03:27 pm). Se ordena dosis de DICLOFENACO 75 mg y que se aplica posteriormente sin complicaciones. Conducta que cumple con las normas de atención médica y tiene la finalidad de disminuir el dolor de la paciente.*

Se toman rayos X de muñeca y se evidencia fractura de radio distal con angulación dorsal (fractura de epifisis inferior del radio). La toma de rayos X estaba indicada y cumple con las normas de atención médica. Además es oportuna.

Requiere manejo quirúrgico con reducción cerrada y osteosíntesis de radio distal. Decisión que cumple con las normas de atención médica. Además es oportuna.

[redacted]

Se solicita autorización para cirugía y se dan explicaciones a la paciente. Se realiza vendaje con férula para inmovilización. Conducta que cumple con las normas de atención médica. Además es oportuna. Hay consentimientos firmados por la señora Ruth de la Pava. Para la realización del procedimiento quirúrgico en folios 109 y 110 y para aplicación de la anestesia regional en folios 111 y 112.

*El **22 de Febrero** se consigna: "Paciente con fractura de radio distal programada para manejo quirúrgico con reducción cerrada y fijación percutánea de radio distal. La paciente durante bloqueo interescalenico, con bupivacaina de 50 mg + lidocaína al 1 % con epinefrina 100 mg, presenta episodio convulsivo y depresión miocárdica. Se inician maniobras de reanimación cerebro cardiopulmonar, con intubación oreo traqueal, masaje cardiaco externo durante 45 minutos y se coloca infusión de Lyposin 1750cc. En 20 minutos, la paciente revierte a ritmo sinsual después de 45 minutos de reanimación cerebro cardiopulmonar, presentando signos vitales Tensión arterial 130/60, frecuencia cardiaca 85, saturación oxigeno 78 % . Se coloca catéter venoso central e infusión de adrenalina 0.10 mcg/kg/minuto, se traslada a UCI para monitoreo neurológico y hemodinámico". Evoluciona hacia el deterioro con inestabilidad hemodinámica, se toma rayos X de tórax y se descarta presencia de neumotórax, hay hipoxemia secundaria a síndrome de dificultad respiratoria aguda del adulto, academia metabólica severa, choque refractario, encefalopatía post-resucitación cardiopulmonar, entre otros y fallece el **23 de Febrero de 2010.***

Se elige para el procedimiento quirúrgico (osteosíntesis de fractura de radio) la anestesia tipo bloqueo regional. Esta anestesia está indicada para este tipo de procedimientos, así se considera en la guía para el manejo de anestesia regional, centro policlínica del Olaya CPO. S.A. de 14 de octubre de 2008, actualización: 1, en los folios 28 y 29, bajo el ítem 4.21 procedimientos susceptibles de anestesia regional:" Ortopedia: cirugías de cadera, reparación de ligamentos de rodilla, artroscopias de rodilla- hombro, liberación de túnel del carpo, corrección de halluz valgus, reducciones cerradas, reducciones abierta con osteosíntesis, tenorrafias, neurorrafias, fasciotomias, cirugía de manos, amputación de extremidades."

CONCLUSIONES:

Reitero al igual que en el informe anterior ampliación N° D210237 que la presentación de episodio convulsivo y depresión miocárdica en la señora RUTH DE LA PAVA, son eventos que llevan a la paciente a lesión cerebral hipoxica y posteriormente a la muerte.

Teniendo en cuenta que estos eventos ocurren inmediatamente después de la aplicación de medicamentos anestésicos y además no encontrándose otra lesión

o enfermedad capaz de causar la muerte en la necropsia, se concluye que la muerte de la señora RUTH DE LA PAVA, es una muerte asociada a un acto médico (anestésico).

Es necesario consultar las dosis utilizadas de los medicamentos durante la anestesia regional, consignadas en la historia clínica par ser revisadas y analizadas por un médico especialista en anestesiología. En el momento el INML y CF no cuenta con este recurso.

En cuanto a la idoneidad y experticia del anestesiólogo tratante del caso, se sugiere a la autoridad verificar los mismos.

Si la dosis de los medicamentos y la idoneidad y experticia de anestesiólogo tratante son adecuadas el evento convulsivo presentado por la señora RUTH DE LA PAVA, estaría dentro del contexto de una complicación de acto anestésico. Entonces el procedimiento anestésico no tendría una falla, si no que la ocurrencia de eventos adversos se presenta en procedimientos de anestesia con buena práctica médica.".

Adicionalmente a lo anterior cabe resaltar que dado el concepto del INML y CF, se verifico que la médica anestesióloga que atendió a la hoy occisa contara con la idoneidad y experticia necesario y suficiente lo cual queda plenamente reflejado en el interrogatorio practicado el 26 de Julio de 2018.

Ahora bien, teniendo en cuenta el presupuesto fáctico aquí señalado, este despacho fiscal se encuentra con la presente cuestión de relevancia jurídica para analizar el caso aquí estudiado. Partiendo del deber constitucional impuesto sobre la Fiscalía General de la Nación respecto a la indagación de hechos que revistan las características de un delito, se debe considerar en primer lugar si el presente hecho efectivamente cumple con las características estructurales del tipo penal correspondiente; para tal fin en primer lugar expondrá la existencia o no de un nexo causal que vincule la actividad desplegada por los médicos que conocieron del caso en cuestión con la causa y manera del fallecimiento de ***RUTH DE LA PAVA ORDOÑEZ.***

De acuerdo a lo anterior, es así que esta fiscalía delegada se encuentra con que la presente conducta no puede ser caracterizada como típica por cuanto es notoria la ausencia de elementos estructurales del tipo penal como lo es el nexo de causalidad, toda vez que la muerte de ***RUTH DE LA PAVA ORDOÑEZ,*** no guarda relación con la atención médica, la cual, al cumplir con los protocolos de manejo, no trascendió el riesgo jurídicamente permitido, lo que en consecuencia deja sin fundamento la existencia de un nexo causal que medie entre la actividad médica y el desenlace fatal que hoy nos ocupa, lo que en consecuencia impide la mención de un sujeto activo sobre quien predicar el

presunto injusto penal. En ese sentido, a la luz de lo concluido por el concepto médico ya citado, se tiene que la atención medica recibida por ***RUTH DE LA PAVA ORDOÑEZ***, no guarda nexo de causalidad con la actividad del personal médico en cuestión y en consecuencia deja esta fiscalía ante la imposibilidad, en función de la imputación jurídica, objetivos del tipo penal como el sujeto activo y la consumación de un verbo rector, que impiden la acomodación exacta de los presentes hechos con el supuesto descrito en el tipo penal.

Entonces, si la presente conducta no hace parte de los tipos penales descritos en la legislación, se está ante una conducta atípica, por ende, la consecuencia jurídica ante esta situación es el archivo de las presentes diligencias de conformidad con el artículo 79 del código de procedimiento penal vigente – Ley 906 de 2004, el cual reza:

> *"Cuando la Fiscalía tenga conocimiento de un hecho respecto del cual constate que no existen motivos o circunstancias fácticas que permitan su caracterización como delito, o indiquen su posible existencia como tal, dispondrá el archivo de la actuación.*
> *Sin embargo, si surgieren nuevos elementos probatorios la indagación se reanudará mientras no se haya extinguido la acción penal."*

En lo que tiene que ver con el archivo de las diligencias, este despacho fiscal, como operador de justicia, se encuentra con la obligación de observar el precedente sentado por la jurisprudencia constitucional, el cual frente al archivo de las diligencias, en sentencia C – 1154 de 2005 M.P Manuel José Cepeda Espinosa plantea:

> "[...] *Para que un hecho pueda ser caracterizado como delito o su existencia pueda ser apreciada como posible, se deben presentar unos presupuestos objetivos mínimos que son los que el Fiscal debe verificar. Dichos presupuestos son los atinentes a la tipicidad de la acción.* ***La caracterización de un hecho como delito obedece a la reunión de los elementos objetivos del tipo. La posibilidad de su existencia como tal surge de la presencia de hechos indicativos de esos elementos objetivos del tipo. Sin entrar en detalles doctrinarios sobre el tipo objetivo, se puede admitir que al tipo objetivo pertenece siempre la mención de un sujeto activo del delito, de una acción típica y por regla general también la descripción del resultado penado.*** *Cuando el Fiscal no puede encontrar estos elementos objetivos que permiten caracterizar un hecho como delito, no se dan los presupuestos mínimos para continuar con la investigación y ejercer la acción penal. Procede entonces el archivo.* [...]" (Negrillas por fuera del texto).

Por otra parte, se cuenta con la conceptualización elaborada por la Corte Suprema de Justicia, que mediante decisión de 09 de mayo de 2007, en la adición de voto presentada por el Magistrado Yesid Ramírez Bastidas, se cuenta con la indicación de los casos en los cuales la Fiscalía General de la Nación, a través de sus delegadas, puede disponer de la Decisión de Archivo. Plantea la Corte:

"[...] **2°. En cuanto a la acción:**

a) Cuando la acción es atípica porque no se observa la acomodación exacta de una conducta a una definición expresa, cierta, escrita, nítida e inequívoca de la ley penal, pero sólo en cuanto a lo que resulte evidente e indiscutible.

b). Cuando el hecho no puede ser atribuido a una acción u omisión de un ser humano. [...]"

Aunado a lo anterior, vale la pena traer a colación lo contemplado en el artículo 9 del Código Penal Colombiano, que al tenor reza: "Para que la conducta sea punible, se requiere que sea típica, antijurídica y culpable. La causalidad por sí sola no basta para la imputación jurídica del resultado. "....

Así las cosas la Fiscalía General de la Nación, encuentra que frente a lo acontecido existe desgaste innecesario del aparato jurisdiccional, así como del sistema investigativo en hechos en los cuales, con información concreta y efectiva hasta el momento allegada, no se logra establecer la comisión de una conducta congruente con la descripción consignada en la norma penal, lo cual hace imposible que se pueda impulsar la presente investigación, ya que los datos que reposan en el proceso son mínimos para ejecutar la acción penal en contra de los responsables, de esta manera es claro y concreto que en dichos hechos no hubo la intervención de manos criminales de donde se puede pregonar algún tipo de responsabilidad, pero también es cierto que ante el hecho de encontrarnos frente a una conducta atípica, el despacho no tiene alternativa distinta que disponer dar aplicación del Art. 79 del C.P.P., ordenando el archivo de las presentes diligencias, archivo que tiene la calidad de provisional, en el entendido que de surgir nuevos aspectos que desvirtúen los anteriores planteamientos, dará ello lugar a la reanudación de la indagación siempre y cuando no se haya configurado el fenómeno jurídico de la extinción de la Acción penal.

Infórmese sobre la presente decisión a las víctimas y Ministerio Público.

6. * Personas respecto de quienes se archiva la actuación:

IDENTIFICACIÓN N/A

NUNC 110016000028201000600

Tipo de documento:	C.C.		Pas.				otro		No.	N/A	
Expedido en	Departamento:							Municipio:			
Primer Nombre	N/A					Segundo Nombre	N/A				
Primer Apellido	N/A					Segundo Apellido	N/A				
Lugar de residencia											
Dirección	N/A				Barrio		Sector				
Municipio	N/A		Departamento	N/A			Teléfono				

7. Bienes Vinculados SI_____ NO_____

Descripción y Decisión

8. DATOS DEL FISCAL:

Nombres y apellidos	SHASMINE CONSTANZA FLOREZ CANOSA		
Dirección:	CARRERA 29 No. 18 – 45 PISO 3 BL. A	Oficina:	228
Departamento:	CUNDINAMARCA	Municipio:	BOGOTA
Teléfono:		Correo electrónico:	
Unidad	UNIDAD DE VIDA	No. de Fiscalía	228

Firma,

9. ENTERADOS

VICTIMA // DENUNCIANTE

SERA NOTIFICADA DE LA DECISION MEDIANTE OFICIO

MINISTERIO PÚBLICO

NOMBRE: _____

Cargo: _____

NUNC 110016000028201000600

Bogotá, D.C. 02/08/2018
Oficio No. 391 F - 228

Señor
CARLOS FERNANDO MALDONADO RODRIGUEZ
CALLE 11 A BIS N° 73 A -55
BARRIO VILLA ALSACIA
BOGOTA D.C.

REF. **Radicado 110016000028201000600 - FISCALÍA 228** SECCIONAL UNIDAD DE VIDA.

RESPETUOSO SALUDO. POR MEDIO DE LA PRESENTE ME PERMITO INFORMARLE QUE ESTA FISCALÍA DELEGADA HA DECIDIDO ARCHIVAR DE MANERA PROVISIONAL LA INDAGACIÓN POR LA CONDUCTA ATIPICA DE LA ACCIÓN DONDE PERDIERA LA VIDA LA SEÑORA ***RUTH DE LA PAVA ORDOÑEZ*** Así mismo este archivo se hizo teniendo en cuenta el pronunciamiento emitido por la **CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, Sala de Casación Penal 09 DE MAYO DE 2007, MP. YESID RAMÍREZ BASTIDAS**
Lo anterior para su conocimiento.

Cordialmente,

SHASMINE CONSTANZA FLOREZ CANOSA
Fiscal Doscientos Veintiocho Seccional

Anexo (s): SIN ANEXOS
Revisó:

Miembro superior

BLOQUEO DEL PLEXO BRAQUIAL

Anatomía

El plexo braquial se forma principalmente a partir de los ramos primarios anteriores de los nervios espinales C5, C6, C7, C8 y D1. Corre desde la columna vertebral, pasa entre la clavícula y la primera costilla y entra en la extremidad superior antes de dividirse en sus cuatro ramas terminales principales, los nervios mediano, radial, cubital y musculocutáneo.

Puede bloquearse el plexo con anestésico local en cualquier punto de su trayectoria desde el cuello hasta la axila. Los tres abordajes más comunes son el interescalénico, el supraclavicular y el axilar. Como el tejido conectivo circundante forma un tubo, la vaina perivascular que contiene a los nervios y a los principales vasos sanguíneos de la extremidad, el anestésico local puede difundirse hacia arriba y hacia abajo dentro de esta vaina independientemente del punto de inserción de la aguja. Teóricamente, si se inyecta solución anestésica suficiente debe obtenerse un bloqueo idéntico utilizando cualquiera de esos abordajes. Sin embargo, para lograr esto puede requerirse una dosis excesiva de fármaco. Inyectando volúmenes pequeños cada uno de los tres abordajes permite obtener una distribución anestésica algo diferente. En consecuencia, la elección depende del paciente individual y del tipo de cirugía que se llevará a cabo.

Como pueden ser necesarias dosis grandes de anestésico local, a menudo mayores que la máxima recomendada, es aconsejable usar fármacos de baja toxicidad como la prilocaína o la mepivacaína.

BLOQUEO DEL PLEXO BRAQUIAL POR VÍA INTERESCALÉNICA

Anatomía

En el cuello el plexo braquial corre entre los músculos escalenos anterior y medio. Puede abordarse la vaina perivascular que contiene al plexo a nivel de la 6ª vértebra cervical, es decir a la altura del cartílago cricoides. Ese punto se encuentra a cierta distancia de la arteria subclavia así como de la cúpula pleural (figs. 91-1a y 1b).

Posición del paciente

Decúbito dorsal con la extremidad superior al lado del cuerpo. Cabeza rotada ligeramente en dirección contraria al lado a bloquear.

Reparos anatómicos

1. El surco entre los músculos escalenos anterior y medio. Habitualmente es fácil de palparlo detrás del músculo esternocleidomastoideo que, a su vez, se identifica haciendo que el paciente levante la cabeza. El músculo situado inmediatamente por detrás del esternocleidomastoideo es el escaleno anterior y rodando los dedos hacia atrás se percibirá el surco antes de llegar al músculo escaleno medio.
2. Cartílago cricoides. Esta estructura da el nivel en el que debe insertarse la aguja en el surco interescalénico (fig. 91-2).

Figs. 91-1 a y b. 1. Primera costilla. 2. Clavícula. 3. Vena subclavia. 4. Arteria subclavia. 5. Músculo escaleno anterior. 6. Músculo escaleno medio. 7. Apófisis transversa de C6.

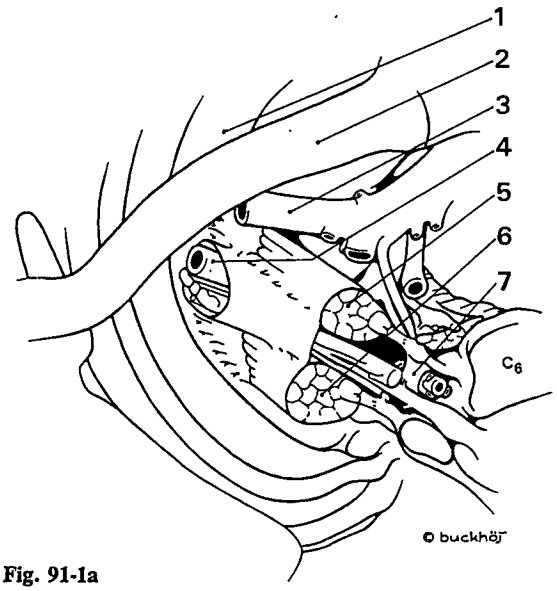


Fig. 91-1a

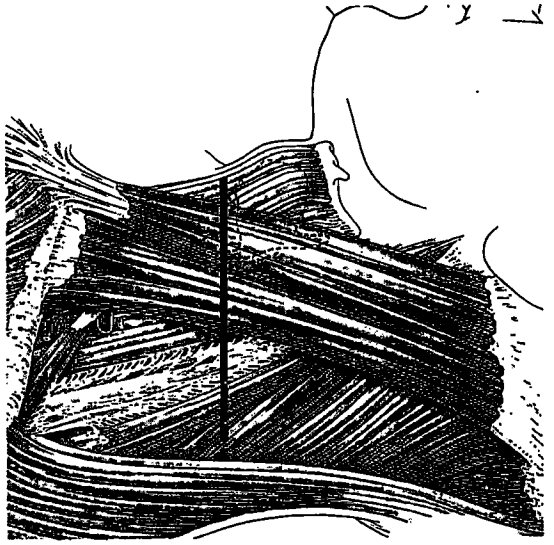
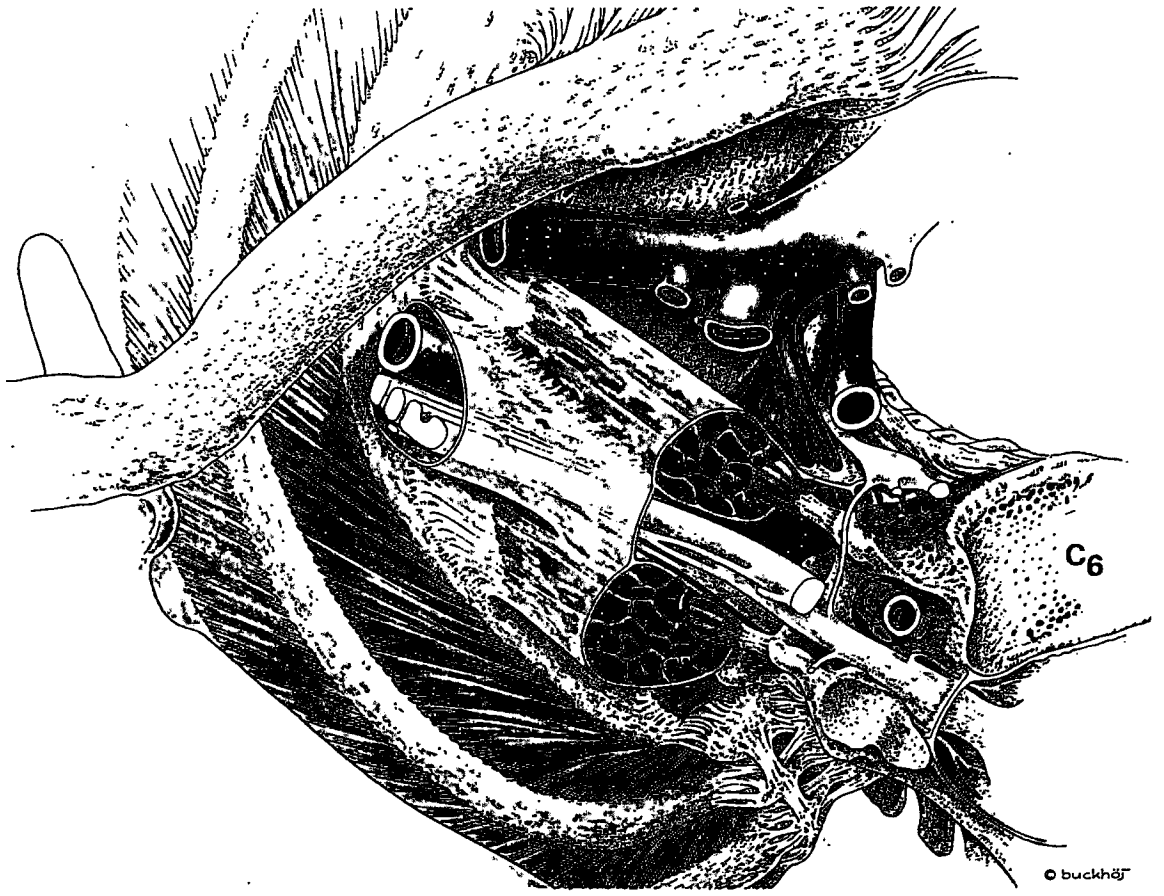


Fig. 91-2

Fig. 91-1b



Inserción de la aguja

Puede usarse una aguja corta (3-4 cm) que se inserta perpendicularmente a la piel, es decir, en dirección medial pero un poco hacia abajo y atrás (fig. 93-1). Con los dedos índice y medio de la mano no dominante se palpa el surco interescalénico evitando el movimiento de la piel durante la inserción de la aguja, que debe efectuarse en un punto ligeramente más cerca del músculo escaleno medio que del anterior. Se avanza la aguja **lentamente** hasta provocar parestesias (figs. 93-2 y 93-3) o hasta contactar una apófisis transversa. La parestesia debe ser sentida **distalmente al hombro**, ya que las percibidas por arriba de la clavícula pueden deberse a contacto con el nervio supraclavicular, que se encuentra fuera de la vaina perivascular. Si se contacta hueso (apófisis transversa de la vértebra cervical) sin provocar parestesias, debe retirarse ligeramente la aguja y desplazarse "cabalgando" lateralmente a lo largo de la apófisis transversa hasta que aparezcan parestesias. Es importante que la aguja esté dirigida **hacia abajo** ya que de este modo se evita la entrada en el conducto vertebral con el consiguiente bloqueo inadvertido subdural o epidural.

Puede usarse un estimulador nervioso con una aguja convenientemente aislada (véase p. 28). La aparición de contracción muscular en el brazo o la mano (aunque **no** en la cintura escapular) indica estrecha proximidad con los nervios del plexo.

Inyección

Es aconsejable que un ayudante efectúe la inyección usando una cánula flexible de modo de no tener que mover la mano que sostiene la aguja ni la palpadora durante el procedimiento (véase "Aguja inmóvil", p. 29). Primero debe inyectarse una cantidad muy pequeña (0,5 ml) (después de aspirar para eliminar la posibilidad de inyección intravascular) para poder determinar la aparición de dolor, hecho que indicaría inyección intraneural directa. En ese caso debe retirarse la aguja aproximadamente 1 mm y repetirse el procedimiento. En el caso de no provocar dolor puede inyectarse la totalidad de la solución. Los primeros 10 ml pueden inyectarse rápidamente lo cual provoca un dolor sordo en el cuello confirmando la entrada del anestésico local dentro de la vaina perivascular. El resto de la solución puede darse más lentamente, durante el procedimiento debe aspirarse con la jeringa en varias oportunidades. No debe entrar fármaco en el tejido subcutáneo ya que esto indica inyección superficial. Inmediatamente después de la inyección debe masajearse el surco hacia arriba y hacia abajo.

La anestesia puede tardar en completarse de 30-40 min, pero al cabo de pocos minutos ya pueden aparecer signos de bloqueo en desarrollo. Lo primero en aparecer es hormigueo y una sensación de calor en la extremidad. Poco después aparece el bloqueo simpático que se expresa con una mano caliente y dilatación venosa. El primer signo de bloqueo motor se ve en el hombro.

Cualquier deficiencia en la anestesia puede solucionarse con bloqueos suplementarios a nivel de la muñeca o del codo.

Fármacos y dosis

Inyectar 30-40 ml de prilocaína al 1,5% o de bupivacaína al 0,375%, o equivalentes (véase p. 20). Para incrementar el efecto y prolongar la duración puede agregarse adrenalina 1:200.000. Las soluciones carbonatadas producen un bloqueo más profundo que las clorhidratadas.

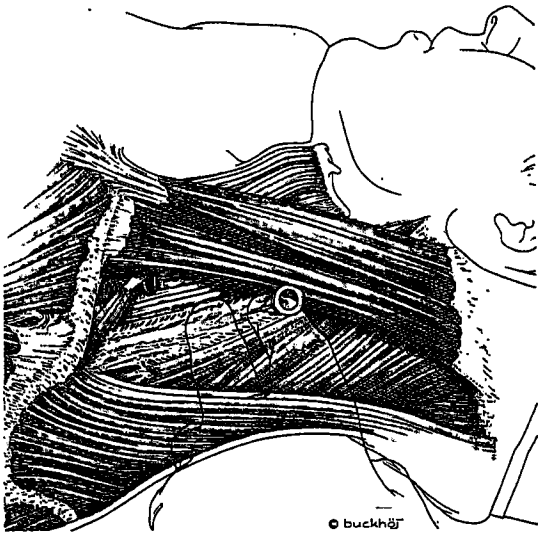
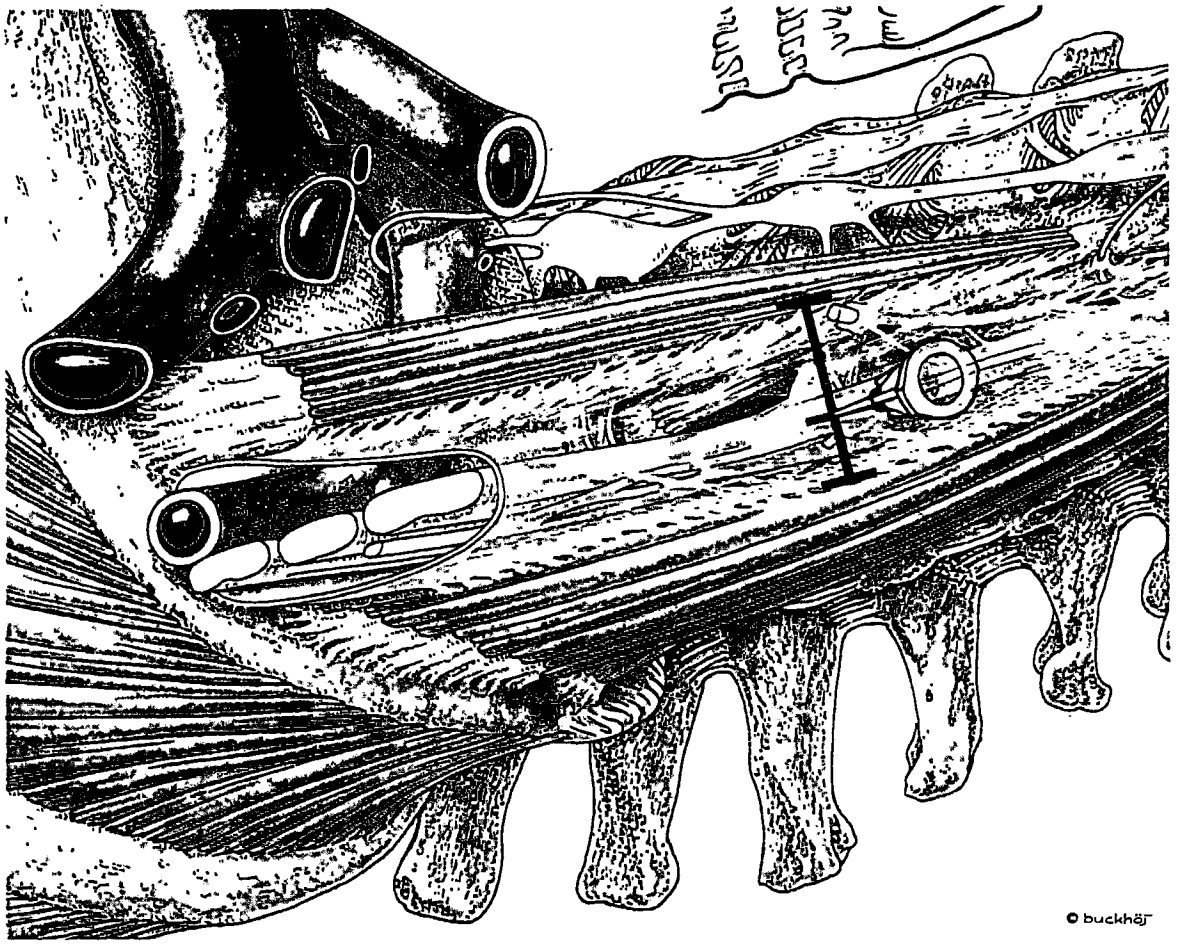


Fig. 93-1



Fig. 93-2

Fig. 93-3



Complicaciones

Bloqueo espinal o epidural

Esto puede ocurrir cuando se dirige la aguja en dirección cefálica en lugar de caudal y entra en el agujero intervertebral (fig. 95-1). Puede producirse también en pacientes con un manguito dural excepcionalmente largo que se extiende a cierta distancia del agujero intervertebral (fig. 95-2).

Se establece el diagnóstico de bloqueo epidural por el comienzo relativamente lento de anestesia bilateral a nivel del cuello y el tórax. Puede aparecer hipotensión que debe tratarse con un vasopresor y/o líquidos intravenosos; de lo contrario, no es necesaria ninguna terapéutica.

La anestesia espinal se presenta con rapidez y puede asociarse con apnea y pérdida de la conciencia. Debe asistirse o controlarse la ventilación y mantenerse la presión arterial hasta que desaparezca el bloqueo, que puede tardar 1-2 horas dependiendo de la dosis y del fármaco empleados (véase p. 191).

Intoxicación aguda generalizada (véase p. 22)

Como se emplean grandes volúmenes y dosis de anestésico local, la intoxicación puede constituir un problema. Debe tenerse la precaución de asegurar el empleo del volumen y concentración recomendados. En el caso de producirse un cuadro de intoxicación, es probable que aparezca 10-20 min después de completada la inyección. Es improbable la inyección intravenosa inadvertida, sobre todo si se hacen aspiraciones frecuentes con la jeringa. La inyección intraarterial inadvertida en la arteria vertebral, por ejemplo, provoca una reacción rápida y grave con convulsiones tras la inyección de pocos mililitros de la solución, ya que el fármaco va directamente y sin diluir hasta el cerebro. La punción de una arteria también se reconoce con facilidad mediante aspiración repetida.

Inyección intraneural

Cuando el diagnóstico de inyección intraneural se establece con la pequeña inyección inicial, por lo general no ocurre daño permanente. La inyección intraneural de volúmenes más grandes del fármaco puede causar una neuropatía de larga evolución.

Fig. 95-1. 1. Detenido por el hueso. 2. Punción del vaso vertebral. 3. Aguja en el conducto raquídeo.

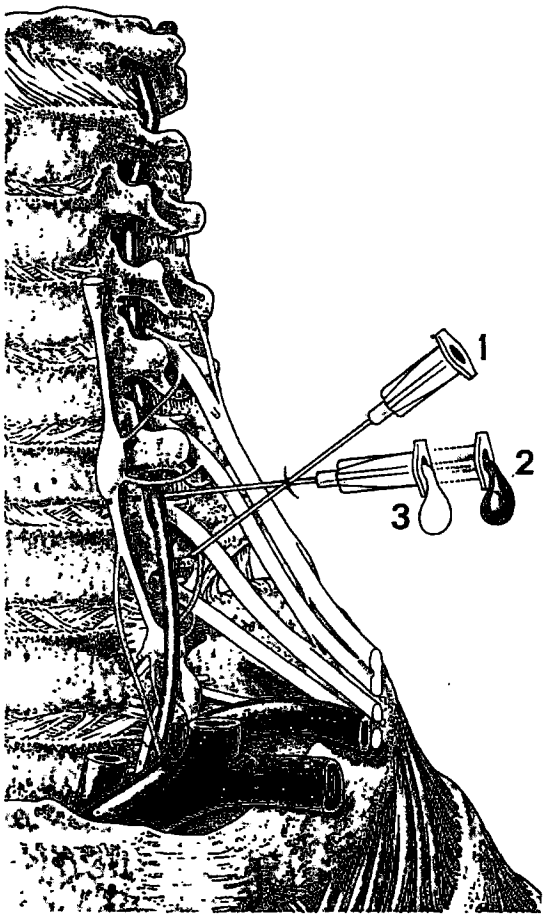


Fig. 95-1

© buckhöj

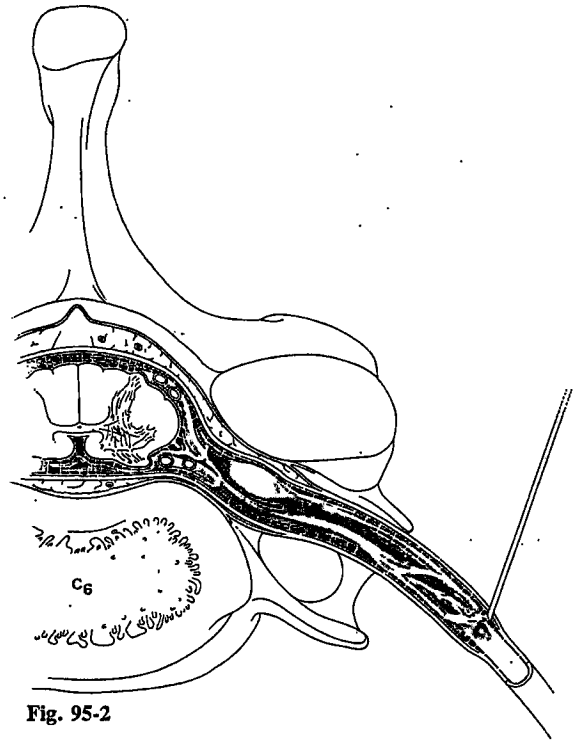


Fig. 95-2

Bupivacaína

Nombre Comercial Presentación Indicaciones Dosis Farmacocinética Efectos Secundarios Recomendaciones Contraindicaciones Farmacología

---

Nombre Comercial

Svedocaín

Bupivacaina Braun

Presentación

Ampollas de 10 ml al 0,25% (2,5 mg/ml)

Ampollas de 10 ml al 0,25% C/A (con adrenalina)

Ampollas de 10 ml al 0,5% (5 mg/ml)

Ampollas de 10 ml al 0,5% C/A (con adrenalina)

Ampollas de 10 ml al 0,75% (7,5 mg/ml)

Ampollas de 2 y 4 ml al 0,5% hiperbárica (5 mg/ml)

Indicaciones

Infiltración local y subcutánea

Bloqueo nervioso plexico y troncular

Anestesia peribulbar (cirugía oftálmica)

Anestesia epidural

Anestesia intradural

Dosis

Infiltración / bloqueo nervioso periférico:

< 150 mg. (concentración de 0,25%-0,5%).

Regional intravenosa (perivenosa):

la bupivacaína no se recomienda para este tipo de anestesia.

- extremidades superiores: 100-125 mg. (40-50 ml de solución al 0,25%)

- extremidades inferiores: 125-150 mg. (100-120 ml de solución al 0,125%)

Intraarticular:

< 100 mg. (20 – 40 ml de una solución al 0,25%)

Intrapleural:

- bolo: 100mg. (20 ml de solución al 0,25 – 0,5%) (0,4 ml/kg)

- infusión: 5 – 7 ml/h (0,125 ml/kg/h. De una solución al 0,125 – 0,25%)

Caudal:

- 37,5 – 150 mg. (15 – 30 ml de solución al 0,25 – 0,5%)

- niños: 0,4 – 0,7 – 1,0 ml/kg (nivel de anestesia L2 – T10 – T7)

Bloqueo del ganglio estrellado:

25 – 50 mg. (10 – 20 ml de solución al 0,25% con o sin adrenalina 1:200.000)

Intradural:

bolo / infusión: 7 – 15 mg. (solución al 0,5 – 0,75%) y niños 0,5 mg/kg, con un mínimo de 1 mg

Epidural:

- bolo: 50 – 150 mg. (solución al 0,25 – 0,75%) y en niños 1,5 – 2,5 mg/kg (solución al 0,25 –0,5%).

- infusión: 6 –12 ml/h. (solución al 0,0625 – 0,125% con o sin opiáceos epidurales) y en niños 0,2 – 0,35 ml/kg/h.

Bloqueo del plexo braquial:

- 75 – 250 (30 - 50 ml de solución al 0,25 – 0,5%)

- niños: 0,5 – 0,75 ml/kg

Farmacocinética

Inicio de acción:

- Infiltración 2 – 10 minutos

- Epidural 4 – 17 minutos

- Espinal < 1 minuto

- Bloqueo nervioso 10 – 20 minutos

Efecto máximo :

- Infiltración / Epidural 30 – 45 minutos

- Espinal 15 minutos

Duración:

- Infiltración /Epidural /Espinal: 200 – 400 minutos (prolongado con epinefrina)

- Intrapleural: 12 – 48 horas.

Absorción:

Depende de:

1. Lugar de administración: del grado de vascularización de la zona y de la presencia de tejidos a los que el anestésico local pueda fijarse. Los mayores niveles plasmático tras una única dosis se obtienen según este orden: interpleural > intercostal > caudal > paracervical > epidural > braquial > subcutánea > subaracnoidea.

2. Concentración y dosis.

3. Velocidad de inyección.

4. Presencia de vasoconstrictor (adrenalina 1:200.000): disminuye la velocidad de absorción, con lo que disminuye la toxicidad sistémica, prolonga la duración de acción, aumenta la intensidad del bloqueo, disminuye la hemorragia quirúrgica y contribuye a evaluar una dosis test.

Distribución:

Depende de:

1. La forma unida a las proteínas: albúmina (de baja especificidad y gran capacidad) y alfa1 glicoproteína ácida, de gran especificidad y poca capacidad, que aumenta en estados neoplásicos, dolor crónico, traumatismos,enfermedades inflamatorias, uremia, postoperatorio e IAM. (al unirse a proteínas, disminuye la fracción libre) y disminuye en neonatos, embarazo y cirugía (favorece la forma libre y, por tanto, la toxicidad).

2. La forma libre ionizada: no apta para atravesar membranas, aumenta por la acidosis y favorece la toxicidad.

3. La forma no ionizada: atraviesa las membranas; la alcalinización aumenta la velocidad del inicio y la potencia de la anestesia local o regional.

Metabolismo:

Por ser un anestésico local tipo amida su metabolismo es a nivel microsomal hepático. El uso concomitante de beta bloqueantes y cimetidina reduce el aclaramiento.

Excreción:

Por vía renal, en su gran mayoría en forma de metabolitos inactivos más hidrosolubles, aunque un pequeño porcentaje puede hacerlo en forma inalterada.

Efectos Secundarios

Reacciones adversas no alérgicas:

Reacciones tóxicas: se producen por una rápida absorción del fármaco, una administración intravascular inadvertida o la inyección de soluciones muy concentradas. Son directamente proporcionales a la concentración de anestésico local en la circulación, que depende de la dosis administrada, de la vía de administración, de las patologías asociadas (insuficiencia hepática, insuficiencia cardíaca, hipoxia, acidosis) y de ciertos fármacos que pueden alterar la cinética de los anestésicos locales (la cimetidina puede potenciar la hipotensión).

- *Efectos sobre el S.N.C.:* estimulación de la corteza y centros cerebrales y, a concentraciones plasmáticas superiores (>1,5 microgramos/ml), depresión del bulbo y protuberancia. Clínicamente se manifiesta como agitación, habla inconexa, verborrea, locuacidad, intranquilidad, euforia, náuseas, vómitos, desorientación, parestesias (peribucales y linguales), sabor metálico, tinnitus, temblores, convulsiones, coma y parada respiratoria.

- *Efectos sobre el sistema cardiovascular:* se ven sólo después de alcanzar altas concentraciones plasmáticas y de producirse efectos sobre el S.N.C. Aparición de bradicardia, hipotensión, bloqueo AV y parada cardíaca, como consecuencia de la depresión miocárdica y la vasodilatación periférica. La cardiotoxicidad es mayor que la producida por otras amidas.

- *Vasoconstricción uterina y disminución del flujo sanguíneo uterino:* se produce con altos niveles plasmáticos de bupivacaína, los cuales se pueden alcanzar en bloqueos paracervicales, pero no con bloqueos epidurales o espinales.

Reacciones no relacionadas con el fármaco:

- *Reacciones psicomotoras y vasovagales:* son las más frecuentes. Suelen ser producidas por el estrés y el dolor, como consecuencia del pinchazo, así como por la hiperextensión de la cabeza en caso de hipersensibilidad del seno carotídeo. Clínica: hiperventilación, que se puede acompañar de parestesias, mareo o, incluso, cuadros vagales, con bradicardia o hipotensión grave o urticaria.

- *Reacciones por estimulación simpática:* por el paso del agente vasoconstrictor asociado al anestésico local a la circulación sanguínea o, más raramente, por una estimulación simpática endógena. Clínica: ansiedad, sudoración, temblor, palidez, taquicardia, hipertensión, opresión torácica y cefalea en pacientes ansiosos, pero sin convulsiones.

- *Reacciones tóxicas locales:* los vasoconstrictores asociados pueden provocar un aumento del consumo de oxígeno tisular, que junto a la vasoconstricción puede dar lugar a daño local en los tejidos (edema, necrosis, infección). Se aconseja precaución con la adrenalina en pacientes con coronariopatía grave, arritmias, HTA no controlada, hipertiroidismo e insuficiencia uteroplacentaria.

Reacciones adversas alérgicas:

Reacciones alérgicas a anestésicos locales: las reacciones anafilácticas son poco frecuentes en los aestésicos locales del grupo amida.

Reacciones alérgicas a conservantes y antioxidantes: se han descrito reacciones alérgicas a los parabenos (metil, etil y propilparabenos) y metabisulfitos utilizados para la conservación de los anestésicos locales o como conservantes antioxidantes de los vasoconstrictores asociados a los anestésicos locales. Clínica: erupciones cutáneas pruriginosas, eritema, edema facial, broncoespasmo, shock anafiláctico.

Recomendaciones

Máximas dosis recomendadas: concentraciones del 0,25 – 0,75%

- Bupivacaína sin adrenalina: 175 mg totales y 2 mg/kg

- Bupivacaína con adrenalina: 225 mg totales y 2,5 – 3 mg/kg

Administración cuidadosa y lenta.

Observación y contacto verbal con el paciente durante la administración e instauración del bloqueo.

Bloqueo paracervical obstétrico: no se recomienda la bupivacaína, ya que puede provocar bradicardia o muerte fetal.

No se recomienda su uso para anestesia regional iv: se pueden producir altas concentraciones plasmáticas después de la liberación del torniquete y, como consecuencia, parada cardíaca refractaria y muerte. En este tipo de anestesia el manguito se debe desinflar después de 40 minutos y no antes de 20 minutos. Entre 20 y 40 minutos el manguito se puede desinflar, inflar inmediatamente y, finalmente, desinflarlo después de 1 minuto, para reducir la absorción rápida de anestesia hacia el sistema circulatorio.

Mantener acceso iv durante la anestesia locoregional.

Usar con precaución en pacientes con hipovolemia, fallo cardíaco congestivo severo, shock y todas las formas de bloqueo cardíaco.

El riesgo de toxicidad sistémica se puede disminuir añadiendo adrenalina al anestésico local y evitando la inyección iv.

No debe utilizarse adrenalina en los bloqueos nerviosos periféricos de áreas con un flujo sanguíneo colateral deficiente (dedos de manos y pies, pene, nariz, orejas) o en técnicas regionales endovenosas.

La adición de bicarbonato sódico aumenta el ph e incrementa la concentración de base libre no ionizada, lo cual incrementará la velocidad de difusión y, por tanto, el inicio de acción y la potencia del anestésico local (0,1 ml de una solución de bicarbonato sódico al 8,4% con 20 ml de bupivacaína al 0,25%). Riesgo de precipitación si el ph de la solución es >7.

Ante colapso cardiopulmonar causado por niveles plasmáticos tóxicos (por ejemplo por inyección intravascular accidental)se debe mantener la circulación:

- administrar oxígeno al 100% y asegurar la vía aérea

- cardioversión / desfibrilación de las arritmias ventriculares

- fluidos intravenosos: 10 – 20 ml de RL o SF

- si bradicardia: atropina

- vasopresores: efedrina

- bicarbonato sódico iv: 1 – 2 mEq / kg

- bretilio 5 mg / kg

Profilaxis y/o tratamiento de los efectos sobre el SNC:

- solicitar al paciente que hiperventile para aumentar el umbral convulsivo.

- administrar un anticonvulsivante como diacepam (0,1 mg/kg iv), midazolam (0,02 - 0,04 mg/kg iv) o tiopental (0,5 – 2 mg/kg iv)

Puede ocurrir un síndrome de cauda equina con déficit neurológico permanente cuando los pacientes reciben > 15 mg de bupivacaína al 0,75% con una técnica espinal contínua.

Contraindicaciones

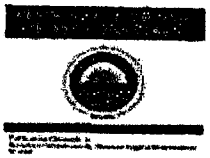
Está contraindicada en pacientes con hipersensibilidad a anestésicos locales tipo amida.

Están ontraindicadas concentraciones > 0,5% para analgesia o anestesia epidural obstétrica (se asocian con reacciones tóxicas y fallo cardíaco refractario).

Farmacología

- Anestésico local amino amida que actúa estabilizando las membranas neuronales por inhibición de los flujos iónicos necesarios para el inicio y conducción de impulsos eléctricos. El comienzo de la anestesia se relaciona con el diámetro, mielinización y velocidad de conducción de las fibras nerviosas afectadas; el orden de pérdida de función es: autonómicas, dolor, temperatura, tacto, propiocepción y tono muscular esquelético.

El inicio de acción es bastante rápido y la duración es significativamente mayor que con cualquier otro anestésico local.



Revista Colombiana de Anestesiología
ISSN: 0120-3347
publicaciones@scare.org.co
Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación
Colombia

Pinzón Rodríguez, Oscar
Anestesia regional para cirugía de miembro superior
Revista Colombiana de Anestesiología, vol. XXVII, núm. 3, 2000
Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación
Bogotá, Colombia

Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=195118014011

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org
Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Anestesia regional para cirugía de miembro superior

Oscar Pinzón Rodríguez*

La técnica anestésica más estudiada que produce excelente analgesia y anestesia en cirugías de la extremidad superior, es el bloqueo del plejo braquial. La incidencia de éxito con esta técnica es mayor del 90%[1].

Cualquier procedimiento quirúrgico de la extremidad superior se puede realizar con este tipo de bloqueo neural, evitando los trastornos fisiológicos y la respuesta del estrés quirúrgico asociados con la inducción de anestesia general[2].

Si comparamos esta técnica con respecto a la anestesia general encontramos varias ventajas como son[2,3,5,9,16]

- Menor tiempo intraoperatorio no quirúrgico.
- Rápida recuperación
- Baja incidencia de hospitalización.
- Menores pérdidas sanguíneas intraoperatorias
- Evitamos la instrumentación de la vía aérea.
- Menor incidencia de nauseas, vómito e íleo.
- Buena estabilidad hemodinámica.
- Mejor perfusión por bloqueo simpático
- Menor incidencia de tromboembolismo
- Excelente analgesia en el postoperatorio
- Equipo sencillo para su aplicación.
- No contaminación del área quirúrgica.
- Permite mantener comunicación con el paciente lo cual es importante en aquellos con patologías asociadas como diabetes, falla cardiaca, patología cerebrovascular, etc.; algunos pacientes prefieren estar despiertos durante cirugía.

Esta técnica de bloqueo puede ser desventajosa en procedimientos quirúrgicos cortos, excepto, si el paciente prefiere este tipo de anestesia, o que en el postoperatorio se continúe en un programa de rehabilitación física, o que presente patologías asociadas en las que implique un mayor riesgo la anestesia general. Otra desventaja es que si no se produce un adecuado bloqueo se debe recurrir a anestesia general para continuar el procedimiento quirúrgico[5].

ANATOMIA[3,5,8]

Una de las condiciones para obtener excelentes resultados con técnicas de anestesia regional en cirugía de miembro superior es tener un conocimiento neuroanatómico adecuado del plejo braquial, lo cual nos va a servir, dependiendo del tipo de cirugía, para determinar cuál es la técnica de bloqueo más aceptada, el anestésico ideal, su volumen y concentración, además de valorar la efectividad del bloqueo y determinar si se necesita algún tipo de refuerzo distal[3].

El plejo está formado por la unión de las ramas anteriores de los nervios cervicales C5, C6, C7, C8 y el primero toráxico. En algunas ocasiones la rama anterior de C4 (60%) y de T2 (33%) contribuyen a formar el plejo. Las raíces corren por la apófisis transversas de las vértebras cervicales y se dirigen hacia la primera costilla donde se fusionan en tres troncos de la siguiente manera:

Tronco superior: C5-C6
Tronco Medio: C7

Tronco inferior: C8-TI

Al pasar por encima de la primera costilla y por debajo de la clavícula cada tronco se divide en dos ramas, una anterior y otra posterior, constituyendo los cordones o fascículos externo, interno y posterior, nombre que reciben de acuerdo a su relación con la arteria braquial.

Fascículo externo: Rama anterior del tronco superior y medio
Fascículo interno: Rama anterior del tronco inferior
Fascículo posterior-. Ramas posteriores de los tres troncos.

Cada fascículo da ramas o forma un nervio terminal en la extremidad superior de la siguiente forma:

Del fascículo externo sale una rama que es el nervio músculo-cutáneo y termina formando la rama externa del nervio mediano. Del fascículo interno nace la rama interna del nervio mediano y termina constituyendo el nervio cubital, por lo cual este nervio se forma de las raíces de C8 y TI. El fascículo posterior da como rama lateral el nervio circunflejo y termina formando el nervio radial.

El nervio músculo-cutáneo se desplaza por dentro del músculo coracobraquial y termina inervando sensitivamente la región superoexterna del antebrazo. El nervio circunflejo sale de la vaina aponeurótica en la axila e inerva sensitivamente la piel del hombro y la región supero externa del brazo. El nervio braquial cutáneo interno es una rama del fascículo interno e inerva sensitivamente la cara interna del antebrazo hasta la muñeca y parte de la región inferointerna del brazo en conjunto con el accesorio del braquial cutáneo interno.

El nervio intercosto-braquial es una rama de T2, e inerva sensitivamente la cara interna y superior del brazo, por lo cual esta área en la mayoría de los casos no está cubierta cuando se bloquea el plejo braquial, pero solo sensitivamente porque los músculos y huesos están inervados por ramas del plejo braquial.

El plejo braquial se encuentra envuelto por una aponeurosis que va desde los agujeros intervertebrales hasta el brazo. Esta vaina está formada por la aponeurosis anterior del escaleno medio y la aponeurosis posterior del escaleno anterior. Este concepto es importante por que con una única inyección de anestésico local dentro de la vaina es suficiente para producir una adecuada anestesia. Teórica y técnicamente se puede analogar este concepto con la técnica peridural ya que podemos entrar a cualquier nivel de la vaina y la magnitud de la anestesia dependerá del volumen inyectado y del nivel de punción3,8.

Este es un compartimento perivascular y perineural ya que en su interior a nivel de la primera costilla se encuentra la arteria subclavia, que sirve como punto de referencia para la técnica supraclavicular perivascular. A nivel de la axila la arteria axilar se halla localizada en medio de los tres fascículos, por lo cual el pulso axilar nos servirá de referencia para el bloqueo a este nivel. En su trabajo el Dr. Winnie inyectó medio de contraste a nivel escalénico dentro de la vaina del plejo y encontró que al administrar altos volúmenes se producía difusión por toda la vaina y cubría todos los componentes del plejo braquial18. Sin embargo el trabajo de Vester - Anderson demostró que con altos volúmenes inyectados a nivel escalénico quedaba un 30% de casos sin bloquear el nervio cubital.

Por encima de la clavícula bloqueamos principalmente los troncos y sus ramas y a nivel axilar se bloquean los fascículos y sus ramas terminales.

INDICACIONES

1. Anestesia: Cualquier procedimiento quirúrgico de la extremidad superior desde el hombro y la clavícula hasta los dedos, se puede realizar con bloqueo del plejo braquial.

2. Analgesia: En pacientes con síndromes dolorosos crónicos como distrofia simpática refleja, o para manejo del dolor agudo postoperatorio.
3. Rehabilitación: Colocando catéteres podemos lograr analgesia continua y permitir movimientos pasivos continuos dentro del plan de terapia rehabilitadora en cirugías de hombro y codo.
4. Bloqueo simpático: Permite aumentar el flujo sanguíneo en pacientes con insuficiencia vascular (Sd de Raynaud), o para facilitar la realización de arteriografías.
5. Endarterectomía carotídea: Con un adecuado volumen se puede producir anestesia de las raíces de C3-C4 y permitir la realización de este procedimiento quirúrgico.

CONTRAINDICACIONES[3,5,8]

Numerosos estudios han confirmado la seguridad de las técnicas de anestesia regional y en particular las del plejo braquial. Contraindicaciones absolutas son:

- Paciente que no acepte esta técnica
- Coagulopatía no controlada
- Infección en el sitio de la colocación

Y algunas contraindicaciones relativas, las cuales deben ser valorada en el preoperatorio como:

- Enfermedad neurológica rápidamente progresiva
- Inestabilidad emocional o Psiquiátrica
- Terapia anticoagulante.

TECNICAS ANESTESICAS DE BLOQUEO DEL PLEJO BRAQUIAL

Desde comienzos de este siglo se han descrito numerosas técnicas de bloqueo del plejo, teniendo todas como objetivo localizar una aguja dentro de la vaina del plejo[3]. Podemos clasificar estas técnicas dependiendo del sitio anatómico de colocación de la aguja en: interescalénicas, supraclavicular, perivascular, subclavia, infraclavicular y axilar.

El concepto actual de varios autores es que todas las cirugías de la extremidad superior pueden ser realizadas por bloqueo a nivel axilar o escalénico o una combinación de los dos, empleando adecuados volúmenes de anestésicos locales[3].

TÉCNICA INTERESCALÉNICA

Descrita inicialmente por Mulley en 1919. Tiene una incidencia de éxito mayor del 95%. Consiste en localizar la vaina del plejo braquial a nivel de los músculos interescalénicos. Se puede realizar de tres formas: con una aguja buscando parestesias, con estimulador de nervio periférico o localizando la vaina sin parestesias[8].

En la técnica con parestesias lo importante es lograr que éstas se produzcan en los músculos o zonas inervadas por los nervios del sitio de la intervención quirúrgica. En ocasiones se presentan parestesias en la región anterior del tórax o en la escápula que son secundarias a estímulos de nervio supraescapular o toráxicos y que no pertenecen al plejo braquial[3].

En la técnica con estimulador se coloca una aguja a nivel de C6 en el surco escalénico, introduciéndola perpendicularmente a la piel en dirección caudal y dorsal. Una vez se encuentre la parestesia se disminuye de 3 mA a 0.5mA la intensidad del estímulo, buscando que persista la respuesta obtenida inicialmente. Se emplean agujas especiales con aislamiento en toda la aguja excepto en la punta.

En la técnica sin parestesias se coloca al paciente en decúbito supino, brazos pegados

al cuerpo, con la cabeza girada hacia el lado contrario, se localiza el surco escalénico y a nivel de C6 se introduce una aguja o catéter con un ángulo de 30-45° siguiendo la misma dirección del surco. Una vez se siente que se atraviesa la vaina, se desliza la aguja horizontalizándola con respecto a la piel y se coloca el anestésico; posterior a su aplicación se realiza presión en el cuello en dirección caudal para facilitar la difusión del anestésico hacia las raíces bajas y dorsales. Se puede comprobar la localización dentro de la vaina empleando técnicas similares a las de la técnica peridural como son pérdida de resistencia, no deformidad de burbuja, dolor al inicio de la colocación por aumento de la presión en el espacio perivascular, etc[5,8].

Esta última es la técnica que nosotros empleamos porque nos permite localizar el plejo con menos iatrogenia que las otras. Además produce excelente anestesia para cirugía de hombro, debido a que produce bloqueo de los nervios supraescapular (C5-C6), supraespinoso (C5) y del infraespinoso (C5-C6) los cuales inervan la región superior y posterior del omoplato..

En cirugías de hombro tiene ventajas adicionales respecto a la técnica de anestesia general como:

- Posición del paciente: actualmente hay tendencia a operar estos pacientes en posición sentada; resultando más cómodo colocar anestesia regional y sentar al paciente, lo cual permite que se acomode él solo, disminuimos los efectos hemodinámicos que se presentan con los cambios de posición y con la anestesia general, es más fácil el manejo de la vía aérea, etc.
- El paciente permanece alerta, con rápida recuperación y permite darle salida con bloqueo persistente, logrando adecuada analgesia postoperatoria en este tipo de cirugías que son considerablemente dolorosas y facilita el inicio precoz de rehabilitación física para evitar limitaciones de movimiento[20].
- Mínimos efectos cardiovasculares y respiratorios por lo cual es ideal en pacientes geriátricos con patologías asociadas, los cuales son la mayoría de los que presentan patología de hombro.

El Dr. D'Alesio realizó un estudio prospectivo comparándolo con anestesia general y encontró un menor tiempo intraoperatorio no quirúrgico utilizado, menor incidencia de hospitalización y una recuperación más rápida[10]. El Dr. Urbana aplicó esta técnica en 266 pacientes empleando técnica con parestesias encontrando una rata de éxito mayor del 97%, con una mínima incidencia de complicaciones, las cuales fueron inflamación y dolor en el sitio de aplicación de un 8% y parestesias persistentes en un 11%[6].

Con un adecuado volumen y concentración del anestésico inyectado en este compartimento se pueden anestesiar todos los nervios del plejo; sin embargo por el sitio de colocación, las raíces de C8 y Tl pueden quedar con incompleta anestesia debido a que están localizadas muy caudalmente al sitio de colocación de la aguja y porque la arteria subclavia puede bloquear la difusión del anestésico local hacia el tronco inferior. Si se va a trabajar en zonas inervadas por el nervio cubital se sugiere realizar bloqueo de este nervio a nivel de codo o muñeca[1,3,5,8].

En síntesis, la técnica escalénica es fácil de usar y con poco riesgo. Es ideal para cirugía de hombro, brazo y tercio superior de antebrazo. Produce excelente analgesia postoperatoria facilitando el manejo ambulatorio de los pacientes y el inicio temprano de rehabilitación[12,17].

TÉCNICA AXILAR

Descrita inicialmente por Hirschel en 1911. Se localiza la vaina aponeurótica del plejo a nivel de la axila, mediante la palpación del pulso axilar; para esto se debe colocar el paciente en decúbito supino con el brazo a 90° y el antebrazo en flexión de 90° en rotación externa, siendo ésta la posición en la cual se palpa más fácilmente la arteria[5,8].

Una vez palpamos la arteria lo más próximal posible a la axila introducimos una aguja dirigiéndola hacia el vértice en la misma dirección del paquete vásculo nervioso. Podemos emplear alguna de las siguientes técnicas para determinar la posición final de la aguja:

Introducir la aguja y una vez que se sienta que se atraviesa la vaina aponeurótica se desliza dentro de ella, comprobando su posición porque se visualiza que pulsa la aguja.

Se buscan parestesias.

Se punciona la arteria, se traspasa y se aplica el volumen anestésico; hay técnicas alternativas colocando una parte del anestésico previo a la arteria y la otra parte traspasándola.

Una vez colocado el anestésico se debe realizar presión digital en el sitio de aplicación y colocar el brazo nuevamente en aducción para facilitar la difusión próximal del anestésico. Con esta técnica se deben bloquear adicionalmente los nervios intercostobraquial y el accesorio del braquial cutáneo interno, lo cual se realiza en el mismo sitio de punción arterial inyectando de 3-5 mi de anestésico local de afuera hacia adentro por debajo del pectoral mayor[5,17].

Es ideal para cirugías de antebrazo y mano donde tiene mayor incidencia de éxito, la cual es mayor del 90%[6].

El Dr. Urban realizó un estudio prospectivo, encontrando una rata de éxito de 93% empleando preferiblemente la técnica transarterial[6]. Se considera la existencia de tabiques o septum que separa los nervios a nivel axilar, lo que influye en su rata de éxito[6].

El Dr. Cooper realizó un estudio prospectivo en 1179 pacientes que recibieron bloqueo a nivel axilar en cirugía ambulatoria y encontró que el 93% de los pacientes deseaba que se les colocara nuevamente bloqueo axilar si tenían necesidad de ser intervenidos quirúrgicamente en otra oportunidad[7].

TÉCNICA COMBINADA

Utilizamos esta técnica en pacientes en los que se va a practicar cirugía por fractura de antebrazo o mano y que por dolor no pueden colocar el brazo en la posición ideal para bloqueo axilar; por lo cual inicialmente se coloca bloqueo escalénico administrando una dosis analgésica y luego el bloqueo axilar para obtener mejor bloqueo de las ramas que inervan el antebrazo y la mano. También se utiliza en cirugías prolongadas de antebrazo y mano para que toleren torniquete y se pueda dejar más fácilmente un catéter para aplicación de dosis de refuerzo; en estos casos se aplica inicialmente dosis anestésica por bloqueo axilar y posteriormente se practica bloqueo escalénico dejando el catéter.

ANESTESICOS EMPLEADOS

El anestésico ideal debe ser de rápido inicio de acción, buena potencia que permita un *bloqueo nervioso completo, de baja toxicidad y adecuada duración de acción. Dentro de* los que tenemos disponibles encontramos la lidocaína al 1% y 2%, la Mepivacaína al 1% Bupivacaína al 0.5%, levobupivacaína al 0.5% o 0.75%; las dosis empleadas son:

- Mepivacaína de 7-9 Mg/Kg con epinefrina
- Lidocaína 1.5% 5-8 Mg/Kg
- Bupivacaína 0.5% 2-4Mg/Kg.
- Levo-Bupivacaína 0.5%-0.75% 4 mgs/Kg.

Con Mepivacaína al 1% 40 c.c. se produce anestesia con una duración de 160 minutos y analgesia mayor de 180 minutos. A concentraciones mayores de1.5% se produce mayor duración y efectividad de la anestesia[14].

Se emplean de 30-50 c.c. solos o realizando una mezcla de dos anestésicos de diferente

duración de acción.

La Bupivacaina la utilizamos para procedimientos prolongados o para obtener analgesia en el postoperatorio. La adición de bicarbonato para alcalinizar el anestésico disminuye el tiempo de inicio y mejora la calidad de bloqueo[3].

Algunos adicionan Sufentanyl a dosis de 0.2 Ug/Kg incrementándose en dos veces el tiempo de analgesia postoperatoria[13]. También se ha utilizado Clonidina a dosis de 0.5 Ug/Kg mezclada con anestésicos locales, logrando prolongar la duración de la analgesia y anestesia[15]; sin embargo si se emplea solo no tiene efectos analgésicos.

Algunos han asociado Tramadol 100 mg a los anestésicos locales prolongando la duración de acción del bloqueo sin efectos colaterales, lo que supone para los autores un efecto analgésico especifico del Tramadol en los nervios periféricos[19].

La elección de agente anestésico depende de la duración del procedimiento quirúrgico, del grado de bloqueo motor requerido y de la necesidad de brindar adecuada analgesia en el postoperatorio. Se puede disminuir la concentración comercial del anestésico logrando menor bloqueo motor lo cual es preferible en procedimientos que no incluyan tejidos óseos ni articulaciones. Con Lidocaína y Mepivacaína al disminuirse la concentración disminuye el grado de bloqueo[14]. Con Bupivacaína se logra excelente analgesia con mínimo bloqueo motor, siendo este anestésico ideal para procedimientos prolongados ya que nos brinda de 8-12 Hs de anestesia quirúrgica. Con Lidocaina y Mepivacaina se producen 2-3 hs de anestesia quirúrgica, la cual es mayor si se adiciona epinerina.

Para analgesia postoperatoria se sugiere Bupivacaina al 0.125-0.25% que produce adecuado control del dolor con mínimo bloqueo motor, permitiendo además la realización de terapia física activa.

BLOQUEOS PERIFERICOS

- Bloqueo Regional Intravenoso: Es una técnica simple, segura y efectiva cuando la duración del procedimiento no exceda el tiempo permitido para el uso del torniquete. El mecanismo de acción es múltiple y complementario, inicialmente se produce bloqueo de los pequeños nervios periféricos y terminaciones nerviosas y posteriormente bloqueo de un tronco nervioso proximal. Es ideal para cirugía de mano con un máximo de duración de una hora. El inicio de la anestesia es rápido, de 5-10 minutos y finaliza al soltar el torniquete con rápida recuperación motora y sensitiva, sin embargo tiene el inconveniente de no producir adecuada analgesia en el postoperatorio[1].

El manejo de esta técnica incluye[5]:

- Calculo cuidadoso de la dosis máxima de anestésico local
- Mantener inflado el torniquete proximal por lo menos 20 minutos
- Lenta inyección del anestésico local
- Rápida y repetida inflación y defiación del torniquete al final del procedimiento.

Uno de los inconvenientes con esta técnica es el dolor por torniquete. Se utiliza como anestésico de elección Lidocaina al 0.5-1 % en dosis de 2-3 mg/Kg; algunos utilizan Bupivacaina a dosis de 0.5-0.6 mg/Kg en concentración de 0.125% pero por su toxicidad no se recomienda.

PEDIATRIA

El primer bloqueo en pediatría fue realizado en 1920 por el Dr. Farr. Se necesita sedación adicional para la colocación del bloqueo en algunos de estos pacientes debido a que los niños no cooperan como los adultos, tienen miedo natural a las agujas etc. Las técnicas de elección son escalénica y axilar, con las cuales encontramos ventajas adicionales en pediatría como[5,9]:

- Menor tejido graso subcutáneo
- Palpación más fácil del surco escalénico o del pulso axilar -
- Nervios más pequeños y delgados que permiten mejor difusión de anestésico local.
- El surco escalénico es más fácil de palpar por que los músculos escálenos no están completamente desarrollados, constituyéndose un verdadero espacio.

Una adecuada preparación preoperatoria y la elección apropiada del sedante transoperatorio son factores críticos en la satisfacción y aceptación del procedimiento por parte del paciente. El colocar la anestesia en presencia delos padres disminuye la ansiedad. Podemos emplear Midazolam oral en dosis de 0.3-0.5 mg/Kg vía oral 30 minutos previos a la cirugía con lo cual disminuimos la ansiedad y se produce sedación superficial permitiendo la canalización de una vena y la colocación del bloqueo.

También en niños más pequeños se puede utilizar Sevorane inhalado llevando al paciente a un plano anestésico adecuado para establecer un acceso endovenoso y colocar bloqueo. En niños que cooperan empleamos anestecin aplicándolo 45-60 minutos previos a la colocación del bloqueo; inclusive es útil para la canalización de una vena.

Las indicaciones en pediatría son para cualquier cirugía de miembro superior como reparación de laceraciones, reducción abierta o cerrada de fracturas, cirugías electivas principalmente en corrección de malformaciones congénitas[9, 11].

Las dosis empleadas se calculan con base en el volumen a 0.6 ml/Kg de peso y teniendo en cuenta las dosis máximas de los anestésicos locales que son:.Lidocaina con epinefrina de 7-10 mg/Kg y Bupivacaina con epinefrina de 4mg/Kg, además de la dosis máxima de epinefrina que es de 2.5 ugs/Kg[11].

COMPLICACIONES

Estas son inherentes a cualquier técnica de anestesia regional y dependiendo de la técnica de bloqueo unas son más frecuentes que otras[1]. Además según el sitio de aplicación del bloqueo se explican las principales complicaciones y su incidencia[3] por ejemplo, en los bloqueos escalénicos debido al sitio de aplicación y a los volúmenes inyectados se presenta bloqueo frecuente de otras estructuras como el nervio frenico, el ganglio estrellado, el recurrente laringeo etc.

- Inyección intravascular: Es más frecuente con las técnicas perivasculares y principalmente con la axilar. El mejor tratamiento es la prevención por lo cual se debe aspirar en forma repetida durante la aplicación del anestésico local[6].
- Neuropraxia: Es más frecuente en las técnicas con parestesias, sin embargo hay que descartar otras causas no anestésicas como la mala posición del brazo intraoperatoriamente, trauma quirúrgico, presión del torniquete, enfermedades neurológicas preexistentes, mala colocación del cabestrillo, mala posición de la cabeza o cuello principalmente en paciente con artritis etc. El tratamiento es con fisioterapia y generalmente recuperan a las 4 semanas[1,3,6].
- Síndrome de Horner: Se presenta por bloqueo simpático ipsilateral durante las técnicas escalénicas. No produce efectos secundarios[1],
- Paresia del recurrente laringeo: Se presenta en las técnicas interescalénicas, manifestándose por disfonía y disfagia. Es 1 00% reversible y solo se dan indicaciones al paciente de evitar consumir alimentos o bebidas mientras persista la sintomatología[1].
- Paresia del Diafragma: se produce por paresia ipsilateral del nervio frénico(C4), ya que las raíces de C3-C5 están envueltas por la misma fascia del plejo y por difusión del anestésico se produce parálisis del frénico. Se presenta en la mayoría de los pacientes y puede producir disminución de la función pulmonar hasta un 25 %, por lo cual no se recomienda esta técnica en pacientes que no toleren este efecto secundario. Esto es reversible en el 100% de los casos[1,6]. El Dr. Urban no contraindica esta técnica en pacientes con EPOC ni en ancianos.

- Hematomas, edema y dolor en el sitio de la aplicación.
- Bloqueo epidural o subaracnoideo: Se produce por inyección accidental dentro de estos espacios por colocación muy perpendicular de la aguja facilitando su penetración dentro de los agujeros intervertebrales.

CRITERIOS DE SALIDA

El paciente se debe encontrar alerta y orientado, mantener signos vitales estables y no presentar dolor[4]. Al paciente se le da salida con persistencia del bloqueo motor y sensitivo, dándole instrucciones precisas de prevenir injurias en la extremidad por golpes o mala colocación del cabestrillo, ya que tiene disminución en la sensibilidad. Además se les informa sobre la duración de la analgesia y la necesidad de tomar analgésicos previos a la resolución total del bloqueo[2,4].

La anestesia regional, en especial el bloqueo del plejo braquial está indicado en todos los procedimientos quirúrgicos que se realicen en la extremidad superior.

La eficacia del bloqueo, un menor tiempo anestésico intraoperatorio y de recuperación y el éxito total dependen de:

- Conocimiento adecuado de la anatomía
- Sala de inducción de anestesia
- Técnica adecuada
- Elección apropiada de los anestésicos locales
- Experiencia del anestesiólogo

Si tenemos en cuenta estos factores, vamos a obtener excelente resultados con el bloqueo del plejo braquial y un alto grado de satisfacción para el paciente y su familia.

BIBLIOGRAFIA

1. Fitzgibbon, D. Current status of regional Anesthesia for adult outpatients. Anesthesiology clinics of North América. N.4 1996. P 711-728
2. Smith, 1. Outpaint Anesthesia Readings in Anesthesia. Vol. 2 1996 p 35-55
3. Urmey W.F. Regional Blocks for Upper extremity Sugery. Memorias 3 rd Panamerican simposium on regional Anesthesia and pain 1997. P56-60.
4. White, p. What is new in ambulatory Anesthesia tecniques. Annual Refresher course lectures. 1996.p 321.
5. Wedei,D. Practical aspects of braquial plexus Block. Memorias 3d panamerican Simposium on Regional Anesthesia and pain. 1997.P. 35-39.
6. *Urban, M, Urghart R. Evaluation of braquial plexus anesthesia for upper extremity surgery. Regional* anesthesia 20(3) 175-182.1994.
7. Cooper, K etal. Perceptions of side effects following axillary block used for outpatient surgery. Regional Anesthesia 20(3) 212-216.1995.

S. Winnie, A.Anesthesia de plexos. Editorial Salvat. 1986.9. Broadman, L. Pediatric extremity blocks. 1997.P 49.

10. D'Aiessio. Evaluation of braquial plexus versus general anesthesia.Regional Anesthesia 20, p62-68. 1995
11. *Yuan Chi Lin, Krane E Regional anesthesia and pain management in ambulatory pediatric patients.* Anesthesiology Clinies of North América. Vol.14 1996. P 803-816.
12. Monzo, B etal. Continuos paraescalene block for shoulder surgery. Revista española anestesiologia y reanimación. 45(9) 377-383. 1998
13. Bazin Je, Massoni C,etal. Brachial plexus block: Effect of the addition of sufentanil to local anesthetic mixture on postoperative analgesia duration. Ann Fr Anesth reanim. 16(1) 9-13. 1997
14. Choqet 0. 1 % Mepivacaina and axillary block: Duration of sensory and motor blockade. Ann Fr. Anesth Reanim. 17(9) 1104-1108. 1998
15. Singelyn FJ. Etal. A minimun dose of clonidine added to mepivacaine prolong the duration of anesthesia and analgesia after axillary brachialplexus block. Anesthesia and Analgesis. 83(5) 1046-1050 -
16. Liguori G. Etal. The use of metroprolol an Glycopyrrolete to prevent y potensive bradicardic event during shoulder arthroscopy in the sitting under interescalene block. Anesthesia an Analgesia 87 p. 1320-1325. 1998
17. Seoth B. Techniques of regional anesthesia. Medigiobe S.A. 1995 p. 90-94,100-104, 107, 106.

18. Winnie, A. Interescalene Brachial Plexus Block. Anesthesia and Analgesia. Vol. 49 (3) p 455-466 1970
19. Kapral, S; Goliman, G etal. Tramadol added to Mepivacaina prolong theduration of an axillary brachial plexus blockade. Anesthesia and Analgesia. 88 (4) p. 853-856. 1 999
20. Monzo, E; Baeza, C. Et al. Bloqueo paraescalénico continuo en cirugía de hombro. Revista Española de Anestesiología y Reanimación. Vol. 45. P377-383. 1998

medigraphic Artemisa en línea

Revista Mexicana de Anestesiología

ANESTESIA EN TRAUMATOLOGÍA
Y ORTOPEDIA
Vol. 30. Supl. 1, Abril-Junio 2007
pp S301-S305

Complicaciones en la anestesia de plexo braquial

Dra. María Concepción Serratos-Vázquez,* Dr. Alfredo Fernando Ortega-Torres**

* Médico Anestesiólogo, Hospital de Traumatología Magdalena de las Salinas, IMSS.
** Jefe de Servicio de Anestesiología, Hospital de Traumatología Magdalena de las Salinas, IMSS.

El bloqueo de plexo braquial es uno de los métodos anestésicos más utilizados para la cirugía de miembro torácico proporciona anestesia quirúrgica, analgesia postoperatoria, analgesia durante la rehabilitación, analgesia en el tratamiento del dolor crónico y mejora el flujo sanguíneo de la extremidad superior, es una técnica útil, segura y económica, su uso se ha incrementado en las últimas décadas. Sin embargo, aún un elevado número de anestesiólogos prefieren la anestesia general, debido a su pobre experiencia y confianza en las técnicas de bloqueo regional, los resultados de la encuesta nacional sobre el grado de formación durante la residencia en anestesiología y reanimación presenta datos que nos deben hacer reflexionar, un 11% de los residentes afirman no haber realizado ningún bloqueo del plexo braquial por vía axilar, cifra que se eleva al 19% en la vía interescalénica.

Aceptando el concepto clásico de anestesia de plexo como la desconexión de grupos completos de nervios de una vez y con una sola inyección, se establecen tres niveles de abordaje del plexo braquial:

1) Por encima de la clavícula, vía supraclavicular
2) Por debajo de la clavícula, vía infraclavicular
3) En la axila, vía axilar

Accedemos así a los troncos nerviosos, a los cordones o a las divisiones y a las ramas terminales del plexo respectivamente, envueltos por la vaina aponeurótica que los rodea.

El anestesiólogo debe estar familiarizado con las ventajas y desventajas de los distintos abordajes, así como con sus indicaciones y contraindicaciones.

Los bloqueos nerviosos periféricos presentan escasas complicaciones, pero el verdadero peligro no es que se produzcan complicaciones, sino la falta de un diagnóstico y tratamiento rápido y adecuado, aplicando una selección cuidadosa de las técnicas de bloqueo a realizar, tendremos un elevado índice de éxitos y escasas complicaciones. El éxito se inicia con una selección correcta del anestésico local y con mayor frecuencia con el uso de concentraciones y volúmenes adecuados. Para el abordaje por encima de la clavícula se han descrito múltiples técnicas, la primera conocida fue la supraclavicular clásica de Kulenkampff y Quenu a la que siguieron la perivascular subclavia de Winnie y Colins; la interescalénica de Winnie; la paraescalénica de Vongvises y Panijayanond; la de «referencias de superficie» de Dupré y Danel; la «plomada pendiente» de Brown; la supraclavicular lateral paravascular de Moorthy; la vía posterior de Pippa; la supraclavicular perivascular modificada de Ortells-Polo y la interesternocleidomastoidea de Pham-Dang entre otras. Muchas variantes con mínimas diferencias entre sí, en algunos casos, denotan que ninguna es la idónea ni está exenta de potenciales riesgos. Efectivamente, con casi todas hay publicadas complicaciones mayores como neumotórax, lesión radicular, lesión medular, punción vascular (vertebral, subclavia, yugular), inyección subaracnoidea o epidural, insuficiencia respiratoria aguda, colapso cardiovascular, bloqueo bilateral, broncoespasmo, inconsciencia, apnea, etc. y otras incidencias tales como síndrome de Bernard-Horner, parálisis de los nervios frénico y laríngeo recurrente.

La vía infraclavicular fue utilizada por primera vez por Hirschel en 1911 a través del acceso axilar; posteriormente Bazy en 1914 bloqueó el plexo a través del abordaje infraclavicular propiamente dicho dirigiendo la aguja en sentido proximal. Para conseguir una menor incidencia de neumotórax depositaba el anestésico local encima de la primera costilla. De hecho, estas primeras descripciones buscaban el mismo punto de bloqueo que Kulenkampff, el curso del plexo braquial sobre la primera costilla. Después de un periodo de poco uso de esta técnica, en las últimas décadas se reactivó el interés por esta vía de abordaje. En 1973 Raj describe la vía infraclavicular moderna y en 1981 Whiffler y Monteanu describen una vía perpendicular a la piel. Las ventajas de esta vía son: la comodidad de la posición del

paciente y la eficacia alcanzada (95%) ausencia de bloqueo simpático cervical (Horner) y del nervio laríngeo recurrente, ausencia de bloqueo del nervio frénico y mínima incidencia de neumotórax.

La vía axilar descrita en 1911 por Hirschel, posteriormente en 1917 Capelle describe una técnica que debe considerarse la precursora de la técnica perivascular axilar, este autor indicó certeramente que todos los nervios procedentes del plexo braquial salvo el circunflejo y el musculocutáneo rodean la arteria a este nivel. En 1921 Reding describe una técnica prácticamente idéntica a las técnicas perivasculares de hoy en día. Labat en 1922 y Pitkin en 1927 y la de Acárido y Adriani en 1949 la técnica de búsqueda de parestesias que son simples modificaciones de la técnica de Reding. En 1959 Hudson y Jacques describe su técnica utilizando dos agujas una por encima y otra por debajo de la arteria axilar, la técnica de Winnie en 1973. El bloqueo axilar constituye la forma de anestesia del plexo braquial más utilizada en la actualidad, presenta una tasa de complicaciones muy baja; el principal riesgo deriva de la utilización de altas dosis de anestésicos locales y la absorción vascular.

La mayoría de las complicaciones de los bloqueos nerviosos generalmente son debidas a errores técnicos, bien por la utilización de material inadecuado o insuficiente y por la poca habilidad o experiencia del anestesiólogo.

Las complicaciones del bloqueo de plexo braquial las podemos dividir en:

COMPLICACIONES PULMONARES

1) Neumotórax la complicación más temida, la incidencia es más alta cuando se utiliza el abordaje supraclavicular clásico y el riesgo es mayor del lado derecho, y en pacientes con enfisema, la incidencia de neumotórax secundario a las técnicas tradicionales varía entre un 0.6 y 6% aunque De Jong la estimó en un 25% estudiando las radiografías practicadas posterior al bloqueo, lo que indica que las cifras publicadas quizás reflejen sólo los casos sintomáticos. El neumotórax es consecuencia de un desgarro de la pleura visceral y del parénquima pulmonar provocado por la aguja mal dirigida, ocasionando esto una pequeña fístula broncopleural que permite la fuga de aire desde el pulmón al espacio pleural. Los síntomas subjetivos son tos, dolor torácico a la inspiración profunda, ansiedad y disnea, junto con enfisema subcutáneo o sin él, que aparezcan inmediatamente o después de efectuar un bloqueo supraclavicular deben despertar sospechas. La ausencia de timpanismo a la percusión y de abolición de los ruidos respiratorios no descartan la posibilidad de que se esté desarrollando un neumotórax, ya que éste suele desarrollarse lentamente. La necesidad de tratar un neumotórax depende del grado de colapso pulmonar y por lo tanto el tratamiento no debe instaurarse hasta haber establecido el diagnóstico radiográfico del trastorno, salvo en el caso de que se desarrolle un neumotórax a tensión que representa una urgencia muy grave que no esperará al diagnóstico radiográfico, deberá realizarse una punción con una aguja de gran calibre, un catéter o un tubo de drenaje en forma providencial. Por lo general si la magnitud del colapso es menor del 25% la reexpansión se realizará en forma espontánea, si este colapso corresponde al 25 a 50% del pulmón es posible que la reexpansión no se produzca en forma espontánea pero hay que seguir el proceso radiológicamente. El colapso mayor del 50% requiere casi invariablemente tratamiento de drenaje.
2) Bloqueo del nervio frénico que ocasiona parálisis diafragmática, se presenta casi en el 100% de los bloqueos interescalénicos y en el 67% de los bloqueos supraclaviculares según Knoblanche. En el paciente sano con poco o ningún trastorno respiratorio el bloqueo del nervio frénico suele carecer de consecuencias y es asintomático a no ser que se haya producido el bloqueo bilateral, con la consiguiente parálisis de los dos hemidiafragmas. Urney y col. han demostrado que la parálisis unilateral del diafragma disminuye la capacidad vital forzada y la FEV_1 en un 26 y 27%. Por ello es recomendable que no se efectúen bloqueos interescalénicos en pacientes con una función ventilatoria reducida por causas clínicas o quirúrgicas. Esta complicación no se presenta en los abordajes infraclaviculares y axilares.
3) Bloqueo del nervio laríngeo recurrente con parálisis de una cuerda vocal y ronquera más frecuente con las técnicas perivasculares y casi exclusivamente en bloqueos interescalénicos aunque dependiendo de la dosis también se ha encontrado en bloqueos supraclaviculares del lado derecho ya que de ese lado el nervio hace una asa alrededor de la arteria subclavia y se expone a ser alcanzado por la solución anestésica local inyectada en la región.

COMPLICACIONES CARDIOVASCULARES

1) Hematomas: La inyección de fármacos en la arteria carótida interna o en las arterias vertebrales llega directamente al cerebro. Por ello, muy pequeñas dosis de anestésico local pueden ocasionar toxicidad del sistema nervioso central. Las restantes inyecciones arteriales drenarán en la circulación venosa y se comportarán de manera similar a inyecciones intravenosas. De ahí la necesidad de aspirar ampliamente y en repetidas ocasiones, así como de inyectar lentamente el anestésico local en estas zonas de cabeza y cuello. Las consecuencias de un hematoma a raíz de una anestesia locorregional van a depender fundamentalmente de la localización de dicho hematoma.

La toxicidad sistémica por inyección intravascular de un anestésico local tiene generalmente sus primeras manifestaciones a nivel del sistema nervioso central.

COMPLICACIONES NEUROLÓGICAS

1) Bloqueo simpático con el consiguiente síndrome de Horner enoftalmos, miosis y ptosis palpebral ya que la vascularización de la conjuntiva, la esclerótica y el iris que regula el tamaño de la pupila y el músculo de Müllers, músculo orbicular que controla el nivel de parpado superior están bajo el control simpático, mediado por receptores alfa adrenérgicos, según Vester Andersen tiene una incidencia del 75% en bloqueos interescalénicos este efecto indeseable es casi imposible con las técnicas infraclaviculares y el abordaje axilar. Suele considerarse un efecto secundario más que una complicación.
2) Bloqueo subaracnoideo existen tres mecanismos por los que se puede llegar al espacio subaracnoideo.

   a) Por que la aguja se introduzca por un agujero intervertebral y se inyecte el anestésico directamente en el espacio subaracnoideo esto es por dirigir en forma incorrecta la aguja.
   b) Cuando un manguito dural acompaña al nervio cierto trecho hacia abajo y atraviesa el agujero intervertebral, de modo que se pueda efectuar una inyección intratecal directa aunque la aguja esté correctamente situada.
   c) Cuando los anestésicos locales inyectados intraneuralmente pueden abrirse paso hasta el espacio subaracnoideo. Habrá un desarrollo rápido de apnea, hipotensión, bradicardia y pérdida de la conciencia tras la ejecución de un bloqueo de plexo braquial, una vez establecido el diagnóstico de bloqueo espinal total el tratamiento es sencillo asistencia respiratoria y circulatoria, esta complicación debería solucionarse sin secuelas, pero si no se diagnostica rápidamente y no se instaura el tratamiento inmediato, puede resultar fatal en poco tiempo.

3) Bloqueo epidural, se da cuando la aguja mal colocada penetra en un espacio intervertebral, pero no atraviesa la duramadre, esta complicación se presentó muy frecuentemente con la técnica paravertebral de Kappis y por esto se abandonó la práctica de la misma, se caracteriza por el inicio gradual de una anestesia bilateral, la extensión del bloqueo y en consecuencia la gravedad de las secuelas dependerán de la cantidad del anestésico inyectado que alcance el espacio epidural, si se inyectan los 30-40 ml. A nivel del espacio peridural se provocará hipoventilación, bradicardia e hipotensión, aunque su inicio será más gradual que en el bloqueo espinal y el paciente conservará la conciencia si no se permite que sobrevenga el colapso circulatorio. Debe instaurarse la asistencia ventilatoria y circulatoria al primer signo de bloqueo epidural, aunque tal vez no se precise más que administrar oxígeno y atropina, es considerada una complicación del bloqueo interescalénico.
4) Cuadros vasovagales es probablemente la causa más frecuente de síncope asociada con el empleo de anestesia regional. Estas reacciones suelen ser producidas por el estrés y el dolor como consecuencia de la punción, el paciente comienza a hiperventilar y se puede acompañar de parestesias y mareos e incluso bradicardia e hipotensión grave y urticaria, la hiperextensión de la cabeza en caso de hipersensibilidad del seno carotídeo, los cambios de posición pueden activar del reflejo de Bezold-Jarisch cuyo mecanismo consiste en bajar la precarga por disminución del retorno venoso (al adoptar la posición sentada) con un estado de alta contractilidad inducida por los niveles de epinefrina, administrada como coadyuvante del anestésico local y también puede presentarse estos cuadros vasovagales.
5) Lesión nerviosa cuando aparece posterior a una intervención realizada bajo anestesia de plexo braquial, puesta de manifiesto por déficit persistente sensitivo, motor o mixto. La clínica más habitual son las manifestaciones sensitivas (parestesias, hiperestesias, hipoestesias, etc.), dolor en el área inervada con intensidad que puede oscilar desde leve a severo y manifestaciones motoras, siendo la más habitual la disminución de la fuerza, que puede ser leve hasta la parálisis es muy difícil juzgar cual es su etiología pues pueden intervenir en ella multitud de factores. Entre los preoperatorios figuran lesiones o enfermedades neurológicas previas, ya sean latentes o manifiestas entre ellas se encuentra la diabetes, alcoholismo y déficit vitamínico o nutricional mientras que entre las intraoperatorias cabe citar trastornos neurológicos, la lesión nerviosa por la intervención y el traumatismo que representa la lesión debida al torniquete empleado con fines hemostáticos y la lesión química producida por el propio anestésico local, la causa postoperatoria más importante es el traumatismo que puede sufrir la extremidad anestesiada paralizada e insensible al dolor durante el período de recuperación. La etiología de las complicaciones nerviosas se debe fundamentalmente a tres factores (trauma, toxicidad e isquemia) y las lesiones nerviosas postanestésicas son como consecuencia de una combinación de estos factores. El trauma del nervio puede estar provocado por la punta de la aguja, por una inyección intraneural o por compresión o estiramiento del nervio. Las complicaciones tóxicas están causadas por el anestésico local o por los aditivos y la isquemia, cuando

es lo suficientemente prolongada, es en sí neurotóxica, y también puede reforzar la toxicidad de los anestésicos locales.

Las lesiones nerviosas periféricas se clasifican en tres grupos de acuerdo a la severidad del daño sufrido.

a) Neuropatía: Lesión nerviosa en la cual las manifestaciones se producen en ausencia de degeneración neuronal periférica. El pronóstico de la lesión es benigno y la recuperación es total y rápida.
b) Axonotmesis: Una lesión acompañada de degeneración neuronal sin la destrucción completa del epineuro y/o la estructura interna de los nervios. La recuperación por lo general es completa pero de evolución mucho más lenta que las lesiones del grupo anterior.
c) Neurotmesis: Una lesión de magnitud suficiente como para producir la disrupción y la separación de partes del nervio comprometido, aunque éstas pueden estar unidas por el epineuro. La cicatrización fibrosa de la zona dañada produce lesiones irreversibles, por lo cual la recuperación es pobre incompleta.

Existen una serie de complicaciones derivadas de los anestésicos locales y en la que pueden intervenir ciertos factores favorecedores de la toxicidad de los anestésicos locales entre los que se encuentran:

I. Potencia del anestésico local mientras más potente es un anestésico local más fácilmente podrá ocasionar una reacción tóxica.
II. La dosis total administrada y los niveles plasmáticos alcanzados. Existe estrecha correlación entre la concentración plasmática y la toxicidad sistémica, así como entre la concentración local de anestésico y la toxicidad a ese nivel (neurotoxicidad por ejemplo).
III. Farmacocinética. Los anestésicos locales de vida media más larga tienen mayor capacidad para producir reacciones de toxicidad. Los anestésicos locales de mayor vida media son los que presentan mayor unión a proteínas plasmáticas, los de lenta metabolización y los de menor poder vasodilatador. Los anestésicos locales menos vasodilatadores (ejemplo mepivacaína) tienen vida media mayor que los anestésicos locales más vasodilatadores (ejemplo lidocaína).
IV. La velocidad de administración.
V. Condiciones del paciente edades extremas, patología preexistente, medicación concomitante y embarazo pueden aumentar el grado de toxicidad de los anestésicos.

Éstos pueden condicionar:

1. Complicaciones locales como la neurotoxicidad y miotoxicidad.
2. Complicaciones sistémicas como son toxicidad al sistema nervioso central y toxicidad al sistema cardiovascular.
3. Otras como las alergias.

Los anestésicos locales muy pocas veces producen toxicidad a nivel local y sólo lo hacen cuando se utilizan concentraciones muy superiores a las habituales. Las fibras motoras tienen una mayor susceptibilidad a la neurotoxicidad así como las fibras mielinizadas, también cuando el epineuro es muy escaso y si existe patología subyacente.

En cuanto a la miotoxicidad son más susceptibles las fibras de musculoesquelético y se ha asociado más con la bupivacaína.

El sistema nervioso central es más susceptible que el sistema cardiovascular a la toxicidad sistémica de anestésicos locales, en general, cuando un anestésico local alcanza la circulación sistémica produce efectos adversos inicialmente a nivel del sistema nervioso central y, posteriormente a nivel cardiovascular. Aunque las manifestaciones tóxicas más frecuentes son las nerviosas, las manifestaciones tóxicas más peligrosas son las cardiovasculares.

Las manifestaciones clínicas de la toxicidad al sistema nervoso son consecuencia del bloqueo de la conducción nerviosa a niveles progresivamente superiores. En primer lugar, se bloquean vías inhibitorias de la corteza cerebral causando sintomatología por estimulación del mismo: inquietud, ansiedad, confusión, entumecimiento lingual y perioral, sabor metálico, trastornos visuales (fotopsias, diplopía, nistagmus), trastornos auditivos (tinnitus), temblores, fasciculaciones (músculos faciales y de extremidades), pudiendo producir incluso convulsiones tónico-clónicas generalizadas. Esta fase de excitación va seguida de una fase de depresión nerviosa generalizada, con disminución del nivel de conciencia, depresión respiratoria y, por último, paro respiratorio, a causa del bloqueo tanto de vías inhibitorias como facilitadoras. Si los niveles sanguíneos de anestésico local no alcanzan un determinado valor, sólo se observará la primera fase excitatoria; si, por el contrario, la sobredosificación es masiva, puede pasarse directamente a la segunda fase de depresión.

Existen otros condicionantes de la toxicidad a nivel del SNC así, se sabe que la hipercapnia y la acidosis aumentan la toxicidad nerviosa. La hipercapnia conduce a una vasodilatación cerebral, con lo que mayor proporción de fármaco alcanzará el sistema nervioso central. Por otra parte, la difusión del CO_2 al interior de las neuronas dará lugar a un atrapamiento iónico del fármaco, potenciando su actuación a este nivel. Además, la hipercapnia y la acidosis disminuyen la unión del anestésico local a las proteínas plasmáticas, con lo que aumenta la fracción libre activa del fármaco.

El tratamiento de la toxicidad sobre el sistema nervioso central consistirá inicialmente en la corrección de las posibles alteraciones de oxigenación y acidosis potenciadoras de la toxicidad. Ante el primer signo de toxicidad debe administrarse oxígeno. La aparición de convulsiones debe tratarse enérgicamente, puesto que conducen a un estado progresivo de hipoxia, acidosis e hipercapnia, y éstas a su vez favorecen las convulsiones cerrando un círculo vicioso. Si hay convulsiones debe preservarse la vía aérea, con maniobras de resucitación cardiopulmonar básica.

Toxicidad cardiovascular clínicamente se distinguen tres fases, una fase inicial de estimulación central simpática con taquicardia e hipertensión. A continuación, una fase intermedia con disminución del gasto cardíaco por depresión miocárdica, hipotensión moderada, bradicardia sinusal, bloqueo aurículo-ventricular (A-V) moderado y alteración de la conducción intraventricular. Finalmente, se produce hipotensión importante con gran vasodilatación y bloqueo A-V avanzado, trastornos severos de la conducción intraventricular, bradicardia, paro sinusal y muerte.

Los anestésicos locales producen cardiotoxicidad por dos mecanismos fundamentales:

a) Por un lado deprimen la conducción nerviosa a nivel cardíaco al bloquear los canales de sodio. En la clínica se observa la aparición de bloqueos A-V, trastornos de la conducción intraventricular con ensanchamiento del QRS, bi/trigeminismos y, a altas concentraciones de anestésico local, depresión del automatismo sinusal, con bradicardia e incluso paro sinusal. Factores favorecedores específicos de esta depresión en la conducción nerviosa son la hiperpotasemia y la combinación de acidosis e hipoxia.
b) Por otro lado los anestésicos locales producen efecto inotrópico negativo que es dependiente de la potencia y de la dosis, debido posiblemente a interacción con los canales de calcio.

Con respecto a la toxicidad vascular propiamente dicha, los anestésicos locales tienen un efecto bifásico sobre el músculo liso vascular a bajas concentraciones producen vasoconstricción, y a altas concentraciones ocasionan vasodilatación. La cocaína y la ropivacaína constituyen dos excepciones a este comportamiento, ya que siempre producen vasoconstricción. El mecanismo parece ser un antagonismo competitivo entre el anestésico local y los iones de calcio. No parece existir correlación entre la potencia anestésica y el grado de vasodilatación, pero sí con la duración del efecto vasoconstrictor y/o vasodilatador. La vasculatura pulmonar es especialmente sensible a los efectos vasoconstrictores de los anestésicos locales, produciéndose importante aumento de las resistencias vasculares pulmonares.

En cuanto al tratamiento de la cardiotoxicidad por anestésicos locales, en primer lugar deberá combatirse la toxicidad neurológica asociada, ya que las convulsiones favorecen la hipoxia y acidosis que a su vez potencian la cardiotoxicidad. Se administrará oxígeno y puede ser necesaria la adrenalina a altas dosis; la disminución de las arritmias ventriculares puede conseguirse con bretilio, requiriéndose incluso desfibrilación con voltajes superiores a los habituales. Se ha sugerido el tratamiento combinado de dobutamina y clonidina, que se justifica por la menor arritmogenicidad de la dobutamina con respecto a la adrenalina, y la reducción de arritmias ventriculares por parte de la clonidina debido a su efecto a nivel de receptores nicotínicos ganglionares parasimpáticos. A pesar del efecto cronotrópico que poseen la mayoría de fármacos inotrópicos, no deben dejar de utilizarse éstos por temor al incremento de la toxicidad dependiente de la frecuencia en los casos de colapso cardiocirculatorio profundo. Las maniobras de RCP pueden prolongarse durante una hora o más.

Las reacciones alérgicas en ocasiones la administración de anestésicos locales se acompaña de una semiología compatible con una reacción inmune IgE-mediada, apareciendo urticaria-angioedema, rinitis, broncoespasmo y shock anafiláctico. Sin embargo, la alergia a los AL actualmente es infrecuente, y constituye menos del 1% de todas las reacciones adversas a AL. Clásicamente los AL del grupo I éster (ésteres del ácido para-aminobenzoico: benzocaína, butacaína, procaína, tetracaína, etc.) fueron responsables de un gran número de reacciones anafilácticas. No obstante, en la actualidad se utilizan principalmente los anestésicos del grupo II amida (bupivacaína, lidocaína, mepivacaína, prilocaína, etc.) donde las reacciones anafilácticas son poco frecuentes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Winnie AP. Anestesia de plexos: Técnicas perivasculares de bloqueo del plexo braquial. Barcelona. Salvat S.A. 1986.
2. Ellis JS. Extremity blocks. Problems in anesthesia. 1994:8.
3. Hoerster W, et al. Regional Anesthesia. Ed. Mosby.
4. Hahn MB, et al. Regional anesthesia. an atlas of anatomy and techniques. Ed. Mosby.
5. Scott DB. Técnicas de anestesia regional. Ed. Panamericana.
6. Revista Mexicana de Anestesiología. Evaluación clínica de los neuroestimuladores en la práctica de la anestesia regional. 2005;28:S110-S112.
7. Revista Mexicana de Anestesiología. Complicaciones neurológicas perioperatorias. 2004;27:S128-S130.
8. Bollini W. Complicaciones neurológicas de la anestesia regional periférica y central editorial panamericana.
9. Revista Mexicana de Anestesiología. Anestesia de plexo braquial en pediatría. 2005;28:S113-S115.
10. Rdein J, Resano A. Sumario suplemento 2. Complicaciones de la anestesia locorregional.

Rev. Col. Anest. Febrero - abril 2011. Vol. 39 - No. 1: 40-54 (doi:10.5554/rca.v39i1.160)

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Toxicidad por anestésicos locales: revisión de la literatura

Toxicity Due to Local Anesthetic Agents: Literature Review

Rafael Enrico Valencia Gómez, Hans Fred Garcia Araque***

Recibido: febrero12 de 2010. Enviado para modificaciones: abril 27 de 2010. Aceptado: agosto 28 de 2010.

RESUMEN

Los anestésicos locales (AL) son medicamentos muy empleados en la práctica anestésica, con baja presentación de efectos adversos y, en el caso de toxicidad, una alta mortalidad. Actualmente las tasas de toxicidad sistémica han disminuido, del 0,2 % al 0,01 %, por el uso de medidas preventivas y desarrollo de medicamentos más seguros. Dado el riesgo de mortalidad latente, los estudios en humanos no son factibles, siendo la fuente de información disponible la extrapolación de estudios animales o reportes de caso.

Las manifestaciones de toxicidad severa por AL, se dan principalmente con la administración intravascular más que por la absorción tisular; siendo así la bupivacaína el AL con mayor riesgo. Clínicamente se observa alteración del estado de conciencia y convulsiones tónico-clónicas seguidas de compromiso cardiovascular, dado por bloqueos de la conducción y colapso cardiovascular de difícil manejo.

En cuanto al manejo, la prevención es la base de éste seguido de una técnica anestésica adecuada; rápido reconocimiento y diagnostico e inicio

SUMMARY

Local anesthetics (LA) are drugs widely used in the practice of anesthesia, with low incidence of adverse events; however, in case of toxicity, mortality is very high. Currently, the systemic toxicity rates have dropped from 0.2 % to 0.01 %, thanks to the use of preventive measures and to the development of safer drugs. In view of the high risk of latent mortality, studies in humans are not feasible and hence the available sources of information are extrapolated animal studies or case reports.

Severe LA toxicity manifestations occur mainly as a result of intravascular administration rather than due to tissue absorption; hence, bupivacaine is the LA that exhibits the highest risk. Clinically there are awareness disorders and tonic-clonic seizures followed by cardiovascular involvement resulting from conduction blocks and difficult to manage cardiovascular collapse.

With regards to management, prevention is the key, followed by an adequate anesthetic technique; rapid identification and diagnosis and

* Médico, Residente II Año de Anestesiología, Hospital Militar Central, Bogotá, Colombia, rafael_valencia@hotmail.com

** Médico y Anestesiólogo. Coordinador del Posgrado en Anestesiología, Universidad Militar Central. Comité de Reanimación Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación. Coordinador servicio anestesiología, docente pregrado y posgrado U. Militar Nueva Granada, Hospital Militar Central, Bogotá, Colombia, hafregar@gmail.com

temprano de medidas de rescate según el ACLS y más recientemente el uso concomitante de emulsiones lipídicas al 20 %, soportado en reportes de caso con resucitación exitosa.

Palabras claves: *Anestésicos Locales; Toxicidad; Cardiotoxinas; Síndromes de Neurotoxicidad; Emulsiones Grasas Intravenosas. (Fuente: DeCS, BIREME).*

INTRODUCCIÓN

Los anestésicos locales (AL) son medicamentos muy utilizados en la práctica anestésica, en especial en centros que manejan procedimientos bajo técnicas regionales; una herramienta en el tratamiento o prevención del dolor agudo o crónico y en el manejo de dolor con fines diagnósticos o para establecer pronóstico (1).

A pesar que la presentación de efectos adversos por AL no es frecuente; es de gran importancia su estudio, pues la severidad de la toxicidad debido al riesgo por su administración inadecuada (dosis altas, ubicaciones no apropiadas, entre otras) se asocia a una alta mortalidad (2).

De su modificación molecular se generan propiedades de unión a proteínas plasmáticas, solubilidad en lípidos (potencia), duración de acción, toxicidad e ionización (1). Igualmente, tienen la propiedad de tener isómeros con diferentes propiedades a su molécula racémica (potencia, afinidad por receptores, efectos tóxicos, entre otros) (3).

Incidencia

Los datos existentes hasta la fecha, se encuentran soportados en estudios con bajo grado de evidencia, dado que éticamente no es permitida la realización de trabajos con exposición a altos niveles de toxicidad en humanos, por obvias razones. Por ello, la mayoría de información proviene de extrapolar resultados de estudios en modelos animales (4,5). La incidencia descrita por Mulroy para procedimientos regionales es de 200/100.000 casos para bloqueo del plexo braquial y de 12/100.000 para anestesia epidural (4).

Las tasas de toxicidad sistémica por AL han disminuido significativamente en las últimas tres

early application of ACLS rescue measures. More recently, the concomitant use of 20 % lipid emulsions has been supported by successful resuscitation case reports.

Keywords: *Anesthetics, Local; Toxicity; Cardiotoxins; Neurotoxicity Syndromes. Fat Emulsions, Intravenous. (Source: MeSH, NLM).*

INTRODUCTION

Local anesthetics (LA) are drugs commonly used in anesthesia, particularly in hospitals doing procedures under regional techniques. They are a tool for the treatment or the prevention of acute or chronic pain and for pain management when making a diagnosis or establishing a prognosis (1).

Although the occurrence of adverse events due to LA is infrequent, their study is extremely important because the severity of the toxicity –resulting from the risk of inadequate administration, i.e. high doses, inappropriate site– is associated with a high mortality (2).

Molecular changes result in plasma protein binding properties, lipid solubility (potency), action time, toxicity and ionizatión (1). Moreover, different molecules may express isomers of varying properties of their racemic molecule (potency, receptor affinity, toxic effects, among others) (3).

Incidence

The available data to this date are supported by low-grade evidence studies since for ethical and obvious reasons, trials with exposure to high levels of toxicity are not allowed in humans. Thus, most of the information comes from extrapolating the results in animal models (4,5). The incidence described by Mulroy for regional procedures is of 200/100,000 cases for brachial plexus block and of 12/100,000 for epidural anesthesia (4).

The rates of systemic toxicity due to LA have dropped significantly in the last three decades, from 0.2 % to 0.01 %, due to the application of preventive measures such as aspiration prior to inoculation, the use of trial doses and the establishment of maximum

décadas, de un 0,2 % a un 0,01 %, debido a la aplicación de medidas preventivas, como la aspiración previa a la inoculación, el uso de las dosis de prueba y el establecimiento de dosis máximas, entre otras. Las mayores tasas de toxicidad han sido reportadas como secundarias al bloqueo de nervio periférico (7,5/10.000 casos). Con una tasa de mortalidad de 0,023 casos/100.000 (6). La incidencia de convulsiones asociadas con la anestesia regional fue de 1 a 4/1.000 casos con una mayor incidencia asociada con técnicas caudal > braquial (supraclavicular – interescalénico > axilar) > epidural; con respecto a los AL, la bupivacaína fue el AL con mayor incidencia de complicaciones (7-10). (Tabla 1).

Tabla 1. Tasa convulsiones

Procedimiento anestésico	No.	No. convulsiones	Tasa convulsiones /1.000 procedimientos
Caudal	1.295	9	6,9
Braquial*	7.532	15	2,0
Axilar	6.620	8	1,2
Interescalénico	659	5	7,6
Supraclavicular	253	2	7,9
Epidural	16.870	2	0,1

* Bloqueo braquial incluye bloqueos axilar, interescalénico y supraclavicular.

Fuente adaptada de Brown DL, *et al.*

En el estudio de Barrington y cols (11), se encontró una incidencia de toxicidad por AL de 0,98/1.000 bloqueos; siendo las complicaciones mayores convulsiones tónico-clónicas, perdida del estado de conciencia y taquicardia; y complicaciones menores de agitación y signos de compromiso de SNC leves. No se observaron eventos de colapso cardiovascular. Según el tipo de AL, se observo mayor incidencia con ropivacaína y en un caso asociado al uso de lidocaína.

FARMACODINAMIA Y FARMACOCINÉTICA

El bloqueo de los canales de sodio voltaje dependientes con mayor afinidad por los canales abiertos, es la forma como realiza su efecto axo-

doses, inter alia. The highest toxicity rates have been reported as secondary to the peripheral nerve block (7.5/10,000 cases). The mortality rate was 0.023 cases/100,000 (6). The incidence of regional anesthesia-related seizures was from 1 to 4/1,000 cases with a greater incidence associated with caudal > brachial techniques (supraclavicular – interscalene > axillary) > epidural; with regards to LA agents, bupivacaine was the LA with the highest incidence of complications (7-10). (Table 1).

Table 1. Rate of Seizures

Anesthetic Procedure	No.	No. seizures	Rate of seizures/1,000 procedures
Caudal	1,295	9	6.9
Brachial*	7,532	15	2.0
Axillary	6,620	8	1.2
Interscalene	659	5	7.6
Supraclavicular	253	2	7.9
Epidural	16,870	2	0.1

* The brachial block includes axillary, interscalene and supraclavicular blocks

Source: adapted form Brown DL, et al.

In the study by Barrington et al (11), the incidence of LA toxicity was 0.98/1,000 blocks and the main complications were tonic-clonic seizures, loss of awareness and tachycardia. Minor complications were agitation and signs of mild CNS involvement. There were no events from cardiovascular collapse. Depending on the type of LA, the incidence was higher with ropivacaine and there was one case associated to the use of lidocaine.

PHARMACODYNAMICS AND PHARMACOKINETICS

Voltage-dependent calcium channel blockers, with greater affinity for open channels, is the mode of action for axonal effect that produces

nal lo que genera bloqueo sensitivo y motor; se ha descrito actividad sobre otro tipo de canales iónicos (Ca++ y K+), evidenciado por su efecto en el ensanchamiento, retraso en la repolarización y modificación del potencial de membrana generando así un mayor efecto sobre el bloqueo de los canales de Na+ (12). La presencia de estos en los espacios central, cardíaco y periférico explican la sintomatología de la toxicidad por AL (12,13).

Diversos factores influyen en la farmacocinética de los AL, son reconocidas la potencia (lipofilicidad), dosis, velocidad de administración, vascularización del sitio de aplicación en la absorción sistémica de estos (intravenosa > traqueal > intercostal > paracervical > epidural > plexo braquial > ciático > subcutáneo), metabolismo, uso de sustancias que disminuyen la velocidad de absorción (epinefrina, bicarbonato, hialuronidasas, entre otras) (1,4). Igualmente, se ha descrito el pulmón como órgano protector del efecto tóxico de los AL, por la atenuación de las concentraciones sanguíneas (20 %), independiente de la dosis (6).

MÁXIMAS DOSIS RECOMENDADAS

La información existente sobre dosificación de los AL en su gran mayoría no está basada en evidencia; usualmente, se presenta en dosis máxima total con el fin de prevenir la administración excesiva y, por ende, la toxicidad (14). (Tabla 2).

a sensorial and motor block. Activity on other types of ion channels (Ca++ and K+) has been described, evidenced by a widening effect, delayed repolarization and changes in the membrane potential that causes a stronger impact on the Na+ channel block (12). The presence of these blockers in the central, cardiac and peripheral spaces explains the symptomatology of AL toxicity (12,13).

Various factors affect the pharmacokinetics of LA agents, including potency (lipophilicity), dose, rate of administration, vascularization of the site of administration for systemic absorption (intravenous > tracheal > intercostal > paracervical > epidural > brachial plexus > ciatic > subcutaneous), metabolism, use of substances that reduce the rate of absorption (epinephrine, bicarbonate, hyaluronidases, etc.) (1,4). The lung has also been described as a protective organ against the toxic effect of the LAs due to the attenuation of blood concentrations (20 %), regardless of the dose (6).

MAXIMUM RECOMMENDED DOSES

The existing information about LAs dosing is mostly not evidence-based; usually it is shown as the maximum total dose for preventing excessive administration and thus toxicity (14). (Table 2).

Tabla 2. Recomendaciones oficiales sobre dosis mayores de anestésicos locales, en Finlandia, Alemania, Japón, Suecia y Estados Unidos

Table 2. Official recommendations about maximum doses of local anesthetics in Finland, Germany, Japan, Sweden and the United States

Anestésico Local / Local Anesthetic	Finlandia / Finland	Alemania / Germany	Japón / Japan	Suecia / Sweden	Estados Unidos / United States
Bupivacaína con epinefrina	175 mg (200 mg*)	150 mg	100 mg	150 mg	175 mg
/ Bupivacaine with epinephrine	175 mg	150 mg	(Epidural)	150 mg	225 mg
Levobupivacaína con epinefrina / Levobupivacaine with epinephrine	150 mg	150 mg		150 mg	150 mg
Ropivacaína con epinefrina	225 mg (300 mg*)		200 mg	225 mg	225 mg (300 mg*)
/ Ropivacaine with epinephrine	225 mg		(Epidural)	225 mg	225 mg (300 mg*)
Lidocaína con epinefrina	200 mg	200 mg	200 mg	200 mg	300 mg
/ Lidocaine with epinephrine	500 mg	500 mg		500 mg	500 mg

* Para bloqueo braquial en adultos. / * For brachial block in adults.
Fuente adaptada de Rosenberg PH, *et al* (14). / Source: adapted from Rosenberg PH, et al (14).

La recomendación en este caso, es individualizar la dosificación de acuerdo con sus características (edad, comorbilidades), procedimiento por realizar, tipo de AL (farmacocinética, farmacodinamia), entre otros (14,15). En el caso de los AL amino-esteres, estos se metabolizan por esterasas plasmáticas, disminuyendo el riesgo de toxicidad aguda; pero por el contrario, sus metabólitos son responsables de reacciones anafilácticas (5).

Dentro de los usos clínicos de los AL, las técnicas tumescentes utilizadas en cirugía plástica en el contexto de la liposucción (16), se emplean dosis máximas aceptadas de lidocaína con epinefrina hasta de 35 mg/kg y reportadas hasta 55 mg/kg, sin alcanzar niveles séricos superiores a 5 µg/mL. En todo caso, es importante tener en cuenta la posibilidad de presentación de toxicidad por AL independiente de la dosis o relacionada con interacciones medicamentosas.

TOXICIDAD POR ANESTÉSICOS LOCALES

Descrita inicialmente en 1928 por Mayer, quien publico 40 casos de fatalidades secundarias al empleo de técnicas anestésicas locales (17); recientemente, el doctor Albright reportó el riesgo por los nuevos AL en 1979 (17). Posteriormente, se ha dado mayor importancia a la descripción fisiopatológica y terapéutica de la toxicidad aguda por los AL.

Las reacciones sistémicas por los AL son raras, se presentan con tendencia hacia la disminución de su incidencia por el efecto positivo de la instauración de procedimientos y la presencia de AL más seguros. A pesar de su baja incidencia, su desenlace puede ser fatal. Generalmente, cursan con manifestaciones leves en la mayoría de los casos, y suelen pasar inadvertidas generando un posible subregistro de dichos eventos (6).

Los efectos tóxicos agudos posterior a la administración intravascular de los AL tienden a ser más severos y de corta duración que aquellos secundarios a la absorción sistémica lenta por administración perineural; lo anterior, debido al sobrepaso de los sistemas de aclaramiento corporal (1). Suele presentarse como consecuencia de inyección inadvertida intravascular o intratecal, o secundario a altas dosis. Con presencia de compromiso, principalmente, de SNC inicial-

In this case, the recommendation is to individualize the dose according to the patient's characteristics (age, comorbidities), procedure to be performed, type of LA (pharmacokinetics, pharmacodynamics), etc. (14,15). In the case of amino esters LAs, these are matabolized by plasma estearases and reduce the risk of acute toxicity; however, the opposite is true with regards to their metabolites that are responsible for anaphylactic reactions (5).

Among the clinical uses of LAs, the tumescent techniques used in plastic surgery for liposuction (16) use maximum accepted doses of lidocaine with epinephrine - 35 mg/kg and up to 55 mg/kg have been reported – with serum levels not exceeding 5 µg/mL. In any case, it is important to keep in mind the potential occurrence of LA-related toxicity, regardless of the dose or resulting from drug interactions.

TOXICITY RESULTING FROM LOCAL ANESTHETICS

Originally described by Mayer in 1928, who published 40 cases of deaths following the administration of local anesthetic techniques (17); recently, Dr. Albright reported the risk of the new LAs in 1979 (17). Later, increasing importance has been given to the pathophysiological and therapeutic description of acute toxicity caused by LA agents.

LA systemic reactions are rare and their incidence tends to decrease due to the positive affect of established procedures and safer LAs. Despite its low incidence, the outcomes can be fatal. Systemic reactions usually present themselves with mild manifestations and are frequently unnoticed, leading to a probable under-registration of such events (6).

The acute toxic effects following the intravascular administration of LAs tend to be more severe and short lasting than those arising from the slow systemic absorption of perineural administration. This is due to the by-pass of the body's clearance systems (1). Usually these effects occur as a result of the inadvertent intravascular or intrathecal injection, secondary to high doses. There is mainly ini-

mente (mayor susceptibilidad) y posterior colapso CV (3,4). Puede clasificarse en tres categorías de acuerdo con el tipo de reacción (Tabla 3).

Tabla 3. Clasificación de las reacciones tóxicas por anestésicos locales

Tipo de reacción	Descripción
Localizada o sistémica	Reacciones alérgicas
Sistémica	Cardiovascular Sistema nervioso central Metahemoglobinemia
Localizada	Toxicidad tisular

Fuente adaptada de Heavner JE (1).

Los AL de larga duración, a pesar de la disponibilidad actual de isómeros desarrollados (levobupivacaína, ropivacaína), con el fin de disminuir los efectos tóxicos de la bupivacaína, continúan siendo de especial importancia, debido a la presencia de eventos de toxicidad aguda severos (18-21).

TOXICIDAD LOCAL

Miotoxicidad: Los AL pueden producir necrosis tisular en el sitio de administración, no excluyendo dentro de las causas de esta complicación, el trauma y la hemorragia, generado por la administración. En estudios de laboratorio, se ha descrito mayor riesgo de toxicidad tisular con el uso de bupivacaína > procaína > tetracaína > ropivacaína (22). Recientemente, se ha descrito experimentalmente el efecto condrotóxico con la administración intraarticular de la bupivacaína (23).

Neurotoxicidad: En modelos de laboratorio se ha demostrado con altas concentraciones; sin embargo, no se puede atribuir solamente a los AL la presentación de neurotoxicidad, si no que debe considerarse la presencia de otro tipo de sustancias como los preservantes (22). Igualmente, se han descrito síntomas neurológicos transitorios (disestesias, parestesias, disminución o pérdida temporal de la función motora, incontinencia, síndrome de la cola de caballo, entre otras), con resolución de estos en una a cuatro semanas, no siendo permanentes (23).

tial CNS involvement – greater susceptibility – and subsequent CV collapse (3,4). Three types can be differentiated, depending on the reaction (Table 3).

Table 3. Classification of toxic reactions due to local anesthetics

Type of Reaction	Description
Localized or systemic	Allergic reactions
Systemic	Cardiovascular Central nervous system Metahemoglobinemia
Localized	Tissue toxicity

Source: adapted from Heavner JE (1).

Long lasting LAs, despite the current availability of isomers developed (levobupivacaine, ropivacaine), with a view to reduce the toxic effects of bupivacaine, are still particularly important, due to the presence of severe acute toxicity events (18-21).

LOCAL TOXICITY

Miotoxicity: LAs may cause tissue necrosis at the site of administration and two of the causes for this complication are trauma and bleeding resulting from the adminsitration of the anesthetic agent. Laboratory studies have described a higher risk of tissue toxicity with the use of bupivacaine > procaine > tetracaine > ropivacaine (22). A condrotoxic effect has been experimentally described with the intraarticular administration of bupivacaine (23).

Neurotoxicity: neurotoxicity has been shown at high concentrations in laboratory models; however, it may not be attributed exclusively to LAs, since other types of substances should be considered as well; i.e. preservatives (22). Likewise, transient neurological signs have been described (disesthesias, parestesias, decreased or temporary loss of motor function, incontinence, Cauda Equina syndrome, etc.). these signs are not permanent and are resolved within one to four weeks (23). Experimental studies have shown a greater tendency

Estudios experimentales han demostrado mayor tendencia de la lidocaína para producir neurotoxicidad en el contexto de la anestesia espinal (2 a 5 % más que otros AL) (22).

TOXICIDAD SISTÉMICA

Toxicidad de sistema nervioso central: Con el incremento progresivo de la concentración sérica de los AL posterior a su administración, se aumenta el riesgo de la toxicidad a nivel central, debido a su mayor sensibilidad. Inicialmente, se observa efecto depresor sobre las vías inhibitorias mediadas por receptores GABA (22), y efecto estimulante sobre receptores NMDA (22), clínicamente dado por agitación, mareo, mioclonías, nistagmos, disartria, contracturas musculares, parestesias periorales, alteración de la percepción de sabores (sabor metálico), sonidos (tinnitus), fálta de respuesta a órdenes verbales, trastornos del habla y por último, convulsiones tónico-clónicas (22,23). Con concentraciones séricas mayores, el efecto depresor en las vías inhibitorias continúa, y bloquea las vías excitatorias, produciendo depresión respiratoria (hipoxia, acidosis) y coma (22,23).

Toxicidad cardiovascular: Los cambios hemodinámicos agudos son la resultante de la respuesta sistémica a la toxicidad aguda, lo que genera cambios entre los sistemas cardiovascular (efecto directo) y sistema nervioso central (efecto indirecto, mediado por estímulo al sistema nervioso autónomo) (6). La toxicidad cardiaca se observa por dos mecanismos; el primero, asociado con disfunción de ganglio autonómico y el segundo como efecto sobre los sistemas de conducción miocárdicos. La presencia de arritmias ventriculares no son frecuentes, excepto con la bupivacaína, con la que se ha observado taquicardia y fibrilación ventricular (24).

En estudios realizados sobre modelos animales (25-29), se ha determinado el efecto directo de los AL sobre la célula cardíaca, que se evidencia en el ensanchamiento del QRS, alteración en la contractilidad y arritmias malignas con la posterior falla cardíaca; dado por la alteración de la modulación mediada por proteínas G de canales iónicos (Ca++ y K+), metabolismo mitocondrial y producción de ATP (30). De los diferentes AL, y sobre modelos

of lidocaine to cause neurotoxicity of spinal anesthesia (2 to 5 % above other LAs) (22).

SYSTEMIC TOXICITY

Central Nervous System Toxicity: with the progressive increase in LAs serum concentration following their administration, there is an increased risk of central toxicity due to its greater sensitivity. Initially there is a depressor effect on the inhibitory pathways mediated by the GABA receptors (22), and a stimulating effect over the NMDA receptors (22), with clinical manifestations such as agitation, dizziness, myoclonic responses, nistagmus, disartria, muscle contractures, perioral parèstesias, taste disorders (metallic taste), hearing disorders (tinnitus), poor response to verbal instructions, speech disorders and finally, tonic-clonic seizures (22,23). At higher serum concentrations, the depressor effect of the inhibitory pathways continues and blocks the excitatory pathways, causing respiratory depression (hypoxia, acidosis) and coma (22,23).

Cardiovascular Toxicity: Acute hemodynamic changes are the result of a systemic response to acute toxicity that generates changes in the cardiovascular (direct effect) and central nervous system (indirect effect mediated by the stimulus to the autonomic nervous system) (6). Cardiac toxicity is expressed through two mechanisms: one, associated with autonomic ganglion dysfunction and second, as an effect over the miocardial conduction systems. Ventricular arrhythmias are a rare occurrence, except with bupivacaine, that has shown tachycardia and ventricular fibrilation (24).

Studies in animal models (25-29) have established the direct effect of LAs on the cardiac cell, evidenced by a widening of the QRS, disruption of contractility and malignant arrhythmias leading to cardiac failure from the disruption of modulation mediated by ion channels G proteins (Ca++ y K+), mitochondrial metabolism and ATP production (30). Among the various LAs and based on animal models, bupivacaine has shown the greatest cardiotoxicity due to the strong attraction and dissociation

animales la bupivacaína ha demostrado mayor cardiotoxicidad, debido a la fuerte atracción y disociación de los canales de sodio, así como por los efectos sobre los canales lentos de calcio (10).

Las concentraciones séricas requeridas para la presentación de toxicidad severa por AL (excepto bupivacaína) en el corazón, exceden aquellas necesarias para producir convulsiones tónico-clónicas; clínicamente cursa con taquicardia, hipertensión (inicialmente), hipotensión y bradicardia (toxicidad severa), depresión miocárdica y bajo gasto asociados con arritmias (retraso en la conducción, bloqueos de rama, prolongación PR, ectopias ventriculares, taquicardia ventricular, fibrilación ventricular, *torsade de pointes*, paro sinusal, asistolia) (22,30,31). Asi mismo, la enfermedad cardiaca isquémica y los trastornos en la conducción favorecen la presentación de toxicidad por AL (17). En la Tabla 4, se muestra las concentraciones séricas de diversos AL en el momento del colapso cardiovascular, de acuerdo con un estudio realizado sobre modelo animal.

of the sodium channels, as well as to the effects on the slow calcium channels (10).

The serum concentrations required for AL severe toxicity to occur (except for bupivacaine) in the heart, exceed those required to produce tonic-clonic seizures; the clinical manifestations are tachicardia, hypertension (initially), hypotension and bradycardia (severe toxicity), miocardial depression and low cardiac output associated with arrhythmias (delayed conduction, branch blocks, PR prolongation, ventricular ectopia, ventricular tachycardia, ventricular fibrilation, torsade de pointes, sinus arrest, asystole) (22,30,31). Likewise, the ischemic cardiac disease and conduction disorders encourage LA related toxicity (17). Table 4 shows the serum concentrations of various LAs at the time of cardiovascular collapse, in accordance with an animal model study.

Tabla 4. Dosis acumulada y concentración plasmática de los anestésicos locales en el colapso cardiovascular

Table 4. Cumulative dose and plasma concentration of local anesthetics in cardiovascular collapse

Anestésico local / Local anesthetic	Dosis acumulada / Accumulated dose (mg/kg)	Concentración plasmática (Colapso cardiovascular) / Plasma Concentration (Cardiovascular Collapse)		Resucitación exitosa / Successful Resuscitation
		Total / Total (µg/mL)	Libre / Free (µg/mL)	
Bupivacaína / Bupivacaine	22 +/- 3	18 (11-29)	6 (3-11)	5/10
Levobupivacaína / Levobupivacaine	27 +/- 2	23 (14-36)	9 (5-18)	7/10
Ropivacaína / Ropivacaine	42 +/-5	28 (18-45)	20 (10-39)	9/10
Lidocaína / Lidocaine	127 +/- 5	113 (65-198)	82 (38-176)	7/7

Fuente adaptada de Tasch MD, *et al* (22). / Source: adapted from Tasch MD, et al (22).

ABORDAJE TERAPÉUTICO

Debe aclararse que todo procedimiento con técnicas regionales debería ser practicado bajo condiciones adecuadas, previniendo la presentación de complicaciones; por ello, debe ser realizado con monitoria básica no invasiva (oximetría de pulso, monitoreo electrocardiográfico continuo y presión arterial no invasiva; teniendo en consideración las complicaciones cardiovasculares y la necesidad de identificarlas tempranamente para iniciar maniobras correctivas); igualmente, realizar acciones tendiente a prevenir la sobredosificación, aspiración previa a la infiltración, dosis de prueba y fraccionamiento de la dosis. Medidas todas que han llevado a la disminución de la presentación de este tipo de eventos adversos en las últimas décadas (7-9).

Prevención de sobredosificación: Es claro que disponer de los insumos necesarios para responder ante un evento de toxicidad aguda por AL, podría mejorar el efecto en la atención de la misma (17). Bajo este contexto se debe contar con elementos para manejo adecuado de la vía aérea; seleccionar el AL, dosis y concentraciones óptimas (22), seleccionar la técnica más favorable y el abordaje anatómico adecuado. Igualmente, debe considerarse que el uso de bupivacaína presenta un mayor efecto depresor de la conducción cardiaca, principalmente en el espacio ventricular; igualmente, asociación bupivacaína-lidocaína está relacionada con un mayor incremento en los trastornos de conducción cardiaca dado por el efecto aditivo de la lidocaína (24, 27-29).

Pretratamiento: El uso de benzodiacepinas en modelos animales (17), disminuye la probabilidad de presentar convulsiones por toxicidad en el SNC; aunque la sedación retrasaría el diagnóstico temprano de un evento de toxicidad aguda por AL.

Dosis de prueba: Su objetivo es la identificación temprana de inyección intravascular (17), teniendo en cuenta algunos factores que pueden modificar su resultado (edad, gestación, uso de medicamentos como benzodiacepinas, b-bloqueadores, opiáceos, clonidina, anestesia general) (17,32,33).

THERAPEUTIC APPROACH

It must be said that every procedure with regional techniques should be performed under the appropriate conditions to prevent the occurrence of complications. Consequently, basic, non-invasive monitoring should be provided (pulse oximetry, continuous electrocardiographic monitoring and non-invasive arterial pressure control, keeping in mind the cardiovascular complications and the need to identify them early on to start corrective actions). Additionally, the steps to prevent overdosing, aspiration prior to infiltration, test dose and dose fragmentation should be implemented. All these measures have decreased the occurrence of adverse events during the last few decades (7-9).

Overdosing Prevention: It is clear that having the necessary resources available to respond to an LA acute toxicity event could improve the outcome (17). Therefore, all the necessary inputs should be at hand for an adequate management of the airway; i.e., selecting the best LA and the optimum dose and concentration (22), choosing the most favorable technique and the appropriate anatomic approach. It must also be kept in mind that the use of bupivacaine results in a higher depressor effect over the cardiac conduction, especially in the ventricular space. Likewise, the association of bupivacaine-lidocaine is related with a higher increase in the number of cardiac conduction disorders due to the additive effect of lidocaine (24,27-29).

Pretreatment: The use of benzodiazepines in animal models (17) reduces the likelihood of seizures due to CNS toxicity, although the sedation could delay the early diagnosis in case of AL acute toxicity.

Trial dose: The objective of a trial dose is the early identification of intravascular injection (17), taking into account several factors that may alter the result (age, gestation, use of drugs such as benzodiazepines, b-blockers, opiates, clonidine, general anesthesia) (17,32,33).

El efecto secundario a la administración de 15 mcg de epinefrina (incremento FC > 10 x/min, PAS > 15 mmHg o disminución del 25 % amplitud de onda T en DII) (17); el bajo gasto puede alterar este resultado.

Fraccionamiento de dosis: El fraccionamiento de la dosis administrada (dosis lenta 5 mL, con aspiraciones frecuentes y monitoreo no invasivo (34)), reduciría la concentración arterial máxima, aunque hasta el momento sin evidencia experimental de efecto en el resultado; detección temprana de efectos tóxicos y así detener la administración del AL ante síntomas sugestivos, aunque, no es una acción suficiente para evitar una intoxicación aguda por AL (6). Así mismo, da el tiempo necesario para la reducción en las concentraciones sanguíneas lo que permite su distribución y eliminación (6).

Respuesta temprana: El abordaje temprano ante la detección de síntomas leves de toxicidad incrementa la probabilidad de éxito en el tratamiento (30,31); ante la presencia de sintomatología sugestiva, se debe dar inicio a las maniobras terapéuticas necesarias (asegurar vía aérea y ventilación adecuada, realizar maniobras de reanimación según protocolos ACLS, prevención y tratamiento temprano de convulsiones, corrección de arritmias y depresión miocárdica) (30,31).

La administración de altas dosis de epinefrina (modelos animales) durante maniobras de reanimación junto con las Emulsiones Lipídicas (EL) para el manejo de la toxicidad cardiovascular por bupivacaína, no mostro beneficios en la recuperación; sugiriendo que dicha asociación evitaría la reversión de la toxicidad por bupivacaína (35). Hiller y cols (36), mostraron el efecto de dosis altas de epinefrina sobre el uso concomitante de EL posiblemente secundario al incremento de la acidosis por aumento del lactato; mostrando mejores efectos a dosis menores a 10 mcg/Kg (36).

Igualmente, se debe considerar la posibilidad de *bypass* cardiopulmonar o el uso de EL (18), ante el evento de toxicidad refractaria al tratamiento (30,31). Cabe resaltar que el propofol no reemplaza este tipo de medicamentos por su contenido lipídico bajo y efecto cardiodepresor.

The side effect of administering 15 mcg of epinephrine (increased HR > 10 x/min, SBP > 15 mmHg or 25 % drop in the T wave amplitude in DII) (17); a low output may alter this result.

Dose Fractioning: fractioning the dose administered (slow dose 5 mL, with frequent aspirations and non-invasive monitoring (34)), will reduce the maximum arterial concentration, although there is no experimental evidence yet as to the impact of the result. Early detection of any toxic effects to stop the administration of the LA in case of suggestive symptoms, although is not enough to prevent an acute LA toxicity, does provide the time required to reduce the blood concentrations and allow for distribution and removal (6).

Early Response: Early response to the identification of mild symptoms of toxicity increases the probability of success with treatment (30,31). In the presence of suggestive symptoms, the necessary therapeutic measures should be initiated (securing the airway and adequate ventilation; administration of resuscitation maneuvers in accordance with ACLS protocols, prevention and early treatment of seizures, correcting arrhythmias and myocardial depression) (30,31).

The administration of epinephrine at high doses (animal models) during the resuscitation maneuvers, together with Lipid Emulsions (LE) for managing cardiovascular toxicity due to bupivacaine, showed no benefits in recovery and suggests that this combination will prevent the reversal of bupivacaine toxicity (35). Hiller et al (36) showed the effect of high doses of epinephrine on the concomitant use of LE, possibly resulting from increased acidosis due to higher lactate and showed better effects al doses below 10 mcg/Kg (36).

Cardiopulmonary bypass or the use of LE (18) should also be considered in case of toxicity refractory to treatment (30,31). It must be emphasized that propofol does not replace this type of drugs because of its low lipid content and cardiodepressant effect.

USO DE EMULSIONES LIPÍDICAS

Existen diversas teorías sobre el mecanismo de acción de la administración intravenosa de las EL; entre las más aceptadas se encuentra la extracción del suero de los AL a través de una interfaz lipídica, otras tratan el efecto metabólico por medio del restablecimiento de la entrega de ácidos grasos a nivel mitocondrial, para recuperar la producción energética; igualmente, se ha demostrado la activación de los canales de calcio y potasio, así como la disminución de la acidosis tisular y disminución de la producción de CO^2 durante episodios de isquemia asociados con colapso cardiovascular (10).

La solubilidad de los AL de larga duración en las EL y su alta capacidad de unión a éstas, explica probablemente su eficacia clínica en el manejo de la toxicidad por los primeros. Dentro de este tipo de EL, los triglicéridos de cadena larga son más eficaces que los de cadena media, demostrado por Mazoit y cols (17); igualmente, las propiedades farmacocinética de los AL (hidrofobicidad), favorece este efecto; por el contrario, la acidosis disminuye el efecto de unión a estas. Zausig y cols. (37), sugieren que los efectos de las EL sobre la toxicidad cardiovascular (paro cardiaco) inducida por los AL, se encuentra fuertemente dependiente en la lipofilicidad de cada tipo de anestésico, teniendo mejores efectos la toxicidad inducida por bupivacaína. Aunque con respecto a estos hallazgos, se requieren más estudios para validar estos resultados.

La aceptación global de las EL como posible antídoto para el tratamiento de la toxicidad por AL (38), ha generado interés por parte de asociaciones médicas para su inclusión en guías (39), protocolos y recomendaciones en diferentes publicaciones escritas y por medios electrónicos (31); (http://www.lipidrescue.org, http://www.asahq.org/clinical/Anesthesiology-CentricACLS.pdf, http://www.resus.org.uk/pages/caLocalA.htm); en las que las EL, aparentemente presentan un perfil de seguridad aceptable en las dosis recomendadas por la AAGBI (Association of Anesthetists of Great Britain and Ireland) (31). Igualmente, hacia el 2008, el Comité de Medicina de Cuidado Critico de la ASA, así como

USE OF LIPID EMULSIONS

There are different theories about the mechanism of action of the intravenous administration of LEs. Among the most widely accepted theory is the serum extraction from the LAs through a lipid interface; others treat the metabolic effect by reestablishing the delivery of fatty acids to the mitochondria in order to restore the energy output. The activation of the calcium and potassium channels has also been shown, as well as the decrease of tissue acidosis and in the production of CO^2 during ischemic episodes associated with cardiovascular collapse (10).

The solubility of long lasting LAs in Lipid Emulsions and their high binding potential, probably explains their clinical efficacy in the management of LA toxicity. Among these LEs, long chain triglycerides are more effective than the medium chain triglycerides, as shown by Mazoit et al (17). Moreover, the pharmacokinetic properties of the LAs (hydrophobicity), favor this effect, while acidosis reduces the binding potential. Zausig et al (37) suggest that the effects of LEs on cardiovascular toxicity (cardiac arrest) induced by the LAs, is strongly dependent on lipophilicity of each particular type of anesthetic and the best effects are from bupivacaine induced toxicity. However, additional studies are required to validate these results.

The overall acceptance of lipid emulsions as a potential antidote for the treatment of LA toxicity (38) has generated the interest of medical associations to include them in guidelines (39), protocols and recommendations in various printed and e-media (31); (http://www.lipidrescue.org, http://www.asahq.org/clinical/Anesthesiology-CentricACLS.pdf, http://www.resus.org.uk/pages/caLocalA.htm). According to these publications, LEs have an acceptable safety profile at the doses recommended by the AAGBI (Association of Anesthetists of Great Britain and Ireland) (31). Similarly, around 2008, the ASA Critical Care Medical Committee, as well as the UK Resuscitation Council,

el Consejo en Resucitación del Reino Unido realizaron publicaciones en línea de protocolos para el manejo de la toxicidad por AL.

Cave y cols (40) realizaron un estudio evaluando las guías de manejo de la toxicidad por AL publicadas por la AAGBI con el fin de valorar su eficacia; con este protocolo encontraron una tendencia hacia la recuperación espontanea de la circulación más rápida frente al grupo control; aunque estos hallazgos son positivos, se requiere aun mayor evidencia experimental para su soporte.

En general, se han mostrado efectivas en los reportes de caso publicados, al emplear EL al 20 % (41,42), en un variado contexto de presentación de pacientes encontrando reportes de uso exitoso en pacientes obstétricas (analgesia obstétrica con bupivacaína por vía peridural) (43); pacientes pediátricos (anestesia caudal con bupivacaína) (44); y en otros en los que se recomienda su uso para disminuir la progresión de la toxicidad aguda una vez que los síntomas (leves), están presentes (17,42,45-51). Igualmente, es una herramienta útil en la reversión de la toxicidad por AL, en el contexto de uso previo de medidas de soporte vital cardiovascular avanzado con poca respuesta a dichas maniobras (52).

EFECTOS ADVERSOS

Los más comunes, a pesar de dosis seguras y adecuadamente toleradas según los reportes previos, se encuentran relacionados con la administración del mismo; las alteraciones en la respuesta inflamatoria sistémica, reacciones alérgicas, anafilácticas, cefalea, somnolencia, mareo, diaforesis, disnea, nauseas, vomito, hipertermia e hipercoagulabilidad (10).

Efectos tardíos, la trombocitopena, ictericia, sobrecarga de volumen, aumento de transaminasas, leucopenia, resistencia a la warfarina (unión a proteínas), interferencia con circuitos de oxigenación de membrana, hepato-esplenomegalia, pancreatitis (53), embolismo graso (partículas > 5 μ), embolismo pulmonar, estos últimos asociados a la dosis y tasa de infusión; incremento de la presión intracraneana posterior a trauma craneoencefálico severo (54); riesgo de recurrencia de la toxicidad posterior a su administración y predisposición a convulsiones en niños (55).

made on line publications of protocols for the management of LA toxicity.

Cave et al (40) did a study to assess the guidelines published by AAGBI for the management of LA toxicity with a view to assess their efficacy. This protocol showed a trend towards the spontaneous and faster recovery of the circulation versus the control group. Although these findings are encouraging, additional experimental evidence is required.

Overall, the case reports published have shown the effectiveness of 20 % LEs (41,42), in diverse patient conditions, including the successful utilization in obstetric patients (obstetric analgesia with peridural bupivacaine) (43); pediatric patients (caudal anesthesia with bupivacaine) (44); and in other cases where LEs are recommended to reduce the progression of acute toxicity after the onset of mild symptoms (17,42,45-51). Moreover, LEs are a useful tool to revert LA toxicity, in addition to other previous advanced vital cardiovascular support measures that result in limited response (52).

ADVERSE EFFECTS

Despite the use of appropriate doses and good tolerability in accordance with previous reports, the most frequent adverse effects are related to administration, systemic inflammatory response, allergic reactions, anaphyláctic reactions, head ache, somnolence, dizziness, diaforesis, disnea, nausea, vomiting, hyperthermia and hypercoagulability (10).

Late effects are thrombocytopenia, jaundice, volume overload, elevated transaminases, leucopenia, warfarin resistance (protein binding), interference with the membrane oxygenation loops, hepato-splenomegaly, pancreatitis (53), fatty embolism (particles > 5 μ), pulmonary embolism –the last two related with the dose and infusion rate–; increased intracranial pressure following severe cranioencephalic trauma (54); risk of toxicity relapse following administration and predisposition to seizures in children (55).

CONTRAINDICACIONES

Presencia de desordenes lipídicos, alergias al huevo, infarto agudo de miocardio y dentro de las recomendaciones debe ser empleada precaución en los casos de anemia, enfermedad hepática severa, coagulopatías, enfermedad pulmonar y pacientes en riesgo de embolismo graso (10).

La realización de investigación en toxicidad aguda por AL en humanos, éticamente no es posible. Los estudios (entendimiento de mecanismos farmacológicos, patofisiológicos y terapéuticos) realizados hasta el momento se basan en modelos animales con posterior aplicación y extrapolación a seres humanos. Dada la naturaleza poco ética de la realización de estudios en humanos para la determinación de las dosis ideales de las EL en el tratamiento de la toxicidad por AL, estas permanecen aún por determinar.

CONCLUSIONES

La toxicidad por los AL a pesar de ser un evento infrecuente debe ser considerada de manera importante dadas las connotaciones de mortalidad ante la presencia de reacciones severas como el colapso cardiovascular, ante lo cual, se hace necesaria su temprana identificación basada en la clínica y en un alto índice de sospecha; así como, en la continua aplicación de las diferentes medidas preventivas tendientes a disminuir el riesgo de su presentación.

Igualmente, considerar dentro del posible manejo de reanimación basados en los protocolos de la ACLS el uso concomitante de las EL basados en recomendaciones soportadas por reportes de caso con éxito en su uso.

CONTRAINDICATIONS

The presence of lipid disorders, egg allergy, acute myocardial infarction. It is also recommended to use with caution in cases of anemia, severe liver disease, coagulopathies, lung disease and patients at risk for fatty embolism (10).

AL acute toxicity research in humans is not possible for ethical reasons. The studies (understanding the pharmacological, pathophysiological and therapeutic mechanisms) completed thus far are based on animal models subsequently applied and extrapolated to humans. Due to the ethical limitations to determine the ideal LE dosis for the treatment of LA toxicity, these doses have yet to be determined.

CONCLUSIONS

Although a rare occurrence, LA toxicity should be an important consideration due to the mortality impact as a result of severe reactions such as cardiovascular collapse. Consequently, early identification based on the clinic and a high suspicion index is mandatory, in addition to the on-going application of various preventive measures to lower the risk of occurrence.

Additionally, the concomitant use of LEs based on the recommendations from successful case reports, should also be considered for resuscitation based on ACLS protocols.

REFERENCES

1. Heavner JE. Local Anesthetics, Curr Opin Anesthesiol, 2007, 20336-342.
2. Veering BT. Complications and local anaesthetic toxicity in regional anaesthesia. Curr Opin Anaesth, 2003;16:455-9.
3. Leone S, Di Cianni S, Casati A, et al. Pharmacology, toxicology and clinical use of new long acting local anesthetics, ropivacaine and levobupivacaine. Acta Biomed, 2008;79:92-105.
4. Mulroy MF. Sistemic toxicity and cardiotoxicity from local anesthetics: incidence and preventive measures. Regional Anesthesia and Pain Medicine, 2002;27(6):556–561
5. Reynolds F. Maximum Recommended Doses of Local Anesthetics: A Constant Cause of Confusion. To the editor. Regional Anesthesia and Pain Medicine. 2005; 30(3):314-6.
6. Mather LE, Copeland SE, Ladd LA. Acute Toxicity of Local Anesthetics: Underlying Pharmacokinetic and Pharmacodynamic Concepts. Reg Anesth Pain Med 2005;30:553-66.
7. Brown DL, Ransom DM, Hall JA, et al. Regional Anesthesia and Local Anesthetic-Induced Systemic Toxicity: Seizure Frequency and Accompanying Cardiovascular Change. Anesth Analg 1995;81:321-8.
8. Cox B, Durlex ME, Marcus MA. Toxicity of local anaesthetics. Best Pract Res Clin Anaesthesiol. 2003 Mar;17(1):111-36
9. Faccenda KA, Finucane BT. Complications of regional anaesthesia, incidence and prevention. Drug Saf. 2001;24(6):413-4.
10. Felice KL, Schumann HM. Intravenous Lipid Emulsion for Local Anesthetic Toxicity: A Review of the Literature. J Med Toxicol, 2008;4(3):184-91.
11. Barrington MJ, Watts SA, Gledhill SR, et al. Preliminary Results of the Australasian Regional Anaesthesia Collaboration A Prospective Audit of More Than 7000 Peripheral Nerve and Plexus Blocks for Neurologic and Other Complications. Reg Anesth Pain Med 2009;34:534-41.
12. Kindler CH, Yost CE. Two-pore domain potassium channels: new sites of local anesthetic action and toxicity. Reg Anesth Pain Med 2005;30:260-274.
13. Hollmann MW, Herroeder S, Kurz KS, et al. Time-dependent inhibition of G-protein coupled receptor signaling by local anesthetics. Anesthesiology. 2004; 100:852–860.
14. Rosenberg PH, Veering BT, Urmey WF. Maximum recommended doses of local anesthetics: A multifactorial concept. Reg Anesth Pain Med 2004;29: 564-575.
15. Niesel HC. Local anesthetics maximum recommended doses. Anaesthesiol Reanim. 1997;22(3):60-2.
16. Kucera IJ, Lambert TJ, Klein JA, et al. Liposuction: contemporary issues for the anesthesiologist. Journal of Clinical Anesthesia 2006;18:379-87.
17. Weinberg GL. Lipid Infusion Therapy: Translation to Clinical Practice, Anesth Analg 2008;106:5 1340-42.
18. Mazoit J, Le Guen R, Beloeil H, et al. Binding of Long-lasting Local Anesthetics to Lipid Emulsions, Anesthesiology 2009; 110:380–6.
19. Foxall G, McCahon R, Lamb J, et al. Levobupivacaine-induced seizures and cardiovascular collapse treated with Intralipid. Anaesthesia. 2007;62:516–518.
20. Chazalon P, Tourtier JP, Villevielle T, et al. Ropivacaine-induced Cardiac Arrest after Peripheral Nerve Block: Successful Resuscitation. Anesthesiology 2003; 99:1449–51.
21. Huet O, Eyrolle LJ, Mazoit JX, et al. Cardiac Arrest after Injection of Ropivacaine for Posterior Lumbar Plexus Blockade Anesthesiology 2003; 99:1451–3.
22. Tasch MD, Butterworth JF. Toxicity of local anesthetics, ASA REFRESHING COURSE, 2006.
23. Zink W, Graf BM. The toxicity of local anesthetics: the place of ropivacaine and levobupivacaine. Current Opinion in Anaesthesiology. 2008;21:645–650.
24. Harmatz A. Local Anesthetics: Uses and Toxicities. Surg Clin N Am 2009;89:587-98.
25. Heavner JE. Cardiac toxicity of local anesthetics in the intact isolated heart model: a review. Reg Anesth Pain Med 2002;27:545-555.
26. Liu P, Feldmahn S, Covino BM, et al. Acute cardiovascular toxicity of intravenous amide local anesthetics in anesthetized ventilated dogs. Anesth Analg 1982;61:317-22.
27. Simon L, Kariya N, Pelle-Lancien E, et al. Bupivacaine-Induced QRS Prolongation is Enhanced by Lidocaine and by Phenytoin in Rabbit Hearts. Anesth Analg 2002;94:203–7.
28. Mets B, Janicki PK, James MF, et al. Lidocaine and Bupivacaine Cardiorespiratory Toxicity Is Additive: A Study in Rats. Anesth Analg 1992;75:611-4.
29. Thomas RD, Behbehani MM, Coyle DE, et al. Cardiovascular Toxicity of Local Anesthetics: An Alternative Hypothesis. Anesth Analg 1986;65:444-50.
30. Weinberg GL. Current Concepts in Resuscitation of Patients With Local Anesthetic Cardiac Toxicity. Reg Anesth Pain Med. 2002; 27(6): 568–75.
31. The Association of Anaesthetists of Great Britain & Ireland 2007. Guidelines for the Management of Severe Local Anaesthetic Toxicity. http://www.aagbi.org/publications/guidelines/docs/latoxicity07.pdf. 2007.

32. Copeland SE, Ladd LA, Gu X, et al. The Effects of General Anesthesia on Whole Body and Regional Pharmacokinetics of Local Anesthetics at Toxic Doses. Anesth Analg 2008;106:1440–9.

33. Copeland SE, Ladd LA, Gu X, et al. The Effects of General Anesthesia on the Central Nervous and Cardiovascular System Toxicity of Local Anesthetics. Anesth Analg 2008;106:1429–39.

34. Corcoran W, Butterworth J, Weller RS, et al. Local Anesthetic-Induced Cardiac Toxicity: A Survey of Contemporary Practice Strategies Among Academic Anesthesiology Departments. Anesth Analg 2006;103:1322–26.

35. Hicks SD, Salcido DD, Logue ES, et al. Lipid emulsion combined with epinephrine and vasopressin does not improve survival in a swine model of bupivacaineinduced cardiac arrest. Anesthesiology 2009;111: 138–46.

36. Hiller DB, Di Gregorio G, Ripper R, et al. Epinephrine Impairs Lipid Resuscitation from Bupivacaine Overdose A Threshold Effect. Anesthesiology 2009;111:498–505.

37. Zausig YA, Zink W, Keil M, et al. Lipid Emulsion Improves Recovery from Bupivacaine-Induced Cardiac Arrest, but Not from Ropivacaine- or Mepivacaine-Induced Cardiac Arrest. Anesth Analg 2009;109: 1323-6.

38. Picard J, Ward SC, Zumpe R, et al. Guidelines and the adoption of "lipid rescue" therapy for local anaesthetic toxicity. Anaesthesia 2009; 64:122–125.

39. Picard J, Harrop-Griffiths W. Lipid emulsion to treat drug overdose: past, present and future. Anaesthesia 2009; 64:119–121.

40. Cave G, Harvey MG, Winterbottom T. Evaluation of the Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland lipid infusion protocol in bupivacaine induced cardiac arrest in rabbits. Anesthesia. 2009;64(7): 732-7.

41. Leskiw U, Weinberg GL. Lipid resuscitation for local anesthetic toxicity: is it really lifesaving? Curr Opin Anaesthesiol 2009;22:667–71.

42. Weinberg G. Lipid infusion resuscitation for local anesthetic toxicity: Proof of clinical efficacy. Anesthesiology 2006; 105:7–8.

43. Spence A. Lipid reversal of central nervous system symptoms of bupivacaine toxicity. Anesthesiology 2007; 107:516–517.

44. Shah S, Gopalakrishnan S, Apuya J, et al. Use of Intralipid in an infant with impending cardiovascular collapse due to local anesthetic toxicity Anesth 2009:23:439–41.

45. Rosenblatt MA, Abel M, Fischer GW, et al. Successful Use of a 20% Lipid Emulsion to Resuscitate a Patient after a Presumed Bupivacaine-related Cardiac Arrest. Anesthesiology 2006;105:217–8.

46. Ludot H, Tharin JY, Belouadah M, et al. Successful Resuscitation After Ropivacaine and Lidocaine-Induced Ventricular Arrhythmia Following Posterior Lumbar Plexus Block in a Child. Anesth Analg 2008;106: 1572–4.

47. Warren JA, Thoma RB, Georgescu A, et al. Intravenous Lipid Infusion in the Successful Resuscitation of Local Anesthetic-Induced Cardiovascular Collapse After Supraclavicular Brachial Plexus Block. Anesth Analg 2008;106:1578–80.

48. Gregorio GD, Schawartz D, Ripper R, et al. Lipid emulsion is superior to vasopressin in a rodent model of resuscitation from toxin-induced cardiac arrest. Crit Care Med 2009; 37:993–999.

49. Picard J, Ward SC, Zumpe R, et al. Guidelines and the adoption of 'lipid rescue' therapy for local anaesthetic toxicity. Anaesthesia. 2009 Feb;64(2):122-5.

50. Litz RJ, Popp M, Stehr SN, Koch T. Successful resuscitation of a patient with ropivacaine-induced asystole after axillary plexus block using lipid infusion. Anaesthesia 2006;61:800–1.

51. Litz R, Roessel T, Heller AR, et al. Reversal of Central Nervous System and Cardiac Toxicity After Local Anesthetic Intoxication by Lipid Emulsion Injection. Anesth Analg 2008;106:1575-7.

52. Corman SL, Skledar SJ. Use of Lipid Emulsion to Reverse Local Anesthetic-Induced Toxicity Corman and Skledar. Ann Pharmacother 2007;41:1873-7.

53. Weinberg GL. Limits to Lipid in the Literature and Lab: What We Know, What We Don't Know. Anesth Analg 2009;108(4):1062-4.

54. Brull SJ. Lipid Emulsion for the Treatment of Local Anesthetic Toxicity: Patient Safety Implications. Anesth Analg. 2008;106:1337-8.

55. Marwick PC, Levin AI, Coetzee AR. Recurrence of Cardiotoxicity After Lipid Rescue from Bupivacaine-Induced Cardiac Arrest. Anesth Analg 2009;108: 1344-6.

Conflicto de intereses: ninguno declarado

Toxicidad sistémica por anestésicos locales

Systemic toxicity by local anesthetics

JULIÁN ESTEBAN QUINTANA-PUERTA[1], VALENTINA CIFUENTES-HOYOS[2]

Forma de citar: Quintana-Puerta JE, Cifuentes-Hoyos V. Toxicidad sistémica por anestésicos locales. Rev CES Med 2014; 28(1): 107-118.

RESUMEN

Los anestésicos locales son medicamentos de uso generalizado y, aunque se consideran seguros, ocasionalmente pueden producir toxicidad con alteración del sistema nervioso central y cardiovascular y potencial compromiso de la vida. La prevención parece haber disminuido la toxicidad de los anestésicos locales y es más efectiva que el tratamiento. El manejo de la toxicidad sistémica por anestésicos locales se basa en medidas de reanimación y soporte, aunque las emulsiones lipídicas emergen como antídoto efectivo. El objetivo de este artículo es revisar las medidas disponibles según la evidencia actual, consistentes en soporte cardiopulmonar, manejo de convulsiones y uso de antídoto (emulsiones lipídicas).*

PALABRAS CLAVE

Anestésicos locales
Toxicidad de medicamentos
Emulsiones grasas intravenosas

* Con este número publicamos un artículo sobre las emulsiones lipídicas.

1 Anestesiológo HPTU y Clínica Las Américas.
2 Residente de Anestesiología Universidad CES

Recibido en: julio 23 de 2013. **Revisado en:** octubre 17 de 2013. **Aceptado en:** febrero 5 de 2014.

ABSTRACT

Local anesthetics are generalized use medications, and even when they are safe, occasionally they can produce toxicity, with central nervous system and cardiovascular compromise, and potential life endangering. Prevention is more effective than treatment, and there are measures that seem to having lowered toxicity events. Treatment is based on supportive measures, like reanimation, but lipid emulsions now appear to be the most useful treatment. The objective of this article is to review the available evidence on local anesthetic toxicity management, mainly consistent of cardiopulmonary support, convulsion treatment and lipid emulsions.

KEY WORDS

Local anesthetics
Drug toxicity
Intravenous fat emulsions

INTRODUCCIÓN

Los anestésicos locales cambiaron la Medicina cuando fueron introducidos en el siglo XIX. El primer anestésico local, la cocaína, hoy se usa poco debido a sus múltiples efectos adversos y sus modernos sucesores se consideran, en general, efectivos y seguros (1). Probablemente los especialistas que más utilicen anestésicos locales (en frecuencia y en volumen) sean los anestesiólogos; aunque su uso es generalizado entre las diversas especialidades médicas.

El riesgo de toxicidad sistémica por anestésicos locales sigue siendo real, y los reportes son múltiples (2). Esta es una revisión narrativa para difundir el estado del arte de la prevención y el tratamiento de esta complicación, potencialmente mortal. No se revisan aquí los temas de miotoxicidad o de daño nervioso que se producen con la inyección de un anestésico local intramuscular o intraneural.

EPIDEMIOLOGÍA

No se conoce con exactitud la incidencia de la toxicidad sistémica por anestésicos locales. En diferentes estudios, los resultados han sido variables: la tasa va desde 0,1/1 000 hasta 6,9/1 000, según el procedimiento anestésico revisado (2). En una revisión de casos se encontró que la técnica anestésica más comúnmente asociada con la toxicidad por anestésicos locales fue la epidural (33 %), seguida por el bloqueo axilar (17 %) y el bloqueo interescalénico (13 %) (3). Aunque en general la incidencia es baja con todos los anestésicos locales, la bupivacaína es la de mayor tasa de complicaciones (4).

PREVENCIÓN

La toxicidad se puede presentar por; inyección intravascular, absorción del anestésico en un tejido, acumulación de metabolitos activos o una combinación de todos (3). El paciente que reciba anestésicos locales en dosis potencialmente tóxicas debe tener monitoría continua de signos vitales y acceso venoso permeable.

Se recomienda la aspiración de agujas y catéteres antes de la infiltración de los anestésicos locales, pero puede fallar en la identificación de una inyección intravascular en por lo menos 2 % de las ocasiones; por eso no debe ser la técnica única y se debe combinar con otras técnicas, como la prueba de epinefrina, propuesta por Moore y Batra en 1981 (2).

La adición de epinefrina al anestésico local ayuda a evidenciar de manera temprana la inyección intravascular y además disminuye la absorción del anestésico local, prolongando la acción

anestésica e incrementando la intensidad del bloqueo (en especial aquellos anestésicos menos lipofílicos, como la lidocaína).

La adición de 10 a 15 mcg de epinefrina tiene una sensibilidad del 80 % para la detección de la inyección intravascular en adultos: si la frecuencia cardíaca incrementa por lo menos 10 latidos por minuto, o se presenta un incremento en la presión arterial sistólica de 15 mm Hg o más; en niños, la epinefrina intravascular a dosis de 0,5 mcg/kg se asocia con un incremento de 15 mm Hg en la presión arterial sistólica (5). El test de epinefrina es poco confiable en pacientes de edad avanzada, pacientes sedados, que estén tomando betabloqueadores, o bajo anestesia general o neuroaxial (6).

La adición de epinefrina tiene riesgos en los pacientes con angina, hipertensión no controlada, arritmias cardíacas, insuficiencia útero-placentaria y en pacientes que estén en tratamiento con inhibidores de las mono-amino-oxidasas (7); sin embargo, no hay evidencia suficiente para contraindicar el uso de epinefrina en pacientes hipertensos. También es relevante el sitio de aplicación: se encontró que al aplicar 5 mcg/ml de epinefrina (1:200 000) disminuye aproximadamente un 50 %, la concentración plasmática pico de la lidocaína después de una infiltración subcutánea; mientras que después de un bloqueo intercostal, una epidural o un bloqueo del plexo braquial la disminución es sólo de un 20 a 30 % (4).

Tradicionalmente se han usado altos volúmenes de anestésico local para la realización de bloqueos, que con la aparición de la ecografía han demostrado ser mucho mayores a los que se requiere para obtener anestesia (8). Una de las supuestas ventajas de la anestesia regional guiada por ecografía es la disminución de la dosis de anestésico local, con lo que se podría disminuir el riesgo de toxicidad (9).

La guía ecográfica de un bloqueo puede reducir la frecuencia de inyecciones vasculares, pero no hay ensayos clínicos que confirmen o refuten la reducción de la toxicidad por anestésicos locales; además, algunos reportes de caso han descrito la inyección intravascular sintomática a pesar del uso de la ecografía. De igual manera, la reducción de volumen podría reducir también la duración de la analgesia para el paciente (10,11).

Así, dentro de ciertos límites, la reducción de la dosis con el uso de guía ecográfica puede ser importante para los pacientes con mayor riesgo de sufrir toxicidad por anestésicos locales (esto es, en los extremos de la vida -menores de cuatro meses o mayores de 70 años-, desnutridos, pacientes con hepatopatías, pacientes con defectos en la conducción cardíaca o historia de enfermedad cardíaca isquémica) (4,12).

La velocidad con la cual el anestésico local es absorbido hacia la circulación es directamente proporcional al flujo sanguíneo del tejido donde se inyecta, e inversamente proporcional a la liposolubilidad y a la unión a proteínas del medicamento (4). También afectan el nivel plasmático del anestésico local, el sitio de bloqueo, la vasoactividad intrínseca de los anestésicos locales (específicamente, la ropivacaína tiene efecto vasoconstrictor), el uso de epinefrina y factores relacionados con el paciente como disfunción cardíaca, renal, y hepática; son de menor importancia el peso y el índice de masa corporal (2).

Concentraciones plasmáticas similares de lidocaína se alcanzan después de la inyección de 300 mg en un bloqueo de nervio intercostal, 500 mg en una epidural, 600 mg en un bloqueo de plexo braquial, o 1 000 mg, en una infiltración subcutánea en miembros inferiores (4).

En Estados Unidos las dosis máximas recomendadas para la bupivacaína sin epinefrina es de 175 mg y con epinefrina, 225 mg; para la levobupivacaína sin epinefrina 150 mg y con epinefrina no hay dosis recomendadas; y para la lidocaína sin epinefrina 300 mg y con epinefrina sube hasta 500 mg. Estas dosis máximas recomendadas varían entre países y no se basan en

estudios clínicos, sino en extrapolación de investigación en animales (4).

Se recomienda que la dosis sea individualizada en cada paciente, usando la dosis más baja efectiva posible y que la inyección del anestésico local sea fraccionada, administrando 3 a 5 ml con aspiración entre ellas para evidenciar inyección intravascular, teniendo pausas de 30 a 45 segundos entre dosis, para evidenciar posibles síntomas (4).

Hace algunos años se introdujeron ciertos anestésicos locales con modificaciones químicas que buscaban hacerlos menos tóxicos; se trata de estereoisómeros de la bupivacaína, como la ropivacaína y la levobupivacaína (3). No han eliminado por completo el riesgo, por lo que se tienen que seguir teniendo en cuenta las demás recomendaciones; sin embargo, sí son menos tóxicas, por lo que se debe considerar su uso, especialmente en los pacientes con mayor riesgo (2,6).

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

La toxicidad sistémica por anestésicos locales tiene un amplio espectro de manifestaciones, que van desde síntomas prodrómicos (tinitus, agitación, sabor metálico, disartria, adormecimiento perioral, confusión, obnubilación y mareo) hasta convulsiones, depresión del sistema nervioso central y coma, paro respiratorio, hipotensión, arritmias ventriculares y paro cardíaco (3).

Los síntomas del sistema nervioso central son la presentación clínica más común y se ha descrito que anteceden a la toxicidad cardiovascular. Sin embargo, no se presenta siempre el patrón de presentación que va progresando de síntomas del sistema nervioso central a manifestaciones cardiovasculares. Las presentaciones atípicas son más frecuentes cuando la aplicación del anestésico local se hace en pacientes bajo anestesia general o sedaciones profundas. De igual manera, se describen casos de pacientes con anestésicos locales más potentes (por ejemplo, la bupivacaína) en los que sus primeras manifestaciones son cardiovasculares (incluidos pacientes que debutan con paro cardiorrespiratorio) (13).

El mecanismo propuesto de las manifestaciones del sistema nervioso central es el bloqueo inicial de vías inhibitorias de la corteza cerebral produciendo la fase prodrómica excitatoria, pero un aumento de la dosis inhibe vías excitatorias y produce directamente los efectos depresores generalizados del sistema nervioso central. Es más probable que se generen convulsiones cuando hay mayor potencia del anestésico local. Todos los síntomas dependen de la concentración plasmática del anestésico, y si ésta es lo suficientemente alta, el paciente puede presentarse con depresión del sistema nervioso central (13).

El anestésico local produce disminución de la velocidad de despolarización en las fibras de Purkinje y en el miocito ventricular, disminuyendo la disponibilidad de canales de sodio y prolongando los períodos refractarios absoluto y relativo, lo que genera una prolongación del PR y del QRS, con depresión de las células marcapaso, que puede producir bradicardia sinusal y paro (7).

Los anestésicos locales también tienen un efecto inotrópico negativo dependiente de la dosis. Se puede presentar al inicio un período excitatorio produciéndose bigeminismo y trigeminismo, además de arritmias ventriculares por re-entrada; a bajas concentraciones producen vasoconstricción y a altas concentraciones vasodilatación periférica, generan importantes aumentos de la presión arterial pulmonar y de la resistencia vascular pulmonar. En resumen, el paciente puede presentar arritmias, bloqueos, hipotensión y asistolia (2,3,13).

Si la toxicidad sistémica se presenta luego de una inyección intravascular, en particular en las arterias vertebrales o carótidas (como podría suceder accidentalmente con un bloqueo de

miembros superiores) no se presentan pródromos, sino que el paciente presenta convulsiones con las consecuentes taquicardia, hipertensión y arritmias; la excitación cardiovascular se continúa entonces con depresión cardíaca, bradicardia, disminución de la contractilidad e hipotensión (2).

El momento en que se presenta la toxicidad sistémica por anestésicos locales es variable: la presentación inmediata (menos de 60 segundos) sugiere la inyección intravascular del anestésico con acceso directo al cerebro, mientras que la presentación tardía (1 a 5 minutos) sugiere inyección intravascular parcial o intermitente, disminución en el tiempo de circulación o en la absorción de los tejidos. Debe recordarse que como la toxicidad por los anestésicos locales se puede presentar incluso después de 15 minutos de la inyección, los pacientes que reciben dosis potencialmente toxicas, deben ser monitorizados hasta 30 minutos después de su administración de estos (3).

TRATAMIENTO

Depende de la severidad y las manifestaciones presentes. Durante muchos años el manejo consistía en medidas de soporte, pero ahora contamos con lo que parece ser un antídoto adecuado: la infusión de lípidos intravenosos. Aunque la evidencia en el manejo de la toxicidad sistémica por anestésicos locales no es del más alto nivel, debido a los impedimentos éticos que aparecen en la investigación en toxicología y situaciones de emergencia, existen unas medidas que parecen ser efectivas.

En el paro cardíaco, el algoritmo de reanimación cardiopulmonar de *la Asociación Americana del Corazón* (AHA, por sus siglas en inglés) sigue siendo el estándar, pero hay que tener en cuenta algunas modificaciones específicas para la situación (ver figura 1). Si las manifestaciones son menos severas, los principios de soporte y monitoría son útiles (2,13).

Con la aparición de cualquier síntoma debe pensarse de inmediato en el manejo de la vía aérea: se debe administrar oxígeno y evaluar la permeabilidad de la vía aérea, y si se considera que no está adecuadamente permeable, proceder a intubar al paciente (2). Esto contrasta con la recomendación actual de la *American Heart Association* (AHA, por sus siglas en inglés) en reanimación, donde la prioridad es la circulación, mientras que el manejo de la vía aérea es secundario (14); la razón es que la acidosis, la hipoxemia y la hipercapnia empeoran el pronóstico del paciente (2).

Si se identifica una arritmia esta debe manejarse, nuevamente, según las guías de la AHA, que plantean que en las taquicardias *inestables* se debe hacer cardioversión, en tanto que las *estables* recibirán manejo farmacológico; y si hay bradicardias, pensar en marcapasos transcutáneo o transvenoso y soporte con cronotrópicos positivos (adrenalina o dopamina) (14).

La presencia de síntomas cardiovasculares debe hacer pensar en el uso inmediato de emulsiones lipídicas (2). Los antiarrítmicos son la alternativa de soporte cuando no hay respuesta a las emulsiones o cuando no hay disponibilidad de las mismas. Debe recordarse que no se debe administrar lidocaína o calcio-antagonistas como antiarrítmicos y, si se requiere un antiarrítmico, la alternativa adecuada es la amiodarona (2,13).

Con los síntomas de toxicidad cardiovascular se deben tener en mente el uso de vasoactivos e inotrópicos como medidas de soporte, pero hay que tener en cuenta algunas consideraciones (13): si hay paro cardiorrespiratorio el uso de dosis altas de epinefrina empeora el pronóstico neurológico, por lo que la recomendación de la AHA de suministrar 1 mg de epinefrina cada 3 a 5 minutos, no aplica en esta situación (14), teniendo mejor respuesta con dosis entre 10 y 100 mcg en intervalos similares (15).

El uso de vasopresina también se ha asociado a peor desenlace funcional, en especial si se usa

conjuntamente con emulsiones lipídicas, pues impiden que la vasopresina tenga efecto vasopresor. La opción de la AHA de aplicar vasopresina 40 U, en remplazo de la primera o segunda dosis de epinefrina, tampoco se recomienda en este contexto (16).

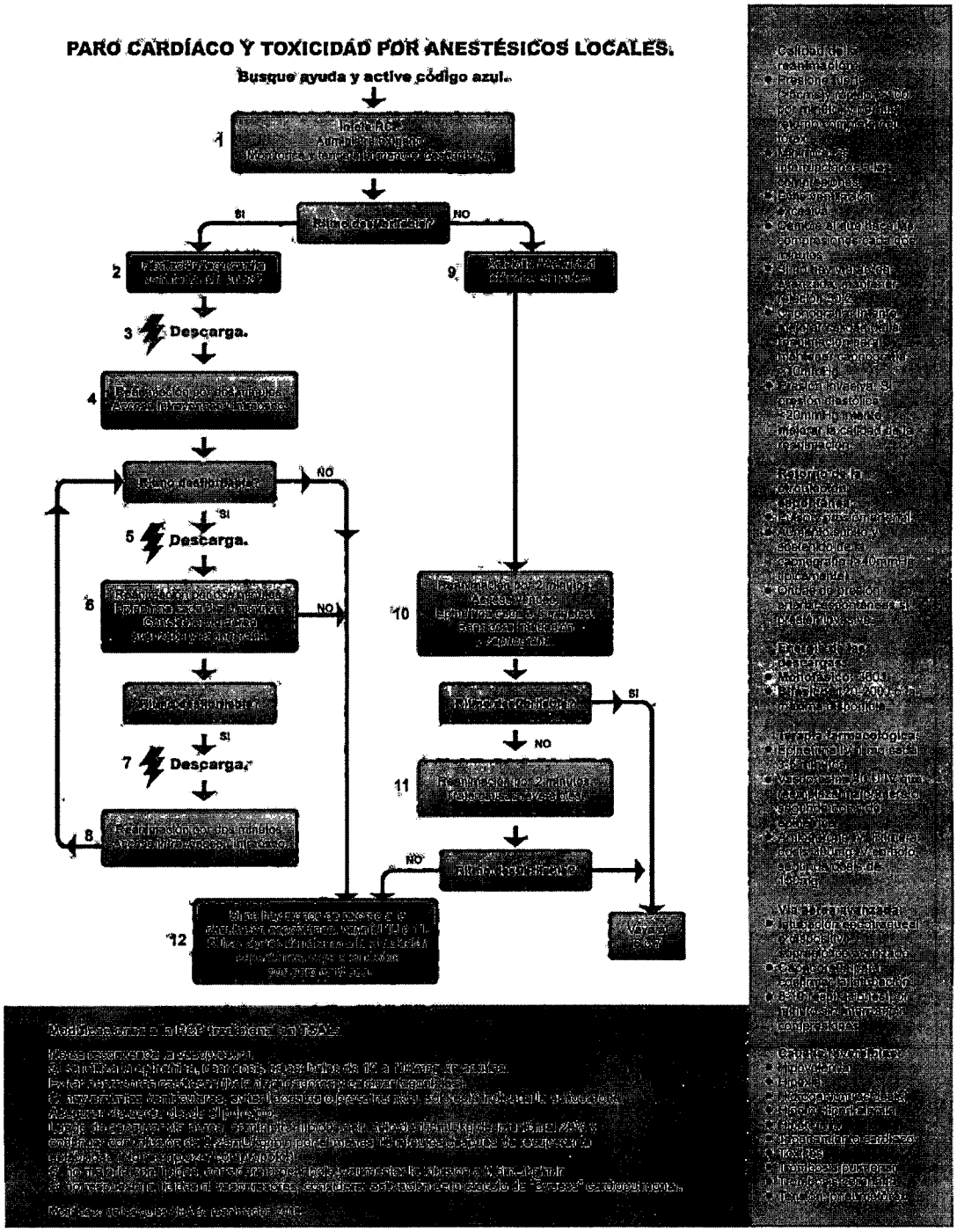


Figura 1. Gráfica de propiedad de los autores, basada en el algoritmo de las guías AHA de reanimación cardiopulmonar

En pacientes con paro cardiorrespiratorio por toxicidad sistémica por anestésicos locales, se han reportado casos de reanimaciones prolongadas con buen desenlace. El hecho de ser un paro presenciado por una causa potencialmente reversible hace que el pronóstico sea bueno si se utilizan las medidas adecuadas. En este sentido, en las instituciones en que haya disponibilidad de soporte cardiovascular extracorpóreo, se debe activar el equipo rápidamente si no hay respuesta a las medidas de reanimación iniciales y a la infusión de emulsiones lipídicas (2,13).

Aparte de las medidas de soporte ya mencionadas, el tratamiento de los síntomas neurológicos de toxicidad sistémica, es el uso de una benzodiacepina en dosis bajas (midazolam, 1 a 2 mg IV en adultos) (2). En ocasiones hay disponibilidad inmediata de un inductor (propofol o tiopental sódico) y se acepta que dosis bajas de ellos son alternativas aceptables, aunque se debe tener especial cuidado, por su efecto hipotensor, en los pacientes que están inestables (2).

En general, la infusión de emulsiones lipídicas se acepta en el manejo de la toxicidad sistémica por anestésicos locales con síntomas cardiovasculares; sin embargo, los pacientes con síntomas del sistema nervioso central que no responden a las medidas iniciales o que parecen ir empeorando progresivamente, también podrían ser tratados con estas (17). Una alternativa es el uso de relajantes, que aunque no eliminan las convulsiones, por lo menos evitan la contracción muscular sostenida y la acidosis metabólica secundaria a esta, que empeoran el pronóstico del paciente (17).

EMULSIONES LIPÍDICAS

En 1998, Weinberg hipotetizó que, dada la liposolubilidad de la bupivacaína, la infusión de lípidos podría ser un antídoto para la intoxicación por este anestésico local. Para ello probó su modelo en ratas anestesiadas (18) y posteriormente en perros (19). Los animales fueron intoxicados con bupivacaína y posteriormente todos aquellos que recibieron aceite de soya -componente de la nutrición parenteral total- retornaron a la circulación espontánea, mientras que ninguno de los animales que servían como controles y recibieron solución salina lo hizo (18–20).

Desde 2001 se han presentado reportes de caso de la exitosa aplicación clínica de lípidos en pacientes con toxicidad sistémica por anestésicos locales (20-22). Aunque hoy en día sólo tenemos evidencia de laboratorio y reportes de caso para recomendar la infusión de emulsiones lipídicas, es probable que nunca tengamos una evidencia superior, dadas las limitaciones éticas para elaborar estudios de intervención en situaciones de emergencia (2,24).

Se han propuesto múltiples mecanismos de acción para las emulsiones lipídicas, desde apertura de los canales de sodio hasta la reactivación del metabolismo mitocondrial de ácidos grasos, pero el más aceptado es el depósito lipídico (en inglés, *lipid sink*), en el cual la emulsión grasa captura el anestésico local (que es liposoluble), disminuyendo las concentraciones libres y favoreciendo la difusión desde el sitio de acción (25–34).

Las emulsiones que están estudiadas en toxicidad son las que contienen lípidos de cadena larga con concentración del 20 % (17). La presentación comercial más usada en los reportes ha sido el intralipid® (24). La dosis recomendada, basada en consenso de expertos, es un bolo de 1,5 ml/kg seguido de una infusión a 0,25 ml/kg/min, por hasta 10 minutos luego de recuperar la estabilidad hemodinámica. Si no hay respuesta adecuada, se puede repetir el bolo y se puede duplicar la velocidad de la infusión a 0,5 ml/kg/min, sin pasar de una dosis total de 10 ml/kg en treinta minutos (2).

Se ha reportado como efecto secundario una hipertrigliceridemia de duración corta, que puede interferir con la realización de algunos exámenes de laboratorio (35). También se ha encontrado

una elevación transitoria de amilasas en un paciente asintomático, por lo que existe un riesgo teórico de pancreatitis (36,37). Aunque es claro que si hay paro cardíaco el paciente debe recibir la emulsión lipídica, en situaciones con menor compromiso las indicaciones no están tan claras. De allí que la recomendación es aplicarla tempranamente si hay síntomas de inestabilidad o si el compromiso parece ir empeorando de manera rápida y progresiva (2,13,24).

Luego de la proliferación de reportes de caso de uso de emulsiones lipídicas para el tratamiento de intoxicación con bupivacaína en los quirófanos, otras especialidades consideraron útil el modelo y han reportado su utilización en intoxicación por múltiples medicamentos lipofílicos, incluyendo antidepresivos tricíclicos, betabloqueadores, calcioantagonistas, quetiapina, haloperidol, bupropion, glifosato, entre otros (22,23,37-41), pero todavía queda mucho por esclarecer respecto a su uso (24).

CONCLUSIONES

Aunque los anestésicos locales son, en general, medicamentos seguros, la toxicidad sistémica sigue siendo una amenaza debido al uso generalizado de estos medicamentos. La prevención es fundamental, y hay evidencia indirecta de que la mejor estrategia es la combinación de múltiples medidas de prevención: siempre disminuir la dosis total, diluyendo el medicamento en la medida de lo posible; aspirar antes de la inyección, utilizar marcadores intravasculares como la adrenalina y asociarlos a monitorización continua de signos vitales, mantener comunicación continua con el paciente e interrogar por síntomas de toxicidad, y utilizar ecografía en la medida de lo posible.

Sin embargo, también se debe estar preparado para manejar esta complicación, teniendo en cuenta los principios de la reanimación cardiopulmonar, con algunas modificaciones: siempre pensar en un manejo agresivo de la vía aérea y la ventilación, hacer soporte hemodinámico y manejar las arritmias, evitando los anestésicos locales como antiarrítmicos y las dosis altas de adrenalina; también pensar en hacer reanimaciones por largos períodos y donde está disponible, se podría utilizar el soporte extracorpóreo. Los lípidos endovenosos son la alternativa de tratamiento más prometedora, y se investiga su utilidad en intoxicación con otros medicamentos lipofílicos, de los cuales ya hay múltiples reportes de caso de uso exitoso.

REFERENCIAS

1. Miller R. Miller's anesthesia. 7th ed. Philadelphia PA: Churchill Livingstone/Elsevier; 2010.

2. Neal JM, Bernards CM, Butterworth JF, Di Gregorio G, Drasner K, Hejtmanek MR, et al. ASRA Practice advisory on local anesthetic systemic toxicity. Regional Anesthesia and Pain Medicine. 2010 Mar; 35(2):152–61.

3. Di Gregorio G, Neal JM, Rosenquist RW, Weinberg GL. Clinical presentation of local anesthetic systemic toxicity: a review of published cases, 1979 to 2009. Reg Anesth Pain Med. 2010 Apr; 35(2):181–7.

4. Rosenberg PH, Veering BT, Urmey WF. Maximum recommended doses of local anesthetics: a multifactorial concept. Reg Anesth Pain Med. 2004 Dec; 29(6):564–575; discussion 524.

5. Guay J. The epidural test dose: a review. Anesth. Analg. 2006 Mar; 102(3):921–9.

6. Mulroy MF, Hejtmanek MR. Prevention of local anesthetic systemic toxicity. Reg Anesth Pain Med. 2010 Apr; 35(2):177–80.

7. Mulroy MF. Systemic toxicity and cardiotoxicity from local anesthetics: incidence and

preventive measures. Reg Anesth Pain Med. 2002 Dec; 27(6):556–61.

8. Neal JM, Gerancher JC, Hebl JR, Ilfeld BM, McCartney CJL, Franco CD, et al. Upper extremity regional anesthesia: essentials of our current understanding, 2008. Reg Anesth Pain Med. 2009 Apr; 34(2):134–70.

9. Eichenberger U, Stöckli S, Marhofer P, Huber G, Willimann P, Kettner SC, et al. Minimal local anesthetic volume for peripheral nerve block: a new ultrasound-guided, nerve dimension-based method. Reg Anesth Pain Med. 2009 Jun; 34(3):242–6.

10. Zetlaoui PJ, Labbe J-P, Benhamou D. Ultrasound guidance for axillary plexus block does not prevent intravascular injection. Anesthesiology. 2008 Apr; 108(4):761.

11. Neal JM. Ultrasound-guided regional anesthesia and patient safety. Regional Anesthesia and Pain Medicine. 2010 Mar; 35(Suppl 1):S59–S67.

12. Polaner DM, Drescher J. Pediatric regional anesthesia: what is the current safety record? Paediatr Anaesth. 2011 Jul;21(7):737–42.

13. Drasner K. Local Anesthetic Toxicity. ASA Refresher Courses in Anesthesiology. 2011;39(1):33–40.

14. Neumar RW, Otto CW, Link MS, Kronick SL, Shuster M, Callaway CW, et al. Part 8: Adult advanced cardiovascular life support: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Circulation. 2010 Oct; 122(18_suppl_3):S729–S767.

15. Hiller DB, Gregorio GD, Ripper R, Kelly K, Massad M, Edelman L, et al. Epinephrine impairs lipid resuscitation from bupivacaine overdose: a threshold effect. Anesthesiology. 2009 Sep; 111(3):498–505.

16. Hicks SD, Salcido DD, Logue ES, Suffoletto BP, Empey PE, Poloyac SM, *et al.* Lipid emulsion combined with epinephrine and vasopressin does not improve survival in a swine model of bupivacaine-induced cardiac arrest. Anesthesiology. 2009 Jul; 111(1):138–46.

17. Weinberg GL. Treatment of local anesthetic systemic toxicity (LAST). Reg Anesth Pain Med. 2010 Apr; 35(2):188–93.

18. Weinberg GL, VadeBoncouer T, Ramaraju GA, Garcia-Amaro MF, Cwik MJ. Pretreatment or resuscitation with a lipid infusion shifts the dose-response to bupivacaine-induced asystole in rats. Anesthesiology. 1998 Apr; 88(4):1071–5.

19. Weinberg G, Ripper R, Feinstein DL, Hoffman W. Lipid emulsion infusion rescues dogs from bupivacaine-induced cardiac toxicity. Reg Anesth Pain Med. 2003 Jun; 28(3):198–202.

20. Weinberg GL, Ripper R, Murphy P, Edelman LB, Hoffman W, Strichartz G, et al. Lipid infusion accelerates removal of bupivacaine and recovery from bupivacaine toxicity in the isolated rat heart. Reg Anesth Pain Med. 2006 Aug; 31(4):296–303.

21. Jamaty C, Bailey B, Larocque A, Notebaert E, Sanogo K, Chauny J-M. Lipid emulsions in the treatment of acute poisoning: a systematic review of human and animal studies. Clin Toxicol (Phila). 2010 Jan;48(1):1–27.

22. Rosenblatt MA, Abel M, Fischer GW, Itzkovich CJ, Eisenkraft JB. Successful use of a 20 % lipid emulsion to resuscitate a patient after a presumed bupivacaine-related cardiac arrest. Anesthesiology. 2006 Jul; 105(1):217–8.

23. Rothschild L, Bern S, Oswald S, Weinberg G. Intravenous lipid emulsion in clinical toxicology. Scand J Trauma Resusc Emerg Med. 2010; 18:51.

24. Weinberg GL. Lipid emulsion infusion: resuscitation for local anesthetic and other drug overdose. Anesthesiology. 2012 Jul; 117(1):180–7.

25. Kuo I, Akpa BS. Validity of the lipid sink as a mechanism for the reversal of local anesthetic systemic toxicity: a physiologically based pharmacokinetic model study. Anesthesiology. 2013 Jun; 118(6):1350–61.

26. Rahman S, Li J, Bopassa JC, Umar S, Iorga A, Partownavid P, *et al.* Phosphorylation of GSK-3β mediates intralipid-induced cardioprotection against ischemia/reperfusion injury. Anesthesiology. 2011 Aug; 115(2):242–53.

27. Mottram AR, Valdivia CR, Makielski JC. Fatty acids antagonize bupivacaine-induced I(Na) blockade. Clin Toxicol (Phila). 2011 Oct; 49(8):729–33.

28. Partownavid P, Umar S, Li J, Rahman S, Eghbali M. Fatty-acid oxidation and calcium homeostasis are involved in the rescue of bupivacaine-induced cardiotoxicity by lipid emulsion in rats. Crit. Care Med. 2012 Aug; 40(8):2431–7.

29. Stehr SN, Ziegeler JC, Pexa A, Oertel R, Deussen A, Koch T, *et al.* The effects of lipid infusion on myocardial function and bioenergetics in l-bupivacaine toxicity in the isolated rat heart. Anesth. Analg. 2007 Jan; 104(1):186–92.

30. Litonius E, Tarkkila P, Neuvonen PJ, Rosenberg PH. Effect of intravenous lipid emulsion on bupivacaine plasma concentration in humans. Anaesthesia. 2012 Jun; 67(6):600–5.

31. French D, Smollin C, Ruan W, Wong A, Drasner K, Wu AHB. Partition constant and volume of distribution as predictors of clinical efficacy of lipid rescue for toxicological emergencies. Clin Toxicol (Phila). 2011 Nov; 49(9):801–9.

32. Niiya T, Litonius E, Petäjä L, Neuvonen PJ, Rosenberg PH. Intravenous lipid emulsion sequesters amiodarone in plasma and eliminates its hypotensive action in pigs. Ann Emerg Med. 2010 Oct; 56(4):402–408.e2.

33. Weinberg G, Lin B, Zheng S, Di Gregorio G, Hiller D, Ripper R, et al. Partitioning effect in lipid resuscitation: further evidence for the lipid sink. Crit. Care Med. 2010 Nov;38(11):2268–9.

34. Mazoit J-X, Le Guen R, Beloeil H, Benhamou D. Binding of long-lasting local anesthetics to lipid emulsions. Anesthesiology. 2009 Feb; 110(2):380–6.

35. West PL, McKeown NJ, Hendrickson RG. Iatrogenic lipid emulsion overdose in a case of amlodipine poisoning. Clin Toxicol (Phila). 2010 May; 48(4):393–6.

36. Marwick PC, Levin AI, Coetzee AR. Recurrence of cardiotoxicity after lipid rescue from bupivacaine-induced cardiac arrest. Anesth. Analg. 2009 Apr; 108(4):1344–6.

37. Weinberg G. Hyperamylasemia following lipid resuscitation: pancreas or parotid? Anesth. Analg. 2012 Sep; 115(3):739.

38. Bartos M, Knudsen K. Use of intravenous lipid emulsion in the resuscitation of a patient with cardiovascular collapse after a severe overdose of quetiapine. Clin Toxicol (Philad). 2013 Jul; 51(6):501–4.

39. Sirianni AJ, Osterhoudt KC, Calello DP, Muller AA, Waterhouse MR, Goodkin MB, *et al.* Use

of lipid emulsion in the resuscitation of a patient with prolonged cardiovascular collapse after overdose of bupropion and lamotrigine. Ann Emerg Med. 2008 Apr; 51(4):412–415, 415.e1.

40. Harvey M, Cave G. Case report: successful lipid resuscitation in multi-drug overdose with predominant tricyclic antidepressant toxidrome. Int J Emerg Med. 2012; 5(1):8.

41. Jovic-Stosic J, Gligic B, Putic V, Brajkovic G, Spasic R. Severe propranolol and ethanol overdose with wide complex tachycardia treated with intravenous lipid emulsion: a case report. Clin Toxicol (Phila). 2011 Jun; 49(5):426–30.

Artículo de Revisión

INTOXICACIÓN POR ANESTÉSICOS LOCALES Y UTILIDAD DE LOS LÍPIDOS AL 20%

ANA MARÍA ESPINOZA U.[1]

Key words: Lipid emulsion, local anesthetic toxicity, lipid rescue, cardiotoxicity.

INTRODUCCIÓN

Durante las últimas décadas se ha descrito un aumento de la práctica de la anestesia regional (neuroaxial/periférica) y desafortunadamente de la mano de todas las ventajas que poseen estas técnicas, siempre existe el riesgo de complicaciones. Una complicación que nos acecha permanentemente es la intoxicación sistémica por anestésicos locales (ISAL), que si bien es de baja incidencia, nos preocupa porque puede asociarse a morbilidad, a mortalidad y además porque constituye una de las causas de paro cardiorrespiratorio de origen anestésico más frecuentes. Al presentarse en forma súbita e inesperada, habitualmente se genera un estado de crisis, situación que en estos tiempos debería tener teóricamente un enfrentamiento conocido y protocolizado.

Hasta el momento la prevención ha sido y sigue siendo la principal herramienta de enfrentamiento, sin embargo, lo que ha constituido un verdadero aporte en el manejo de una ISAL es la incorporación del uso de soluciones lipídicas al 20% (SL). A pesar que no se dispone de una sólida evidencia científica en humanos que respalde su uso, el hecho de que la ISAL sea una complicación grave y eventualmente fatal, unido a la evidencia en animales y el reporte de numerosos casos de rescate exitoso en situaciones en que las medidas de reanimación habituales fueron insuficientes, sitúa a los lípidos endovenosos como un verdadero "antídoto", comparable con el dantrolene en el manejo de una hipertermia maligna[1,2].

Por lo anterior, actualmente se recomienda disponer de un litro de SL de rápido acceso en todos los lugares donde se utilicen grandes masas de anestésicos locales (AL) y estar familiarizados con su administración[3]. El objetivo de este artículo es revisar la información disponible relacionada con la utilidad, administración y potenciales complicaciones derivadas del uso de SL y también realizar una actualización de algunos conceptos importantes en la prevención de una ISAL.

Incidencia

La ISAL no es una complicación nueva. Fue descrita en 1928, pero se tomó real conciencia de ella el año 1979, posterior a numerosos reportes de pacientes que murieron debido a la incorporación de AL más potentes, donde la mayoría de los casos ocurrieron en el ámbito de la anestesia obstétrica[4,5]. Durante estos treinta años, las distintas recomendaciones para prevenir esta complicación han mantenido la incidencia de ISAL relativamente baja y se tradujeron, sobretodo en la década de los '80, en una caída importante de la incidencia asociada a anestesia obstétrica. La incidencia descrita para ISAL asociada a anestesia peridural obstétrica antes de los '80 variaba entre 100 a 320 casos por 10.000 anestesias peridurales, disminuyendo a 1,3 casos por 10.000 en la década del noventa[6].

Sin embargo, junto con el aumento de la práctica de la anestesia regional periférica hay un discreto aumento de la incidencia de ISAL en este rubro, lo que se podría explicar en parte, por el mayor entusiasmo en la práctica e incorporación de nuevos bloqueos regionales. Borgeat[7], reportó una incidencia de 20 casos en 10.000 bloqueos de plexo bra-

[1] Profesor Asistente. Depto. de Anestesiología y Reanimación Hospital Clínico Universidad de Chile.

quial por abordaje interescalénico y Auroy[8] reportó 7,5 casos por 10.000 bloqueos periféricos.

Existe además una cifra de ISAL desconocida para nosotros, que surge de otras especialidades (cirugía plástica, dermatología, etc.), la mayoría asociada a la práctica privada y que no se reporta principalmente por razones médico-legales[2].

Fisiopatología de la ISAL

Al ser los anestésicos locales (AL) drogas bipolares, poseen una alta afinidad por medios acuosos y lipídicos, lo que les permite atravesar membranas plasmáticas y celulares con gran facilidad. Esta característica les permite interactuar con una gran cantidad de canales voltaje y ligando dependientes, presentes en membranas, citosol de células y organelos, interfiriendo especialmente con los sistemas de traducción de señales y de metabolismo energético[9]. Dado lo anterior, no debería sorprendernos que eventualmente se produzca un abrupto aumento de la concentración plasmática, con el consecuente impacto sobre la función de órganos tales como cerebro y corazón, posterior a la inyección de una gran masa de AL en algún lugar del cuerpo.

A nivel cerebral se produce una rápida desincronización cortical y subcortical producto principalmente de la supresión de vías inhibitorias mediadas por receptores ácido gama aminobutírico (GABA) y también de la activación de vías exitatorias mediadas por receptores N-metil-D-aspartato (NMDA). Esta desinhibición del SNC genera el típico cuadro de compromiso neurológico que va desde el "sabor metálico" a las convulsiones. Si la concentración del AL aumenta más aún, las vías exitatorias también se inhiben y se produce una etapa de depresión que puede llegar al coma y paro respiratorio[10].

La toxicidad cardíaca se traduce en la aparición de arritmias y depresión miocárdica. Las arritmias pueden ser bradiarritmias expresadas en distintos grados de bloqueos de conducción aurículo ventriculares y en taquiarritmias generadas por focos de reentrada como taquicardia y fibrilación ventricular.

El compromiso cardíaco no sólo se produce por bloqueo de canales de Na, sino que también por el bloqueo de los canales de K y Ca. Actualmente, sabemos que se produce un bloqueo no homogéneo de los canales de Na a nivel miocárdico, condición que favorece la aparición de arritmias de reentrada al producir diversos grados de bloqueo de la conducción, lo que además se ve facilitado por el bloqueo de los canales de K[10]. A lo anterior, hay que sumarle las características del potencial de acción de la fibra miocárdica, que es más prolongado que el potencial de acción de la fibra nerviosa. Durante el sístole hay mayor afinidad de los AL por los canales de Na, ya que éstos se encuentran en estado abierto o inactivado y es menor en diástole, momento en que se produce la disociación de la molécula de AL del canal. Al poseer la fibra miocárdica un período de depolarización más prolongado se favorece la afinidad por el canal, perpetuando su presencia en el miocardio y sus efectos clínicos. La bupivacaína posee *per se* una disociación más lenta del canal comparada con otros AL, produciéndose un bloqueo del canal más persistente[10]. También está descrito un efecto tóxico indirecto, ya que al exponer tejido nervioso cerebral a grandes concentraciones de AL se favorece la aparición de hipotensión y arritmias[10].

La depresión miocárdica se produce por el bloqueo de los canales de Na y K, pero especialmente por los de Ca, lo que ocasiona una disminución de la liberación de Ca intracelular por parte del retículo sarcoplásmico, produciéndose un efecto inotrópico negativo. Además, los AL poseen un efecto deletéreo sobre la generación de energía ya que inhiben los receptores beta adrenérgicos y la actividad de la adenilciclasa, produciendo disminución de la generación de AMP cíclico. También se ha demostrado que, particularmente la bupivacaína, suprime la síntesis de ATP en mitocondrias aisladas[10,11,12].

Determinantes de una ISAL

La ISAL se produce por el aumento abrupto de la concentración plasmática de un AL, producto de una absorción masiva desde el sitio de inyección o por inyección intravascular inadvertida. La primera, generalmente se asocia a inyección de grandes masas de AL y la segunda, a dosis más pequeñas. Dentro de los determinantes más importantes de una ISAL están la liposolubilidad del AL y el grado de absorción del AL, que a su vez depende de la masa total inyectada, del sitio de absorción y de factores del paciente.

Liposolubilidad

Los AL más liposolubles son considerados más potentes y más tóxicos. Generalmente, se trata de AL con pesos moleculares más altos, con una gran habilidad para atravesar membranas y para unirse e interactuar con receptores y canales iónicos. Actualmente, la bupivacaína es considerado el AL

más liposoluble, más potente y más cardiotóxico[10]. Sin embargo, la quiralidad (característica química determinada por la presencia de un carbono quiral o asimétrico que modifica la disposición de las moléculas en diferentes isómeros ópticos al estar unido a cuatro átomos diferentes), permite disponer de AL muy parecidos a la bupivacaína, pero menos tóxicos.

La quiralidad permite generar moléculas de AL con "imagen en espejo", es decir, moléculas con enlaces químicos idénticos pero con distribución espacial distinta, lo que admite sintetizar AL con similares propiedades fisicoquímicas, pero que se comportan clínicamente como drogas menos tóxicas. Los enantiómeros (un par de isómeros) poseen actividad óptica, es decir, son capaces de desviar un haz de luz polarizada hacia la izquierda (levógiros o estereoisómeros L) o hacia la derecha (dextrógiros o estereoisómeros D). Estos últimos son considerados más tóxicos y se sintetizan sólo con fines de investigación, en cambio los levógiros son considerados menos tóxicos. A este grupo pertenecen la levobupivacaína y la ropivacaína, anestésicos locales que clínicamente han demostrado tener un mayor margen de seguridad, es decir, se necesita mayor masa de estereoisómeros L comparado con bupivacaína a dosis equipotentes, para producir efectos tóxicos (aparición de signos de compromiso de SNC, convulsiones, arritmias, caída del gastocardíaco, etc.) y además se asocian a mayor éxito de reanimación y menor mortalidad[10,13].

Dosis máximas

En relación con las dosis máximas recomendadas históricamente y que nos han servido de guía durante años, carecen de base científica sólida que las avale. Fueron establecidas en base a recomendaciones de empresas farmacéuticas, extrapolación de pequeños estudios en animales y en humanos y del reporte de casos clínicos. Lo que debemos hacer es incorporar un concepto multifactorial que no responde sólo a una dosis fija y transversal a todos los pacientes y bloqueos, sino que una dosis que contemple las características del paciente, el sitio de inyección y la droga utilizada[14,15]. Los últimos reportes en que se ha medido concentración plasmática de AL han demostrado que la ISAL se puede presentar con cifras bastante por debajo de lo clásicamente establecido[16,17]. Por otro lado, si bien el uso de vasoconstrictores (epinefrina 5 $\mu g \cdot ml^{-1}$, es de utilidad para disminuir la absorción sistémica, este efecto varía según el sitio de inyección y el AL utilizado; por ejemplo, cuando se usa para disminuir la absorción de lidocaína, se logra una disminución de un 50% en infiltraciones subcutáneas, pero sólo un 20-30% en bloqueo de plexo braquial[14].

Lamentablemente la evidencia actual no nos entrega "recetas de cocina", sólo nos plantea cuestionamientos sobre conceptos establecidos, por lo tanto, probablemente lo que deberíamos hacer en nuestra práctica diaria es mantener en mente las recomendaciones de dosis máximas que conocemos (Tabla 1)[14], pero teniendo claridad que es una referencia que considera sólo algunas variables y no garantiza resultados.

Lugar de inyección

La concentración plasmática varía según el grado de absorción que existe en el lugar de inyección y éste depende de la mayor o menor vascularización presente (densidad capilar) y del tejido adiposo circundante presente en cada región anatómica. Por ejemplo, la absorción desde el espacio peridural, caudal o intercostal es mayor que la obtenida desde la región inguinal o desde el tejido subcutáneo. También hay que considerar que ciertos bloqueos poseen mayor riesgo de ISAL, no por aumento de la vascularización del tejido circundante propiamente tal, sino por mayor riesgo de inyección intravascular inadvertida, como es el caso de los bloqueos realizados en el cuello (plexo braquial, plexo cervical y ganglio estrellado). En estos casos los pacientes pueden evolucionar con signos de intoxicación en forma casi instantánea y con bajas dosis, ya que las inyecciones vasculares inadvertidas en el cuello son generalmente arteriales, exponiendo directamente al cerebro a una gran masa de droga[6,18]. En esta situación en particular no sólo es importante la cercanía con el cerebro sino también la ausencia del efecto "primer paso" pulmonar que amortigua el aumento de la concentración plasmática de los AL entre un 20% y 40% aproximadamente[19]. Actualmente, existen algunas recomendaciones de dosis fijas según el lugar de inyección como se muestra en la Tabla 1.

Características del paciente

Las características individuales de los pacientes también son un factor importante, ya que la farmacocinética de una droga no sólo varía en función del peso, talla y género, sino que también se ve afectada por la edad, la presencia de patologías asociadas y ciertas condiciones especiales. Muchos de los ca-

Tabla 1

	Dosis por Kg de peso	Dosis por Kg AL + epinefrina	Dosis máximas recomendadas
Bupivacaína	2 mg	2,5 mg	150 - 200 mg
Levobupivacaína	2 mg	2,5 mg	150 mg
Lidocaína	3 - 4 mg	6 mg	200 - 300 mg

sos de ISAL reportados son pacientes añosos con patología renal o cardíaca, en quiénes se administró la misma masa de droga que se administraría en un paciente joven sano, sin hacer una discriminación considerando la edad y la patología asociada[20].

Los pacientes que evolucionan con estados hiperdinámicos como el que ocurre en el último trimestre del embarazo, uremia, tirotoxicosis, etc, tienen mayor riesgo de presentar aumento abrupto de la concentración plasmática de un AL ya que hay un aumento de la absorción desde el sitio de inyección, por lo que habría que disminuir las dosis en 10-20%. Durante el embarazo además hay que considerar los factores hormonales, que hacen más sensible a este grupo de pacientes a la acción y toxicidad de los AL[14].

La edad es un factor importante a considerar ya que las edades extremas presentan algunas condiciones especiales. En los recién nacidos existe una disminución importante (50%) de la alfa 1 glicoproteína, proteína a la que se unen principalmente los AL en el plasma, lo que sumado a la inmadurez de los órganos encargados del metabolismo y excreción, hacen que este grupo de pacientes tengan incluso en dosis bajas, un mayor riesgo de ISAL. En prematuros y recién nacidos se recomienda disminuir las dosis en un 15% de la dosis calculada por peso. En los ancianos, se producen cambios degenerativos que llevan a una alteración de la morfología y deterioro de la función axonal. Esto, junto con una disminución del tejido adiposo circundante, genera una respuesta mayor al efecto de los AL. Además de la disminución de flujos regionales, disminuye el clearance de los AL, factor importante en dosis repetidas o en infusiones continuas. Se recomienda disminuir las dosis entre 10 - 20% sobre los 70 años[14,15].

La insuficiencia renal y hepática generan enlentecimiento del metabolismo y retraso de la eliminación de los AL, lo que produce acumulación en dosis repetidas o en infusiones continuas, por lo que se recomienda disminuir las dosis en 10 - 50%, sobretodo en deterioros importantes. Los pacientes que cursan con insuficiencia cardíaca presentan disminución de la perfusión de órganos como riñón e hígado, comprometiendo también la depuración de las drogas. La autorregulación de la circulación cerebral asegura que en condiciones de bajo débito, se mantenga un flujo preferente hacia ese órgano, exponiéndolo a mayores concentraciones de droga y favoreciendo la toxicidad. Se recomienda realizar un ajuste de las dosis en casos de deterioro importante o en casos de descompensación[14,15].

Prevención

La prevención sigue siendo la herramienta más importante en el enfrentamiento de una ISAL. Durante estas tres últimas décadas se han incorporado distintas recomendaciones destinadas a disminuir el riesgo de intoxicación considerando cambios en la técnica de inyección, disminución de dosis, uso de coadyuvantes, de AL menos tóxicos y de nuevos instrumentos que facilitan la práctica de la anestesia. Actualmente, el uso del ultrasonido permite visualizar directamente las estructuras vasculares, disminuir masa de droga y además, brinda signos indirectos de inyección intravascular. La realización de bloqueos bajo visión ecográfica permite ver en tiempo real la distribución de la solución inyectada, que será visible como una imagen hipoecogénica (negra), que al estar ausente durante la inyección, debe hacer sospechar en una inyección intravascular.

A continuación se resumen las recomendaciones más ampliamente aceptadas[6,9]:

1.- Preparación:
   a) Realizar bloqueos regionales en lugares en que se disponga de todo lo necesario para efectuar reanimación cardiopulmonar.
   b) Realizar bloqueos con un conocimiento adecuado de la técnica (abordaje y anatomía).
   c) Elegir drogas menos tóxicas, inyectando la menor masa necesaria y considerar ajuste de dosis (edades extremas, patología asociadas y embarazo).
2.- Pretratamiento:
   Sedación con benzodiazepinas (eleva umbral a

la convulsión). Su uso es discutido ya que los pacientes podrían tener mayor dificultad en informar compromiso de conciencia, pero se recomienda su administración previa al procedimiento. No existe recomendación para sedar con opioides ya que no aumentan el umbral convulsivo y además pueden retardar la respuesta frente a la dosis de prueba con epinefrina.

3.- Dosis test de epinefrina para detectar inyección intravascular inadvertida:
Teóricamente, la administración de 15 μg EV de epinefrina a una dilución de 5-15 μg · ml^{-1}, debería producir en el paciente un aumento de la frecuencia cardíaca de más de 10 latidos por minuto y/o, aumento de la presión arterial sistólica de más de 15 mmHg a los 40 segundos. Este test se ve afectado por embarazo, edad avanzada, dolor, ansiedad, drogas como betabloqueadores, opiodes, benzodiazepinas, clonidina y anestesia general. Existe controversia en relación a su uso en obstetricia, pediatría y en pacientes cardiópatas, sin embargo, se recomienda practicarlo por lo simple y fácil de realizar, sobretodo en bloqueos que requieran una gran masa de AL.

4.- Inyección lenta y aspiración frecuente:
Una maniobra fácil de realizar y que permite identificar precozmente signos de intoxicación y la presencia de la aguja dentro de un vaso. Se sugiere inyectar 5 ml cada 10 segundos. Algunos autores sugieren incluso esperar 30 - 40 segundos cada 5 ml sobre todo en bloqueos más craneales.

5.- Vigilancia:
Los pacientes deben ser permanentemente vigilados durante la inyección y también posterior al procedimiento anestésico. El inicio de los síntomas puede retardarse hasta 20 - 30 minutos en ISAL, producto de bloqueos periféricos (femoral, ciático) o anestesia tumescente (cirugía plástica).

Manejo de la ISAL

Cuando estamos enfrentados a una ISAL con compromiso neurológico, debemos actuar rápidamente asegurando la oxigenación, permeabilidad de la vía aérea y tratamiento de las convulsiones si es que se presentan (tiopental, propofol o benzodiacepinas), evitando daño del paciente y previniendo la aparición de hipoxia, hipercarbia, hiperkalemia y acidosis. Cuando se produce colapso cardiovascular se deben instaurar maniobras avanzadas de reanimación cardiopulmonar (ACLS) según normas vigentes[20], recordando que la droga de primera línea en el manejo de arritmias es la amiodarona y que los bloqueadores de los canales de calcio están contraindicados[10]. La utilidad de la epinefrina en este escenario ha sido cuestionada por el riesgo de favorecer la aparición de arritmias, por lo que se ha sugerido el uso de drogas con menos acción sobre el tejido éxcito-conductor como norepinefrina o vasopresina[10]. Aunque la vasopresina actualmente tiene una indicación basada en la evidencia científica y aparece en todas guías vigentes de reanimación cardiopulmonar, no se ha demostrado superioridad sobre epinefrina[9,10].

La reanimación del colapso cardiovascular secundario a ISAL por bupivacaína se ha caracterizado por la refractariedad a las medidas farmacológicas habituales, llegándose a plantear incluso como alternativa la asistencia externa con circulación extracorpórea. En este contexto, desde el año 2006, hemos recibido con sorpresa la recomendación de disponer de un litro de SL al 20% en todo lugar donde se realice anestesia regional, ya que después de una década de estudio, se ha demostrado su utilidad en animales y en humanos[21].

Soluciones lipídicas al 20%

Al hablar de lípidos o emulsiones lipídicas al 20%, estamos refiriéndonos básicamente a un 20% de aceite de soya purificado (triglicéridos y ácidos grasos libres), 1,2% de lecitina de yema de huevo, 2,25% de glicerina, agua y electrolitos. Su principal indicación hasta el momento había sido como componente de la terapia nutricional parentereral; en el ámbito de la anestesia se utiliza habitualmente como vehículo del propofol. Actualmente, las SL son consideradas un verdadero antídoto para revertir el efecto tóxico de los AL, ya que la acción descrita es rápida y evidente, lográndose recuperar el ritmo sinusal en pocos minutos. Hasta el momento no existe reporte de casos fallidos o reacciones adversas importantes secundarias a su administración en el manejo de una ISAL. Al ser una complicación poco frecuente, impredecible y potencialmente fatal, disponer de trabajos controlados es técnica y éticamente difícil, por lo que la recomendación para su uso se basa principalmente en estudios en animales y en el reporte de casos en seres humanos.

Actualmente, se dispone en el comercio de varias presentaciones que teóricamente, al disponer de una formulación parecida tendrían el mismo efecto, sin embargo, la mayoría de los casos repor-

tados han involucrado a Liposyn III®, Medialipid® e Intralipid®. Un trabajo de laboratorio demostró una mayor solubilidad y afinidad de los AL por Intralipid® comparada con Medialipid®[22].

Evidencia en animales

Wienberg y cols, en 1998[23], reportaron que la sobrevida de ratas pretratadas con SL y sometidas a ISAL con bupivacaína, era mayor que el grupo control, y que se necesitaba mayor masa de droga para inducir colapso cardiovascular.

En otro estudio realizado en perros bajo anestesia general, se indujo colapso cardiovascular con bupivacaína, realizando reanimación con medidas estándares durante 10 minutos. Un grupo recibió SL y el otro un placebo, siendo la mortalidad de 0% en el primer grupo y de 100% en el segundo. En el grupo que recibió SL, los perros recuperaron ritmo sinusal en un promedio de 5 minutos de iniciada la infusión[24]. Otro trabajo del mismo autor realizado en ratas, demostró que la recuperación hemodinámica posterior a paro cardíaco por ISAL fue más rápida en aquéllas que recibieron SL y que al medir la salida de bupivacaína racémica radiomarcada desde el miocardio, ésta se aceleraba en el grupo que recibía SL, recuperándose más rápidamente los índices de cronotropismo e inotropismo[25].

El protocolo que actualmente recomienda la Asociación de Anestesiólogos de Gran Bretaña e Irlanda fue evaluado en conejos. En los dos grupos estudiados se indujo asistolía tras la administración de bupivacaína y posteriormente se realizó masaje cardíaco externo y ventilación mecánica. El grupo que recibió SL obtuvo una mayor y más rápida recuperación de la circulación espontánea y menor mortalidad[26].

En resumen, se puede decir que en distintos animales de experimentación se ha demostrado que en los individuos pretratados con SL se necesita mayor dosis de bupivacaína para que evolucionen con cardiotoxicidad y que frente a eventos cardiotóxicos inducidos, los individuos tratados con SL evolucionan con mejor perfil hemodinámico y menor mortalidad.

Evidencia en seres humanos

El año 2006, se reportaron los dos primeros casos en que se utiliza clínicamente SL, lográndose revertir el colapso cardiovascular por ISAL. Rosenblant y cols[27], utilizaron por primera vez SL en un paciente que posteriormente a un bloqueo de plexo interescalénico (bupivacaína 0,5% 20ml, asociado a mepivacaína 1,5% 20 ml) evolucionó hacia un colapso cardiovascular que no respondió a medidas habituales de reanimación. La respuesta fue sorprendente, ya que a los pocos minutos el paciente recuperó el ritmo sinusal y a pesar de tener el antecedente de cardiopatía coronaria, su recuperación fue satisfactoria. Un tiempo después, también se reportó el uso de SL para revertir la intoxicación sistémica en un paciente de 84 años que recibió 40 ml de ropivacaína 1%[28].

A partir de entonces, se han reportado muchos más casos en los cuales el uso de SL siempre ha tenido éxito[16,29-33]. Los casos involucran distintos tipos de bloqueos periféricos y muchos pacientes añosos portadores de diversas patologías. Su efecto se ha demostrado no sólo sobre bupivacaína sino que también sobre levobupivacaína, lidocaína, ropivacaína, prilocaína y mepivacaína[3]. Se ha reportado éxito en la reversión de paro en asistolía, fibrilación ventricular y otras arritmias, como taquicardia ventricular, bigeminismo y taquicardia supraventricular atribuibles a ISAL[3]. También se ha utilizado para revertir agitación o pérdida de conciencia en pacientes que han evolucionado sólo con compromiso de SNC[16,30].

¿Cuándo y cómo administrarlos?

En un principio se recomendó "considerar" el uso SL en el manejo de ISAL cuando todas las medidas de reanimación hubiesen sido infructuosas[34]. Después del reporte de los numerosos casos en que su uso ha resultado ser exitoso, esa primera recomendación parece tímida y reñida con la ética, por lo que actualmente se recomienda administrar SL tan rápidamente como se disponga, frente a la sospecha de una ISAL[3,4].

Los distintos protocolos de administración de SL disponibles coinciden ampliamente y se resumen a continuación[35,36,37]:

1.- Disponer de 1 litro de solución lipídica al 20% en todos los lugares donde se realicen bloqueos regionales. Las SL están disponibles en todo el país y poseen indicación rutinaria en el contexto de la terapia nutricional parenteral.
2.- Cuando se sospeche una intoxicación sistémica por anestésicos locales:
   a) Solicite ayuda.
   b) Inicie maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzada.
   c) Administración recomendada de soluciones lipídicas al 20%:

talidad y se caracteriza por ser un cuadro de difícil manejo. Durante tres décadas, la investigación ha estado enfocada al desarrollo de anestésicos locales menos tóxicos y a la incorporación de nuevas técnicas que permitan una práctica de la anestesia regional en forma más segura. Desafortunadamente, pese a lo anterior, en la literatura se siguen reportando casos de intoxicación sistémica. Es por esto que con gran expectación, estamos asistiendo a la incorporación de lo que parece ser "el remedio para la enfermedad", como se ha denominado a las soluciones lipídicas al 20%, que por el momento parecen ser la mejor alternativa en el manejo de una complicación tan particular.

Actualmente, se sitúa a los lípidos como drogas de rescate imperativas en la intoxicación por AL. Sin lugar a dudas se revierte el efecto deletéreo y mejora el pronóstico de los pacientes, muchos de los cuales son pacientes con múltiples patologías agregadas. Sin embargo, aún falta mucho por aprender y en el futuro hay que estar atentos a los estudios que permitan definir con mayor precisión qué formulación y dosificación de SL permiten tener un mejor perfil de reanimación asociado a un menor riesgo de reacciones adversas. Esto no significa que haya que confiarse y, aún cuando se disponga de SL, hay que actuar con cautela tratando de disminuir los riesgos. La prevención sigue siendo la principal herramienta de enfrentamiento, por lo que deben cumplirse todas las recomendaciones que se sugieren, especialmente en aquellos pacientes que posean alguna condición especial y requieran ajuste de dosis, sobre todo si se va a realizar un bloqueo que requiera una gran masa de droga.

Bibliografía

1. Picard J, Ward S, Meek T. Antidotes to anesthestic catastrophe: lipid emulsion and dantrolene. Anesth Analg 2007; 105: 283-284.
2. Weinberg G. In defense of lipid resuscitation. Anaesthesia 2006; 61: 807-808.
3. Picard J. Lipid emulsion to treat drug overdose: past, present and future. Anaesth 2009; 64: 119-121.
4. Weinberg G. Lipid infusion therapy: translation to clinical practice. Anesth Analg 2008; 106: 1340-1342.
5. Albright G. Cardiac arrest following regional anesthesia with etidocaine or bupivacaine. Anethesiology 1979; 51: 285-287.
6. Mulroy M. Systemic toxicity and cardiotoxicity from local anesthetics: incidence and preventive measures. Reg Anest Pain Med 2002; 27: 556-561.
7. Borgeat A, Ekatodramis G, Kalberer F, Benz C. Acute and nonacute complications associated with interscalene block and shoulder surgery: a prospective study. Anesthesiology 2001; 95: 875-880.
8. Auroy Y, Narchi P, Messiah A, Litt L, Rouvier B, Samii K. Serious complications related to regional anesthesia: results of a prospective survey in France. Anesthesiology 1997; 87: 479-486.
9. Weinberg G. Current concepts in resuscitation of patients with local anesthetic cardiac toxicity. Reg Anest Pain Med 2002; 27: 568-575.
10. Tasch M, Butterworth J. Toxicity of local anesthetics. ASA Refresher Courses in Anesthesiology 2006; 34: 165-179.
11. Weinberg G, Palmer J, VadeBoncouer T, et al. Bupivacaine inhibits acylcarnitine exchange in cardiac mitochondria. Anesthesiology 2000; 92: 523-528.
12. Stehr S, Ziegeler J, Pexxa A, et al. The effects of lipid infussion on myocardial function and bioenergetics in L-bupivacaine toxicity in the isolated rat heart. Anesth Analg 2007; 104: 186-192.
13. Zink W, Graf B. The toxicity of local anesthetics: the place of ropivacaine and levobupivacaine. Curr Opin Anesthesiol 2008; 21: 645-650.
14. Rosenberg P, Veering B, Urmey W. Maximun recommended doses of local anesthestics: a multifactorial concept. Reg Anest Pain Med 2004; 29: 564-575.
15. Altermatt F. Dosis máximas de anestésicos locales. Rev Chil Anestesia 2007; 36: 71-76.
16. Litz R, Roessel T, Heller A, Stehr S. Reversal of central nervous system and cardiac toxicity after local anesthetic intoxication by lipid emulsion injection. Anesth Analg 2008; 106: 1575-1577.
17. Warren J, Thoma R, Georgescu A, Shah S. Intravenous lipid infusion in the successful resuscitation of local anesthetic-induced cardiovascular collapse after supraclavicular brachial plexus block. Anesth Analg 2008; 106: 1578-1580.
18. Levsky M, Miller M. Cardiovascular collapse from low dose bupivacaine. Can J Clin Pharmacol 2005; 12: e240-e245.
19. Mather L, Copeland S, Ladd L. Acute toxicity of local anesthetics: underlying pharmacokinetic and pharmacodynamic concepts. Reg Anesth Pain Med 2005; 30: 553-566.
20. Management of Cardiac Arrest. 2005 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Circulation 2005; 112: IV58-IV66.
21. Rowlingson J. Lipid rescue: A step forward in patient safety? Likely so! Anesth Analg 2008; 106: 1333-1336.
22. Mazoit J, Le Guen R, Beloeil H, Benhamou D. Binding of long lasting local anesthetics of lipid emulsions. Anesthesiology 2009; 110: 380-386.
23. Weinberg G, VadeVoncouer T, Ramaraju G, et al. Pretreatment or resuscitation with a lipid infusion shifts the dose-response to bupivacaine-induced asystole in rats. Anesthesiology 1998; 88: 1071-1075.
24. Weinberg G, Ripper R, Feinstein D,Hoffman W. Lipid emulsion infusion rescues dogs from bupivacaine-induced cardiac toxicity. Reg Anesth Pain Med 2003; 28: 198-202.
25. Weinberg G, Ripper R, Murphy P, et al. Lipid infusion accelerates

- bolo inicial de 1,5 ml · kg^{-1} en un minuto.
- infusión de mantención: 0,25 ml · kg^{-1} · min^{-1}

d) Si el cuadro no cede, repetir bolo cada 3 ó 5 minutos y subir la infusión de mantención a 0,5 ml · kg^{-1} · min^{-1}. Si se recupera el ritmo sinusal, bajarla nuevamente a 0,25 ml · kg^{-1} · min^{-1}. Se recomienda no exceder un total de 5 - 8 µg · kg^{-1} durante el período de reanimación.

3.- Se sugiere mantener los matraces de SL en un lugar de acceso rápido, por ejemplo en el carro de paro ya que además debe existir chequeo de caducidad.

Es necesario insistir en el concepto de que las SL deben ser administradas en el contexto de una reanimación cardiopulmonar avanzada que mantenga presiones de perfusión y oxigenación adecuadas. En cerdos en que se indujo paro cardíaco con bupivacaína e hipoxia, se reportó mejor sobreviva en el grupo que se reanimó con drogas vasoactivas comparado con el grupo que recibió sólo SL[38]. Se plantea que la hipoxia probablemente sea un escenario que limite el rendimiento de las emulsiones lipídicas[39] ya que como se ha reportado últimamente la disminución del pH disminuiría la afinidad de los lípidos por los AL[22].

También es recomendable mantener monitorizado a los pacientes posteriormente a un cuadro de ISAL y poder disponer de más SL, ya que existe el reporte de un paciente de 33 años que después de una de exitosa reanimación con SL, evolucionó con recurrencia del cuadro de ISAL tras 40 min de suspendida la infusión[33].

Mecanismo de acción

No está absolutamente dilucidado cuál es el mecanismo de acción por el cual las SL revierten el efecto de los AL, pero se plantean algunas teorías. Una de las más aceptadas sostiene que los lípidos generan una fase plasmática lipídica o "*lipid sink*" que extrae o remueve la bupivacaína desde el miocardio y desde el plasma, formando una verdadera emulsión[3,21,25].

También está la teoría energética, que postula que los lípidos aportarían directamente energía al cardiomiocito. Lo anterior se basa en el conocimiento previo del efecto que tiene la bupivacaína y otros AL sobre el metabolismo energético miocárdico, inhibiendo el transporte de ácidos grasos al interior de la mitocondria para su oxidación en el tejido cardíaco, los que son sustratos de elección en dicho tejido. Se plantea que las SL revertirían la inhibición de la enzima carnitina translocasa, encargada de transportar ácidos grasos hacia la mitocondria, donde serán oxidados[10-12,40].

Efectos secundarios

Hasta el momento no existe reporte de complicaciones importantes o reacciones adversas en el contexto del manejo de una complicación aguda como es la reversión de la ISAL. Existe un caso en el que se reportó aumento de la amilasa plasmática, por lo que se plantea que habría que estar atentos al posible riesgo de pancreatitis que podría gatillarse secundariamente a la hiperlipidemia aguda que ocurre tras la administración de grandes volúmenes de SL[33,39]. Las demás complicaciones se han descrito en pacientes que requieren apoyo nutricional por largo tiempo, generalmente en el ámbito de pacientes críticos: disminución de la respuesta inmunitaria e inflamatoria, aumento de eventos trombóticos, embolía grasa, hipertensión pulmonar, tromboflebitis, aumento de la presión intracraneana, etc[41].

Debe considerarse que las SL son susceptibles de inducir reacciones anafilácticas en pacientes que son alérgicos a la soya o al huevo, por lo que hay que tener presente este antecedente antes de su administración.

Otras indicaciones

Existe evidencia en animales y en humanos que el uso de SL revertiría el efecto deletéreo en casos de intoxicación de otras drogas lipofílicas, como antidepresivos, antimicóticos y antiarrítmicos (verapamil, sertralina, quetiapina, bupriopion, lamotrigina, clomipramina)[42]. Existe reporte de dos casos de intento de suicidio con antidepresivos que fueron "rescatados" con SL, posteriormente al manejo infructuoso con otras medidas. En un caso hubo reversión de la fibrilación ventricular y colapso cardiovascular y en el otro caso, reversión de coma profundo[3,42].

En Internet existe una página destinada a recopilar y publicar toda la información disponible, relacionada con la investigación y uso clínico de SL en el tratamiento de la toxicidad sistémica por AL y otras drogas, a la que se puede acceder en http://www.lipidrescue.org[36].

Comentario final

La intoxicación por AL es una complicación poco frecuente aunque grave, que se asocia a mor-

removal of bupivacaine and recovery from bupivacaine toxicity in the isolated rat heart. Reg Anesth Pain Med 2006; 31: 296-303.
26. Cave G, Harvey M, Winterbottom T. Evaluation of the Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland lipid infusion protocol in bupivacaine induced cardiac arrest in rabbits. Anaesthesia 2009; 64: 732-737.
27. Rosenblatt M, Abel M, Fisher G, Itzkovich C, Eisenkraft J. Successful use of a 20% lipid emulsion to resuscitate a patient after a presumed bupivacaine-related cardiac arrest. Anesthesiology 2006; 105: 217-218.
28. Litz R, Popp M, Stehr S, Koch T. Successful resuscitation of a patient with ropivacaine-induced asystole after axillary plexus block using lipid infusion. Anaesth 2006; 61: 800-801.
29. Foxall G, McCahon R, Lamb J, et al. Levobupivacaine-induced seizures and cardivascular collapse treated with Intralipid®. Anaesth 2007; 62: 516-518.
30. Spence A. Lipid reversal of central nervous system symptoms of bupivacaine toxicity Anesthesiology 2007; 107: 516-517.
31. McCutchen T, Gerancher J. Early intralipid therapy may have prevented bupivacaine-associated cardiac arrest. Reg Anesth Pain Med 2008; 33: 178-180.
32. Ludot H, Tharin J, Belouadah M, et al. Successful resuscitation after ropivacaine and lidocaine-induced ventricular arrhytmia following posterior lumbar plexus block in a child. Anesth Analg 2008; 106: 1572-1574.
33. Marwick P, Levin A, Coetzee A. Recurrence of cardiotoxicity after lipid rescue from bupivacaine-induced cardiac arrest. Anesth Analg 2009; 108: 1344-1346.
34. Groban L, Butterwoth J. Lipid reversal of bupivacaine toxicity:has the silver bullet been identified? Reg Anesth Pain Med 2003; 28: 167-169.
35. The Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland. (Acceso el 10 de Abril de 2009, en http://www.aagbi.org/publications/guidelines/docs/guidelines_for_the_management_of severe_local_anaesthetic_toxicity.htm
36. Lipid Rescue. Resuscitation for cardiac toxicity. (Acceso el 5 de Marzo de 2009, en http://www.lipidrescue.org/getting_started/treatment_regimens.htm).
37. Anesthésie loco régionale francophone (Accseso el 2 de Marzo de 2009, en www.alrf.asso.fr/sosalr/recommandations/cardiotoxicite_des_al.htm).
38. Mayr V, Mitterschiffhaler L, Neurauter A, et al. A comparison of the combination of epinephrine and vasopressin with lipid emulsion in a porcin model of asphyxial cardiac arrest after intravenous injection of bupivacaine. Anesth Analg 2008; 106: 1566-1571.
39. Weinberg G. Limits to lipid en literature and lab:what we know, what we don't know. Anesth Analg 2009; 108: 1062-1064.
40. Sztark F, Malgat M, Dabadie P, Mazat J. Comparisonof the effects of bupivacaine and ropivacaine on heart cell mitochondrial bioenergetics. Anesthesiology 1998; 88: 1340-1349.
41. Brull S. Lipid emulsion for the treatment of local anesthetic toxicity: patient safety implications. Anesth Analg 2008; 106: 1337-1339.
42. Finn S, Uncles D, Willers J, Sable N. Early treatment of a quetiapineand sertraline overdose with Intralipid®. Anaesthesia 2009; 64: 191-194.

Original

JUZGADO 51 CIVIL CTO.
JUL 10'19 PM 2:24
174 PL

Respetado
CARLOS ALBERTO SIMOÉS PIEDRAHITA
JUEZ CINCUENTA Y UNO (51) CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ
E. S. D.

Referencia:	**Proceso Verbal de Mayor Cuantía** Radicado N° 2014-376
Demandante:	JUAN SEBATIAN DE LA PAVA ORDOÑEZ Y OTROS.
Demandados:	SALUD TOTAL EPS-S S.A.Y OTROS.
Llamados en Garantía:	GLORIA STELLA NAVAS GARCIA Y OTROS.

ASUNTO: CONTESTACION DE LA DEMANDA Y PROPOSICION DE EXCEPCIONES DE MERITO DE LA LLAMADA EN GARANTIA DRA. GLORIA STELLA NAVAS GARCIA

JOÁN SEBASTIÁN MARÍN MONTENEGRO, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.016.037.522 de Bogotá y con Tarjeta Profesional de Abogado No. 278.639 expedida por el Honorable Consejo Superior de la Judicatura, domiciliado y residente en la ciudad de Bogotá D.C., actuando como apoderado especial de la llamada en garantía Dra. **GLORIA STELLA NAVAS GARCIA**, domiciliada y residente en la ciudad de Bogotá D.C. de conformidad con reconocimiento de personería jurídica de auto del 3 julio de 2019, a través del presente escrito con el respeto acostumbrado y dentro del término legal me permito presentar **CONTESTACION DE LA DEMANDA Y PROPOSICION DE EXCEPCIONES DE MERITO DE LA LLAMADA EN GARANTIA DRA. GLORIA STELLA NAVAS GARCIA** de conformidad con las siguientes:

I. PRONUNCIAMIENTO RESPECTO DE LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

De conformidad con el artículo 96 del C.G.P. (Artículo 92 del C.P.C.) solicito con el acostumbrado respeto a este despacho judicial para que desestime las pretensiones de la demanda por carecer de argumentos facticos y jurídicos, de conformidad con el acervo probatorio, el pronunciamiento factico a la demanda, y los argumentos exceptivos y jurídicos dentro del presente documento, en razón a que mi poderdante la Dra. **GLORIA STELLA NAVAS GARCIA** valoró a la paciente RUTH DE LA PAVA el día 22 de febrero de 2010, en horas de la tarde, esto, porque la paciente se presentó en una sala de cirugía del centro policlínico del Olaya, lugar donde la Dra. Navas estaba laborando como especialista en anestesiología. Dos días antes la señora Ruth había sido atendida en el servicio de urgencias del mismo centro debido a una caída que había causado dolor y deformidad en la muñeca. Luego, por parte de los especialistas le tomaron una radiografía que fue anormal y el ortopedista le había diagnosticado una fractura epifisis distal de radio con angulación dorsal que ameritaba manejo quirúrgico. El Dr. Ricardo Arias la había programado de manera prioritaria para reducción cerrada y osteosíntesis de radio distal.

En vista de lo anterior, la Dra. Navas consulto el registro clínico de urgencias, y luego interrogó y examinó a la paciente en el área de cirugía ambulatoria. encontró que la paciente negaba antecedentes patológicos de importancia y no refirió alergia alguna, luego explico a la paciente los riegos de la anestesia y presento las opciones posibles que eran anestesia general o regional, que era la mejor indicada para el procedimiento programado porque se asocia con menos molestias perioperatoria, aproximadamente a las 5 P.m. la paciente fue llevada a la sala de cirugía, se le canalizó una vena periférica, se administró oxígeno y se colocaron los monitores estándares para este tipo de procedimientos, la doctora Navas procedió a colocar el bloqueo mediante el uso de referencias para guiar el sitio de la punción del bloqueo interescalénico e identifico el sitio correcto de inyección porque la paciente refirió parestesias en la extremidad superior. Luego, aspiró con una jeringa para cerciorarse que la punta de la aguja no estaba dentro de un vaso sanguíneo, prueba que fue negativa. A continuación, inyecto dos ml de lidocaína al 1% con epifrina para verificar que no había cambios mentales ni en el electrocardiograma luego de la inyección, con el fin de confirmar que no estaba dentro de un vaso sanguíneo. Dicha prueba también fue negativa. Entonces, la Dra. Navas inyecto la dosis total calculada del anestésico local para el bloqueo, que fueron 10 ml (50 mg) bupivacaína al 0,5% con epinefrina más 10 ml (100 mg) de lidocaína 1% con epinefrina. Inmediatamente después, la paciente presentó episodio convulsivo y depresión miocárdica. Inmediatamente la doctora navas inicio las maniobras de reanimación que consistieron en intubación

endotraqueal, masaje cardiaco externo, aplicación de dosis bolo de 1 mg de adrenalina, seguida de una infusión continua de una mezcla con 5 ampollas de adrenalina diluidas en 500 ml de solución salina pasada a goteo rápido, luego de esto, y de 45 minutos de reanimación avanzada, la paciente entro ritmo cardiaco normal (sinusal) y recuperó la presión arterial y se tomaron los exámenes diagnósticos para la estabilización de la paciente luego mi prohijada le comento la situación a los familiares, y ya la usuaria de la salud permaneció en estado crítico en la uci pero permaneció en un choque cardiogénico severo que comprometió la función de todos los órganos y la llevó a la muerte, la cual sucedió 18 horas después del ingreso.

Por los mismos hechos de este proceso, la doctora Navas ya fue juzgada en dos instancias por los mismos hechos y ya fue absuelta (Tribunal de Ética Médica y Fiscalía). Los argumentos que fundamentan la demanda son irreales, carecen de soporte científico y son contrarios a la racionalidad y al sentido común; en tanto las pretensiones de la demanda, están indefectiblemente llamadas al fracaso, por la no prueba de los elementos de la responsabilidad medica en contra de mi prohijado y sustento jurídico que acredite las mismas:

1. PRONUNCIAMIENTO RESPECTO DE LAS PRETENSIONES DECLARATIVAS:

A LA PRETENSION A: ME OPONGO a la declaratoria de la muerte de la paciente por supuesta mala práctica médica y en el momento de la reanimación de la paciente pues de conformidad con las pruebas documentales, testimoniales y dictamen pericial que se aportan con el presente escrito hubo un adecuado cumplimiento de la *lex artis* por parte de mi prohijada la Dra. GLORIA STELLA NAVAS GARCIA tanto en la aplicación y cantidad del medicamento anestésico como el seguimiento y adecuada atención medica una vez se complicó la paciente en quirófano y hasta estabilizarla y pasarla a UCI, y la paciente producto de la complicación quedo con falla multiorganica y falleció a las 18 horas, lo que evidencia una ausencia de culpa y falta de nexo causal con la conducta profesional y perita de mi prohijada.

A LA PRETENSION B: ME OPONGO a la declaratoria de un nexo de causalidad entre el procedimiento quirúrgico de la paciente y su muerte, sin dejar de mencionar que es una pretensión subsidiaria con falta de técnica jurídica en su solicitud, además de conformidad con las pruebas documentales, testimoniales y dictamen pericial que se aportan con el presente escrito hubo un adecuado cumplimiento de la *lex artis* por parte de mi prohijada la Dra. GLORIA STELLA NAVAS GARCIA tanto en la aplicación y cantidad del medicamento anestésico como el seguimiento y adecuada atención medica una vez se complicó la paciente en quirófano y hasta estabilizarla y pasarla a UCI, y la paciente producto de la complicación quedo con falla multiorganica y falleció a las 18 horas, lo que evidencia una ausencia de culpa y falta de nexo causal con la conducta profesional y perita de mi prohijada.

A LA PRETENSION C: ME OPONGO mencionando que hay una indebida acumulación de pretensiones que no se acompasan con la técnica procesal estipulada en la ley adjetiva; además que no hay ningún reconocimiento a perjuicios materiales en el presente evento por cuanto no se configuran los supuestos de la responsabilidad medica alegada, por cuanto de conformidad con las pruebas documentales, testimoniales y dictamen pericial que se aportan con el presente escrito hubo un adecuado cumplimiento de la *lex artis* por parte de mi prohijada la Dra. GLORIA STELLA NAVAS GARCIA tanto en la aplicación y cantidad del medicamento anestésico como el seguimiento y adecuada atención medica una vez se complicó la paciente en quirófano y hasta estabilizarla y pasarla a UCI, y la paciente producto de la complicación quedo con falla multiorganica y falleció a las 18 horas, lo que evidencia una ausencia de culpa y falta de nexo causal con la conducta profesional y perita de mi prohijada.

A LA PRETENSION D: ME OPONGO a la declaratoria de responsabilidad civil contractual y patrimonial en contra de mi prohijada y a favor del extremo demandante toda vez que la declaratoria de responsabilidad civil médica, surge de la conjunción de varios elementos para su declaratoria como son el daño cierto (la conducta culposa del profesional de la salud -acción u omisión-), y el nexo causal; empero, no hay ninguna violación a la lex artis que se le pueda reprochar a mi mandante respecto de la atención en salud de la familiar de los demandantes, debido a que en toda la atención medica que se desplegó a la señora RUTH DE LA PAVA fue una conducta diligente, prudente, perita y oportuna, adecuada y conforme a los protocolos y la *lex artis* exigible tanto en la aplicación de anestesia y el manejo de la complicación en el tiempo quirúrgico del 22 de febrero de 2010 al interior del CPO.

2. PRONUNCIAMIENTO RESPECTO DE LAS PRETENSIONES DE CONDENA:

A LA PRETENSION A: ME OPONGO a la condena de perjuicios materiales en la suma de $180.915.407 m/cte. exigidos por el extremo demandante, pues no hay lugar a acceder al *petitum* exigido toda vez que al no existir los elementos probatorios para la declaratoria de responsabilidad civil medica en contra de mi mandante, de contera es inexistente entrar a condenar al extremo pasivo a las sumas reclamadas por el actor del proceso; máxime si durante las atenciones médicas prestadas por parte de la Dra. **GLORIA STELLA NAVAS GARCIA** fueron peritas, diligentes y oportunas, conforme a los protocolos médicos, la literatura médica y la *lex artis* aplicable para todo el periodo de hospitalización de la paciente en la presente acción.

A LA PRETENSION B: ME OPONGO a la condena por perjuicios morales y daño en la vida relación de la parte demandante pues se trata de una indebida acumulación de pretensiones realizada por el apoderado de la parte demandante sin siquiera saber cuál es el monto en salarios mínimos exigidos para cada uno simplemente asevera una suma global de $482.800.000 m/cte. Esto sin mencionar que no hay ninguna prueba dentro de las documentales aportadas con el libelo genitor que indique el grado de afectación en su fuero social o para relacionarse normalmente en el exterior de los demandante a raíz del daño alegado por lo que parece una confusión en la tipología de daño inmaterial y toda la reclamación se enmarca dentro del daño moral.

No obstante lo anterior, es una pretensión llamada al fracaso por cuanto el daño padecido por la demandante producto de la presente acción de reparación, no es consecuencia de una mala praxis del galeno encartado pues como se esbozará a lo largo de esta defensa la complicación de la paciente se detectó y se trató oportunamente y falleció producto de una falla multiorganica, configurándose así un eximente de responsabilidad máxime si por parte de la Dra. GLORIA STELLA NAVAS GARCIA se hizo el procedimiento con toda la diligencia que el estado del arte exigía, y más un posoperatorio constante y conforme a la sintomatología evidenciada por la paciente hasta su estabilización en UCI cuando ya mi mandante perdió contacto con la usuaria de la salud.

También me OPONGO a la liquidación de los perjuicios inmateriales, pues son excesivamente tasadas por el extremo activo procesal, sin tener en cuenta las tasas máximas de indemnización dependiendo el tipo de daño para la víctima, eso sí, que se encuentre debidamente acreditado, no obstante dentro del plenario brilla por su ausencia alguna acreditación del estado de incapacidad de la demandante emitido por alguna institución debidamente facultada para tal, por lo que se ignora el grado de afectación del daño.

A LA PRETENSION C: ME OPONGO al pago de los mayores valores que resulten probados, por bajo un sistema judicial civil de carácter dispositivo es a la parte demandante que le corresponde demostrar razonadamente los perjuicios causados, y no un reconocimiento de oficio que sea declarado por parte del despacho; eso sin dejar de lado que en el *sublite* no se encuentra acreditado ninguno de los elementos axiológicos de la responsabilidad civil medica en contra de mi poderdante que permita acceder a la condena solicitada por el extremo actor.

A LA PRETENSION D: ME OPONGO a la condena en costas en contra de mi mandante, por cuanto no hay acreditación de los elementos axiológicos de la responsabilidad medica dentro del presente asunto, y si se comprobara bajo estándares probatorios que hay una ausencia causal y culpabilistica respecto del actuar de mi mandante en la atención medica dispensada a la paciente.

II. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

De conformidad con el numeral 2 del artículo 96 del C.G.P. (Artículo 92 del C.P.C.) Me permito contestar expresamente cada uno de los hechos de la demanda, en los siguientes términos:

1. **PRONUNCIAMIENTO DE LOS HECHOS SOBRE LOS ANTECEDENTES A LA MUERTE DE LA SEÑORA RUTH DE LA PAVA ORDOÑEZ.**

AL HECHO A: ES CIERTO de conformidad con las documentales obrantes dentro del proceso y bajo el simple hecho que cuando la paciente fue atendida por parte de mi prohijada el 22 de febrero de 2010 para cirugía ésta se encontraba con buen estado de salud, tato así, que se clasificó como riesgo ASA I sin ningún aparente riesgo o contraindicación para el acto anestésico.

AL HECHO B: NO ME CONSTA la actividad que estaba realizando la paciente junto con su familia producto del trauma en su mano pues mi prohijada conoció a la paciente hasta el 22 de febrero de 2010 día de la cirugía; no obstante de la historia clínica que reposa dentro del plenario se tiene que el 20/02/2010, en Bogotá, Ruth de la Pava Ordoñez, de 37 años, soltera, madre de dos hijos menores de edad, trabajadora de una cita, afiliada a la EPS salud total, ingreso al servicio de urgencias del centro policlínico del Olaya (cpo). El médico general anotó que a las 6 am del mismo día (20 de febrero) se cayó en escalera y que desde entonces presentaba dolor en la muñeca, que no había mejorado con naproxeno, que tenía antecedentes de dos embarazos, uno con parto vaginal y otro con cesárea, que no había antecedentes alérgicos, que los signos vitales eran normales y que al examen físico se encontró edema, equimosis en muñeca derecha y limitación funcional muñeca, con buena perfusión distal. Luego, el diagnóstico de ingreso fue contusión de la muñeca. Ordenó aplicar una ampolla de diclofenaco im y tomar una radiografía simple de la muñeca que mostró fractura del tercio distal de radio, desplazada con angulación en sentido dorsal. En horas de la noche fue valorada por ortopedista, quien diagnostico fractura epifisis distal de radio y emitió orden para manejo quirúrgico con reducción cerrada y osteosíntesis de radio distal. Se inmovilizó la extremidad con férula de yeso y se dio salida.

AL HECHO C: NO ME CONSTA los convenios que tenía la EPS Salud Total de la paciente con distintas IPS para atención, pues es un acto administrativo que es ajeno a la conducta medica prestada por parte de mi prohijada.

AL HECHO D: NO ME CONSTA el diagnostico de ingreso de la paciente el día del accidente pues mi prohijada conoció a la paciente hasta el 22 de febrero de 2010 día de la cirugía; no obstante de la historia clínica que reposa dentro del plenario se tiene que el 20/02/2010, en Bogotá, Ruth de la Pava Ordoñez, de 37 años, soltera, madre de dos hijos menores de edad, trabajadora de una cita, afiliada a la EPS salud total, ingreso al servicio de urgencias del centro policlínico del Olaya (cpo). El médico general anotó que a las 6 am del mismo día (20 de febrero) se cayó en escalera y que desde entonces presentaba dolor en la muñeca, que no había mejorado con naproxeno, que tenía antecedentes de dos embarazos, uno con parto vaginal y otro con cesárea, que no había antecedentes alérgicos, que los signos vitales eran normales y que al examen físico se encontró edema, equimosis en muñeca derecha y limitación funcional muñeca, con buena perfusión distal. Luego, el diagnóstico de ingreso fue contusión de la muñeca. Ordenó aplicar una ampolla de diclofenaco im y tomar una radiografía simple de la muñeca que mostró fractura del tercio distal de radio, desplazada con angulación en sentido dorsal. En horas de la noche fue valorada por ortopedista, quien diagnostico fractura epifisis distal de radio y emitió orden para manejo quirúrgico con reducción cerrada y osteosíntesis de radio distal. Se inmovilizó la extremidad con férula de yeso y se dio salida.

AL HECHO E: NO ME CONSTA el diagnostico de ingreso de la paciente el día del accidente pues mi prohijada conoció a la paciente hasta el 22 de febrero de 2010 día de la cirugía; no obstante de la historia clínica que reposa dentro del plenario se tiene que el 20/02/2010, en Bogotá, Ruth de la Pava Ordoñez, de 37 años, soltera, madre de dos hijos menores de edad, trabajadora de una cita, afiliada a la EPS salud total, ingreso al servicio de urgencias del centro policlínico del Olaya (cpo). El médico general anotó que a las 6 am del mismo día (20 de febrero) se cayó en escalera y que desde entonces presentaba dolor en la muñeca, que no había mejorado con naproxeno, que tenía antecedentes de dos embarazos, uno con parto vaginal y otro con cesárea, que no había antecedentes alérgicos, que los signos vitales eran normales y que al examen físico se encontró edema, equimosis en muñeca derecha y limitación funcional muñeca, con buena perfusión distal. Luego, el diagnóstico de ingreso fue contusión de la muñeca. Ordenó aplicar una ampolla de diclofenaco im y tomar una radiografía simple de la muñeca que mostró fractura del tercio distal de radio, desplazada con angulación en sentido dorsal. En horas de la noche fue valorada por ortopedista, quien diagnostico fractura epifisis distal de radio y emitió orden para manejo quirúrgico con reducción cerrada y osteosíntesis de radio distal. Se inmovilizó la extremidad con férula de yeso y se dio salida.

AL HECHO F: ES CIERTO Y SE ACLARA en razón a que mi poderdante la Dra. **GLORIA STELLA NAVAS GARCIA** valoró a la paciente RUTH DE LA PAVA el día 22 de febrero de 2010, en horas de la tarde, esto, porque la paciente se presentó en una sala de cirugía del centro policlínico del Olaya, lugar donde la Dra. navas estaba laborando como especialista en anestesiología. Dos días antes la señora Ruth había sido atendida en el servicio de urgencias del mismo centro debido a una caída que había causado dolor y deformidad en la muñeca. Luego, por parte de los especialistas le tomaron una radiografía que fue anormal y el ortopedista le había diagnosticado una fractura epifisis distal de radio con angulación dorsal que ameritaba manejo quirúrgico. El Dr. Ricardo Arias la había programado de manera prioritaria para reducción cerrada y osteosíntesis de radio distal.

En vista de lo anterior, la Dra. Navas consulto el registro clínico de urgencias, y luego interrogó y examinó a la paciente en el área de cirugía ambulatoria. encontró que la paciente negaba antecedentes patológicos

de importancia y no refirió alergia alguna, luego explico a la paciente los riegos de la anestesia y presento las opciones posibles que eran anestesia general o regional, que era la mejor indicada para el procedimiento programado porque se asocia con menos molestias perioperatoria, aproximadamente a las 5 P.m. la paciente fue llevada a la sala de cirugía, se le canalizó una vena periférica, se administró oxígeno y se colocaron los monitores estándares para este tipo de procedimientos, la doctora Navas procedió a colocar el bloqueo mediante el uso de referencias para guiar el sitio de la punción del bloqueo interescalénico e identifico el sitio correcto de inyección porque la paciente refirió parestesias en la extremidad superior. Luego, aspiró con una jeringa para cerciorarse que la punta de la aguja no estaba dentro de un vaso sanguíneo, prueba que fue negativa. A continuación, inyecto dos ml de lidocaína al 1% con epifrina para verificar que no había cambios mentales ni en el electrocardiograma luego de la inyección, con el fin de confirmar que no estaba dentro de un vaso sanguíneo. Dicha prueba también fue negativa. Entonces, la Dra. Navas inyecto la dosis total calculada del anestésico local para el bloqueo, que fueron 10 ml (50 mg) bupivacaína al 0,5% con epinefrina más 10 ml (100 mg) de lidocaína 1% con epinefrina. Inmediatamente después, la paciente presentó episodio convulsivo y depresión miocárdica. Inmediatamente la doctora navas inicio las maniobras de reanimación que consistieron en intubación endotraqueal, masaje cardiaco externo, aplicación de dosis bolo de 1 mg de adrenalina, seguida de una infusión continua de una mezcla con 5 ampollas de adrenalina diluidas en 500 ml de solución salina pasada a goteo rápido, luego de esto, y de 45 minutos de reanimación avanzada, la paciente entro ritmo cardiaco normal (sinusal) y recuperó la presión arterial y se tomaron los exámenes diagnósticos para la estabilización de la paciente luego mi prohijada le comento la situación a los familiares, y ya la usuaria de la salud permaneció en estado crítico en la uci pero permaneció en un choque cardiogénico severo que comprometió la función de todos los órganos y la llevó a la muerte, la cual sucedió 18 horas después del ingreso.

Por lo anterior se evidencia un riesgo inherente previsto para el acto anestésico y que es imprevisible pero que la literatura médica es coincidente en mencionar que puede ocasionarse en pacientes que presenten un acto alérgico a la bipuvacaina en cierto porcentaje, y es una situación ajena al acto médico del profesional anestesiólogo, por lo que no hay lugar a endilgar culpa en contra de mi prohijada.

AL HECHO G: ES CIERTO Y SE ACLARA que una vez se aplicó la anestesia por la vía y dosis correctas previa realización de pruebas para no correr el riesgo de presentar un riesgo adverso, más el consentimiento informado por parte de la paciente y mi mandante y la ausencia de manifestaciones clínicas que pudieran hacer sospechar a la profesional del riesgo de alergia a la anestesia, ésta es suministrada para inmovilizar a al paciente y realizar la correspondiente cirugía en su extremidad superior, no obstante, la paciente presentó episodio convulsivo y depresión miocárdica. Inmediatamente la doctora Navas inicio las maniobras de reanimación que consistieron en intubación endotraqueal, masaje cardiaco externo, aplicación de dosis bolo de 1 mg de adrenalina, seguida de una infusión continua de una mezcla con 5 ampollas de adrenalina diluidas en 500 ml de solución salina pasada a goteo rápido, luego de esto, y de 45 minutos de reanimación avanzada, la paciente entro ritmo cardiaco normal (sinusal) y recuperó la presión arterial y se tomaron los exámenes diagnósticos para la estabilización de la paciente luego mi prohijada le comento la situación a los familiares, y ya la usuaria de la salud permaneció en estado crítico en la uci pero permaneció en un choque cardiogénico severo que comprometió la función de todos los órganos y la llevó a la muerte, la cual sucedió 18 horas después del ingreso.

Por lo anterior se evidencia un riesgo inherente previsto para el acto anestésico y que es imprevisible pero que la literatura médica es coincidente en mencionar que puede ocasionarse en pacientes que presenten un acto alérgico a la bipuvacaina en cierto porcentaje, y es una situación ajena al acto médico del profesional anestesiólogo, por lo que no hay lugar a endilgar culpa en contra de mi prohijada.

AL HECHO H: ES CIERTO Y SE ACLARA que el tiempo de reanimación de la paciente es relacionado proporcionalmente con el suministro de medicamentos por parte de la profesional anestesióloga para lograr estabilizarla y recuperar funciones cardiacas y respiratorias de conformidad con las normas de la *lex artis* lo que fue explicado ya en líneas anteriores.

AL HECHO I: ES PARCIALMENTE CIERTO pues de conformidad con el informe de necropsia médico legal no 2010010111001000717 de fecha 24-02-2010. Regional centro iml ycf prosector Dra. Mabel Zurbarán ampliación de necropsia d210237 7 de julio-2010 regional centro iml ycf suscribe Dra. Mabel Zurbarán la opinión del perito sobre causa de muerte relacionada con el acto anestésico es bastante precisa y está fundamentada en la ausencia de hallazgos de enfermedad que expliquen la muerte y la relación temporal con el procedimiento anestésico.

Lo anterior, porque la opinión de la perito es favorable porque no cuestiona el acto médico y dice que estaba indicado para el manejo quirúrgico de la fractura del tercio distal de radio; plantea la perito que se presentaron complicaciones y registra las descritas en la literatura médica. Respecto de la conducta por la Dra. Navas dice que la aplicación se hizo intermitente y verificando que no hubiera sangrado de retorno, por lo cual no hay evidencia clara de esa complicación

> En la literatura médica, se considera el bloqueo del plexo braquial uno de los métodos anestésicos mas utilizados para cirugías el miembro superior. Es una técnica útil, segura y económica que ha incrementado su uso en las últimas décadas.

AL HECHO J: NO ME CONSTA las decisiones que tomaron los familiares de la paciente una vez estuvo fallecida, lo cierto es que dentro de las documentales se observa el informe de necropsia médico legal no 201001011001000717 de fecha 24-02-2010. Regional centro iml ycf prosector Dra. Mabel Zurbarán ampliación de necropsia d210237 7 de julio-2010 regional centro iml ycf suscribe Dra. Mabel Zurbarán la opinión del perito sobre causa de muerte relacionada con el acto anestésico es bastante precisa y está fundamentada en la ausencia de hallazgos de enfermedad que expliquen la muerte y la relación temporal con el procedimiento anestésico.

Lo anterior, porque la opinión de la perito es favorable porque no cuestiona el acto médico y dice que estaba indicado para el manejo quirúrgico de la fractura del tercio distal de radio; plantea la perito que se presentaron complicaciones y registra las descritas en la literatura médica. Respecto de la conducta por la Dra. Navas dice que la aplicación se hizo intermitente y verificando que no hubiera sangrado de retorno, por lo cual no hay evidencia clara de esa complicación

> En la literatura médica, se considera el bloqueo del plexo braquial uno de los métodos anestésicos mas utilizados para cirugías el miembro superior. Es una técnica útil, segura y económica que ha incrementado su uso en las últimas décadas.

AL HECHO K: NO ME CONSTA poniendo de presente a este respetado despacho que se trata de una indebida acumulación de hechos, un relato confuso y etéreo, a más que subjetivo que no aporta pruebas que soporten las pretensiones de la demanda ni tampoco se tiene las declaraciones de los supuestos galenos que le indicaron a los demandantes la supuesta violación a la *lex artis* que se alega con el libelo genitor.

AL HECHO L: ES CIERTO Y SE ACLARA por cuanto la referida investigación penal que instauro la familia de la paciente en contra de mi prohijada fue terminada por la misma corporación (Fiscalía 228 Unidad de Vida providencia del 2 de agosto de 2018) mediante el **archivo definitivo** de la investigación penal por **atipicidad** de conformidad con el artículo 79 del Código de Procedimiento Penal que señala:

> ***"Artículo 79.*** *Archivo de las diligencias. Cuando la Fiscalía tenga conocimiento de un hecho respecto del cual constate que* ***no existen motivos o circunstancias fácticas que permitan su caracterización como delito****, o indiquen su posible existencia como tal, dispondrá el archivo de la actuación".* (Se resalta).

Que los argumentos que tuvo en cuenta el ente investigador para cesar el adelantamiento de la denuncia en contra de mi prohijada fue que no se encontró por probado el nexo de causalidad entre la muerte de la paciente y la atención médica prestada por parte de la Dra. GLORIA STELLA NAVAS GARCIA que tenía la idoneidad para el suministro de la Anestesia y que ésta se **ajustó a los protocolos de manejo y no trascendió el riesgo jurídicamente permitido,** situación que fue debidamente acreditada en interrogatorio que absolvió mi mandante en diligencia del 26 de julio de 2018.

2. PRONUNCIAMIENTO A LOS HECHOS RELATIVOS AL CONTENIDO DE LA HISTORIA CLINCIA Y DICTAMEN DEL INML Y CF.

AL HECHO A: NO ME CONSTA la entrega de la historia clínica de la paciente por parte de la IPS a la parte demandante pues es un acto administrativo que es ajeno a la conducta médica proporcionada por parte de la Dra. GLORIA STELLA NAVAS GARCIA.

AL HECHO B: NO ME CONSTA el diagnostico de ingreso de la paciente el día del accidente pues mi prohijada conoció a la paciente hasta el 22 de febrero de 2010 día de la cirugía; no obstante de la historia

clínica que reposa dentro del plenario se tiene que el 20/02/2010, en Bogotá, Ruth de la Pava Ordoñez, de 37 años, soltera, madre de dos hijos menores de edad, trabajadora de una cita, afiliada a la EPS salud total, ingreso al servicio de urgencias del centro policlínico del Olaya (cpo). El médico general anotó que a las 6 am del mismo día (20 de febrero) se cayó en escalera y que desde entonces presentaba dolor en la muñeca, que no había mejorado con naproxeno, que tenía antecedentes de dos embarazos, uno con parto vaginal y otro con cesárea, que no había antecedentes alérgicos, que los signos vitales eran normales y que al examen físico se encontró edema, equimosis en muñeca derecha y limitación funcional muñeca, con buena perfusión distal. Luego, el diagnóstico de ingreso fue contusión de la muñeca. Ordenó aplicar una ampolla de diclofenaco im y tomar una radiografía simple de la muñeca que mostró fractura del tercio distal de radio, desplazada con angulación en sentido dorsal. En horas de la noche fue valorada por ortopedista, quien diagnostico fractura epifisis distal de radio y emitió orden para manejo quirúrgico con reducción cerrada y osteosíntesis de radio distal. Se inmovilizó la extremidad con férula de yeso y se dio salida.

AL HECHO C: ES CIERTO Y SE ACLARA teniendo en cuenta que de la lectura de la historia clínica de la paciente se desprende que la Dra. Navas consulto el registro clínico de urgencias, y luego interrogó y examinó a la paciente en el área de cirugía ambulatoria. Encontró que la paciente negaba antecedentes patológicos de importancia y no refirió alergia alguna. Como antecedente gineco-ostetrico refirió haber tenido un parto vaginal y haber sido operada de una cesárea bajo anestesia regional sin complicaciones. El examen físico general fue normal. Tenía una inmovilización en la extremidad superior y la mano no mostraba anormalidades vasculares ni neurológicas. El estado de salud fue normal (asa i) y la clase funcional sin restricciones. La doctora navas considero que la paciente estaba apta para ser operada, y que no requería exámenes de laboratorio, porque era joven y sana y el procedimiento programado no implicaba un sangrado importante ni una alteración significativa del funcionamiento del organismo. Explico a la paciente los riegos de la anestesia y presento las opciones posibles que eran anestesia general o regional, que era la mejor indicada para el procedimiento programado porque se asocia con menos molestias perioperatoria, con menor dolor, náuseas y vómitos postoperatorios y con una mejor y más rápida recuperación funcional de la extremidad. La paciente estuvo de acuerdo y firmó el consentimiento informados para la anestesia regional en el cual se anotó que la técnica planeada era un bloqueo interescalénico.

Por lo anterior mi mandante así como otros galenos consignaron en la historia clínica que no había ningún antecedente, patología o signo que hiciera sospechar algún tipo de alteración que pudiera presentar la paciente al momento de la aplicación de la Anestesia por parte de mi prohijada.

Igual a lo anterior, del informe de necropsia del INML se evidencia el cumplimiento del deber de información por parte de mi mandante y del buen estado de salud de la paciente:

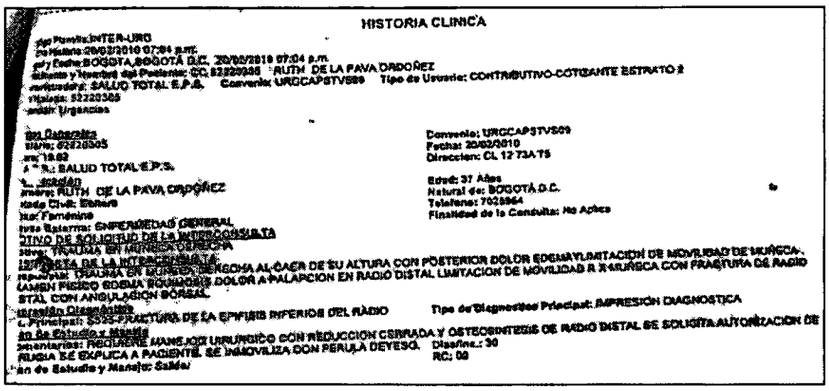
> **Se solicita autorización para cirugía y se dan explicaciones a la paciente. Se realiza vendaje con férula para inmovilización. Conducta que cumple con las normas de atención médica. Además es oportuna. Hay consentimientos firmados por la señora Ruth de la Pava, para la realización del procedimiento quirúrgico en folios 109 y 110 y para la aplicación de anestesia regional en folios 111 y 112.**

Y finalmente concluye que lo ocurrido con esta paciente se trata de un evento convulsivo que pese a la idoneidad de la profesional y las adecuadas dosis de la anestesia pueden llegar a clasificarse como una complicación en este caso imprevisible:

> Si las dosis de los medicamentos anestésicos y la idoneidad y experticia del anestesiólogo tratante son adecuadas el evento convulsivo presentado por la señora Ruth de la Pava estaría dentro del contexto de una complicación del acto anestésico. Entonces el procedimiento anestésico no tendría una falla, sino que la ocurrencia de eventos adversos se presenta en procedimientos de anestesia con buena práctica médica.

AL HECHO D: ES CIERTO Y SE ACLARA pues de la lectura de la historia clínica se tiene que el día 22/02/2010, en horas de la tarde, la señora Ruth de la Pava se presentó en una sala de cirugía del centro policlínico del Olaya, lugar donde la Dra. navas estaba laborando como especialista en anestesiología. Dos días antes la señora Ruth había sido atendida en el servicio de urgencias del mismo centro debido a una caída que había causado dolor y deformidad en la muñeca. Le tomaron una radiografía que fue anormal y el ortopedista le había diagnosticado una fractura de epifisis distal de radio con angulación dorsal que ameritaba manejo quirúrgico. El Dr. Ricardo Arias la había programado de manera prioritaria para reducción cerrada y osteosíntesis de radio distal.

AL HECHO E: ES CIERTO de conformidad con la literalidad de la historia clínica obrante dentro del plenario:



HISTORIA CLINICA

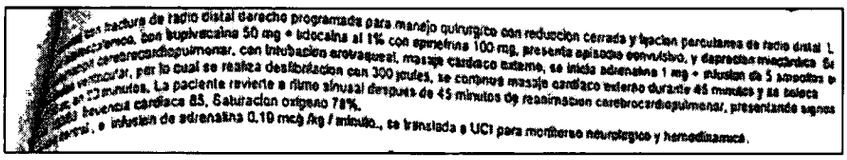
Convenio: URGCAPSTVS09
Fecha: 20/03/2010
Direccion: CL 12 73A 75

Edad: 37 Años
Natural de: BOGOTÁ D.C.
Telefono: 7023964
Finalidad de la Consulta: No Aplica

Tipo de Diagnostico Principal: IMPRESION DIAGNOSTICA

RIA EL EXPLICA A PACIENTE SE INMOVILIZA CON PERULA DEYESO. Diasfino.: 30
RC: 08

AL HECHO F.A.: ES CIERTO Y SE ACLARA de conformidad con la historia clínica de la paciente se reporta lo siguiente por parte del Dr. Arias:



fractura de radio distal derecho programada para manejo quirurgico con reduccion cerrada y fijacion percutanea de radio distal L
anestesico, bpv bupivacaina 50 mg + lidocaina al 1% con epinefrina 100 mg, presenta episodio convulsivo, y depresion miocardica Se
cerebrocardiopulmonar, con intubacion orotraqueal, masaje cardiaco externo, se inicia adrenalina 1 mg + infusion de 5 ampollas e
ventricular, por lo cual se realiza desfibrilacion con 300 joules, se continua masaje cardiaco interno durante 45 minutos y se asiste
at 12 minutos. La paciente revierte a ritmo sinusal despues de 45 minutos de reanimacion cerebrocardiopulmonar, presentando signos
vascular bevencia cardiaca 85, Saturacion oxigeno 78%.
general, e infusion de adrenalina 0.10 mcg /kg / minuto., se traslada a UCI para monitoreo neurologico y hemodinamico.

Empero de lo anterior, hay que aclarar que la paciente aproximadamente a las 5 pm la paciente fue llevada a la sala de cirugía, se le canalizó una vena periférica, se administró oxígeno y se colocaron los monitores estándares para este tipo de procedimientos, que fueron una medición continua del ritmo cardiaco mediante electrocardiografía, de la oxigenación de la sangre mediante oximetría de pulso y la medición intermitente de la presión arterial, la doctora Navas procedió a colocar el bloqueo mediante el uso de referencias para guiar el sitio de la punción del bloqueo interescalénico e identifico el sitio correcto de inyección porque la paciente refirió parestesias en la extremidad superior. Luego, aspiró con una jeringa para cerciorarse que la punta de la aguja no estaba dentro de un vaso sanguíneo, prueba que fue negativa. A continuación, inyecto dos ml de lidocaína al 1% con epifrina para verificar que no había cambios mentales ni en el electrocardiograma luego de la inyección, con el fin de confirmar que no estaba dentro de un vaso sanguíneo. Dicha prueba también fue negativa. Entonces, la Dra. Navas inyecto la dosis total calculada del anestésico local para el bloqueo, que fueron 10 ml (50 mg) bupivacaína al 0,5% con epinefrina más 10 ml (100 mg) de lidocaína 1% con epinefrina.

Inmediatamente después, la paciente presentó episodio convulsivo y depresión miocárdica, evidenciada por cambios en el electrocardiograma de tipo bradicardia sinusal seguida de asistolia, hipotensión arterial y desaparición de la onda de pulso. inmediatamente la doctora navas inicio las maniobras de reanimación que consistieron en intubación endotraqueal, masaje cardiaco externo, aplicación de dosis bolo de 1 mg de adrenalina, seguida de una infusión continua de una mezcla con 5 ampollas de adrenalina diluidas en 500 ml de solución salina pasada a goteo rápido. Con estas maniobras, la paciente paso de asistolia a fibrilación ventricular, por lo que le aplicaron dos cargas con el desfibrilador, la primera con 300 joules y la segunda con 360 j, y se continuó aplicando el masaje cardiaco. Mientras tanto, el Dr. Tarazona, otro anestesiólogo que había acudido a ayudar en la reanimación, aplicó una infusión de 170 ml de lípidos (lyposin 1750 cc) durante 20 minutos. Luego de esto y de 45 minutos de reanimación avanzada, la paciente entro ritmo cardiaco normal (sinusal) y recuperó la presión arterial (130/60 mm hg) y frecuencia cardiaca adecuadas (85 lpm). sin embargo, la saturación de oxigeno se mantenía baja (78%). una vez que la paciente estuvo estable, se aspiraron secreciones que salían del tubo endotraqueal y se obtuvo liquido sanguinolento. luego, se pasó sonda vesical obteniendo orina clara. posteriormente, la Dra. navas colocó un catéter venoso central por la vía subclavia izquierda, a través de la cual continuo pasando la infusión de adrenalina por una bomba de infusión y administró una ampolla de cisatracurio para facilitar la ventilación mecánica y mejorar la oxigenación de la sangre. mientras esperaban la cama para llevarla a la unidad de cuidados intensivos, tomaron electrocardiograma que fue anormal, con alteraciones de la repolarización, y una radiografía simple portátil del tórax que mostró infiltrados alveolares difusos en los 4 cuadrantes del tórax. lo cual era sugestivo de síndrome de dificultad respiratoria del adulto (sdra). además se tomó una radiografía simple de reja

costal ap y lateral que no mostró fracturas de la reja costal, y unos gases arteriales y venosos que mostraron aumento de diferencia alveolo arterial con baja saturación venosa mixta y acidosis metabólica severa.

Por lo anterior, y tal y como lo asevero el dictamen pericial del INML respecto de la atención de la galena Dra. Navas, no hubo ninguna falla por cuanto se presentó una complicación inherente e imprevisible, pero que puede ocurrir tal y como quedó consignado en el consentimiento informado:

> Si las dosis de los medicamentos anestésicos y la idoneidad y experticia del anestesiólogo tratante son adecuadas el evento convulsivo presentado por la señora Ruth de la Pava estaría dentro del contexto de una complicación del acto anestésico. Entonces el procedimiento anestésico no tendría una falla, sino que la ocurrencia de eventos adversos se presenta en procedimientos de anestesia con buena práctica médica.

AL HECHO F.B.: ES CIERTO Y SE ACLARA pues de la historia clínica de la paciente en el CPO se desprende que a las 7:20 pm del mismo 22 de febrero, la paciente fue valorada por el médico intensivista, quien dio visto bueno para el traslado. La paciente fue llevada a la uci por la Dra. Navas en compañía del enfermero jefe y del cirujano, intubada, monitorizada y con ña infusión de adrenalina. Luego de entregar a la paciente en la uci, la Dra. Navas y el Dr. arias hablaron con los familiares de la paciente y explicaron que la paciente había presentado un efecto adverso a unos medicamentos anestésico que la había llevado a un paro cardiaco, cuya reanimación había sido exitosa. Se debe resaltar que la Dra. Navas no participó de manera directa del cuidado de la paciente luego de que la entregó en la uci. la paciente permaneció en un estado muy crítico y a pesar de los esfuerzos desplegados, que incluyeron colocar un catéter en la arteria femoral para monitoria del gasto cardiaco con el sistema de vigilo, mantener la ventilación mecánica, administrar soporte inotrópico con múltiples fármacos, adelantar medidas para ofrecer protección del cerebro, la paciente permaneció en un choque cardiogénico severo que comprometió la función de todos los órganos y la llevó a la muerte, la cual sucedió 18 horas después del ingreso.

AL HECHO F.C.: ES CIERTO Y SE ACLARA pues la cita que hace la parte demandante tiene que entenderse en contexto que el evento adverso que presentó la paciente se relaciona con la respuesta de toxicidad a la Anestesia regional que se suministró para la operación de su miembro superior, descrito íntegramente en la literatura científica que se aporta con el presente escrito como un riesgo inherente al acto anestésico, y que sumado a la debida diligencia y cuidado empleado por parte de mi prohijada la Dra. GLORIA STELLA NAVAS GARCIA permiten concluir que no hubo en momento alguno algún tipo de vulneración a la *lex artis* tal y como fue contundente en afirmar el Tribunal de Ética Médica, el INML y La Fiscalía en el estudio del presente caso.

AL HECHO F.D.: ES CIERTO Y SE ACLARA de conformidad con la literalidad de la historia clínica y es que en el momento de la reanimación de la paciente participaron varios profesionales de la salud entre ellos mi prohijada con el apoyo de otro anestesiólogo el Dr. Carlos Tarazona .

AL HECHO F.E.: ES CIERTO Y SE ACLARA pues la transcripción de la historia clínica corresponde a la terminología técnica para explicar que la paciente sufrió una toxicidad por el suministró de la bipuvacaina, siendo el medicamento y la dosis para Anestesia regional más segura para la operación de un miembro superior, descrito íntegramente en la literatura científica que se aporta con el presente escrito como un riesgo inherente al acto anestésico, y que sumado a la debida diligencia y cuidado empleado por parte de mi prohijada la Dra. GLORIA STELLA NAVAS GARCIA permiten concluir que no hubo en momento alguno algún tipo de vulneración a la *lex artis* tal y como fue contundente en afirmar el Tribunal de Ética Médica, el INML y La Fiscalía en el estudio del presente caso.

AL HECHO F.F: ES CIERTO de conformidad con la literalidad de la historia clínica con las aclaraciones que se esbozaron en líneas anteriores.

AL HECHO F.G.: ES CIERTO Y SE ACLARA pues la cita que hace la parte demandante tiene que entenderse en contexto que el evento adverso que presentó la paciente se relaciona con la respuesta de toxicidad a la Anestesia regional que se suministró para la operación de su miembro superior, descrito íntegramente en la literatura científica que se aporta con el presente escrito como un riesgo inherente al acto anestésico, y que sumado a la debida diligencia y cuidado empleado por parte de mi prohijada la Dra. GLORIA STELLA NAVAS GARCIA permiten concluir que no hubo en momento alguno algún tipo de vulneración a la *lex artis* tal y como fue contundente en afirmar el Tribunal de Ética Médica, el INML y La Fiscalía en el estudio del presente caso.

AL HECHO F.H.: NO ES CIERTO es una situación fáctica temeraria y contraria a la realidad científica de lo realmente acontecido con la paciente pues como se indicó con anterioridad la paciente se le aplicó la dosis, cantidad y el tipo de anestesia que la literatura y los protocolos aplicables para la fecha de los hechos indicaban con una adecuada de Bloqueo Interescalenico por parte de mi prohijada, y una vez se presentó la complicación por toxicidad a la bupivacaina por parte de la paciente, se hicieron las correspondientes maniobras de reanimación por 45 minutos, y lo que se indica en el hecho que se descorre es que pese a la oportunidad y pertinencia de la atención médica, la señora Ruth de la Pava quedó en un estado muy delicado de salud que no soportó los tratamientos en UCI y falleció a las 18 horas después del tiempo quirúrgico.

AL HECHO F.I.: ES CIERTO Y SE ACLARA de conformidad con la literalidad de la historia clínica y las aclaraciones científicas que se esbozaran en el ejercicio de defensa de la Dra. GLORIA STELLA NAVAS GARCIA.

AL HECHO F.J.: ES CIERTO Y SE ACLARA que la paciente después de las adecuadas médicas que se tomaron por parte de mi prohijada una vez evidencia la complicación por toxicidad a la bipuvacaina, se logró la reanimación y se entregó estable a UCI pues con la afectación pulmonar y cardiaca de la señora Ruth de la Pava, ésta no soportó el grado de afectación en su salud que se causó por el riesgo inherente del acto anestésico y lamentablemente falleció, sin que se hubiere podido comprobar ninguna falla en la *lex artis* por parte de la Dra. Navas Garcia como ya lo dictaminó Medicina Legal, el Tribunal de Ética Médica y la Fiscalía en investigación del presente caso.

3. **PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS RELATIVOS A LA RELACION CONTRACTUAL DE LA SEÑORA RUTH DE LA PAVA CON LOS DEMANDADOS.**

AL HECHO A: NO ME CONSTA pues el estado de afiliación de la EPS de la paciente es un acto administrativo que es ajeno a la atención médica prestada por parte de la Dra. GLORIA STELLA NAVAS GARCIA.

AL HECHO B: NO ME CONSTA pues el estado de afiliación de la EPS de la paciente es un acto administrativo que es ajeno a la atención medica prestada por parte de la Dra. GLORIA STELLA NAVAS GARCIA.

AL HECHO C: NO ME CONSTA los tramites de aprobación que tenía que realizar la paciente con su EPS para poder acceder a la operación de su miembro superior, pues es un acto administrativo que es ajeno a la atención medica prestada por parte de la Dra. GLORIA STELLA NAVAS GARCIA.

AL HECHO D: NO ME CONSTA pues el estado de afiliación de la EPS de la paciente es un acto administrativo que es ajeno a la atención medica prestada por parte de la Dra. GLORIA STELLA NAVAS GARCIA.

AL HECHO E: NO ME CONSTA el estado de la relación contractual que había entre la EPS y la IPS pues es un acto administrativo a la atención médica prestada por parte de la Dra. GLORIA STELLA NAVAS GARCIA.

AL HECHO F: ES CIERTO Y SE ACLARA pues de conformidad con la historia clínica de la paciente, ésta inicialmente fue atendida por medio del servicio de urgencias del CPO por su trauma en la mano, y posteriormente luego de la toma de exámenes de imágenes diagnosticas se programó para la práctica de la cirugía ortopédica dos días después de su valoración, esto es, el 22 de febrero de 2010. NO ME COSNTA que la cirugía hubiere sido autorizada por su EPS Salud Total.

AL HECHO G: NO ME CONSTA la integración de la red de prestadores de Salud Total, pues es un acto administrativo de conformidad con la ley 100 de 1993 y que es ajeno a la atención en salud proporcionada a la paciente por parte de mi prohijada la Dra. GLORIA STELLA NAVAS GARCIA.

4. **PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS RELATIVOS A LA SITUACION SOCIO ECONOMICA Y FAMILIA DE LA SEÑORA RUTH DE LA PAVA ORDOÑEZ.**

A. **PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS DE SUS DEPENDIENTES ECONOMICOS:**

AL HECHO a: NO ME CONSTA y es menester indicar en primera instancia que se trata de una indebida acumulación de hechos que realiza el apoderado de la parte demandante. Además que de la redacción del

hecho hace referencia a una solicitud de conciliación aun cuando ejerció su derecho de acción ya ante la jurisdicción ordinaria.

AL HECHO b: NO ME CONSTA y es menester indicar en primera instancia que se trata de una indebida acumulación de hechos que realiza el apoderado de la parte demandante. Además de las documentales que fueron aportadas con la demanda no se comprueba o acredita cuál era la actividad económica de la paciente y si de ésta dependían sus hijos, por lo que no se cumple con la carga de la prueba que indica el artículo 167 del C.G.P.

AL HECHO c: NO ME CONSTA la actividad económica de la paciente y su ingreso mensual, no obstante de las pruebas allegadas con la demanda principal no se acredita en el hecho, por lo que hay un incumplimiento a la carga de la prueba por el extremo demandante.

AL HECHO d: NO ME CONSTA y es deber de la parte demandante acreditar el supuesto de hecho indicado en la demanda de conformidad con el artículo 167 del C.G.P.

B. PRONUNCIAMIENTO DE LOS HECHOS EN CUANTO A SU SITUACION PROFESIONAL.

AL HECHO a: NO ME CONSTA y es deber de la parte demandante acreditar el supuesto de hecho indicado en la demanda de conformidad con el artículo 167 del C.G.P.

AL HECHO b: NO ME CONSTA y es deber de la parte demandante acreditar el supuesto de hecho indicado en la demanda de conformidad con el artículo 167 del C.G.P.

AL HECHO c: NO ME CONSTA y es deber de la parte demandante acreditar el supuesto de hecho indicado en la demanda de conformidad con el artículo 167 del C.G.P.

C. PRONUNCIAMIENTO DE LOS HECHOS EN CUANTO A SU RELACION CON LOS MIEMBROS DE SU FAMILIA.

AL HECHO a: NO ME CONSTA y es deber de la parte demandante acreditar el supuesto de hecho indicado en la demanda de conformidad con el artículo 167 del C.G.P.

AL HECHO b: NO ME CONSTA y es deber de la parte demandante acreditar el supuesto de hecho indicado en la demanda de conformidad con el artículo 167 del C.G.P.

5. PRONUNCIAMIENTO FRENTE AL "ANALISIS DE LOS HECHOS" DE LA DEMANDA

1. PRONUNCIAMIENTO A LOS HECHOS "CONCLUSIONES DE LA LECTURA DE LA HISTORIA CLINICA"

AL HECHO A: NO ME CONSTA el estado de la salud previa de la paciente antes de su fractura en su mano derecha, pero si es necesario mencionar a esta judicatura que la señora Ruth de la Pava no contaba con ninguna contraindicación para la práctica y suministró de Anestesia, conforme y consta en los registros de la historia clínica de la misma previo el interrogatorio que agotó la Dra. GLORIA STELLA NAVAS.

AL HECHO B: NO ES CIERTO que la muerte de la paciente se haya generado por la cirugía sobre la mano derecha, pues la intervención quirúrgica en momento alguno se realizó ya que la paciente presentó complicación frente al suministro de la Bipuvacaina como acto Anestésico regional indicado por la Literatura Médica, y se le dio el tratamiento adecuado como se indicará en la defensa de la Dra. Gloria Stella Navas.

AL HECHO C: NO ES CIERTO la muerte de la paciente se dio por el nivel alto de vascularización del sistema arterio-venoso luego de la depresión cardiaca que padeció como complicación o alergia del Acto Anestésico luego del suministro de Bipuvacaina, luego de su reanimación y estabilización por parte de mi mandante, quedaron comprometidos sus sistemas pulmonares y cardiacos que finalmente y luego de dos paros cardiorrespiratorios no reaccionó a la reanimación y fallece.

AL HECHO D: NO ES CIERTO pues la cirugía que fue programada para la paciente era totalmente necesaria para el tratamiento de la fractura de su radio distal pues hubiera podido presentar algún tipo de infección, sangrado o compromiso de la extremidad, por eso mismo el Dr. ARIAS especialista en ortopedia recomendó la intervención quirúrgica.

AL HECHO E: NO ES CIERTO teniendo en cuenta que es una afirmación subjetiva del demandante que es carente de comprobación científica en el caso en concreto, pues el bloqueo interescalenico para la

aplicación de la anestesia regional era el más indicado para la época de los hechos para cirugías de miembro superior derecho, esto avalado por lo indicado el Articulo *"Anestesia Regional Para Cirugía de Miembro Superior"* de la S.C.A.R.E. del año 2007, señalando los beneficios de esta técnica Anestésica:

- Menor tiempo intraoperatorio no quirúrgico.
- Rápida recuperación
- Baja incidencia de hospitalización.
- Menores pérdidas sanguíneas intraoperatorias
- Evitamos la instrumentación de la vía aérea.
- Menor incidencia de nauseas, vómito e íleo.
- Buena estabilidad hemodinámica.
- Mejor perfusión por bloqueo simpático
- Menor incidencia de tromboembolismo
- Excelente analgesia en el postoperatorio
- Equipo sencillo para su aplicación.
- No contaminación del área quirúrgica.
- Permite mantener comunicación con el paciente lo cual es importante en aquellos con patologías asociadas como diabetes, falla cardiaca, patología cerebrovascular, etc.; algunos pacientes prefieren estar despiertos durante cirugía.

2. PRONUNCIAMIENTO DE LOS HECHOS "CONCLUSIONES DE LA HISTORIA CLINICA Y RELACION CON EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO"

AL HECHO A: NO ES CIERTO porque de la historia clínica se desprende que mi mandante evaluó el estado de sanidad de la paciente, indagó por sus antecedentes patológicos, farmacológicos y de algún tipo de alergia a medicamentos, por lo que la clasificó en riesgo anestésico ASA I por no presentar ningún signo o síntoma de sospecha que contraindicara el suministro de la Anestesia.

AL HECHO B: NO ES CIERTO porque la parte demandante desconoce cómo es el ambiente intrahospitalario y que prima la vida sobre los registros médicos, por lo que mi mandante procedió a aplicar la Anestesia y una vez se evidenció la complicación empezó las maniobras de reanimación hasta estabilizarla y pasarla a UCI, luego de esto mi mandante si registra lo acontecido, las dosis de aplicaciones tanto de la Bipuvacaina como de los medicamentos necesarios para la reanimación y el estado de la paciente una vez es pasada a cuidados intensivos. Además que la situación fáctica indicada por parte de la demandante es impreciso y etéreo.

AL HECHO C: NO ES CIERTO porque precisamente mi mandante de conformidad con lo registros de la historia clínica ya que el bloqueo interescalenico fue realizado por parte de mi mandante para la aplicación de la anestesia regional era el más indicado para la época de los hechos para cirugías de miembro superior derecho, esto avalado por lo indicado el Articulo *"Anestesia Regional Para Cirugía de Miembro Superior"* de la S.C.A.R.E. del año 2007, señalando los beneficios de esta técnica Anestésica:

- Menor tiempo intraoperatorio no quirúrgico.
- Rápida recuperación
- Baja incidencia de hospitalización.
- Menores pérdidas sanguíneas intraoperatorias
- Evitamos la instrumentación de la vía aérea.
- Menor incidencia de nauseas, vómito e íleo.
- Buena estabilidad hemodinámica.
- Mejor perfusión por bloqueo simpático
- Menor incidencia de tromboembolismo
- Excelente analgesia en el postoperatorio
- Equipo sencillo para su aplicación.
- No contaminación del área quirúrgica.
- Permite mantener comunicación con el paciente lo cual es importante en aquellos con patologías asociadas como diabetes, falla cardiaca, patología cerebrovascular, etc.; algunos pacientes prefieren estar despiertos durante cirugía.

AL HECHO D: NO ES CIERTO pues no hay una sola pieza probatoria dentro del plenario que indique que haya habido un mal procedimiento en el acto anestésico de la paciente, lo cierto es, que tanto medicina legal, la Fiscalía y el Tribunal de Ética Médica de Bogotá dijeron sin lugar a dudas que tanto la técnica quirúrgica, la dosis y el manejo de la complicación de toxicidad por bipuvacaina fueron los idóneos, y pese a una adecuada practica medica de mi mandante, lo cierto es que se presentó un riesgo inherente al acto anestésico tal y como lo indico el INML:

Si las dosis de los medicamentos anestésicos y la idoneidad y experticia del anestesiólogo tratante son adecuadas el evento convulsivo presentado por la señora Ruth de la Pava estaría dentro del contexto de una complicación del acto anestésico. Entonces el procedimiento anestésico no tendría una falla, sino que la ocurrencia de eventos adversos se presenta en procedimientos de anestesia con buena práctica médica.

AL HECHO E: NO ES CIERTO el manejo de la paciente por parte de mi mandante la Dra. GLORIA STELLA NAVAS GARCIA fue perito y acorde con los protocolos aplicables para la época de los hechos conforme y lo conceptuó el Tribunal de Ética Médica de Bogotá D.C.:

> En conclusión, y de acuerdo con el acervo probatorio recogido a lo largo de la investigación, este Tribunal no encuentra fallas contra la ética médica. No se aprecia conducta alguna por parte de la doctora GLORIA NAVAS GARCÍA que infrinja los postulados de la Ley 23 de 1981.
>
> La doctora NAVAS, actuó con la experticia requerida para la aplicación de anestesia regional; se presentó una complicación que se trató de prevenir y cuyo tratamiento específico e inmediato fracasó.

AL HECHO F: NO ES CIERTO porque no es que la falta de cargas para la reanimación de la paciente haya sido la causante del daño (en este caso se aplicaron dos descargas las adecuadas según el protocolo), pues el protocolo de reanimación incluye también el suministro de medicamentos para reactivar la función cardiaca y respiratoria, sin que se percate algún tipo de infracción a la práctica médica, tal y como fue conceptuado por el Tribunal de Ética Médica:

> Se observa que se utilizó la aplicación pronta de lípidos intravenosos como elemento terapéutico buscando revertir el efecto tóxico de la Bupivacaina, pero no fue suficiente; la depresión cardíaca secundaria y el daño cerebral severo fueron las causas que determinaron la muerte de la señora RUTH.
>
> La doctora GLORIA NAVAS GARCÍA tomó las precauciones necesarias para iniciar la administración de la anestesia regional, como fueron: La localización del punto anatómico interescalénico, la creación de vacío en la jeringa que contenía los anestésicos para observar que no se hallaba dentro de un vaso sanguíneo y además cumplió con la aplicación de las dosis adecuadas de dichos fármacos.

AL HECHO G: NO ES CIERTO es una afirmación y presunción subjetiva y carente de comprobación probatoria por la parte demandante, pues mi mandante es una profesional idónea para la aplicación del acto anestésico y manejo de la complicación del mismo, también con entrenamiento intensivo tanto de pregrado, posgrado y experiencia profesional en el manejo de equipos de reanimación, y finalmente la entidad donde se programó a la paciente era el CPO de III nivel de complejidad y con la última tecnología para prestar una adecuada atención hospitalaria a sus usuarios.

AL HECHO H: NO ES CIERTO Y SE ACLARA pues de conformidad con la historia clínica se encontraron notas de evolución por los especialista en Ortopedia y Traumatología (Dr. Ricardo Arias Arguello) y en Anestesiología Y Reanimación (Dra. Gloria Navas Garcia) y por enfermero jefe de salas de cirugía (Lic. Fabio Nelson Vargas), las cuales son casi idénticas, tanto en su forma como en su contenido. En resumen, las tres notas relatan que durante bloqueo interescalénico con bupivacaína 50 mg más 10 ml de lidocaína 1% con epinefrina 100 mg, la paciente presentó episodio convulsivo y depresión miocárdica, que se iniciaron maniobras de reanimación con intubación endotraqueal, masaje cardiaco externo, adrenalina 1mg bolo seguida por infusión de 5 ampollas en goteo, que la paciente entró en fibrilación ventricular por lo que se aplicaron cargas con el desfibrilador en dos ocasiones, con 300 joules y 360 j, que se continuó masaje cardiaco, que otro anestesiólogo (Dr. Tarazona) aplicó una infusión de lyposin 1750 cc en 20 minutos, que la paciente entró a ritmo sinusal después de 45 minutos, con presión arterial (130/60 mm HG) y frecuencia cardiaca adecuadas (85 lpm), pero con saturación de oxigeno baja (78%), que una vez la paciente estuvo estable, se aspiraron secreciones traqueo bronquiales y se obtuvo liquido sanguinolento, se pasó sonda vesical y se obtuvo orina clara y se colocó un catéter venoso central por vía subclavia izquierda, a través del cual se continuo infusión de adrenalina y se administró una ampolla de cisatracurio. Tomaron electrocardiograma, que mostró ritmo sinusal con pobre progresión de onda R en derivaciones precordiales, radiografía simple del tórax portátil que mostró infiltrados alveolares difusos en los 4 cuadrantes del tórax Sugestivo de Síndrome de Dificultad Respiratoria del Adulto (SDRA), radiografía simple de reja costal ap y lateral, que no mostró fracturas, y gases arteriales y venosos que mostraron aumento de diferencia alveolo arterial con baja saturación venosa mixta y acidosis metabólica severa.

AL HECHO I: NO ES CIERTO es una afirmación subjetiva y carente de lógica y comprobación fáctica, púes la coincidencia entre las notas de ortopedia y anestesiología lo que llevan a concluir que hubo una sola coordinación como equipo quirúrgico para el tratamiento de la paciente y que a los ojos del INML y el Tribunal de Ética Médica fue una adecuada prestación del servicio médico sin ningún quebranto de la *lex artis.*

3. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS DE CONCLUSIONES DE LO ANTES MENCIONADO

AL HECHO A: NO ES CIERTO ya que reiterativamente la parte demandante hace afirmaciones subjetivas sobre lo acontecido, no hubo "un envenenamiento" en la administración del medicamento anestésico, fue una toxemia o complicación alérgica que realizó la paciente a la bipuvacaina siendo este un riesgo inherente al acto anestésico descrito en la literatura médica, una vez que se evidencia el evento es tratada y

reanimada por parte de mi prohijada aun cuando quedó con complicación pulmonar, cerebral y cardiaca que no pudo soportar en UCI y falleció lamentablemente.

AL HECHO B: NO ES CIERTO es una afirmación subjetiva de la parte demandante, el proceso de reanimación fue el indicado tratado por dos anestesiólogos incluida mi mandante, con el suministro de medicamentos para reanimar o estabilizar el organismo de la paciente.

AL HECHO C: NO ES CIERTO es una afirmación subjetiva de la parte demandante, el proceso de reanimación fue el indicado tratado por dos anestesiólogos incluida mi mandante, con el suministro de medicamentos para reanimar o estabilizar el organismo de la paciente. La duración del proceso de reanimación es directamente proporcionar con el criterio de los profesionales para dejar la actuación de medicamentos, el uso de desfibrilador, el control de signos vitales, entre otros. No porque a criterio de la parte actora haya sido una larga duración se puede ver por ningún motivo como una falla médica.

AL HECHO D: NO ES CIERTO es una afirmación subjetiva de la parte demandante, el proceso de reanimación fue el indicado tratado por dos anestesiólogos incluida mi mandante, con el suministro de medicamentos para reanimar o estabilizar el organismo de la paciente. La duración del proceso de reanimación es directamente proporcionar con el criterio de los profesionales para dejar la actuación de medicamentos, el uso de desfibrilador, el control de signos vitales, entre otros. No porque a criterio de la parte actora haya sido una larga duración se puede ver por ningún motivo como una falla médica.

PRONUNCIAMIENTO RESPECTO DEL HECHO NUMERADO 4: NO ES CIERTO que se configuren los elementos axiológicos de la responsabilidad civil médica, toda vez que no se incumplió ningún deber deontológico o legal por parte de la Dra. GLORIA STELLA NAVAS GARCIA pues valoro a la paciente, obtuvo un debido consentimiento informado por parte de la misma y de su esposo, utilizo el tipo y técnica adecuada de anestesia para la práctica de una cirugía en el miembro superior derecho y una vez se evidencio la complicación anestésica por toxemia, inició el protocolo de reanimación y estabilización de la paciente, aunque pese a las medidas galénicas de reparar o restaurar la salud de la usuaria de la salud, hubo un compromiso pulmonar, cardiológico y neurológico que lamentablemente conllevaron a la muerte inminente de la señora Ruth de la Pava.

Finalmente es menester mencionar que por los mismos hechos objeto de reparación en el *sub lite* el INML y CF, la Fiscalía, y el Tribunal de Ética Médica dijeron desde el punto de vista de responsabilidad que no hubo ningún incumplimiento o quebranto a la *lex artis ad hoc* por parte de mi prohijada eximiéndola de cualquier tipo de responsabilidad o adecuación típica legal (desde el punto de vista penal). Por lo que indefectiblemente las pretensiones de la demanda están destinadas al fracaso.

III. PROPOSICION DE EXCEPCIONES PERENTORIAS

De conformidad con el numeral 3 del artículo 96 del CGP me permito proponer las excepciones de mérito en contra de las pretensiones que esboza la parte demandante en la reforma de la demanda, en los siguientes términos:

- INTRODUCCIÓN -

En los procesos judiciales que se pretenda la declaratoria de **Responsabilidad Civil Médica**, para que se estructure la obligación de reparar perjuicios en cabeza de la parte demandada y a favor de la parte demandante, deben concurrir y probarse necesariamente los tres (3) elementos que dan lugar a que efectivamente se pueda declarar la responsabilidad civil, ya que la ausencia de uno o más de ellos ocasiona obligatoriamente que la parte demandada deba ser exonerada de esa obligación de reparación civil que se reclama.

En atención a lo anterior, debe tenerse presente que en **Responsabilidad Civil Médica**, los tres (3) elementos son (i) Daño; (ii) Culpa; y (iii) Nexo de Causalidad.

El primer elemento que deberá considerarse corresponde al **daño**, pues es el que debe estudiarse inicialmente en un proceso de responsabilidad civil, en la medida que si no hay daño, no habría nada que reparar. Teniendo en cuenta lo referido, debe resaltarse que el daño ha sido asimilado como el menoscabo, detrimento o lesión que recibe la víctima en uno o más de sus derechos patrimoniales o extrapatrimoniales.

En segundo lugar, se encuentra el elemento de la **culpa**, que corresponde al fundamento de responsabilidad que es aplicable en los asuntos por los cuales supuestamente debe responder un profesional de la medicina por el daño que se reclama irrogado a su paciente. En atención a lo descrito, la

culpa puede describirse como un factor subjetivo que se puede precisar y presentar como un error de conducta que no cometería una persona cuidadosa, prudente y diligente colocada en las mismas condiciones externas que el causante del daño. Por lo mencionado, en Responsabilidad Civil Médica, el análisis de esa falta de cuidado, prudencia y diligencia, deberá centrarse, en lo que tiene que ver con si el profesional demandado actuó con sujeción a la lex artis o no.

El tercer elemento, se denomina **nexo de causalidad**, el cual hace referencia a la relación fáctica que existe entre el daño que se reclama y la culpa que se demanda que ocasionó el primero, por lo que en caso que no haya dicha relación que permita afirmar que la culpa fue la que dio lugar a la producción del daño, no habrá responsabilidad del demandado, toda vez que el daño solo deberá ser reparado por quien lo haya causado. A efectos de este elemento, debe resaltarse que existe actualmente la teoría de "la causa eficiente del daño" que direcciona lo relativo al nexo causal, es decir que lo limita para que no existan atribuciones fácticas a hechos que aunque causal e históricamente tuvieron un aporte, no fueron la condición o causa eficiente para que se generara el daño.

Para el caso en cuestión, si se llegare a demostrar dentro del proceso que los daños y perjuicios que la parte actora reclama efectivamente son ciertos, directos y personales, debe dejarse claro que aunque el elemento del daño es un requisito sine qua non para que se declare la responsabilidad civil, tal y como se anotó, no es el único elemento a tener en cuenta para que prospere dicha declaratoria del deber de reparar, pues además habrá que discutirse si efectivamente existió culpa de la llamada en garantía Dra. GLORIA STELLA NAVAS GARCIA, y si la misma dio lugar fácticamente a que se produjera el daño, esto es que haya un nexo causal.

Así las cosas, y teniendo en cuenta lo referido, solicito de manera respetuosa a su Honorable Despacho, se sirva **DENEGAR** la totalidad de las pretensiones de la demanda incoada por el extremo demandante, toda vez que en el caso objeto de estudio no se encuentran reunidos los elementos que configuran la Responsabilidad Civil Extracontractual en contra de mi prohijado como pasa a estudiarse con la formulación de las excepciones de fondo que expondrá esta defensa a lo largo de la presente Litis.

PRIMERA: RIESGO INHERENTE DEL ACTO ANESTESICO – AUSENCIA DE CULPA POR CUMPLIMIENTO DE LA *LEX ARTIS*

La expresión *riesgo inherente* se compone de dos (2) términos de riesgo, el cual, según la RAE, es *"contingencia o proximidad de un daño (...). Cada una de las contingencias que pueden ser objeto de un contrato de seguro (...). Estar expuesto a perderse o a no verificarse"*[1] e inherente entendido como aquello: *"Que por su naturaleza está de tal manera unido a algo, que no se puede separar de ello"*[2]. Por lo tanto, este despacho no puede juzgar dentro del marco de la responsabilidad y ejercicio de la medicina aquellos riesgos inherentes que se traducen en complicaciones, contingencias o peligros que se pueden presentar en la ejecución de un acto médico e íntimamente ligado con este sea por causa de las condiciones especiales del paciente, de la naturaleza del procedimiento, la técnicas o instrumentos utilizados en su realización, del medio o de las circunstancias externas, que eventualmente pueden generar daños somáticos o a la persona, no provenientes propiamente de la ineptitud, negligencia, descuido o de la violación de los deberes legales o reglamentarios tocantes con la *lex artis*.

Así, para llegar a la conclusión de la configuración del riesgo inherente del acto anestésico para la práctica de una cirugía de ortopedia en el miembro superior derecho practicada por parte de mi mandante, se debe estudiar el contexto clínico y el estado sintomatológico de la paciente, a saber:

A. **ANTECEDENTES PARA EL ABORDAJE MEDIANTE ANESTESIA REGIONAL DE LA PACIENTE PARA PRACTICA DE CIRUGIA SOBRE MIEMBRO SUPERIOR DERECHO**

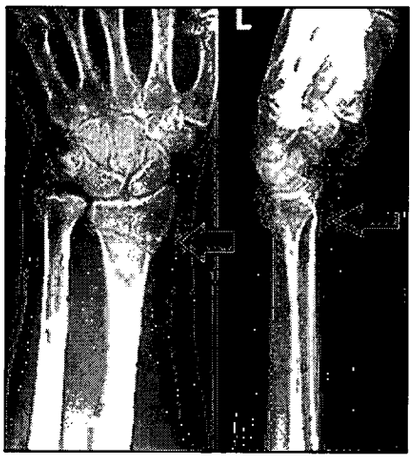
1. El 20/02/2010, en Bogotá, Ruth de la Pava Ordoñez, de 37 años, soltera, madre de dos hijos menores de edad, trabajadora de una cita, afiliada a la eps salud total, ingreso al servicio de urgencias del centro policlínico del Olaya (cpo). el médico general anotó que a las 6 am del mismo día se cayó en escalera y que desde entonces presentaba dolor en la muñeca, que no había mejorado con naproxeno.

[1] RAE. Diccionario esencial de la lengua española. 22 edición, Madrid: Espasa, 2006, p. 1304.
[2] RAE. Diccionario esencial de la lengua española. 22 edición, Madrid: Espasa, 2006, p. 824.

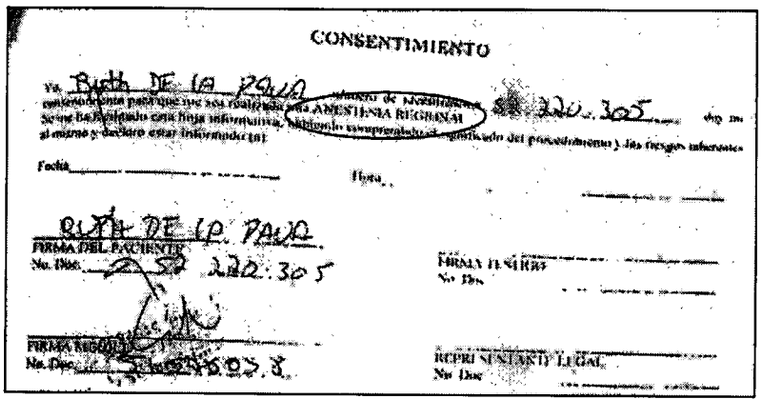
2. Como antecedentes presentaba dos embarazos, uno con parto vaginal y otro con cesárea, **que no había antecedentes alérgicos**, que los signos vitales eran normales y que al examen físico se encontró edema, equimosis en muñeca derecha y limitación funcional muñeca, con buena perfusión distal. el diagnóstico de ingreso fue contusión de la muñeca.

3. El médico de urgencias ordenó aplicar una ampolla de diclofenaco im y tomar una radiografía simple de la muñeca que mostró fractura del tercio distal de radio, desplazada con angulación en sentido dorsal.

4. En la noche de ese mismo 20 de febrero de 2010 fue valorada por ortopedista quien diagnostico fractura epifisis distal de radio y emitió orden para manejo quirúrgico con reducción cerrada y osteosíntesis de radio distal. se inmovilizó la extremidad con férula de yeso y se dio salida:



5. Entre los documentos revisados se encontraron los consentimientos informados para la cirugía y para la anestesia regional firmados por la paciente y la anestesióloga. en el aparte sobe el tipo de anestesia se anotó que la técnica planeada era bloqueo interescalénico tomado por parte de mi mandante y firmado por la paciente, dando cumplimiento a lo indicado en el artículo 16 de la ley 23 de 1981 y sin que se presentara ninguna contraindicación de importancia por parte de la señora Ruth de la Pava *versus* la técnica anestésica a emplear:



CONSENTIMIENTO

Yo Ruth DE LA PAVA ... ANESTESIA REGIONAL ... 22.305 ...

Fecha ... Hora ...

RUTH DE LA PAVA
FIRMA DEL PACIENTE
No. Dto. 22.305

FIRMA TESTIGO
No. Dto.

FIRMA MEDICO
No. Dto. 16.075.038

REPRESENTANTE LEGAL
No. Dto.

Igualmente del análisis del INML respecto del procedimiento anestésico realizado por parte de mi mandante, en lo relativo con el consentimiento informado se manifestó por la entidad experta que:

> **Se solicita autorización para cirugía y se dan explicaciones a la paciente. Se realiza vendaje con férula para inmovilización. Conducta que cumple con las normas de atención médica. Además es oportuna. Hay consentimientos firmados por la señora Ruth de la Pava, para la realización del procedimiento quirúrgico en folios 109 y 110 y para la aplicación de anestesia regional en folios 111 y 112.**

B. SOBRE LA PRACTICA DE LA ANESTESIA REGIONAL A LA PACIENTE POR PARTE DE LA DRA. GLORIA STELLA NAVAS GARCIA

1. El día 22/02/2010, en horas de la tarde, la paciente se presentó en una sala de cirugía del centro policlínico del Olaya. La Dra. Navas consultó el registro clínico de urgencias, y nuevamente interrogó y examinó a la paciente en el área de cirugía ambulatoria, encontrando que la paciente

negaba antecedentes patológicos de importancia y no refirió alergia alguna. como antecedente gineco-ostetrico refirió haber tenido un parto vaginal y haber sido operada de una cesárea bajo anestesia regional sin complicaciones. el examen físico general fue normal. tenía una inmovilización en la extremidad superior y la mano no mostraba anormalidades vasculares ni neurológicas**. el estado de salud fue normal (asa i) y la clase funcional sin restricciones. la doctora Navas considero que la paciente estaba apta para ser operada, y que no requería exámenes de laboratorio, porque era joven y sana y el procedimiento programado no implicaba un sangrado importante ni una alteración significativa del funcionamiento del organismo**.

2. Mi mandante explico a la paciente los riegos de la anestesia y presento las opciones posibles que eran anestesia general o regional, que era la mejor indicada para el procedimiento programado porque se asocia con menos molestias perioperatoria, con menor dolor, náuseas y vómitos postoperatorios y con una mejor y más rápida recuperación funcional de la extremidad. la paciente estuvo de acuerdo y firmó el consentimiento informados para la anestesia regional en el cual se anotó que la técnica planeada era un bloqueo interescalénico; pues el bloqueo interescalenico para la aplicación de la anestesia regional era el más indicado para la época de los hechos para cirugías de miembro superior derecho, esto avalado por lo indicado el Articulo *"Anestesia Regional Para Cirugía de Miembro Superior"* de la S.C.A.R.E. del año 2007, señalando los beneficios de esta técnica Anestésica:

- Menor tiempo intraoperatorio no quirúrgico.
- Rápida recuperación
- Baja incidencia de hospitalización.
- Menores pérdidas sanguíneas intraoperatorias
- Evitamos la instrumentación de la vía aérea.
- Menor incidencia de nauseas, vómito e ileo.
- Buena estabilidad hemodinámica.
- Mejor perfusión por bloqueo simpático
- Menor incidencia de tromboembolismo
- Excelente analgesia en el postoperatorio
- Equipo sencillo para su aplicación.
- No contaminación del área quirúrgica.
- Permite mantener comunicación con el paciente lo cual es importante en aquellos con patologías asociadas como diabetes, falla cardiaca, patología cerebrovascular, etc.; algunos pacientes prefieren estar despiertos durante cirugía.

3. Aproximadamente a las 5 pm la paciente fue llevada a la sala de cirugía, se le canalizó una vena periférica, se administró oxígeno y se colocaron los monitores estándares para este tipo de procedimientos, que fueron una medición continua del ritmo cardiaco mediante electrocardiografía, de la oxigenación de la sangre mediante oximetría de pulso y la medición intermitente de la presión arterial.

4. La doctora NAVAS GARCIA procedió a colocar el bloqueo mediante el uso de referencias para guiar el sitio de la punción del bloqueo interescalénico e identifico el sitio correcto de inyección porque la paciente refirió parestesias en la extremidad superior. luego, aspiró con una jeringa para cerciorarse que la punta de la aguja no estaba dentro de un vaso sanguíneo, prueba que fue negativa. a continuación, inyecto dos ml de lidocaína al 1% con epifrina para verificar que no habían cambios mentales ni en el electrocardiograma luego de la inyección, con el fin de confirmar que no estaba dentro de un vaso sanguíneo. dicha prueba también fue negativa. entonces, la Dra. nava inyecto la dosis total calculada del anestésico local para el bloqueo, que fueron 10 ml (50 mg) bupivacaína al 0,5% con epinefrina más 10 ml (100 mg) de lidocaína 1% con epinefrina, sobre el particular el Tribunal de Ética Médica de Bogotá conceptuó lo siguiente:

La doctora GLORIA NAVAS GARCÍA tomó las precauciones necesarias para iniciar la administración de la anestesia regional, como fueron: La localización del punto anatómico interescalénico, la creación de vacío en la jeringa que contenía los anestésicos para observar que no se hallaba dentro de un vaso sanguíneo y además cumplió con la aplicación de las dosis adecuadas de dichos fármacos.

Al no haber obtenido sangre al aspirar previo a la aplicación de los anestésicos otra posibilidad diferente a la inyección intravascular podría ser la presencia de tejidos altamente vascularizados en la zona, que facilitaran una rápida difusión de estas substancias.

C. **RESPECTO DEL MANEJO DEL EPISODIO CONVULSIVO DE LA PACIENTE POR PARTE DE LA DRA. GLORIA STELLA NAVAS GARCIA**

1. Inmediatamente después de la aplicación de la anestesia regional por parte de mi mandante en las dosis y vías adecuadas, la paciente presentó episodio convulsivo y depresión miocárdica, evidenciada por cambios en el electrocardiograma de tipo bradicardia sinusal seguida de asistolia, hipotensión arterial y desaparición de la onda de pulso.

2. Inmediatamente la doctora Navas inicio las maniobras de reanimación que consistieron en intubación endotraqueal, masaje cardiaco externo, aplicación de dosis bolo de 1 mg de adrenalina, seguida de una infusión continua de una mezcla con 5 ampollas de adrenalina diluidas en 500 ml de solución salina pasada a goteo rápido; con estas maniobras, la paciente paso de asistolia[3] a fibrilación ventricular[4], por lo que le aplicaron dos cargas con el desfibrilador, la primera con 300 joules y la segunda con 360 j, y se continuó aplicando el masaje cardiaco.

3. Mientras tanto, el Dr. Tarazona, otro anestesiólogo que había acudido a ayudar en la reanimación, aplicó una infusión de 170 ml de lípidos (lyposin 1750 cc) durante 20 minutos. luego de esto y de 45 minutos de reanimación avanzada, la paciente entro ritmo cardiaco normal (sinusal) y recuperó la presión arterial (130/60 mm hg) y frecuencia cardiaca adecuadas (85 lpm). sin embargo, la saturación de oxigeno se mantenía baja (78%).

4. Una vez que la paciente estuvo estable, se aspiraron secreciones que salían del tubo endotraqueal y se obtuvo liquido sanguinolento. luego, se pasó sonda vesical obteniendo orina clara. posteriormente, la Dra. Navas colocó un catéter venoso central por la vía subclavia izquierda, a través de la cual continúo pasando la infusión de adrenalina por una bomba de infusión y administró una ampolla de cisatracurio para facilitar la ventilación mecánica y mejorar la oxigenación de la sangre.

5. Mientras esperaban la cama para llevarla a la unidad de cuidados intensivos, y en seguimiento de los protocolos, el equipo médico tomó electrocardiograma que fue anormal, con alteraciones de la repolarización, y una radiografía simple portátil del tórax que mostró infiltrados alveolares difusos en los 4 cuadrantes del tórax. lo cual era sugestivo de síndrome de dificultad respiratoria del adulto (sdra). Además se tomó una radiografía simple de reja costal ap y lateral que no mostró fracturas de la reja costal, y unos gases arteriales y venosos que mostraron aumento de diferencia alveolo arterial con baja saturación venosa mixta y acidosis metabólica severa.

6. A las 7:20 pm del mismo 22 de febrero, la paciente fue valorada por el médico intensivista, quien dio visto bueno para el traslado. la paciente fue llevada a la uci por la Dra. Navas en compañía del enfermero jefe y del cirujano, intubada, monitorizada y con la infusión de adrenalina. luego de entregar a la paciente en la uci, mí prohijada junto con el Dr. Arias cirujano principal hablaron con los familiares de la paciente y explicaron que había presentado un efecto adverso a unos medicamentos anestésico que la había llevado a un paro cardiaco, cuya reanimación había sido exitosa.

7. Por lo anterior, dado que la paciente se complicó, el procedimiento quirúrgico fue cancelado, se diligenciaron los correspondientes documentos de evolución medica y fue puesta la paciente bajo el cuidado de UCI la paciente permaneció en un estado muy crítico y a pesar de los esfuerzos desplegados, que incluyeron colocar un catéter en la arteria femoral para monitoria del gasto cardiaco con el sistema de vigilo, mantener la ventilación mecánica, administrar soporte inotrópico con múltiples fármacos, adelantar medidas para ofrecer protección del cerebro, la paciente permaneció en un choque cardiogénico severo que comprometió la función de todos los órganos y la llevó a la muerte, la cual sucedió 18 horas después del ingreso. esto es, el 23 de febrero de 2010. .

8. El análisis de la atención medica de la paciente intra y posoperatoriamente por parte de mi mandante, fue indicado por parte del Tribunal de Ética médica, que en sus palabras manifestó que

---

[3] Insuficiencia de las contracciones del corazón que ocasiona una disminución del rendimiento cardíaco y puede causar disnea, edema, anuria y otros trastornos.

[4] La fibrilación ventricular es un problema del ritmo cardíaco que ocurre cuando el corazón late con impulsos eléctricos rápidos y erráticos.

el presente caso estaba rodeado de un riesgo inherente de toxicidad por suministró de bipuvacaina de la paciente:

> La lidocaína y la Bupivacaina, tienen la posibilidad de inducir alteraciones neurológicas como parestesias, aturdimiento, náuseas, perturbaciones de la audición, convulsiones y depresión miocárdica y aunque la idocaína es poco cardiotóxica, si lo es la Bupivacaina. Estos síntomas, son derivados del modo de acción por bloqueo de los canales de sodio.
>
> La dosis usual de la Lidocaina para anestesia local es de 100 Mg. y de la Bupivacaina es de 50 Mg. Después de la administración por vía intravenosa se distribuyen rápidamente en los órganos mejor perfundidos como son cerebro, corazón, hígado y riñón, y de ahí los síntomas presentados por la paciente inmediatamente recibió los fármacos anestésicos.
>
> La Bupivacaína tiene una acción más potente como inhibidor de los canales de sodio y en dosis altas también los de Calcio.
>
> Se observa que se utilizó la aplicación pronta de lípidos intravenosos como elemento terapéutico buscando revertir el efecto tóxico de la Bupivacaina, pero no fue suficiente; la depresión cardíaca secundaria y el daño cerebral severo fueron las causas que determinaron la muerte de la señora RUTH.
>
> La doctora GLORIA NAVAS GARCÍA tomó las precauciones necesarias para iniciar la administración de la anestesia regional, como fueron: La localización del punto anatómico intercalénico, la creación de vacío en la jeringa que contenía los anestésicos para observar que no se hallaba dentro de un vaso sanguíneo y además cumplió con la aplicación de las dosis adecuadas de dichos fármacos.

Igualmente, se pronunció el INML en cuanto al riesgo inherente de la anestesia suministrada a la paciente:

> Si las dosis de los medicamentos anestésicos y la idoneidad y experticia del anestesiólogo tratante son adecuadas el evento convulsivo presentado por la señora Ruth de la Pava estaría dentro del contexto de una complicación del acto anestésico. Entonces el procedimiento anestésico no tendría una falla, sino que la ocurrencia de eventos adversos se presenta en procedimientos de anestesia con buena práctica médica.

Teniendo en cuenta lo descrito, debe ponerse de presente que previo a dársele inicio a la intervención quirúrgica del paciente y se suministró anestesia regional con las dosis y la técnica bajo referencia anatómica adecuada aplicable para la época de los hechos, y una vez se evidenció la complicación se le dio el tratamiento de conformidad con los protocolos, no obstante hubo un alto compromiso de los sistemas neurológico, respiratorio y cardiaco que llevaron a la paciente a la muerte, configurándose así un riesgo inherente al acto médico ofrecido por parte de la Dra. GLORIA STELLA NAVAS GARCIA a la paciente, tal y como lo ha referido la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia[5]:

> *"En el punto, resulta cuestionable que haya lugar a responsabilidad civil derivada del acto médico,* ***cuando se materializa un riesgo que es propio, natural o inherente al procedimiento ofrecido. En estos casos, el daño causado no tiene el carácter de indemnizable, al no estar precedido de un comportamiento culposo.***
>
> *Frecuentemente el médico se encuentra con los riesgos inherentes al acto médico, sea de ejecución o de planeamiento, los cuales* ***son inseparables de la actividad médica, por cuanto no puede predicarse que la medicina sea una ciencia exacta y acabada, sino en constante dinámica y evolución.*** *Al respecto, la literatura sobre responsabilidad médica, como la reiterada jurisprudencia de esta Sala, es pacífica en sostener y reconoce que* ***la Medicina es una ciencia en construcción, y por tanto, apareja la existencia de ciertos riesgos inherentes a la realización de ciertos procedimientos médicos, los cuales hacen que el daño derivado del acto médico no configure ninguna modalidad de culpa****".* (Resaltado fuera de texto).

Así mi mandante, en el acto anestésico desplegado por parte de mi mandante el 22 de febrero de 2010 en su desarrollo no puede confundirse como lo pretende hacer la parte demandante que pretenda ejecutar un daño a la usuaria de salud o incursione adrede en unas dosis elevadas o contraindicadas para la paciente, pues no se puede catalogar como una regla general el causar un daño, ya que conforme a ley 23 de 1981 (ley de ética médica) mi mandante efectuó el principio de beneficencia para contribuir con la mejoría y el bienestar de salud de su paciente.

---

[5] SENTENCIA DE CORTE SUPREMA DE JUSTICIA - SALA DE CASACIÓN CIVIL Nº 05001-31-03-012-2006-00234-01 DE 23 DE MAYO DE 2017.

Así pues, conforme a los documentos probatorios que se aportan con el presente escrito, más la declaración de parte de mi mandante, las testimoniales técnicas y la experticia que se deberá tener para fallar este tipo de casos; se demostrará sin asomo de duda ante este honorable estrado judicial que el lamentable fallecimiento de la señora Ruth de la Pava es un riesgo inherente al medicamento de bipuvacaina para la aplicación de anestesia regional mediante el Bloqueo del Plexo Braquial descrito en la literatura médica[6] que aunque su baja incidencia su desenlace puede ser fatal.

CONCLUSIONES DE LA EXCEPCION PERENTORIA: RIESGO INHERENTE DE LA ANESTESIA REGIONAL

Corolario de la presente excepción perentoria, se obtiene el siguiente análisis:

1. Como se indicó mi mandante antes de la intervención quirúrgica de liposucción abdominal y de muslos laterales le manifestó a la señora RUTH DE LA PAVA ORDOÑEZ de manera clara, detallada, precisa y reiterada para que la paciente aceptara y entendiera los riesgos y complicaciones más comunes que se pudieran materializar de la Anestesia Regional para lo cual se obtuvo un consentimiento informado en cumplimiento de la ley 23 de 1981 (ley de ética médica).

2. La literatura científica aportada con el presente escrito señala que dentro de las complicaciones que se pueden presentar de la Anestesia regional por el Bloqueo del Plexo Braquial aunque no muy frecuentes pueden llegar a ser Mortales en virtud a que hay varios pacientes que sin que presenten signos de sospecha de algún tipo de alergia, una vez suministrada la Bipuvacaina como medicamento anestésico, presenta de manera súbita y pronta la complicación alérgica, teniendo en cuenta la Anatomía de la paciente y las manifestaciones, se afectó el sistema neurológico cardiológico y respiratorio.

3. En los estudios del INML, de la fiscalía, y del Tribunal de Ética Médica de Bogotá se obtiene la conclusión que aunque la paciente presentó un evento convulsivo por toxicidad, está exento de responsabilidad médica por cuanto se utilizó la técnica anestésica y la dosis indicada por la literatura para el tipo de cirugía que se iba a practicar, que el manejo de la complicación fue adecuada bajo el cumplimiento del protocolo médico obteniendo una reanimación exitosa gracias a las maniobras de la Dra. GLORIA STELLA NAVAS GARCIA y que pese a todo el manejo clínico la paciente lamentablemente fallece por su compromiso sistémico.

Así pues y teniendo en cuenta lo descrito, solicito de manera respetuosa a su Honorable Despacho, se sirva **DENEGAR** la totalidad de las pretensiones de la demanda, toda vez que en el caso objeto de estudio se encuentra que mi mandante siguió y observó durante toda la prestación de sus servicios profesionales lo correspondiente a la lex artis, cumpliendo con los protocolos y la enseñanza doctrinal de la literatura científica, y se adentró dentro del campo del criterio del riesgo permitido y no se encuentra demostrado el elemento subjetivo de la responsabilidad civil médica a partir de la situación misma ocurrida, en particular del fallecimiento de la paciente por alergia Anestésica que se predican en la demanda, pues los riesgos inherentes al tratar de curar la enfermedad ocurren a pesar de la idoneidad y de la experiencia médica, punto en el cual, es bueno señalar que los médicos, están guiados, en general, por un régimen de obligaciones de medios (salvo algunas excepciones), no son infalibles, porque muy a pesar suyo y del cuidado, es probable, que el paciente resulte lesionado.

---

[6] *"Toxicidad por anestésicos locales: Revisión de Literatura"*. Revista Colombiana de Anestesiología. Vol. 39 No. 1:40-54. S.C.A.R.E. Abril de 2011.

SEGUNDA: INEXISTENCIA DE RELACION CAUSAL ENTRE EL ACTO ANESTESICO PROPORCIONADO POR PARTE DE LA DRA. GLORIA STELLA NAVAS GARCIA Y EL DAÑO ALEGADO POR EL EXTREMO ACTIVO

El nexo de causalidad es considerado como un axioma clásico de la responsabilidad, entendido como el vínculo, la correlación que debe haber entre el daño alegado, y el hecho que se alega como dañino. Es decir que corresponde a la parte demandante demostrar tal relación como elemento de la responsabilidad, so pena, que no se pueda declarar responsable al demandando o en este caso a la llamada en garantía.

La doctrina define el nexo de causalidad como, *"la relación necesaria y eficiente entre el hecho generador del daño y el daño probado"*[7]. Por lo que si el daño probado deviene de un hecho propio de la enfermedad, idiosincrasia de la paciente, o a un agente externo incontrolable tanto para el médico como para la institución donde se prestó el servicio de salud; aunado a la carencia de pruebas y fundamentos científicos para demostrar la relación causal entre la complicación por el acto anestésico y posterior muerte de la paciente RUTH DE LA PAVA y la atención medica proporcionada por parte de mi prohijada, pues como se ha indicado en varias ocasiones hubo una materialización de un riesgo inherente al medicamento, por lo que la Dra. GLORIA STELLA NAVAS GARCIA deberá ser eximido de cualquier responsabilidad por parte de esta judicatura, pues no tendría ninguna obligación de responder.

Por lo anterior, no hay una demostración por el extremo demandante que la conducta de mi mandante tenga una relación directa con la causa de muerte de la paciente como lo ha señalado la Doctrina[8] *"Todo lo que puede exigirse es que el acontecimiento haya jugado un papel preponderante, un papel suficiente en la realización del daño"* (Se subraya). Esto, teniendo en cuenta que diferentes entes jurisdiccionales llegaron a la misma conclusión y es una ausencia de falla o quebranto de la lex artis por parte de la galena, al contrario del adecuado manejo una vez materializada la paciente pudo salir de ese tiempo quirúrgico con vida y estabilizada, no obstante, ante el compromiso neurológico y cardiológico no pudo soportar las exigencias de su cuerpo y falleció luego de presenciar dos paros cardiorrespiratorios.

Ahora, bajo la teoría de la relación de causalidad adecuada en la causación del daño recae en cabeza de la parte actora acreditar el vínculo entre el hecho generador del daño y el daño efectivamente probado, ya que si no es posible determinar este requisito, el juzgador queda totalmente impedido para declarar algún tipo de responsabilidad en cabeza del extremo pasivo en este caso de la llamada en garantía Dra. GLORIA STELLA NAVAS GARCIA, más no puede completar la insuficiencia probatoria y argumentativa del extremo demandante para estructurar la responsabilidad, frente al tema el Consejo de Estado ha indicado que *"la Sala considera que ante* ***la falta de argumentación de la parte demandante y de la insuficiencia en materia probatoria*** *para la acreditación de la relación de causalidad entre la falla y el daño,* ***no está acreditado el nexo entre el daño y la falla del servicio, razón por la cual en la parte resolutiva confirmará la sentencia apelada, en el sentido de denegar las pretensiones"***[9]. (Se resalta).

La anterior tesis que es aplicable al *sub judice* en cuanto a la negación de las pretensiones de la demanda por parte de este despacho ante la falta de cumplimiento de la parte demandante a la carga que exige el artículo 167 del C.G.P. ya que del acervo probatorio no se advierte ninguna evidencia que permita concluir que de la atención medica proporcionada por parte de mi prohijada, haya alguna desidia, incumplimiento de la *lex artis*, abandono de paciente o cualquier similar que haya contribuido al deceso de la señora RUTH DE LA PAVA ORDOÑEZ, pues conforme y consta en los registros de la historia clínica, más las pruebas documentales, testimoniales y dictamen pericial aportados por esta defensa, se demostrará que la atención en salud se llevó a cabo conforme a protocolos y conductas establecidas en la literatura científica de conformidad con los signos clínicos de la paciente y la necesidad de la Anestesia regional para la práctica de una cirugía en el miembro superior derecho.

TERCERA: INIMPUTABILIDAD DE LOS DAÑOS RECLAMADOS POR LA PARTE DEMADANTE A LA DRA. GLORIA STELLA NAVAS GARCIA

Imputar es el ejercicio de atribuir un resultado dañoso a alguien. Para llegar a la imputación debe analizarse primero si hay un nexo causal material o fáctico entre la conducta del demandado y el daño alegado.

---

[7] PATIÑO, Héctor. Causales Exonerativas de la Responsabilidad Extracontractual. Revista de Derecho Privado No. 20. Universidad Externado de Colombia. Enero – junio de 2011.
[8] Ídem.
[9] CONSEJO DE ESTADO SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO SECCION TERCERA. Radicación número: 25000-23-26-000-1994-00379-01(18285). Consejero ponente (E): MAURICIO FAJARDO GOMEZ. Catorce (14) de abril de dos mil diez (2010).

Superada esta etapa se debe indagar si existe también una causalidad de tipo jurídico, para llegar finalmente a la imputación.

En el caso bajo estudio es claro que no hay una causalidad de tipo jurídico entre la conducta de mi prohijado y el daño padecido por la paciente pues como se demostrará en el curso del proceso, **el perjuicio alegado es producto de un riesgo inherente de la Anestesia Regional practicada el 22 de febrero de 2010, y en el caso en concreto la galena GLORIA STELLA NAVAS GARCIA hizo el abordaje anestésico indicado, más el manejo de la complicación del paciente hasta su estabilización y entrega en UCI pero con respuesta desfavorable por compromiso severo de la salud de la paciente y fallecida el día siguiente de la atención médica, todo conforme a la *lex artis***, por lo que la fuente de la responsabilidad es una circunstancia totalmente ajena a la conducta de mi representada y que se escapa a su control.

De acuerdo con la sentencia del tribunal de ética, la Dra. Navas realizo las acciones de precaución descritas, y por ello no catalogaron su actuar como erróneo o imprudente, por el contrario, los magistrados del tribunal calificaron el evento adverso como inevitable y como un riesgo inherente al acto anestésico.

> Al no haber obtenido sangre al aspirar previo a la aplicación de los anestésicos otra posibilidad diferente a la inyección intravascular podría ser la presencia de tejidos altamente vascularizados en la zona, que facilitaran una rápida difusión de estas substancias.
>
> De todas maneras, siempre estará implícita la posibilidad de reacciones adversas por la toxicidad ya conocida que puede implicar la aplicación de drogas anestésicas en los seres humanos, y aunque estos eventos son muy infrecuentes y es excepcional el colapso cardiovascular, pueden ocurrir, como en este caso.

Y concluye contundentemente el cuerpo colegiado compuesto por Médicos especialistas en diferentes ramas de la Medicina, y experto en la materia objeto de debate en el presente *Litis*:

> En conclusión, y de acuerdo con el acervo probatorio recogido a lo largo de la investigación, este Tribunal no encuentra fallas contra la ética médica. No se aprecia conducta alguna por parte de la doctora GLORIA NAVAS GARCÍA que infrinja los postulados de la Ley 23 de 1981.
>
> La doctora NAVAS, actuó con la experticia requerida para la aplicación de anestesia regional; se presentó una complicación que se trató de prevenir y cuyo tratamiento específico e inmediato fracasó.

El concepto que el perito de medicina legal emitió a la fiscalía contenía un criterio parecido. Es decir, que a pesar de que la Dra. Navas tomo las precauciones descritas para evitar una inyección intravascular del anestésico local, **el evento se presentó no como falla humana sino como caso fortuito e imprevisible.**

> Si las dosis de los medicamentos anestésicos y la idoneidad y experticia del anestesiólogo tratante son adecuadas el evento convulsivo presentado por la señora Ruth de la Pava estaría dentro del contexto de una complicación del acto anestésico. Entonces el procedimiento anestésico no tendría una falla, sino que la ocurrencia de eventos adversos se presenta en procedimientos de anestesia con buena práctica médica.

Lo anterior, porque la opinión de la perito es favorable porque no cuestiona el acto médico y dice que estaba indicado para el manejo quirúrgico de la fractura del tercio distal de radio; plantea la perito que se presentaron complicaciones y registra las descritas en la literatura médica. Respecto de la conducta por la Dra. Navas dice que la aplicación se hizo intermitente y verificando que no hubiera sangrado de retorno, por lo cual no hay evidencia clara de esa complicación

En el mismo sentido, se debe mencionar que este mismo caso fue también conocido por parte de la Fiscalía en investigación penal que instauro la familia e la demandante en contra de mi prohijada bajo el tipo penal de homicidio culposo, y fue terminada por la misma corporación (Fiscalía 228 Unidad de Vida providencia del 2 de agosto de 2018) mediante el **archivo definitivo** de la investigación penal por **atipicidad** de conformidad con el artículo 79 del Código de Procedimiento Penal que señala:

> ***"Artículo 79.*** *Archivo de las diligencias. Cuando la Fiscalía tenga conocimiento de un hecho respecto del cual constate que* ***no existen motivos o circunstancias fácticas que permitan su caracterización como delito****, o indiquen su posible existencia como tal, dispondrá el archivo de la actuación".* (Se resalta).

Que los argumentos que tuvo en cuenta el ente investigador para cesar el adelantamiento de la denuncia en contra de mi prohijada fue que no se encontró por probado el nexo de causalidad entre la muerte de la paciente y la atención médica prestada por parte de la Dra. GLORIA STELLA NAVAS GARCIA que tenía la idoneidad para el suministro de la Anestesia y que ésta se **ajustó a los protocolos de manejo y no trascendió el riesgo jurídicamente permitido,** situación que fue debidamente acreditada en interrogatorio que absolvió mi mandante en diligencia del 26 de julio de 2018.

Finalmente, de las mismas manifestaciones que absolvió mi prohijada en diligencia de interrogatorio ante el ente investigador o requirente, a la explicación del episodio convulsivo de la paciente:

> PACIENTE? **CONTESTO:** en este tipo de procedimientos se pueden presentar eventos imprevisibles como son por el sitio de localización de las punciones que están relacionadas con baro receptores puede haber reflejos vasovagales que pueden llevar a la pérdida de la conciencia y a un bloqueo simpático que puede llevar al paro cardiaco, este imprevisto se hubiese podido presentar tanto con la administración de anestesia regional o anestesia general ya que los medicamentos que se utilizan para las dos técnicas tienen efectos inotrópicos negativos depresoras respiratorios y depresorios de la función cardiovascular y la aparición de esos reflejos puede ser subsecuente al uso de cualquier técnica anestésica. **PREGUNTADO.** SABE USTED

Así pues, en el presente evento no hay un elemento causal como componente de responsabilidad civil, pues el comportamiento de la galena encartada era acorde con la *lex artis* antes, durante y después del procedimiento Anestésico, por lo que por el extremo demandante hay una ausencia probatoria en la demostración de la causalidad en contra del agente endilgado, tal como la Sala de Casación Civil, del H. Corte Supremo de Justicia[10] ha sostenido:

> ***"El daño jurídicamente relevante debe ser atribuido al agente como obra suya, pero no como simple causalidad natural, sino como mecanismo de imputación de la acción (o inactividad) a un sujeto****. No puede desconocerse que la 'causalidad natural' es uno de los elementos que el juez suele tomar en cuenta para hacer la labor de atribución de un hecho a un sujeto; sin embargo, la valoración de un hecho como causa física de un efecto es sólo un aspecto de la imputación.*
>
> *Cuando en el lenguaje común y corriente se toma un hecho como generador de una consecuencia jurídica, normalmente se está en presencia de un concepto normativo y no naturalista de causa, sin que esta distinción se haga explícita en la mayoría de los casos por fuerza de la costumbre. Al respecto, GOLDENBERG explica:*
>
> > *«No debe perderse de vista el dato esencial de que, aun cuando el hecho causa y el hecho resultado pertenecen al mundo de la realidad natural,* ***el proceso causal va a ser en definitiva estimado de consuno con una norma positiva dotada de un juicio de valor, que servirá de parámetro para mensurar jurídicamente ese encadenamiento de sucesos. (...). En el iter del suceder causal el plexo jurídico sólo toma en cuenta aquellos efectos que conceptúa relevantes en cuanto pueden ser objeto de atribución normativa, de conformidad con las pautas predeterminadas legalmente, desinteresándose de los demás eslabones de la cadena de hechos que no por ello dejan de tener, en el plexo ontológico, la calidad de "consecuencias"».*** *(La relación de causalidad en la responsabilidad civil. Buenos Aires: Editorial Astrea, 2011, p. 8)*
>
> *La 'causa jurídica' o imputación es* ***el razonamiento por medio del cual se atribuye el resultado dañoso a un agente a partir de un marco de sentido jurídico****. Mediante la imputación del hecho se elabora un juicio que permite considerar a alguien como artífice de una acción (u omisión), sin hacer aún ningún juicio de reproche.* ***«A través de un acto semejante se considera al agente como autor del efecto, y éste, junto con la acción misma, pueden imputársele, cuando se conoce previamente la ley en virtud de la cual pesa sobre ellos una obligación****». (IMMANUEL KANT, Op. cit. p. 30)"*[11]. (Resaltado propio)

No cabe duda entonces en cuanto a que en el presente caso, no existe causa fáctica ni existe una causa jurídicamente relevante entre la atención médica proveída por parte de mi mandante a la paciente y los daños alegados por el extremo actor, como lo infieren distintas pruebas que se ventilaran en el ejercicio del derecho fundamental a la defensa.

---

[10] Sentencia No. 13925-2016 del 30 de septiembre de 2016. Corte Suprema de Justicia Sala Civil. M.P. Ariel Salazar Ramírez.

[11] Corte Suprema de justicia Sala de Casación Civil. Sentencia del 30 de septiembre de 2016. MP. Ariel Salazar Ramírez. Exp. 13925-2016.

En las anteriores condiciones este juzgador enfrenta una imposibilidad para atribuir el daño y posteriores derivaciones del mismo padecidos por los gestores del proceso y la actuación de la galena GLORIA STELLA NAVAS GARCIA máxime cuando su actuación fue pronta, diligente y cumplida tal y como lo acreditaron diferentes autoridades judiciales en el estudio de las situaciones fácticas en el presente caso.

CUARTA: GENÉRICA O INNOMINADA

Con fundamento en lo previsto en el artículo 282 del Código General del Proceso, solicito a su Honorable Despacho se sirva reconocer de oficio cualquier tipo de excepción de mérito que aparezca acreditada en el proceso.

IV. OBJECION AL JURAMENTO ESTIMATORIO

De conformidad con el artículo 206 del Código General del Proceso me permito presentar objeción al juramento estimatorio realizado por la parte actora, en los siguientes términos:

A. RESPECTO DE LOS PERJUICIOS DE CARÁCTER EXTRAPATRIMONIAL

En cuanto a los perjuicios INMATERIALES en el presente caso debe resaltarse que la parte actora reclama a favor de los demandantes en su calidad de hijos, padre, madre y hermanos de la paciente RUTH DE LA PAVA ORDOÑEZ la suma total de 600 SMLMV por concepto de daños morales y de 200 SMLV a raíz del padecimiento que han sufrido todos los integrantes del extremo activo.

Sin embargo, debe resaltarse que las peticiones y/o pretensiones son de plano y a todas luces excesivas, toda vez que los conceptos y las sumas de dinero pedidas por la parte demandante, exceden notablemente las tipologías de daño inmaterial reconocidas por la jurisprudencia patria, y a su vez, exceden los topes indemnizatorios reconocidos por cada tipología de daño inmaterial máxime si en el presente evento hay una ausencia de una prueba fidedigna que acredite puntualmente los daños a la vida en relación que padecieron los integrantes del extremo activo por el lamentable fallecimiento de la paciente, y más parece una confusión con la tipología del daño moral. Por lo que en el eventual y remoto caso de una condena en contra del extremo demandado deberá acceder a los mínimos indemnizatorios teniendo en cuenta la falta de la carga probatoria del demandante a la luz del artículo 167 del C.G.P. y que en todo caso ésta es una determinación al *arbitrio judicis*

B. RESPECTO DE LOS PERJUICIOS DE CARÁCTER PATRIMONIAL

Establece el numeral séptimo (7) del artículo 82 del estatuto procesal que cuando se requiera juramento estimatorio deberá ir dentro del cuerpo de la demanda como requisito de la misma así que al margen de lo indicado en el artículo 206 del C.G.P. en el cual indica que se debe hacer oposición al juramento estimatorio, considerando que éste sea en la contestación de la demanda, es que el mismo requisito *sine qua non* para siquiera la admisión de la acción procesal no cumple con los postulados exigidos por el espíritu de la norma.

Así las cosas, el juramento estimatorio no debe ser como un simple requisito de la demanda sin la seriedad que el mismo requiere, pues fija la congruencia de la sentencia a la que está atada el juez en sistemas dispositivos civiles como el que nos ocupa. Pues brilla por su ausencia tanto hechos en la demanda como pruebas en la misma que acrediten que el extremo actor haya tenido que emanar cualquier tipo de erogación directamente relacionada con el estado de salud de la paciente o posterior con el sepelio de la misma.

Igualmente se solicita un reconocimiento para los familiares de la paciente a título de lucro cesante pasado, causado y futuro, relacionando para la fecha de los hechos que supuestamente la paciente percibía un salario por la suma de $696.000 m/cte. pero sin que se acredite con medios de prueba fidedignos del ingreso periódico de este valor, por ejemplo, con planillas de pago a seguridad social donde conste el IBC de cotización. Mucho menos se acredita que la misma paciente mantuviera a su progenitora, partiendo del indicio que tenía otras hermanas y bajo las reglas de la experiencia, la obligación de velar por su señora madre no era exclusiva en cabeza de la señora RUTH DE LA PAVA.

Por lo anterior, los supuestos perjuicios económicos no se encuentran debidamente acreditados en el *sublite* máxime si exigen una suma ampliamente onerosa sin que la soporte, por lo que el llamado a este juzgado es exigir al extremo activo una determinación razonada de la cuantía y no solicitar una indemnización del daño infundada, esto, en términos de la ley adjetiva procesal.

V. PETICIONES

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, me permito solicitar afablemente el pronunciamiento sobre lo siguiente:

PRIMERA: Se **DESPACHEN DESFAVORABLEMENTE** las pretensiones de la demanda tanto declarativas como de condena.

SEGUNDA: En consecuencia de lo anterior se **DECLARE LA PROSPERIDAD DE LAS EXCEPCIONES DE MÉRITO** propuestas en el presente escrito, a saber:

"PRIMERA: RIESGO INHERENTE DEL ACTO ANESTESICO – AUSENCIA DE CULPA POR CUMPLIMIENTO DE LA LEX ARTIS
SEGUNDA: INEXISTENCIA DE RELACION CAUSAL ENTRE EL ACTO ANESTESICO PROPORCIONADO POR PARTE DE LA DRA. GLORIA STELLA NAVAS GARCIA Y EL DAÑO ALEGADO POR EL EXTREMO ACTIVO
TERCERA: INIMPUTABILIDAD DE LOS DAÑOS RECLAMADOS POR LA PARTE DEMADANTE A LA DRA. GLORIA STELLA NAVAS GARCIA
CUARTA: GENÉRICA O INNOMINADA"

TERCERA: Se **CONDENE** en costas a la parte demandante.

VI. PRUEBAS APORTADAS EN LA CONTESTACION DE LA DEMANDA POR LA DEFENSA DE LA DOCTORA GLORIA STELLA NAVAS GARCIA

De conformidad con el artículo 173 del C.G.P a través del presente documento y en la oportunidad procesal pertinente, me permito allegar las siguientes piezas procesales para que sean decretadas, practicadas y valoradas en el momento de dictar fallo, así:

A. DOCUMENTALES

A.1. Hoja de vida de la Dra. GLORIA STELLA NAVAS GARCIA junto con sus anexos y títulos académicos como especialista en Anestesiología, por medio de las cuales se demostrará la pericia para actuar en la atención médica brindada a la paciente en la Centro Policlínico del Olaya – CPO -.

A.2. Copia simple del consentimiento informado para actos anestésicos tomado por parte de mi mandante, y mediante el cual la paciente asumió que se le habían explicado los riesgos de la anestesia regional y aceptó los mismos.

A.3. Copia simple de la decisión del Tribunal de Ética Médica de Bogotá Mediante la Sesión No. 907 del 5 de noviembre de 2014 en el proceso con radicación No. 4448 por medio del cual se ARCHIVÓ la investigación deontológica en contra de mi mandante.

A.4. Copia simple del dictamen de medicina legal y de su aclaración respecto de la necropsia médico legal practicada a la paciente RUTH DE LA PAVA por medio del cual el ente experto indicó que no había ninguna falla en el acto anestésico por parte de mi prohijada.

A.5. Copia simple del archivo único de la investigación promovida por la fiscalía general de la nación bajo el radicado No. 2010-060 por medio del cual se archivó la indagatoria en contra de mi prohijada por ATIPICIDAD.

A.6. Copia simple de la literatura médica que avala el tipo y técnica de anestesia usada por mi mandante en la paciente, y el manejo de la complicación una vez detectada, a saber:

A.6.1. *Bloqueo del Plexo Braquial por vía Interescalenica.*
A.6.2. *Vademécum* de la Bupivacaina como medicamento para la Anestesia Regional
A.6.3. *"Anestesia Regional Para Cirugía de Miembro Superior"* Revista Colombiana de Anestesiología vol. XXVIII, núm. 3, la S.C.A.R.E. año 2007.
A.6.4. *"Complicaciones en la anestesia de plexo braquial"* Revista Mexicana de Anestesiología Volumen 30. Supl. 1. Junio de 2007.

A.6.5. "*Toxicidad por anestésicos locales: Revisión de Literatura*". Revista Colombiana de Anestesiología. Vol. 39 No. 1:40-54. S.C.A.R.E. Abril de 2011.
A.6.6. *"Toxicidad sistémica por anestésicos locales"* Revista CES MEDICINA Volumen 28 No. 1 Enero-Junio de 2014.
A.6.7. *"Intoxicación por anestésicos locales"* Revista Chilena de Anestesiología, 2010_; 39: 76-84.

B. INTERROGATORIOS DE PARTE

De la manera más atenta y respetuosa, requiero que su Honorable Despacho se sirva decretar y practicar los interrogatorios de parte de TODOS los integrantes del extremo demandante conforme al artículo 198 del C.G.P., para lo cual ruego se sirva citar a los gestores del proceso a la audiencia que trata el art. 372 del C.G.P. en la que absolverán el interrogatorio, que le formularé de manera oral y/o escrita, en relación con los hechos de la demanda.

C. DECLARACION DE TERCEROS

Solicito que conforme a lo consagrado en el artículo 165 y 212 del C.G.P.., se decreten y ordenen la recepción de las declaraciones de parte de las personas que a continuación se relacionan y tuvieron conocimiento de los hechos como en cada uno de los casos se describe, siendo versiones importantes para probar las excepciones de la presente contestación:

1. Al Dr. OSCAR DARIO BLANCO SANTOS médico Anestesiólogo, identificado con la cedula de ciudadanía No. 79.380.212, domiciliado y residente en la ciudad de Bogotá D.C., en su calidad de TESTIGO TECNICO como médico anestesiólogo quien podrá atestiguar sobre la inexistencia de nexo causal entre el acto anestésico realizado por parte de mi prohijada y el fallecimiento de la paciente, así como el riesgo inherente de la anestesia regional con episodios convulsivos, sobre la adecuada dosis y tipo de medicamento utilizada por mi mandante, y el manejo de la complicación de la paciente por parte de la Dra. Navas.

   El testigo podrá ser citado en la calle 155 No. 9-45 torre 9 Apto. 203 en esta ciudad. Correo electrónico oscardario6@yahoo.com.mx y teléfono 3044430530 o por conducto del suscrito apoderado.

2. Al Dr. GERARDO CARLOS INFANTE RAMOS médico Anestesiólogo, identificado con la cedula de ciudadanía No. 79.182.00, domiciliado y residente en la ciudad de Bogotá D.C., en su calidad de TESTIGO TECNICO como médico anestesiólogo quien podrá atestiguar sobre la inexistencia de nexo causal entre el acto anestésico realizado por parte de mi prohijada y el fallecimiento de la paciente, así como el riesgo inherente de la anestesia regional con episodios convulsivos, sobre la adecuada dosis y tipo de medicamento utilizada por mi mandante, y el manejo de la complicación de la paciente por parte de la Dra. Navas.

   El testigo podrá ser citado en la calle 146 #7F-80 Apto 812 en esta ciudad. Correo electrónico gerardo.infante@gmail.com o por conducto del suscrito apoderado.

D. DICTAMEN PERICIAL

Teniendo en cuenta que al momento de la contestación de la demanda por parte de esta defensa se rige bajo la normatividad del Código de Procedimiento Civil, me permito solicitar afablemente a este despacho lo siguiente para poner a consideración:

1. **Dictamen pericial de oficio:** Se oficie a la Universidad Nacional de Colombia o a la lista de auxiliares de la justicia para que realice un dictamen pericial a mi costa con el fin de poder esclarecer a este despacho las situaciones técnico científicas que contextualizan el presente asunto para poder tomar una decisión de fondo. **Para el efecto una vez se decrete la prueba pericial allegaré el correspondiente cuestionario para ser resuelto por el profesional designado.**

2. **Dictamen pericial de parte:** En virtud a la reforma del Código de Procedimiento Civil bajo la ley 1395 de 2010 que en su artículo 116 estipulaba lo siguiente:

   "Artículo 116. Experticios aportados por las partes. La parte que pretenda valerse de un experticio podrá aportarlo en cualquiera de las oportunidades para pedir pruebas. *El*

experticio deberá aportarse acompañado de los documentos que acrediten la idoneidad y la experiencia del perito y con la información que facilite su localización.
El juez citará al perito para interrogarlo en audiencia acerca de su idoneidad y del contenido del dictamen, si lo considera necesario o si la parte contra la cual se aduce el experticio lo solicita dentro del respectivo traslado. La inasistencia del perito a la audiencia dejará sin efectos el experticio". (Resaltado fuera de texto original).

Lo anterior, y teniendo en cuenta que esta defensa tuvo tan tolo 5 dias para contestar demanda según disposiciones de la antigua codificación civil pues mi prohijada comparece a esta instancia judicial como llamada en garantía, y en virtud del artículo 227 del C.G.P. solicito que en el decreto de pruebas se me otorgue un plazo perentorio para aportar un dictamen pericial de parte, a saber:

"Artículo 227. *Dictamen aportado por una de las partes. La parte que pretenda valerse de un dictamen pericial deberá aportarlo en la respectiva oportunidad para pedir pruebas.* ***Cuando el término previsto sea insuficiente para aportar el dictamen, la parte interesada podrá anunciarlo en el escrito respectivo y deberá aportarlo dentro del término que el juez conceda, que en ningún caso podrá ser inferior a diez (10) días****. En este evento el juez hará los requerimientos pertinentes a las partes y terceros que deban colaborar con la práctica de la prueba".* (Se resalta).

VII. ANEXOS

Los indicados en el acápite de pruebas.

VIII. FUNDAMENTOS DE DERECHO

Como fundamentos de derecho invoco las siguientes disposiciones normativas:

1. Ley 23 de 1981 (Ley sobre Ética Médica).
2. Código Civil Colombiano, especialmente lo establecido en los artículos 1, 3, 9, 10, 25 a 32, 1494 a 1502, 1527, 1546, 1568 a 1580, 1602 a 1604, 1613 a 1616, 1618 a 1655 y 1757.
3. Código General del Proceso artículos 278 y 282.
4. Código de Procedimiento Civil artículos 77 y ss.

IX. OPORTUNIDAD DE PRESENTACIÓN DE LA CONTESTACION DE LA DEMANDA

Se debe precisar a este respetado despacho judicial que la contestación de la demanda de la referencia se realiza dentro del término legal, teniendo en cuenta que la defensa de la Dra. GLORIA STELLA NAVAS GARCIA interpuso recurso de reposición en contra del auto del 1 de agosto de 2016 por medio del cual se admitió el llamamiento en garantía en contra de mi prohijada y empleado por el CPO, interrumpiéndose el termino para acometer la contestación de la demanda, luego por medio de auto del 11 de noviembre de 2016 este despacho tuvo por notificada por conducta concluyente a mi prohijada (fl 42 del cuaderno del llamamiento en garantía) pero aun estando el termino interrumpido por el recurso de reposición de marras.

Luego, por medio de 20 de junio de 2018 indicó que no resolvería el medio de impugnación hasta tanto el Tribunal Superior de Bogotá resolviera sobre el recurso de apelación interpuesto por CPO en contra del auto que le negaba la acumulación de procesos; este recurso fue resuelto por el cuerpo colegiado el 22 de marzo de 2019. Por lo que este despacho con esa decisión, resolvió finalmente el recurso de reposición en contra del auto admisorio del llamamiento en garantía a mi prohijada por medio de auto del 3 de julio del corriente y así empezó a correr el termino de contestación de la llamada en garantía que en los términos de los artículos 57, 314 a 320 del C.P.C.. el llamado en garantía cuenta con **cinco (5) días para contestar el llamamiento y la demanda principal,** los cuales fenecen el **10 de julio** del corriente fecha antes de radicación de este documento, tal y como consta en la anotación del reloj judicial de la secretaria de esta célula judicial.

X. NOTIFICACIONES

El suscrito apoderado JOAN SEBASTIAN MARIN MONTENEGRO, y la Dra. GLORIA STELLA NAVAS GAWRCIA, recibiremos notificaciones en la Secretaría de su Honorable Despacho, o en las siguientes direcciones:

- Dirección Física: avenida carrera 19 # 114-65 oficina 502 en la ciudad de Bogotá D.C.
- Correo electrónico: asjubo02@gmail.com
- Celular: 3212683505

Del Señor Juez. Cordialmente,

JOAN SEBASTIAN MARIN MONTENEGRO
C.C. 1.016.037.522 de Bogotá D.C.
T.P. No. 278.639 del C. S. de la J.

Señor: JUZGADO 51 CIVIL CTO.
JUEZ CINCUENTA Y UNO (51) CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ
E. S. D. JUN 14 '16 AM11:55

Asunto: CONTESTACIÓN DE DEMANDA POR CPO S.A.
Proceso Ordinario de Responsabilidad Civil Extracontractual No. 2014-00376

Demandantes: Juan Sebastián de la Pava Ordoñez, Hilda Ordoñez Mejía, Hilda Maria de la Pava Ordoñez, Jesús de la Pava Zuluaga, Alonso de la Pava Vélez y Benjamín de la Pava Vélez

Demandados: Salud Total EPS-S S.A y CPO S.A.

ADRIANA MORENO MUÑOZ, mayor de edad, domiciliada en Bogotá, identificada con cédula de ciudadanía No. 35.353.883 de Fusagasugá, abogada en ejercicio con tarjeta profesional No. 158.155 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando como mandataria general de **CPO S.A –CENTRO POLICLINICO DEL OLAYA S.A.-**, según mandato general conferido mediante Escritura Pública No. 2400 de la Notaria 33 de Bogotá por la representante legal principal de la sociedad demandada, entidad privada constituida mediante Escritura Pública No. 4.694 de la Notaria 20 de Bogotá del 19 de noviembre de 1991 bajo en número 4263 del Libro XIII con NIT. 800.149.453-6, representado legalmente por la Dra. Nasly Tatiana Jimenez encontrándome dentro del término legal me permito presentar **CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA** presentada por los señores Juan Sebastián de la Pava Ordoñez, Hilda Ordoñez Mejía, Hilda Maria de la Pava Ordoñez, Jesús de la Pava Zuluaga, Alonso de la Pava Velez y Benjamin de la Pava Velez contra CPO S.A y Salud Total EPS-S S.A, en el siguiente sentido:

1-. TÉRMINO PARA CONTESTAR LA DEMANDA

El doce (12) de mayo de 2016 se recepciona en las instalaciones de CPO S.A. notificación por aviso, entendiéndose surtida dicha notificación al día siguiente; es decir, el día trece (13) del mismo mes y año.

Surtiéndose el término de tres (3) días, para retirar copias de los anexos de la demanda los días 16, 17 y 18 de mayo, en consecuencia, el término para contestar la demanda de 20 días, conforme a lo expuesto en el artículo inicia a partir del 19 de mayo de 2016 así:

DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7	DIA 8	DIA 9	DIA 10
19 MAY	20 MAY	23 MAY	24 MAY	25 MAY	26 MAY	27 MAY	31 MAY	1 JUN	2 JUN
DIA 11	**DIA 12**	**DIA 13**	**DIA 14**	**DIA 15**	**DIA 16**	**DIA 17**	**DIA 18**	**DIA 19**	**DIA 20**
3 JUN	7 JUN	8 JUN	9 JUN	10 JUN	13 JUN	14 JUN	15 JUN	16 JUN	17 JUN

En consecuencia, el término para contestar la demanda, vence el **17 de junio de 2016.**

2-.PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

1-. Antecedentes a la muerte de la señora Ruth de la Pava Ordoñez

Frente al hecho A: de conformidad con el registro civil de nacimiento adosado junto con el escrito de la demanda, es cierto que para el 20 de febrero de 2010 la señora Ruth De La Pava tenía 37 años.

Frente al hecho B: no le consta a CPO S.A la caída que afirma el apoderado de los demandantes sufrió la señora Ruth De La Pava al jugar con sus hijos; sin embargo, es cierto que la señora se dirigió al servicio de urgencia de CPO S.A.

Frente al hecho C: Es cierto que CPO S.A. hace parte del red de prestadores de servicios de Salud Total EPS-S S.A. para la ciudad de Bogotá; respecto a la existencia o no de afiliación vigente con dicha EPS, corresponderá al codemandado pronunciarse al respecto.

Frente al hecho D: De conformidad con lo señalado en el registro clínico me permito señalar que para el 20 de febrero de 2010 se registra a las 3:27 p.m. la señora Ruth de la Pava acude al servicio de urgencias del Centro Policlínico del Olaya indicando que hacía las seis de la mañana había presentado una caída de más o menos cuatro escalones con trauma en la mano derecha, presentando edema y limitación funcional del miembro se enuncio en ese momento como una impresión diagnóstica de "contusión de otras partes de la muñeca y de la mano", se le ordeno la toma de una radiografía y diclofenaco.

Con el resultado de esa ayuda diagnostica el Dr. Ricardo Arias Argüello -ortopedista- diagnosticó una fractura de hipófisis inferior del radio distal con angulación dorsal.

Como consecuencia de lo anterior, es cierto que se le indicó a la paciente la necesidad de manejo quirúrgico con reducción cerrada y osteosíntesis de radio distal. Ahora bien, respecto a que el diagnóstico y procedimiento de la paciente, no tendrían consecuencias letales en la usuaria, me permito señalar que ello corresponde a un juicio de valor; siendo que cualquier procedimiento quirúrgico por menor que parezca acarrea riesgos previstos por la literatura médica y otros desconocidos incluso por la ciencia médica.

Frente al hecho E: De conformidad con la historia clínica el ortopedista realiza como tratamiento inicial antes del procedimiento quirúrgico la inmovilización de la mano con una férula de yeso y da cita para manejo quirúrgico; por ende éste hecho es cierto.

Frente al hecho F: Es cierto, que para el 22 de febrero de 2010, se dio inició al procedimiento quirúrgico señalado como tratamiento idóneo y adecuado para la fractura de hipófisis de radio que presentaba la señora Ruth De La Pava.

Frente al hecho G: Es cierto, así se describió el la historia clínica; aclarando que la paciente no sólo le fue administrado bupivacaína, sino con lidocaína al 1% con epinefrina 10 mg presentando episodio convulsivo y depresión miocárdiaca y que conforme a lo señalado por la anestesióloga Dra. Gloria Navas García ante el Tribunal de Ética Médica inmediatamente la paciente presentó convulsiones se suspendió la administración del anestésico.

Frente al hecho H: es cierto, describe la historia clínica que una vez surgió el evento se realizaron maniobras de reanimación cerebrocardiopulmonar, con intubación orotraqueal, masaje cardiaco externo, adrenalina, desfibrilación con 300 joules y con masaje externo por 45 minutos logrando revertir el ritmo sinusal y presentando la paciente con posterioridad a ese evento signos vitales.

Frente al hecho I: Antes de pronunciarse sobre lo acaecido el 23 de febrero de 2010, me permito señalar que ante reanimación exitosa la paciente fue trasladada por la

anestesióloga Dra. Gloria Navas a la Unidad de Cuidados Intensivos para monitorear su estado neurológico y hemodinámico, previa información dada a los familiares de la paciente de su estado de salud; en consecuencia, para las 7:58 p.m. la paciente es trasladada a UCI, con el diagnóstico de paro cardiaco y el diagnóstico relacionado de efecto adversos de anestésico no especificados, enunciado así en la historia clínica conforme a los códigos de la "Clasificación Internacional de Enfermedades".

En la nota de las 9:37 p.m. de la UCI se describe que para ese entonces la señora De La Pava ya había recibido manejo ventilatorio por hora y media, se había iniciado protección cerebral con tiopental sódico + enfriamiento con sábanas frías y hielo local e infusión de asa por arteria femoral. Asimismo se le habían ordenado como paraclínicos electrocardiograma, radiografía de tórax y laboratorios. Continuando la señora Ruth De La Pava con atención en UCI, siendo las 12:40 presenta un nuevo paro cardiaco se inician las maniobras de RCP sin respuesta falleciendo a la 1:00 p.m.

En ese orden de ideas, no es cierto que la señora Ruth de la Pava falleció como consecuencia de un paro cardiorespiratorio ocasionado por la aplicación del anestésico bupivacaina, como se expuso en respuesta a hechos anteriores la paciente supero dicho cuadro ante las maniobras de reanimación intentadas por el equipo médico; siendo claro que a pesar de ello al día siguiente estando en la UCI, se presentó un nuevo paro cardiorespiratorio del cual no se obtuvo respuesta.

Frente al hecho J: no le consta a mi representado ninguna de las manifestaciones contenidas en éste inciso; pues es claro que el adelantamiento de necropsias en los eventos en los que se desconoce la causa de la muerte de un paciente por las condiciones en las que se presentó, son ejecutadas por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses y no por la institución de salud en la cual se presentó el deceso.

Frente al hecho K: no le consta a mí representado las manifestaciones que le hicieron varios profesionales de la salud acerca de la extrañeza y desconcierto de la muerte de la señora Ruth De La Pava, como tampoco que le hayan manifestados que se presentó por un "error en la aplicación de la anestesia". En cualquier circunstancia sí los profesionales manifestaron lo enunciado, ello se sustenta en la infrecuente presentación de eventos de toxicidad a los anestésicos locales que se documentan a través la literatura médica.

Ahora respecto al dictamen del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, me permito señalar que mi representado no hace parte de proceso que parece adelantarse ante la Fiscalía General de la Nación por el fallecimiento de la señora Ruth De La Pava, desconociendo hasta el momento de la contestación de la demanda las actuaciones adelantadas.

Frente al hecho L: como se menciona en el hecho anterior, no le consta a mi representado la investigación penal que al parecer se sigue en la Fiscalía 298 Seccional -Unidad de Vida-.

2-. Frente al numeral enunciado como "Hechos relativos al contenido de la historia clínica No. 5220305 y de los dictámenes del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses"

Frente al hecho A: es cierto; no obstante, el señor Carlos Maldonado no se encuentra vinculado al presente proceso, a pesar de señalarse por el apoderado de la actora que en vida de la señora Ruth De La Pava fue su compañero.

Frente al hecho B: es cierto, corresponde a lo descrito en la historia clínica y a manifestaciones respondidas en reglones anteriores.

Frente al hecho C: conforme a la historia clínica se define que no tenía antecedentes patológicos, farmacológicos, tóxicos, por ende es cierto. No es cierto que la historia clínica describa expresamente que la paciente se encontraba con control pleno de esfínteres y funciones motrices, sólo se limita a señalar "buen estado general".

Frente al hecho D y E: es cierto, lo señalado en ambos incisos.

Frente al hecho F: es cierto que la cirugía se adelanta el 22 de febrero de 2010, dos días después de que la paciente consulta por presentar la lesión.

Frente al literal a. del hecho F: es cierto, corresponde a una nota textual tomada del registro clínico, en la cual se describe que al momento del bloqueo interescalenico con bupivacaína la paciente presenta un episodio convulsivo y paro cardio-respiratorio, descrita en la literatura médica como una de las complicaciones infrecuentes pero inherentes al acto anestésico, frente a lo cual se procedió con maniobras de RCCP avanzadas, se revirtió a ritmo sinusal y se traslado a UCI adultos.

Al respecto preciso que la anestesia regional comprende el bloqueo axilar del plexo braquial, o el bloqueo interescalénico es una técnica anestésica común en la cirugía de miembros superiores distales, que consiste en aplicar en el espacio perineurovascular la suficiente cantidad de anestésico o mezcla anestésica, lo más cerca posible a las fibras nerviosas, para obtener el efecto anestésico en el miembro superior, en este caso el brazo. Está técnica es una de las más utilizadas por la especialidad de anestesiología para el bloqueo de miembros superiores, que no está exenta como cualquier acto médico de presentar complicaciones y riesgos inherentes a la anestesia, que se escapan del actuar médico de cualquier profesional en salud y que no es posible tipificarlas como constitutivas de eventos culposos.

Frente al literal b. del hecho F: es cierto, así lo describe la historia clínica y es claro que una vez la paciente supero el evento mi representado disponía de una unidad de cuidados intensivos para hacerle seguimiento a la condición de salud que presentaba la señora Ruth De La Pava.

Frente al literal c. del hecho F: es cierto, corresponde al código de la "Clasificación Internacional de enfermedades 10"que por manejo de la historia clínica en CPO S.A fue digitado por el profesional de salud para describir lo sucedido, señalándole al Despacho desde ya que no existe una prueba previa para evitar la presentación de ésta infrecuente complicación, como tampoco la misma se constituye en un fenómeno alérgico.

Frente al literal d. del hecho F: es cierto, al momento de la reanimación del paciente participaron varios profesionales de la salud, entre los que se encontraba otro anestesiólogo doctor Carlos Tarazona.

Frente al literal e. del hecho F: es cierto, así lo describe el registro clínico y éste es el término correcto para definir el evento como de toxicidad por bupivacaína frente a la reacción ocurrida en la corporalidad de la señora Ruth De La Pava, destacando que el efecto tóxico de los anestésicos locales no se deriva únicamente de las dosis empleados, ni de la técnica utilizada sino que también se contempla la reacción acaecida en los pacientes al momento de la inyección anestésica.

Frente al literal f. del hecho F: es cierto.

Frente al literal g. del hecho F: De manera antitécnica el apoderado de los demandantes repite un enunciado fáctico, ante lo cual me permito reiterar una vez más lo consignado en respuesta a los hechos anteriores y que corresponde a lo señalado en la historia clínica, indicado que dicho contenido es cierto.

Frente al literal h. del hecho F: tal como está redactado éste hecho me permito señalar que no es cierto, la paciente en el momento anestésico presentó un episodio convulsivo y consecutivamente un paro cardiaco del cual salió tras las maniobras de resucitación presentando ritmo sinusal lo que amerito que se ingresara de inmediato a la Unidad de Cuidados Intensivos; no obstante, las anotaciones contenidas en la historia clínica definen que a pesar de superar ese estado crítico, su condición de salud no dejaba de ser delicada y por ello la misma anestesióloga solicita remisión a la UCI.

Frente al literal i. del hecho F: es cierto a la señora Ruth De La Pava a través de la unidad de cuidados intensivos le fue brindado todo el apoyo que requirió para estabilizar su condición hemodinámica.

Frente al literal j. del hecho F: es cierto, la paciente falleció registrándose en esa hora el deceso en el registro clínico:

3-. Frente al numeral enunciado como "Hechos relativos a la relación contractual de la señora Ruth De La Pava Ordoñez con los demandados".

Frente al hecho A: no le consta a mi representado, al no tener dentro de sus funciones dentro del Sistema de Seguridad Social en Salud el aseguramiento de la población vinculada al régimen contributivo; corresponde a la EPS-S Salud Total S.A. pronunciarse frente a ese aspecto.

Frente al hecho B: no le consta a CPO S.A. por las mismas consideraciones indicadas en el hecho anterior.

Frente al hecho C: es cierto.

Frente al hecho D: es cierto, así se encuentra señalada en la historia clínica de la mentada paciente.

Frente al hecho E: es cierto que en la historia clínica se relacione convenio URGCAPSTVS09.

Frente al hecho F: es cierto; destacando que a pesar de que en un primer término la paciente fue atendida a través del servicio de urgencias, se le programo la cirugía lo antes posible a esa atención; es decir, para dos días después del diagnóstico dado por el ortopedista, la misma requería ser adelantada con prontitud dado el tipo de fractura que presentó la señora De La Pava y la necesidad de intervención quirúrgica como tratamiento indicado por la *lex-artis*. Es cierto, que la cirugía fue autorizada por Salud Total EPS-S S.A.

Frente al hecho G: Es cierto que CPO S.A. al hacer parte de la red de prestadores de Salud Total EPS-S para la atención de su población afiliada en la ciudad de Bogotá.

4-. Frente al numeral enunciado como "Hechos relativos a la situación socio económica y familiar de la señora Ruth de La Pava Ordoñez".

A-. En cuanto a sus dependientes económicos:

Frente al hecho a-. No le consta a mi representado. No obstante destaco que de las personas relacionadas en el hecho, solo se encuentra ejerciendo la acción resarcitoria Juan Sebastián De La Pava Ordoñez.

Frente al hecho b-. No le consta a mi poderdante el contenido fundamental de éste hecho. Ahora bien, respecto a la afirmación referente a que *"hasta el instante en que la mala praxis médica le quito la vida"*, me permito señalar que el evento acaecido con la señora Ruth De La Pava, no se puede catalogar como un evento de mala praxis, siendo que incluso el acto anestésico como cualquier acto médico contempla complicaciones, entre las cuales para el presente caso se contempla la administración intra arterial o intravenosa, el bloqueo ganglio estrellado, administración masiva sub aracnoidea peridural o subdural, bloqueo del nervio recurrente laríngeo, bloqueo nervio frénico, infecciones, lesión de nervios, etc.

Frente al hecho c-. No le consta a mí representado, al corresponder lo enunciado a un acto propio de la actividad que al parecer desarrollaba la señora De La Pava y a un aspecto de su relación familiar, lo cual deberá ser probado por quién los aduce a voces de la regla general establecida en el artículo 167 del Código General del Proceso.

Frente al hecho d-. No le consta a CPO S.A. al corresponder a una situación propia del entorno familiar de la señora De La Pava.

B-. En cuanto a la situación profesional: ninguno de los literales que contiene éste acápite le consta a mí representado al enunciar aspectos académicos y laborales de la señora Ruth De La Pava Ordoñez de los cuales la institución hospitalaria no tiene un conocimiento directo.

C-. En cuanto a su relación con los miembros de la familia: no le consta a mi representado lo contenido en ninguno de los literales que integran éste acápite al corresponder a relaciones familiares de la señora Ruth De La Pava Ordoñez las cuales son desconocidas en lo absoluto por mi representado.

3-.PRONUNCIAMIENTO FRENTE AL ACÁPITE "ANÁLISIS DE LOS HECHOS"

En este punto me permito precisar que **NO EXISTIERON ERRORES EN LA ATENCIÓN DE LA SEÑORA RUTH DE LA PAVA ORDOÑEZ ADELANTADA EN CPO**, atendiendo los siguientes postulados:

- El uso de la anestesia local (técnica bloqueo interescalénico) para bloquear el plexo braquial (plexo nervioso que inerva el brazo -nervio cubital, mediano y radial-) se hacía necesaria para adelantar la reducción radial, siendo la técnica empleada rutinariamente para dar anestesia al brazo.

- No existía para la época de la atención año 2010 en Colombia un equipo biomédico que garantizara la aplicación anestésica en determinado lugar, le correspondía al anestesiólogo por anatomía del paciente definir la aplicación anestésica en la zona a intervenir; como tampoco una prueba previa al acto anestésico.

- No le es exigible al profesional en anestesiología mientras adelanta el acto anestésico relacionarlo minuto a minuto simultáneamente en la historia clínica; entendiéndose así que una vez la Dra. Navas aplica la anestesia y la paciente presenta el evento se esmera en adelantar las maniobras propias de reanimación, para posteriormente describir lo acaecido en el registro clínico.

- La señora Ruth De La Pava Ordoñez presentó una complicación inherente al acto anestésico correspondiente a una intoxicación con anestésico local, siendo que en cualquier estructura se encuentra rodeada del cuerpo se compone de

arterias, nervios y venas y al estar altamente vascularizada al momento de la dispensación del anestésico se pueden ver afectadas, a pesar de que el acto haya sido adelantado por un profesional con experiencia y pericia se pueden presentar complicaciones frecuentes e infrecuentes descritas por la literatura médica que no constituyen un error médico o mala praxis como incorrectamente se refiere en el escrito de la demanda.

- La usuaria recibió manejo necesario para superar el estado convulsivo y la depresión cardíaca que presentó, empleándose el desfibrilador junto con el masaje cardíaco y otros medios y medicamentos a fin de lograr la reanimación, resultando positiva, describe expresamente la historia clínica que se le realizó: *REANIMACION CARDIOCEREBRO PULMONAR RCCP, MASAJE CARDIACO EXTERNO, REANIMACIÓN . POR LÍQUIDO ENDOVENOSOS, DESFIBRILACIÓN CON CARGA DE 300 JULIOS*, para así posteriormente intubar a la paciente.

- Respecto a los elementos de la responsabilidad el apoderado de los demandantes aduce la existencia de un nexo causal entre la muerte de la señora Ruth De La Pava y el acto anestésico fundamentando tal afirmación en lo señalado en la historia clínica y un dictamen del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencia; obviando con tal afirmación la conclusión de dicho experticio que señala puntualmente:

  "Si las dosis de los medicamentos anestésicos y la idoneidad del anestesiólogo tratante son adecuadas el evento convulsivo presentado por la señora Ruth De La Pava estaría dentro del contexto de una complicación del acto anestésico (pie de página: En la complicación el daño es inconstante, puede ser previsible, algunas veces evitable, el nexo causal es indirecto usualmente, el tiempo de aparición es variable, se presenta dentro de una buena práctica profesional en la cual actuó un médico competente). ***Entonces el procedimiento anestésico no tendría falla, sino que la ocurrencia de eventos adversos se presenta en procedimientos de anestesia con buena práctica médica"***.

Es así como en el presente caso las dosis de anestesia se encuentra ajustadas a las características físicas de la paciente y su clasificación, además de demostrarse con las pruebas documentales que se adjuntan que la anestesióloga contaba con la idoneidad y experticia necesaria para el adelantamiento del procedimiento, siendo que lo presentado en la humanidad de la paciente fue producto de una **COMPLICACIÓN DEL ACTO ANESTÉSICO DE DIFICIL PREVISIÓN, DEL QUE NO SE PREDICA CULPA MÉDICA, AL EXISTIR UNA ADECUADA ATENCIÓN POR PARTE DE LA DOCTORA GLORIA STELLA NAVAS GARCIA**

Como consecuencia de lo enunciado me permito solicitar:

1-. Se absuelva al CENTRO POLICLINICO DEL OLAYA S.A., de cada una de las pretensiones de la demanda.

2-. Se declare al CENTRO POLICLINICO DEL OLAYA S.A., exento de cualquier responsabilidad sobre los hechos objeto de la demanda, dado que no existió ninguna conducta de mi representada de la cual se desprenda la causa de los supuestos perjuicios generados en el acto anestésico adelantado en la humanidad de la señora Ruth De La Pava

3-. Se condene en costas y agencias en derecho a los actores de la demanda.

4-.PRONUNCIAMIENTO FRENTE AL SUSTENTO JURIDICO DE LAS PRETENSIONES

Respecto al pronunciamiento hecho por el demandante relacionada con el tipo de responsabilidad a debatirse, enunciada por la parte actora como de estirpe contractual; es claro, que quienes están demandando lo hace en nombre propio aduciendo los lazos de consanguinidad con la paciente, siendo que la doctrina enseña que sí la fuente de la responsabilidad no emana de un contrato, que en éste caso sería el de afiliación, la responsabilidad será EXTRACONTRACTUAL.

De otro lado, discrepo de la posición del colega de la Litis al referir que la responsabilidad civil médica se relaciona con el ejercicio de una actividad peligrosa como la medicina, pues de antaño se sabe que esta profesión tiene un sentido humanístico y así se concluye de la declaración de principios consignados en la ley 23 de 1981: *"La siguiente declaración de principios constituye el fundamento esencial para el desarrollo de las normas sobre Ética Médica: "1. La medicina es una profesión que tiene como fin cuidar de la salud del hombre y propender por la prevención de las enfermedades, el perfeccionamiento de la especie humana y el mejoramiento de los patrones de vida de la colectividad, sin distingos de nacionalidad, ni de orden económico-social, racial, político y religioso. El respeto por la vida y los fueros de la persona humana constituyen su esencia espiritual. Por consiguiente, el ejercicio de la medicina tiene implicaciones humanísticas que le son inherentes".*

Respecto a la presunción de responsabilidad médica o culpa presunta se ha de aclarar que dicho título de imputación fue abandonado por el Consejo de Estado para dar paso a la CULPA PROBADA, nótese además que la sentencia que cita el demandante fue proferida en el año 1992, momento en el cual reinaba dicha posición en las altas cortes; sin que sea pertinente referir la presunción de error o culpa médica como parece entenderlo el apoderado de los demandantes. Ahora sí se traslada la carga de probar a mi representado está plenamente convencido que puede demostrar que las dosis de los anestésicos empleados en el acto se encuentran ajustadas al contenido de la *lex artis* sumado a que la Dra. Navas contaba con la idoneidad y experticia suficiente para atender a la señora Ruth De La Pava, debiendo ser exonerado de las pretensiones de la demanda al corresponder el evento a una complicación propia del acto anestésico como bien lo describió en el dictamen el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

En cuanto a las maniobras de reanimación empleadas también resultan adecuadas conforme al protocolo respectivo, siendo que no existe ningún fundamento fáctico ni probatorio del cual se pueda colegir lo contrario.

5-. OPOSICIÓN A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

Conforme a las excepciones de mérito que se propondrán en el acápite respectivo, manifiesto la OPOSICIÓN TOTAL a las pretensiones de la demanda por parte de CPO S.A., indicando no existe responsabilidad civil médica, y menos que la misma pueda calificarse como objetiva, en las atenciones brindadas a la señora Ruth De La Pava Ordoñez en las instalaciones de CPO S.A. al haberse presentado una complicación que se encuentra descrita en la literatura mundial en el proceso de anestesia tipo bloqueo regional interescalénico al parecer un efecto farmacológico no esperado (menor al 1%) por infusión en el espacio intravascular, según lo ocurrido en la paciente; sin que de ello se pueda predicar un error en la técnica o culpa en el acto anestésico, constituyéndose así un evento inevitable que a pesar de las medidas instauradas no pudo superarse.

Como consecuencia de lo anterior, la oposición de CPO S.A. también se dirige a las pretensiones de condena, considerando que no existe obligación indemnizatoria a cargo de mí representado al no evidenciarse en la atención de la paciente, todos los elementos que dispone la ley para establecer la responsabilidad civil.

6-. OBJECCIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO

Estima la parte actora los perjuicios materiales en la suma total de $180.915.407, discriminados en lucro cesante por la suma de $177.725.407 y daño emergente en $3.190.000.

Ahora en punto de la objeción de la estimación de los perjuicios materiales efectuada por el apoderado de los demandantes, sustento la objeción en lo siguiente:

1-. Las sumas enunciadas por los demandantes por concepto de daños materiales no cumplen con una de las condiciones de su existencia del daño: la certeza de su ocurrencia.

Señala la jurisprudencia que *"el daño para que pueda ser reparado debe ser cierto, esto es, no un daño genérico o hipotético, sino uno específico, cierto: el que sufre una persona determinada en su patrimonio"*. Opuesto a la certeza del daño se encuentra la eventualidad, que no otorga derecho a la indemnización.

El Profesor Tamayo Jaramillo enuncia que según la jurisprudencia la certeza del perjuicio se presenta cuando se *"distingue entre la existencia del perjuicio y la de su cuantía, aceptando que lo indispensable es la prueba de la primera, con lo cual se abre camino para que, en un incidente posterior se demuestre el monto de la segunda"*. En resumen el daño alegado, del cual se pretende el reconocimiento de una indemnización no puede nacer de suposiciones o conjeturas, como tampoco puede ser eventual, sin que ello implique a que daño sea futuro, pues la certeza implica es que no exista duda sobre su ocurrencia.

La estimación del lucro cesante, parece fundamentarse en la señora Ruth De La Pava se hacía cargo de la manutención de su señora madre y de su hijo Juan Sebastián De La Pava Ordoñez; sin embargo, no obra prueba que determine que los ingresos mensuales de la fallecida que correspondiera eventualmente a dicho monto, y menos que con esos eventuales e inciertos ingresos, prestaba ayuda económica a su señora madre e hijo. Aunado a que no puede predicarse el lucro cesante del valor total que recibía la fallecida por su actividad u oficio, siendo que jurisprudencialmente se ha establecimiento que se parte de la base que cualquier persona dispone del 25 al 30 por ciento de sus ingresos para su propia subsistencia.

2-. El colega de litis enuncia varios montos como lucro cesante a favor de sus poderdantes, omitiendo que el artículo 206 del Código General del Proceso, expresamente define *"deberá estimarlo razonadamente bajo juramento en la demanda o petición correspondiente, discriminando cada uno de sus conceptos"*; es decir, que en el juramento no se evidencia razonabilidad al no sustentar a que obedece de manera particular el concepto de lucro cesante y las razones por las cuales Juan Sebastián De La Pava Ordoñez e Hilda Ordoñez De La Pava recibían ese concepto; es decir, se desconoce el origen de tal lucro cesante para las presuntas víctimas y además no se acredita las elevadas cifras que se enuncian. .

3-. Como consecuencia de lo enunciado, para la fecha de presentación de la demanda, se encontraba vigente el artículo 206 del Código General del Proceso, que obliga al demandante a estimar discriminadamente cada concepto de la indemnización, de lo cual hizo caso omiso el actor, pues solo se limitó a referir en dicho aparte de la

demanda que *-En orden a estos argumentos resulta que el juramento estimatorio la suma del lucro cesante más el daño emergente, el cual se calcula en ciento ochenta millones novecientos quince mil cuatrocientos siete pesos colombianos ($180.915.407);* cuando la normatividad vigente exige que en la estimación bajo juramento debe indicarse cada uno de los conceptos, sin aplicarse la cuantificación de los daños extrapatrimoniales, por ende carece de tal motivación el juramento estimatorio.

La ley 1564 de 2012, impone a quien estime en exceso el juramento estimatorio una condena superior a la considerada en la ley 1395 de 2010:

"Si la cantidad estimada excediere en el cincuenta (50%) la que resulte probada, se condenará a quien la hizo a pagar a la otra parte una suma equivalente al diez por ciento (10%) de la diferencia", de ahí que sea tan exigente a la luz de la nueva legislación el juramento estimatorio".

Por ende solicito al Despacho que en aplicación de lo anterior se condene a los demandados a pagar el 10% de la diferencia, de lo que resulte probado, a favor de la Dirección Administrativa Judicial, dado que en el acápite respectivo ni de las pretensiones de la demanda, se extrae a qué obedece la enunciación de cada uno de éstos conceptos.

7-. EXCEPCIONES DE MÉRITO

AUSENCIA DE CULPA MÉDICA

El actuar de CPO S.A. a través de la anestesióloga se encuentra ajustado a la *lex artis,* debe entonces probar el demandante lo contrario a voces del artículo 167 del Código General del Proceso que como regla general define "incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen", siendo una excepción lo consignado en el inciso segundo de esa norma, al establecerse la distribución de la carga de la prueba por el judice al momento de su decreto.

En la sentencia del 30 de enero de 2001, la Corte Suprema de Justicia establece la línea jurisprudencial de la tesis de la culpa probada de forma clara y concisa y nos parece pertinente destacar los siguientes apartes de sus consideraciones:

Es en la sentencia de 5 de marzo de 1940 (G.J. t. XLIX, págs. 116 y s.s.), donde la Corte, empieza a esculpir la doctrina de la culpa probada, pues en ella, además de indicar que en este tipo de casos no sólo debe exigirse la demostración de "la culpa del médico sino también la gravedad", expresamente descalificó el señalamiento de la actividad médica como "una empresa de riesgo", porque una tesis así sería "inadmisible desde el punto de vista legal y científico" y haría "imposible el ejercicio de la profesión".

Este, que pudiera calificarse como el criterio que por vía de principio general actualmente sostiene la Corte, se reitera en sentencia de 12 de septiembre de 1985 (G.J. No. 2419, págs. 407 y s.s.), afirmándose que *"...el médico tan sólo se obliga a poner en actividad todos los medios que tenga a su alcance para curar al enfermo; de suerte que en caso de reclamación, éste deberá probar la culpa del médico, sin que sea suficiente demostrar ausencia de curación".* Luego en sentencia de 26 de noviembre de 1986 (G.J. No. 2423, págs. 359 y s.s.), se ratificó la doctrina, inclusive invocando la sentencia de 5 de marzo de 1940, (...) La tesis de la culpa probada la consolidan las sentencias de 8 de mayo de 1990, 12 de julio de 1994 y 8 de septiembre de 1998.

"Aunque para la Corte es claro que los presupuestos de la responsabilidad civil del médico no son extraños al régimen general de la responsabilidad (un comportamiento activo o pasivo, violación del deber de asistencia y cuidado propios de la profesión, que

el obrar antijurídico sea imputable subjetivamente al médico, a título de dolo o culpa, el daño patrimonial o extrapatrimonial y la relación de causalidad adecuada entre el daño sufrido y el comportamiento médico primeramente señalado), y que en torno a ese panorama axiológico debe operar el principio de la carga de la prueba (artículo 177 del Código de Procedimiento Civil), visto con un sentido dinámico, socializante y moralizador, esto es, distribuyéndola entre las partes para demandar de cada una la prueba de los hechos que están en posibilidad de demostrar y constituyen fundamento de sus alegaciones, pues éste es el principio implícito en la norma cuando exonera de prueba las afirmaciones o negaciones indefinidas, precisamente por la dificultad de concretarlas en el tiempo o en el espacio, y por ende de probarlas, resulta pertinente hacer ver que el meollo del problema antes que en la demostración de la culpa, está es en la relación de causalidad entre el comportamiento del médico y el daño sufrido por el paciente, porque como desde 1940 lo afirmó la Corte en la sentencia de 5 de marzo, que es ciertamente importante, "el médico no será responsable de la culpa o falta que se le imputan, sino cuando éstas hayan sido determinantes del perjuicio causado".

En ese sentido la Corte, en sentencia del 22 de julio de 2010[3], afirma lo siguiente:

"(...) En tratándose de la ejecución del acto médico propiamente dicho, deberá indemnizar, en línea de principio y dejando a salvo algunas excepciones, los perjuicios que ***ocasione mediando culpa, en particular la llamada culpa profesional, o dolo, cuya carga probatoria asume el demandante, sin que sea admisible un principio general encaminado a establecer de manera absoluta una presunción de culpa de los facultativos (sentencias de 5 de marzo de 1940, 12 de septiembre de 1985, 30 de enero de 2001, entre otras).***

Empero, a esa conclusión no se opone que el juez, atendiendo los mandatos de la sana crítica y mediante diversos procedimientos racionales que flexibilizan el rigor de las reglas de la carga de la prueba, asiente determinadas inferencias lógicas enderezadas a deducir la culpabilidad médica en el caso concreto. En efecto, como quiera que es posible que una rigurosa aplicación de la disposición contenida en el artículo 177 del Código de Procedimiento Civil puede aparejar en este ámbito el fracaso de la finalidad reparadora del régimen de la responsabilidad civil, particularmente, por las dificultades probatorias en las que se puede encontrar la víctima, no es insensible la Corte ante esa situación, motivo por el cual asienta que, teniendo en consideración las particularidades de cada caso en concreto, lo que repele indebidos intentos de generalización o de alteración de los principios y mandatos legales, y en la medida que sea posible, puede el juez acudir a diversos instrumentos que atenúan o "dulcifican" (como lo denominan la doctrina y la jurisprudencia españolas) el rigor del reseñado precepto.

Así, dependiendo de las circunstancias del asunto, se insiste una vez más, es posible que el juez, con sujeción a las normas jurídicas y de la mano de las reglas de la experiencia, el sentido común, la ciencia o la lógica, deduzca ciertas presunciones (simples o de hombre) relativas a la culpa galénica; o que lo haga a partir de indicios endoprocesales derivados de la conducta de las partes (artículo 249 Ibídem); o que acuda a razonamientos lógicos como el principio res ipsa loquitur (como cuando se olvida una gasa o material quirúrgico en la zona intervenida, o se amputa el miembro equivocado, etc.); o teniendo en consideración la manifiesta anormalidad de las consecuencias del acto médico deduzca una "culpa virtual" o un "resultado desproporcionado", todo lo anterior, se reitera aún a riesgo de fastidiar, sin que sea admisible la aplicación de criterios generales que sistemática e invariablemente quebranten las reglas de distribución de la carga de la prueba previstos en el ordenamiento."

La Corte Suprema de Justicia en sentencia reciente respecto de la carga de la prueba del demandante[4], expresa:

"Corolario de lo expuesto, es que, en línea de principio, las acciones dirigidas a que se declare la responsabilidad civil derivada de la actividad profesional médica, siguen la regla general que en cuanto hace a la carga probatoria contempla el artículo 177 del Código de Procedimiento Civil, por lo que compete al demandante acreditar sus elementos estructurales, entre ellos, la culpa de la parte demandada, sin que tal deber resulte desvirtuado por la circunstancia de que, según las particularidades de determinados casos, pueda flexibilizarse dicho principio procesal y, en tal virtud, recurrirse a instrumentos lógicos como lo señalados por la Corte, en procura de tener por acreditados los requisitos axiológicos propios de la indicada clase de responsabilidad civil, en particular el atinente a la imputación subjetiva del galeno demandado."

Frente al caso en particular, ha de valorarse el elemento culpa a la luz de lo consignado en la historia clínica y de la atención de la señora Ruth De La Pava, encontrándose lo siguiente:

20 de febrero 2010: Acude paciente de 37 años de edad, sin antecedentes de importancia, por presentar caída de su propia altura con trauma en muñeca de mano derecha. A la valoración física signos vitales dentro de rango de normalidad. Presenta deformidad en muñeca derecha, se le ordena una radiografía de muñeca demuestra fractura de radio con angulación dorsal. Valorada por ortopedista Dr. Ricardo Arias Arguello se ordena la colocación de yeso y se realiza inmovilización y además se difiere para reducción y osteosíntesis de radio distal.

22 de febrero 2010 7:27 pm la usuaria es valorada por ortopedia *indicando "Paciente con fractura de radio distal derecha programada para manejo quirúrgico con reducción cerrada y fijación percutánea de radio distal. Durante la realización del bloqueo interescalénico por anestesiología presenta episodio convulsivo, paro cardiaco, se le hace reanimación avanzada y luego de 45 minutos sale a ritmo sinusal y se traslada a UCI".*

Valoración por médico intensivista: 7:49 pm se indica que la paciente se encontraba bajo ventilación mecánica post RCP avanzada, después de presentar paro cardiaco por toxicidad por bupivacaina. Se ingresa a UCI.

De la historia clínica se sustrae la nota de anestesiología que describe textualmente:

> *"Paciente de 37 años, ASA I, con fractura de radio distal derecho, quien durante bloqueo interescalénico, con bupivacaina 50 mg + lidocaína al 1% con epinefrina 100 mg, presenta episodio convulsivo acompañado de depresión miocárdica. Con actividad eléctrica sin pulso. Se inician maniobras de reanimación cerebrocardiopulmonar, con intubación orotraqueal, masaje cardiaco externo, se inicia adrenalina 1 mg + infusión de 5 ampollas en goteo, entrando en fibrilación ventricular, por lo cual se realiza desfibrilación con 300 Joules. Se continua masaje cardiaco externo durante 45 minutos y se coloca infusión de Lyposin 1750 cc, en 20 minutos, La paciente revierte a ritmo sinusal después de 45 minutos de reanimación cerebrocardiopulmonar, presentando signos vitales Tensión arterial 130/60, frecuencia cardiaca 85, Saturación oxigeno 78%.*
>
> *Se coloca catéter venoso central, e infusión de adrenalina 0.10 mcg /kg/ minuto, se traslada a UCI para monitoreo neurológico y hemodinámico".*

Notas en la UCI-A CPO S.A.: 22 de febrero 2010 9:37 pm. Durante la hora y media de estancia en la unidad se ha instaurado manejo ventilatorio protector dadas las

presiones elevadas en la vía aérea, se ha soportado con noradrenalina en un intento para desmontar la adrenalina, se ha administrado bolo de manitol, se ha iniciado protección cerebral con tiopental sódico + enfriamiento con sabanas frías y hielo local, infusión de diurético de asa; se coloco línea arterial femoral derecha sin complicaciones

Post RCP avanzada - encefalopatía post reanimación - toxicidad por bupivacaina - síndrome de distress respiratorio - choque cardiogénico.

22 de febrero 2010 11:31 pm: Paciente en mal estado general en choque refractario. Hipoxemia refractaria. Encefalopatía post RCP avanzada. SDRA.

23 de febrero 2010 4:19 a.m. Pésimo estado general, necesidad de dosis elevada de vasopresores para asegurar presiones de perfusión. Hipoxemia refractaria.

23 de febrero 2010 9:08 am. Paciente en mal estado general con hipoxemia refractaria y choque refractario. Se continua manejo vasopresor e inotrópico con levosimendan guiado mediante monitoria de gasto cardiaco continuo.

23 de febrero 2010 13:00 La paciente a las 11:30hrs presento paro cardiaco. Inicia con bradicardia extrema, se inicia RCP con compresiones externas 120 por minuto + ambú, FIO2 100%, 22 respiraciones por minuto, administración de atropina IV hasta 3 mg titulados durante la reanimación. Se logra tensión arterial 120/65, frecuencia cardiaca 90, manteniendo soporte ventilatorio con frecuencia de 25 por minuto. Paciente quien sale del segundo paro después de 24 minutos de RCP, en estado de inestabilidad severa con necesidad de dosis elevadas de inotrópicos y vasopresores.

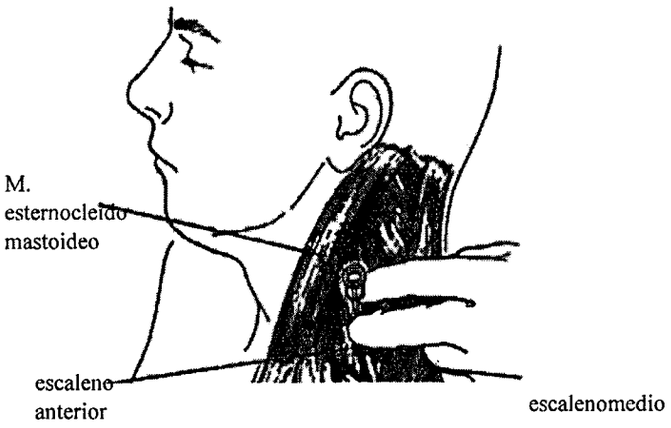
23 de febrero 2010 13:43 Estando bajo soporte hemodinámico con vasopresores e inotrópicos + FIO2 100%, se inicia a las 12+40hrs RCP avanzada, compresiones torácicas + ventilación con ambú. Administración de atropina 3mg + adrenalina 3mg + calcio 1ampolla + magnesio 1 ampolla y nuevo bolo de bicarbonato de sodio de 30meq. Se realiza RCP durante 20minutos sin obtenerse respuesta, declarándose fallecida a las 13hrs.

Al tratarse el elemento CULPA en el presente caso es pertinente tener en cuenta las siguientes precisiones sobre la materia específica:

La anestesia regional comprende el bloqueo axilar del plexo braquial, o el bloqueo interescalénico es una técnica anestésica común en la cirugía de los miembros superiores distales. Esta técnica aprovecha la fascia que envuelve el plexo braquial junto a la arteria subclavia formando un espacio perineurovascular.

El principio de la técnica consiste en aplicar en este espacio perineurovascular la suficiente cantidad de anestésico o mezcla anestésica, lo más cerca posible a las fibras nerviosas, para lograr el efecto anestésico en el miembro superior específico. Tal como lo destaca la siguiente figura[1]:

[1]Tomada del artículo: "Lesión del plexo braquial secundario a bloqueo interescalénico en un paciente de acromioplastía vía artroscópica. Presentación de un caso.Esau Manuel Valles Mata,* Julio Núñez Robles,** José Ignacio Flores López Portillo,*** Jorge Rodolfo Solano Pérez****

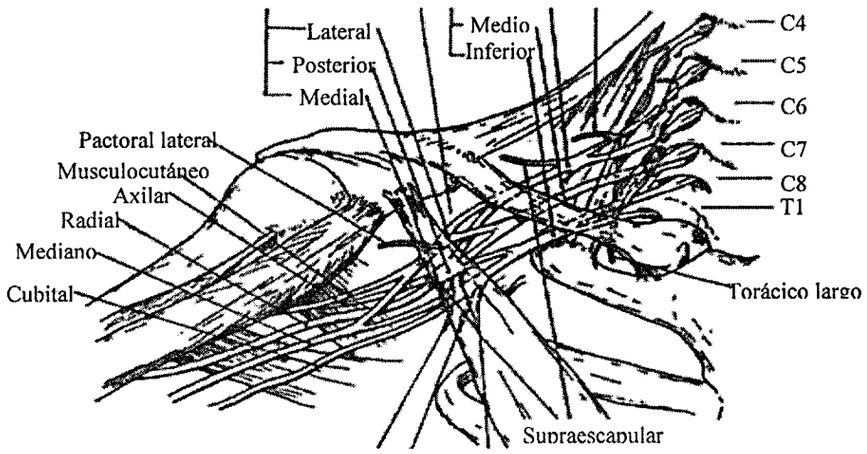


El bloqueo regional interescalénico es la técnica más utilizada en el mundo para la cirugía y el tratamiento del dolor posoperatorio en patologías que incluyan el hombro y el miembro superior.

Aunque es un acto médico seguro y necesario para adelantar cualquier procedimiento quirúrgico, como toda intervención en salud contempla eventuales riesgos y complicaciones entre las que se destacan: - Administración masiva sub aracnoidea, peridural o subdural, la administración intra arterial o intravenosa (convulsiones), el bloqueo de ganglio estrellado (síndrome de Horner), el bloqueo recurrente laríngeo (generando disfonía, el bloqueo nervio frénico (dificultad respiratoria), Infecciones, lesión de nervios, entre otras complicaciones

Otra de las complicaciones presentes es la punción vascular directa advertida e inadvertida, siendo el 1% de los casos registrados en el mundo. Este tipo de bloqueos se asocia con diferentes tipos de complicaciones, como la punción nerviosa, ocasionando desde parestesia en el momento de la punción hasta plejía del nervio comprometido. Conviene resaltarse que las convulsiones que se desencadenan inmediatamente después de realizar una inyección de anestésico local en la carótida y la amaurosis temporal que sigue a una inyección en la arteria vertebral. También se incluyen en este grupo la apnea, hipotensión, bradicardia o la asistolia que puede provocar una inyección de anestésico local que penetra directamente al torrente circulatorio; no obstante, de la presentación de estas complicaciones no se deduce un actuar imprudente, imperito o negligente por parte de la anestesióloga, atendiendo a que particularmente para la fecha de los hechos la Dra. Navas contaba con alrededor de 18 años de experiencia profesional y también se desempeña como anestesióloga desde el año 1992, en el Hospital El Tunal, en ésta ciudad. Aunado a lo anterior, no existen para la aplicación anestésica pruebas previas y menos aún para el año 2010 equipos o instrumentos de obligatorio uso por el personal de salud que deban emplearse al momento del acto anestésico para contrarestar el riesgo de presentación de éste tipo de eventos.

De igual manera, ha de tenerse en cuenta que la zona a intervenir presenta alta inervación tal como de describe en la siguiente gráfica del plexo braquial, lo que conduce a que se requiera un profesional con alta experiencia en la materia para la realización del bloqueo como en efecto lo es la Dra. Gloria Navas:



Ahora bien, en relación a las dosis suministradas se emplearon las siguientes: *bupivacaina 50 mg + lidocaína al 1% con epinefrina 100 mg,* siendo que las dosis para éste tipo de bloqueos es de 75 – 250 mg del anestésico, al encontrarse dentro de los rangos establecidos se escapa del actuar del profesional que se presente toxicidad.

Frente a la culpa médica debe tenerse que no puede exigirse al médico una diligencia extrema, esto quiere decir que debe probarse su diligencia pero no puede pedirse a éste una mayor al obrar de un buen profesional, sin que opere la culpa levísima, al respecto la Corte Suprema de Justicia - en sentencia del 8 de Agosto de 2011 M.P. Pedro Octavio Munar Cadena, expresó:

> *"Quiérase poner de presente, entonces, que la responsabilidad por el acto médico propiamente dicho, envuelve un reproche culpabilístico respecto de la diligencia, pericia y cuidados exigibles al facultativo. El nivel de esa exigencia se configura, principalmente, a partir de lo que establecen las reglas de la lex artis ad hoc, que constituye, en ese orden de ideas, el primordial criterio de valoración de la conducta médica, junto con un patrón de comparación que no es otro que el obrar de un buen profesional. Así las cosas, no puede exigirse del médico algo más, como una diligentia diligentissimi propia de la culpa levísima, sino la corrección que se espera de un buen profesional de su especialidad, es decir de quien acata debidamente los preceptos que gobiernan su ciencia, pero tampoco menos." (subraya fuera de texto).*

Es así como en el presente caso, el acto anestésico debe ser analizado dentro del contexto específico de dicha especialidad y los riesgos y complicaciones de cualquier procedimiento médico, siendo que la profesional que lo adelantó actúo con la diligencia propia de un médico con experto en dicha rama de la medicina.

EL RÉGIMEN DE RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA SE RIGE POR LA CULPA PROBADA DE ACUERDO – POR REGLA GENERAL LA CARGA DE LA PRUEBA LE CORRESPONDE A QUIEN ALEGA LA CULPA -ART. 167 DEL CÓDIGO GENERAL DEL PROCESO

El actuar de CPO S.A. se encuentra ajustado a la lex artis, debe entonces probar el demandante lo contrario.

Como el evento corresponde a una complicación descrita como probable dentro de los riesgos de uso de los bloqueos periféricos en una estadística de menos del 1%, por lo que se colige que la técnica utilizada para éste caso en específico que no existe una presunción de culpa, como sí prueba con las siguientes conductas que CPO S.A. y la Dra. Gloria Navas actuaron dentro del marco de la diligencia, pertinencia y cuidado:

- De conformidad con lo informado por la Dra. Gloria Navas se identifican los reparos anatómicos con ubicación del espacio interescalénico para punción.
- La preparación de la mezcla anestésica estuvo acorde a las dosis, conforme las características físicas de la paciente.
- Fue selección el tipo de anestésico de acuerdo a la proyección en duración y complejidad del evento quirúrgico, que era una reducción de fractura en distal de miembro superior derecho.
- Se cuenta con consentimientos informados para anestesia y para el acto quirúrgico debidamente diligenciados y divulgados a la paciente por los profesionales que la iban a intervenir.

- Se presenta una interrupción de la administración de la mezcla anestésica a la primera manifestación anormal presentada por la paciente, según lo manifestado por la Dra. Gloria Navas.
- Se estableció un proceso de reanimación cerebro cardiopulmonar de manera inmediata, tal como quedo descrito en la historia clínica.
- CPO S.A. contaba con disponibilidad de Unidad de Cuidado Intensivo y de todos los recursos para manejo de la paciente, sin presentarse ninguna restricción que pudiera entorpecer la atención.

LA PACIENTE CONSINTIÓ LA REALIZACIÓN DEL ACTO ANESTÉSICO, CONOCIENDO LOS COMPLICACIONES Y RIESGOS PREVISTOS DEL DICHO ACTO MÉDICO

El consentimiento informado nace del principio de la autonomía de la voluntad del paciente en decidir la realización de un procedimiento quirúrgico, previo conocimiento del acto médico, de los riesgos, complicaciones y de la existencia de otros procedimientos o tratamientos para el manejo de su patología.

Es un acto médico obligatorio, realizado por el galeno tratante durante la consulta previa al procedimiento, teniendo en cuenta que se debe disponer de un tiempo para la información de riesgos, aclaración de dudas y finalmente decisión del usuario.

A efecto de probar el consentimiento del usuario se han establecidos documentos escritos que describen que dentro de la relación médico-paciente se dieron a conocer las explicaciones de la intervención, las eventuales complicaciones, consecuencias y riesgos; sin embargo, la suscripción de tales documentos que hacen parte del registro clínica, no son la única forma de plasmar la voluntad en la realización de la intervención, examen o procedimiento quirúrgico, atendiendo que prima la voluntad del paciente, siendo que incluso ésta pueda darse de manera verbal o con una nota obrante en el registro médico de la cual se infiera que el titular de los derechos en ejercicio de la autonomía de la voluntad consintió de manera libre y espontánea someterse a lo explicado por el galeno.

Para ello se han establecido requisitos básicos que debe contener el consentimiento informado, relacionados por la doctrina así:

"1-. La advertencia de los riesgos y la solicitud de consentimiento debe ser considerado como un acto médico obligatorio, y por lo tanto lo debe realizar el médico tratante durante la consulta previa al procedimiento, dada la necesidad de disponer de un tiempo mínimo para la adecuada información de riesgos, aclaración de dudas y decisión del paciente.

2-. Como cualquier acto médico es importante registrar en la historia clínica el momento en que se cumple con la información al paciente y su aceptación, su rechazo

o la imposibilidad de hacerlo, puesto que es la prueba de mayor validez del hecho" - el médico dejará constancia en la historia clínica del hecho de la advertencia del riesgo previsto o la imposibilidad de hacerlo (Artículo 12 Ley de Ética Médica).

3-.Recordar que en la atención de urgencias, el médico también debe informar al paciente o sus familiares sobre el pronóstico de la patología presentada, los riesgos y los efectos colaterales de las intervenciones necesarias para su tratamiento. De ello debe dejarse constancia en la historia clínica. Si no hay un rechazo explícito del paciente al tratamiento, se establece un consentimiento implícito de éste. Si el estado mental del enfermo y la ausencia de responsables de éste impiden dar la información, el médico podrá adelantar el tratamiento de urgencia necesario. En los casos de emergencia en donde se establece una inminente amenaza de daños graves o muerte del paciente, el médico no está obligado a la advertencia del riesgo previsto en los siguientes casos: A) Cuando el estado mental del paciente y la ausencia de parientes o allegados se lo impidan; B) Cuando exista urgencia o emergencia para llevar a cabo el tratamiento o procedimiento médico... (Artículo 11 Ley de Ética Médica).

4-. Adicionalmente si se desea se puede hacer diligenciar un formato de consentimiento, que lo que hace es constatar la realización del acto médico de información obligatoria al paciente (advertencia de los riesgos) y el consentimiento para que el profesional realice la intervención".(subraya fuera de texto).

Continúa la doctrina citada indicando que: "6-. Los efectos colaterales son aquellas reacciones molestas esperadas, pasajeras, no graves, pero inevitables, que se conocen para el procedimiento, pero que no se consideran complicaciones y son muy importantes de informar al paciente....". En cuanto a los riesgos previstos señala: "son aquellas complicaciones que están descritas como frecuentes en la literatura científica para el procedimiento" y finalmente "los riesgos pocos previstos "son aquellos que están descritos en la literatura científica para el procedimiento, pero su ocurrencia es poco probable si el paciente no tiene factores de riesgo especiales. En estos casos no es obligatorio probar el tipo de complicación, sino que se puede hacer una advertencia general de que en el procedimiento pueden presentarse otras situaciones molestas o graves de escasa ocurrencia que podrían generar molestias, lesiones o inclusive causar la muerte (tener en cuenta el criterio médico para no causar ansiedad innecesaria al paciente)"

Hechas las anteriores precisiones y centrándonos en los hechos y las pretensiones de la demanda se hacía necesario el bloqueo interescalénico, para poder adelantar tratar quirúrgicamente la fractura radial distal presentada en la señora De La Pava. Como todo procedimiento o intervención médico-quirúrgica requiere del consentimiento del paciente, el cual efectivamente fue otorgado de manera libre, voluntaria y con conocimiento previo por la señora Ruth Stella De La Pava.

La paciente consistió el acto anestésico, conociendo las eventuales y más frecuentes complicaciones del procedimiento como la presentación de convulsiones e incluso complicaciones más graves, tal como se detalla en el formato de consentimiento informado del cual dispone el CPO S.A. para tal fin, siendo que tales son riesgos conocidos y asumidos por la paciente.

La anestesióloga cumplió con su deber profesional al indicarle a la paciente en qué consistía el acto anestésico, las eventuales complicaciones y riesgos propios del mismo y fue la misma paciente quien con la asesoría de la Dra Navas, quien definió la técnica utilizar, siguiendo así lo preceptuado por la ley 23 de 1981, en el artículo 16. – La responsabilidad del médico por reacciones adversas, inmediatas o tardías, producidas por efectos del tratamiento, no irá más allá del riesgo previsto. El médico advertirá de

él al paciente o a sus familiares o allegados, en concordancia con el artículo 10 del Decreto 3380 de 1981 que señala: *"El médico cumple la advertencia del riesgo previsto, a que se refiere el inciso segundo del artículo 16 de la Ley 23 de 1981, con el aviso que en forma prudente, haga a su paciente o a sus familiares o allegados, con respecto a los efectos adversos que, en su concepto, dentro del campo de la práctica médica, pueden llegar a producirse consecuencia del tratamiento o procedimiento médico".*

Aunque en nuestra legislación no se establece los requisitos que debe tener el consentimiento informado, como sí lo ha señalado legislaciones foráneas, ha sido la doctrina y jurisprudencia la que ha renombrado ciertos requisitos o elementos del consentimiento informado, pues el consentimiento es un acto o declaración unilateral consensual que no requiere de una formalidad para su validez.

El consentimiento informado es un diálogo entre médico-paciente tendiente a que sea éste último quien decida sobre un procedimiento que para mejorar su salud.

En resumen, para la construcción del consentimiento informado la primera etapa es de INFORMACION suministrada por el profesional de la salud a su paciente y la segunda de DECISIÓN a cargo de quién decide someterse a un procedimiento médico o cirugía para mejorar su estado de salud. De otro lado, en el evento en que un paciente se rehúse a que le sea practicado un procedimiento médico o quirúrgico el médico tratante se abstendrá de adelantar la cirugía, pues no será de su interés forzar al paciente a que se someta a la misma e irrespetar su decisión, siendo que el ejercicio de la medicina implica el cuidado de la salud, la prevención y el mejoramiento de los patrones de vida (artículo 10 ley de ética médica) con fines los fines humanísticos y en ningún momento como una actividad peligrosa como parece entenderlo el apoderada de la parte actora.

De manera particular el escrito de consentimiento informado firmado por la paciente describe: *"En ocasiones excepcionales como consecuencia de la dificultad que plantea el acceso a un punto anestésico concreto, la anestesia administrada pasa rápidamente a la sangre o a las estructuras nerviosas produciéndose los efectos de una anestesia general que se puede acompañar de complicaciones graves, como bajada de tensión, convulsiones etc.",* con lo cual se tiene que la paciente conocía la posibilidad de presentarse el evento convulsivo, que lamentablemente se acompaño de miocardia severa, con el lamentable desenlace enunciado.

En este punto vale la pena mencionar que a pesar de los infrecuentes casos de toxicidad del anestésico local bupivacaína, se sigue empleando y enuncia la literatura médica nacional al respecto[2]: *"Las tasas de toxicidad sistémica por AL han disminuido significativament en las últimas tres décadas, de un 0,1 a un 0.001% debido a la aplicación de medidas preventivas, como la aspiración previa a la inoculación, el uso de dosis de prueba, y el establecimiento de dosis máximas entre otras. La mayores tasas de toxicidad han sido reportadas como secundarias al bloqueo de nervio periférico (7.5/10.000 casos). Con una tasa de mortalidad de 0.023 casos/ 100.000. La incidencia de convulsiones asociadas con anestesia regional fue de 1 a 4/1.000 casos con una mayor incidencia asociada con técnicas caudal- braquial (supraclavicular. Interescalé, nico - axilar) epidural; con respecto a los AL, la bupivacaína fue el AL con mayor incidencia de complicaciones (7-10)".*

Además de lo enunciado ese mismo artículo refiere que –las reacciones sistémicas por los al son raras, se presentan con tendencia hacia la disminución de su incidencia por

[2]Articulo de Revisión: Toxicidad por anestésicos locales: revisión de la literatura. Rafael Enrico Valencia Gomez, Hans Fried García Araque. Revista Colombiana de Anestesiología Febrero-abril 2011. Vol. 39 No. 1:40-54

edición, Abeledo-Perrot, Buenos Aires, 2004, pag. 267)". "(...) "Al unísono con la doctrina, la jurisprudencia ha expresado de manera reiterada y uniforme 'que el nexo causal entre la conducta imputable al demandado y el efecto adverso que de ella se deriva para el demandante, debe estar debidamente acreditado porque el origen de la responsabilidad gravita precisamente en la atribución del hecho dañoso' a aquél, o sea, que 'la responsabilidad supone la inequívoca atribución de la autoría de un hecho que tenga la eficacia causal suficiente para generar el resultado, pues si la incertidumbre recae sobre la existencia de esa fuerza motora del suceso, en tanto que se ignora cuál fue la verdadera causa desencadenante del fenómeno, no sería posible endilgar responsabilidad al demandado'; en compendio, 'para que la pretensión de responsabilidad civil ... sea próspera, el demandante debe acreditar, además del daño cuyo resarcimiento persigue, que tal resultado tuvo por causa directa y adecuada, aquella actividad imputable al demandado y de la que sobrevino la consecuencia lesiva, de lo cual se desprende que ausente la prueba de la relación de causalidad, las pretensiones estarían destinadas al fracaso' (...)".

LAS OBLIGACIONES MEDICAS SON DE MEDIO Y NO DE RESULTADO

En asuntos de responsabilidad médica debe probarse la falta de diligencia y cuidado de los profesionales que suministraron los servicios que se cuestionan, puesto que para que proceda una eventual condena no basta con el hecho de demostrar la existencia de un perjuicio.

En sentencia de la Corte Suprema de Justicia del 30 de enero de 2001, Magistrado Ponente José Fernando Ramírez Gómez. Expediente 5507, respecto de la culpa imputable al médico se tiene lo siguiente:

> *"En la sentencia de 5 de marzo de 1940 (G.J.t. XLIX, pag. 116 y s.s.) donde la Corte empieza a esculpir la doctrina de la culpa probada, pues en ella, además de indicar que en este tipo de casos no sólo debe exigirse la demostración de la culpa del médico sino también la gravedad" expresamente descalificó el señalamiento de la actividad médica como " una empresa de riesgo" porque una tesis así sería "inadmisible desde el punto de vista legal y científico" y haría "imposible el ejercicio de la profesión".*

Este que pudiera calificarse como el criterio que vía de principio general actualmente sostiene la Corte, se reitera en sentencia de 12 de septiembre de 1985 (G.J. No. 2419, págs. 407 y s.s.) afirmándose que " ... el medico tan sólo se obliga a poner en actividad de reclamación, éste deberá probar la culpa del médico, sin que sea suficiente demostrar ausencia de curación". Luego en sentencia de 26 de noviembre de 1986 (G.J. No. 2423. págs. 359 y s.s.) se ratificó la doctrina, inclusive invocando la sentencia de 5 de marzo de 1940, (...) La tesis de la culpa probada la consolidan las sentencias de 8 de mayo de 1990, 12 de julio de 1994 y 8 de septiembre de 1998."

En sentencia de 10 de febrero de 2000, exp: 11.878 del Consejo de Estado se ha reiterado la posición respecto del tipo de obligación existente por responsabilidad en la profesión médica, la mencionada sentencia, expresa:

> *"La entidad demandada sostiene su inconformidad frente al fallo protestado con el argumento de que la obligación médica es de medio y no de resultado; de tal manera que habrá falla del servicio, no cuando teóricamente era posible evitar el resultado dañoso, sino cuando, dentro de la realidad de los hechos, existió negligencia médica al no aplicar o dejar de aplicar unas técnicas que son comúnmente aceptadas en el medio científico.*

De esta manera, es necesario remitirnos a lo que la jurisprudencia de nuestra honorable Corte Suprema de Justicia ha establecido respecto de las obligaciones que asumen los médicos en el siguiente tenor:

"...Con relación a la responsabilidad contractual, que es la que por lo general se le puede demandar al médico en consideración al vínculo jurídico que se establece entre éste y el paciente, la Corte desde la sentencia de 5 de marzo de 1940, partiendo de la distinción entre obligaciones de medio y de resultado, estimó que por lo regular la obligación que adquiere el médico "es de medio", aunque admitió que "Puede haber casos en que el médico asume una obligación de resultado, como la intervención quirúrgica en una operación de fines estéticos". Todo para concluir, después de advertir que no se pueden sentar reglas absolutas porque la cuestión de hecho y de derecho varía, que en materia de responsabilidad médica contractual, sigue teniendo vigencia el principio de la carga de la demostración de "la culpa del médico...", agregando como condición "la gravedad", que a decir verdad es una graduación que hoy en día no puede aceptarse, porque aún teniendo en cuenta los aspectos tecnológicos y científicos del acto profesional médico, la conducta sigue siendo enmarcable dentro de los límites de la culpa común, pero, sin duda alguna, sin perder de vista la profesionalidad, porque como bien lo dice la doctrina, "el médico responderá cuando cometa un error científico objetivamente injustificable para un profesional de su categoría o clase".

Igualmente en sentencia de 3 de noviembre de 1977, la Corte consideró que por lo regular las obligaciones que para los médicos surgen, son de medio, de ahí que éstos no se obliguen, según se dijo "a sanar el enfermo, sino a ejecutar correctamente el acto o serie de actos que, según los principios de su profesión, de ordinario deben ejecutarse para conseguir el resultado. El haber puesto estos medios, con arreglo a la ciencia y a la técnica, constituye el pago de esta clase de obligaciones

Posteriormente, concretamente en sentencia de 12 de septiembre de 1985, la Corporación luego de ubicar el tema en la responsabilidad contractual y anotar que el contenido de las obligaciones que en virtud del contrato asumen los médicos y los establecimientos hospitalarios, "variará según la naturaleza de la afección que padezca el enfermo y la especialización misma de los servicios que preste la entidad", sostuvo que "Con relación a las obligaciones que el médico asume frente a su cliente, hoy no se discute que el contrato de servicios profesionales implica para el galeno el compromiso sino exactamente de curar al enfermo, si al menos de suministrarle los cuidados concienzudos, solícitos y conformes con los datos adquiridos por la ciencia, según expresiones con que la jurisprudencia francesa describe su comportamiento. ***Por tanto, el médico sólo se obliga a poner en actividad todos los medios que tenga a su alcance para curar al enfermo; de suerte que en caso de reclamación, éste deberá probar la culpa del médico, sin que sea suficiente demostrar ausencia de curación."***

Es así como en el caso en particular, la Dra. Gloria Navas puso a su alcance todos los medios dentro de su especialidad a efecto de adelantar el bloqueo, sin que se pueda predicar la existencia del elemento culpa, siendo que el procedimiento anestésico se hacía necesario para el bloqueo del plexo braquial y posteriormente el adelantamiento del procedimiento.

EXCESIVA TASACIÓN DE PERJUICIOS MORALES Y A LA VIDA DE RELACIÓN PARA LOS DEMANDANTES

Teniendo en cuenta que en caso de probarse la existencia del daño moral es el administrador de justicia el llamado a tasar los perjuicios que se generen por concepto de este tipo de daño haciendo uso del *arbitrium iudicis,* la cuantía de la indemnización debe ser razonada a este respecto la Corte Suprema de justicia a mencionado:

"Para su cuantificación sigue imperando el prudente arbitrio judicial, que no es lo mismo que veleidad o capricho. Los topes numéricos que periódicamente viene indicando la Corte, no son de obligatorio cumplimiento para los juzgadores de instancia, pero sí representa una guía.56 El que el juez una vez probada la existencia del daño moral deba fijar su cuantía no hace que la reparación sea ilimitada o dejada a la imaginación del juez ni significa que — esa clase de reparación sea ilimitada, bastándole por lo tanto a los demandantes, en un caso dado, reclamarla para dejarle el resto a la imaginación, al sentimiento o al cálculo generoso de los jueces llamados a imponer su pago. [...] toda vez que -para decirlo con palabras de la Corte- es apenas su cuantificación monetaria, y siempre dentro de restricciones caracterizadamente estrictas, la materia en la que al juzgador le corresponde obrar según su prudente arbitrio ..."[5]

Para la cuantificación del daño moral es necesario tener en cuenta las especiales circunstancias de cada caso en concreto, atendiendo no solo al vínculo consanguíneo entre quienes se pregonan víctimas sino sus relaciones interpersonales.

Cabe afirmar que la Sentencia T-212 de 2012 permite no solo considerar como necesaria la motivación que debe dar el juez contencioso al momento de tasar y liquidar los perjuicios morales, sino también admite que metodologías, como la del "test de proporcionalidad", están llamadas a operar ya que exigen no solo una mínima prueba de la intensidad del perjuicio padecido, sino también que establecen criterios objetivos en los que el juez contencioso administrativo pueda apoyarse para que su decisión no exceda o quiebre el principio de la autonomía judicial, al invocar un excesivo *"abritrio iudicis"*. Precisamente, en la mencionada sentencia se interroga "¿cuáles fueron los criterios concretos y específicos de razonabilidad, equidad y reparación integral de las víctimas que se tuvieron en cuenta? ¿Los criterios en cuestión cómo fueron aplicados? ¿por qué se llega a las consecuencias derivadas en la sentencia y no otras? Todo ello se mantiene en secreto. ¿Por qué si no existieron pruebas de los perjuicios morales y, por tanto, ni siquiera se sabe la real magnitud del daño material, es posible establecer con la precariedad de elementos con que se cuenta en el proceso que el monto del daño, razonable y equitativamente es el fijado y no otro? La respuesta a esta pregunta es competencia del juez ordinario; por supuesto. Pero está obligado a darla, no puede mantenerse oculta y ajena al texto de la decisión judicial que está fundando".

En Sentencia 1999-02489 del 29 de Agosto de 2012, el Consejo de Estado, Sala Administrativa, Sección Tercera, enlista criterios para tazar los perjuicios morales de la siguiente manera:

"Con base en las anteriores premisas, el juez contencioso administrativo está llamado a considerar, dentro de su discrecionalidad judicial, en su apreciación criterios como

i) el dolor sufrido,
ii) la intensidad de la congoja;
iii) la cercanía con el ser perdido
iv) derecho(s) vulnerado(s) —considerar, especialmente, la vulneración de derechos humanos, o del derecho internacional humanitario—,
v) la conformación del núcleo familiar, vi) las diversas relaciones y
vi) la valoración ponderada de lo que representa moralmente la angustia, la tristeza y la aflicción de verse con el fallecimiento de sus familiares.

Se trata de criterios objetivos, si cabe, fundados en los principios de equidad, razonabilidad, reparación integral y proporcionalidad, que deben permitir al juez determinar con justicia (distributiva) el *"quantum"* indemnizatorio de los perjuicios morales reclamados en cada caso en concreto.

De lo expresado en el texto de la sentencias trascritas se tiene que el arbitrio del juez no es absoluto y debe ceñirse a criterios que permitan avisorar los criterios asumidos por el juzgador para tazar la condena por perjuicios morales, es entonces necesario en el caso que nos ocupa que en el remoto caso de existir condena contra mi representada, los perjuicios que por concepto de daño moral se fijen deben ser tazados de forma razonable y razonada.

En ese orden de ideas, en el ejercicio del *arbitrium judicis* orientado a fijar el quantum en dinero del resarcimiento del perjuicio moral, se tendrán en cuenta, además de las orientaciones jurisprudenciales que han sido citadas, las circunstancias personales de la víctima; su grado de parentesco con los demandantes; la cercanía que había entre ellos; y la forma en que tuvo lugar el deceso.

INADECUADA TASACIÓN DEL LUCRO CESANTE A FAVOR LOS SEÑORES JUAN SEBASTIAN DE LA PAVA E HILDA ORDOÑEZ MEJIA

Impropiamente en el acápite de la demanda relacionado como cuantía, el apoderado de los demandantes enuncia Juan Sebastián de la Pava, en su calidad de heredero y el ejercicio de la acción hereditaria solicita el reconocimiento de lucro cesante que fue dejado de percibir por su señora madre, relacionando que para la fecha de su fallecimiento percibía $696.000. De otro lado que la fallecida se encargaba de la manutención de su señora madre Hilda Ordoñez, siendo que la fecha del deceso tendría una expectativa de 16.61 años.

Al respecto conviene resaltar que la actora da por probado el ingreso de la fallecida, lo cual acredita única y exclusivamente con una prueba documental, y pasa por alto que no todo lo percibido por la fallecida era para su ascendente e hijo, al no tener en cuenta que debía destinar las sumas percibidas al parecer producto de su trabajo para su propia subsistencia.

LA IMNOMINADA DE QUE TRATA EL ART. 306 DEL C.P.C.

El artículo 306 del C.P.C. respecto de la prueba de las excepciones, menciona:

"Cuando el juez halle probados los hechos que constituye una excepción, deberá reconocerla oficiosamente en la sentencia, salvo las de prescripción, compensación y nulidad relativa.

Si el juez encuentra probada una excepción que conduzca a rechazar todas las pretensiones de la demanda, podrá abstenerse de examinar las restantes. En este caso, si el superior considera infundada aquella excepción, resolverá sobre las otras, aunque quien la alegó no haya apelado de la sentencia."

Con base en la norma transcrita solicito al señor juez reconocer oficiosamente en sentencia las excepciones que se hallen probadas.

8-. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LAS PRUEBAS SOLICITADAS POR LA PARTE DEMANDANTE:

Frente a la solicitud de oficiar a CPO S.A. , para que aporte la historia clínica de Ruth De La Pava: me permito solicitar al Despacho se abstenga de decretar dicha prueba, atendiendo a que junto con el presente escrito se aporta el documento

solicitada correspondiente al registro médico del mes de febrero de 2010, junto con los respectivos consentimientos informados, resultados de los exámenes laboratorios, notas de enfermería, evoluciones y demás documentos contentivos de la misma a la luz de lo señalado en la Resolución 1995 de 1999

Frente a los testimonios de Juan Sebastián De La Pava, Hilda Ordoñez Mejia y Jesus De La Pava Vélez: me permito solicitar se abstenga de decretar su declaración como testigos siendo que son las personas que integran la parte actora en su calidad de hijo, madre y padre de la fallecida señora Ruth De La Pava.

9-. PRUEBAS SOLICITADAS POR CPO S.A.

Documentales: solicito al Despacho decrete como pruebas documentales las siguientes:

- Impresión de la historia clínica de la señora Ruth De La Pava correspondiente a la atención adelantada en las instalaciones de CPO S.A. en el mes de febrero de 2010, a efecto de acreditar el estado de salud de la paciente y lo acaecido en el acto anestésico.
- Consentimientos informados anestésico para suscrito por Ruth De La Pava y la Dra. Gloria Navas García, a través del cual se constata que la paciente fue informada por la profesional los riesgos y eventuales complicaciones del acto anestésico.
- Derecho de petición presentado al Tribunal de Ética Médica solicitando copia del fallo proferido por dicho ente en la investigación disciplinaria seguida a la Dra. Gloria Stella Navas, a efecto de acreditar que la anestesióloga fue exonerado de responsabilidad disciplinaria.
- Hoja de vida de la Dra. Gloria Navas García presentada por dicha profesional al momento de la vinculación a CPO S.A. junto con los soportes académicos que acredita que estudio medicina en la Universidad Nacional de Colombia graduada en el año 1985, se especializo en anestesiología en el año 1992, le fue expedida tarjeta profesional por el Ministerio de Salud y certificado laboral del Hospital El Tunal que señala que ingreso a laboral el 29 de abril de 1992.
- Guía de Bloqueos en Anestesia del Centro Policlínico del Olaya vigente para el año 2010, a través de la cual se contemplan las técnicas y aplicación de los diferentes bloqueos.
- Guía de Reanimación Cerebro CardioPulmonar del Centro Policlínico del Olaya vigente para el año 2010.
- Artículo médico de Juan Carlos Degiovanni B 1 , Alexandra Chaves V,2 Jairo Moyano A,3 Fernando Raffán S4, titulado: Incidencia de complicaciones en anestesia regional, análisis en un hospital universitario. Rev. Col. Anest. vol.34 no.3 Bogotá Sept. 2006.

Oficios: solicito al Despacho oficiar al Tribunal de Ética Médica a la calle 93 B No. 12-30 oficina 402, para que remita con destino al proceso el fallo proferido por dicho ente en la investigación disciplinaria seguida a la Dra. Gloria Stella Navas.

Interrogatorio de parte: me permito solicitar se decrete el interrogatorio de parte de los demandantes, a quienes formularé en audiencia el respectivo cuestionario de preguntas.

Testimonios: solicito al Despacho el decreto y práctica de las siguientes declaraciones:

- Dra. GLORIA STELLA NAVAS GARCIA, mayor de edad, domiciliada en ésta ciudad, anestesióloga que adelanto el bloqueo interescalénico en la humanidad de la paciente Ruth De La Pava.
- Dr. RICARDO ARIAS ARGUELLO, mayor de edad, domiciliado en ésta ciudad, ortopedista que atendió a la señora Ruth De La Pava para que deponga sobre el tipo de fractura que presentó, el tratamiento que indicó y todo lo que sepa y le conste sobre lo acaecido el 22 de febrero de 2010.
- Dr. ALFONSO LOPEZ, mayor de edad, domiciliado en ésta ciudad –Jefe de Anestesia de CPO-, para que deponga sobre la atención que suministro a la paciente, y en su condición de anestesiólogo, el bloqueo interescalenico, su técnica, medicamentos empleados, dosis, sus complicaciones y riesgos.
- Dr. CARLOS TARAZONA, mayor de edad, domiciliado en ésta ciudad, en su calidad de anestesiólogo, para que deponga todo lo que sepa sobre la atención de la paciente Ruth Stella De La Pava para el día 22 de febrero de 2010, así como las maniobras de reanimación cerebro cardiopulmonar que se le adelantaron a la paciente.
- Dr. CARLOS HURTADO, mayor de edad, domiciliado en Bogotá –Jefe de la Unidad de Cuidados intensivos de CPO S.A.-, para que señale la atención suministrada a la paciente en la UCI, su condición de salud y evolución
- Dr. RICARDO HERRERA, mayor de edad, domiciliado en Bogotá –Director Médico de CPO-, para que deponga sobre la auditoria médica realizada por CPO S.A. frente a la atención de la paciente Ruth Stella De La Pava.

Dictamen Pericial: solicito al Despacho se oficie a la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación o al Hospital Militar a efecto de que designe anestesiólogo, para que rinda con base en la historia clínica del Ruth Stella de la Pava, responda el siguiente cuestionario de preguntas:

-En qué consiste el bloque interescalénico al que fue sometida Ruth De La Pava Ordoñez

-Cuáles fueron los medicamentos empleados en el bloque interescalénico aludido, sus dosis y sí las mismas se encuentran ajustadas a la *lex artis* en la materia.

-Explique sí en el área de la anestesiología, es pertinente emplear la técnica de "bloqueo regional interescalénico" para el plexo braquial.

-Enuncie y explique, las complicaciones más frecuentes que reseña la literatura médica que se pueden presentar en un bloqueo regional interescalénico.

-Señala la historia clínica que una vez el medicamento le es administrado a la paciente, presenta convulsiones y paro respiratorio, exponga de las complicaciones enunciadas cuál pudo haberse materializado en ese momento.

- Cuál es la frecuencia de presentación de ese tipo de complicaciones

- Precise sí existen factores predecibles para la presentación de las complicaciones ya descritas.

- Conforme a lo registrado en la historia clínica, señale sí a la paciente se le realizaron maniobras de reanimación cerebro cardiopulmonar y en qué consisten las mismas.

- Dentro de las maniobras de reanimación, indique sí a la paciente se le suministro oxígeno.

- Exponga sí para el año 2010, un médico especialista en anestesiología recibía entrenamiento o capacitación en reanimación cardiopulmonar RCCP

-Señale sí para el caso de la paciente se adelantó una reanimación de manera idónea y con resultados positivos.

Me reservo el derecho a modificar, sustituir y ampliar el presente cuestionario de preguntas.

10-. ANEXOS

- Certificado de Existencia y Representación Legal de CPO S.A., expedido por la Cámara de Comercio de CPO S.A.

-Documentos relacionados en el acápite de pruebas.

-Llamamiento en garantía a Liberte Seguros S.A.

-Llamamiento en garantía a Gloria Navas García

11-. NOTIFICACIONES

Al representante legal de CPO S.A y a la suscrita apoderada a la Carrera 21 No. 22 – 68 Sur en Bogotá y a través de su correo electrónico para notificaciones judiciales dir_tatianaj@cpo.com.co., o el que aparezca registrado en el certificado de existencia y representación expedido por la Cámara de Comercio de Bogotá.

Atentamente,

ADRIANA MORENO MUÑOZ
C.C. No. 35.253.883 de Fusagasugá
T.P. No. 158.155 del Consejo Superior de la Judicatura
Apoderada CPO S.A

- Exponga sí para el año 2010, un médico especialista en anestesiología recibía entrenamiento o capacitación en reanimación cardiopulmonar RCCP

-Señale sí para el caso de la paciente se adelantó una reanimación de manera idónea y con resultados positivos.

Me reservo el derecho a modificar, sustituir y ampliar el presente cuestionario de preguntas.

10-. ANEXOS

- Certificado de Existencia y Representación Legal de CPO S.A., expedido por la Cámara de Comercio de CPO S.A.

-Documentos relacionados en el acápite de pruebas.

-Llamamiento en garantía a Liberte Seguros S.A.

-Llamamiento en garantía a Gloria Navas García

11-. NOTIFICACIONES

Al representante legal de CPO S.A y a la suscrita apoderada a la Carrera 21 No. 22 – 68 Sur en Bogotá y a través de su correo electrónico para notificaciones judiciales dir_tatianaj@cpo.com.co., o el que aparezca registrado en el certificado de existencia y representación expedido por la Cámara de Comercio de Bogotá.

Atentamente,

ADRIANA MORENO MUÑOZ
C.C. No. 35.253.883 de Fusagasugá
T.P. No. 158.155 del Consejo Superior de la Judicatura
Apoderada CPO S.A

República De Colombia
Rama Judicial Del Poder Público
Juzgado Cincuenta y uno Civil
del Circuito de Bogotá, D. C.

PRESENTACIÓN PERSONAL

Bogotá, D. C. 14 JUN, 2018

Compareció ante el secretario de este despacho Moreno Muñoz Adriana quien presenta la C. C. N°. 35253883 de Fusagasugá y T. P. 158155 Carné N°. _____

y manifestó que lo (s) firma (s) que aparece (n) en la puesta en el anverso y reverso de la misma que acompaña en todas sus partes es (son) auténticos y privados.

El compareciente, _____

El secretario (a), _____

REPÚBLICA DE COLOMBIA

RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
JUZGADO CINCUENTA Y UNO CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ

Bogotá D.C; 01 AGO 2016

Radicado No. 11001310303320140037600

Téngase en cuenta que Salud Total E.P.S., contestó en término la demanda, presentó excepciones de mérito, formuló llamamiento en garantía y objetó el juramento estimatorio.

Se reconoce personería a la abogada Adriana Moreno Muñoz en calidad de mandataria general de CPO S.A., Centro Policlínico del Olaya S.A, quién en el término legal contestó la demanda, formuló excepciones de mérito y llamamiento en garantía.

Integrado como se encuentra el litigio, una vez se dé trámite a los llamamientos en garantía se correrá traslado a las excepciones de mérito.

NOTIFÍQUESE y CÚMPLASE,

RUTH JOHANY SÁNCHEZ GÓMEZ
Juez

JUZGADO CINCUENTA Y UNO CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ
Secretaría
Bogotá D.C. 02 AGO 2016
Por ESTADO N° 079 *de la fecha fue notificado el auto anterior.*
YEIMI ALEXANDRA VIDALES VERGARA
Secretaria

TRIBUNAL SECCIONAL DE ETICA MEDICA DE BOGOTA D.C. Secretaría

375
72

TRIBUNAL SECCIONAL DE ÉTICA MÉDICA DE BOGOTA, SALA PLENA, SESIÓN NÚMERO NOVECIENTOS SIETE (907), BOGOTÁ, D.C. NOVIEMBRE CINCO (5) DE DOS MIL CATORCE (2014).

RADICACIÓN No. 4448
DENUNCIANTE: CENTRO POLICLÍNICO DEL OLAYA
DENUNCIADA: DRA. GLORIA STELLA NAVAS GARCÍA
MAGISTRADO INSTRUCTOR: DR. ÁLVARO RODRÍGUEZ NÚÑEZ
ASUNTO: ARCHIVO DE LA INVESTIGACIÓN

VISTOS

Procede la Sala Plena del Tribunal Seccional de Ética Médica de Bogotá a tomar la decisión que corresponda una vez concluida la investigación preliminar adelantada por el Magistrado Instructor doctor ÁLVARO RODRÍGUEZ NÚÑEZ.

LA QUEJA

Por medio de escrito radicado en esta Corporación el 6 de marzo de 2010, la representante legal del CENTRO POLICLÍNICO DEL OLAYA, NAZLY TATIANA JIMÉNEZ GONZÁLEZ, expuso los hechos ocurridos con relación al deceso de la señora RUTH DE LA PAVA ORDÓÑEZ, con el fin de que esta Corporación investigue la posible infracción de las normas que regulan la ética en el ejercicio de la medicina por parte de los profesionales que la atendieron en el Centro que ella representa.

HECHOS

La señora RUTH DE LA PAVA ORDÓÑEZ de 37 años de edad para la época de los hechos, sufrió un trauma a nivel de la muñeca derecha al caerse desde su propia altura cuando descendía escalones el 20 de febrero de 2010 a las 6:00 a.m. Acusó inmediatamente un edema y limitación funcional en esa zona.

Por ese motivo, asistió al servicio de urgencias del CENTRO POLICLÍNICO DEL OLAYA donde se observó equimosis, dolor a la palpación, y a la movilización de la muñeca derecha con adecuada perfusión distal de esa extremidad.

No manifestó antecedentes de importancia y el examen físico fue normal a excepción de los hallazgos relacionados con el trauma de la muñeca derecha. Se le tomó un estudio radiológico de aquella zona que mostró una fractura completa no desplazada de la metáfisis distal del radio derecho.

TRIBUNAL SECCIONAL DE ETICA MEDICA DE BOGOTA D.C. Secretaría 73

- Copia del consentimiento informado para el procedimiento quirúrgico firmado por la señora RUTH DE LA PAVA, que se acompañó con el escrito de queja.

- Copia de la historia clínica de la señora RUTH DE LA PAVA ORDÓÑEZ, remitida a este Tribunal por parte del CENTRO POLICLÍNICO DEL OLAYA.

- Traslado del escrito de queja que presentó el señor JESÚS DE LA PAVA y que remitió a este Tribunal la SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD.

- Traslado de documentos relacionados con la investigación, remitidos a este Despacho por parte del Tribunal Seccional de Ética Médica de Cundinamarca.

- Derecho de petición radicado ante este Tribunal por parte del señor JESÚS DE LA PAVA.

- Contestación al Derecho de petición que radicó el señor JESÚS DE LA PAVA por parte de este Tribunal.

- Escrito que presentó el señor JESÚS DE LA PAVA el 10 de septiembre de 2010.

- Copia de la historia clínica de la señora RUTH DE LA PAVA ORDÓÑEZ, con un listado del personal médico que la atendió remitida a este Tribunal por parte del POLICLÍNICO DEL OLAYA.

- Copia del escrito de queja, del concepto técnico científico, del auto número 3762 del 5 de septiembre de 2011, y de la Resolución número 300 del 20 de marzo de 2012, correspondientes al expediente administrativo número 500/10 adelantado y remitido a este Despacho por parte de la SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD en la investigación que adelantó en contra del CENTRO POLICLÍNICO DEL OLAYA.

- Diligencia de versión libre que rindió ante esta Corporación la doctora GLORIA STELLA NAVAS GARCÍA el 20 de octubre de 2014.

ANÁLISIS:

Recaudado el material probatorio, corresponde a este Tribunal efectuar el siguiente análisis.

TRIBUNAL REGIONAL DE ETICA MEDICA DE BOGOTA D.C. Secretaría

0377 174

En conclusión, y de acuerdo con el acervo probatorio recogido a lo largo de la investigación, este Tribunal no encuentra fallas contra la ética médica. No se aprecia conducta alguna por parte de la doctora GLORIA NAVAS GARCÍA que infrinja los postulados de la Ley 23 de 1981.

La doctora NAVAS, actuó con la experticia requerida para la aplicación de anestesia regional; se presentó una complicación que se trató de prevenir y cuyo tratamiento específico e inmediato fracasó.

Siendo así, determinará no continuar el presente proceso.

EN MÉRITO DE LO EXPUESTO EL TRIBUNAL SECCIONAL DE ÉTICA MÉDICA DE BOGOTÁ, EN USO DE SUS ATRIBUCIONES LEGALES

RESUELVE

PRIMERO: Archívense las presentes diligencias conforme a lo expuesto en la parte motiva de esta providencia.

SEGUNDO: Notifíquese esta providencia en la forma establecida en la Ley 23 de 1981

CÓPIESE, NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

ÁLVARO ENRIQUE FACCINI DUARTE
Presidente

MARÍA DE LA PAZ DUQUE DE GUZMÁN
Magistrada

Tribunal de Ética Médica de Bogotá
Ley 23 de 1981

0578

175

TRIBUNAL SECCIONAL DE ETICA MEDICA DE BOGOTA D.C. Secretaria

Notificación Personal que la anterior providencia proferida por el Tribunal Seccional de Ética Médica de Bogotá D. C. el día Noviembre 5/2014

se notificó en forma personal a Gloria Stella Varas García.

quien se identificó con C. C. No. 51.578.058

de Bogotá DC hoy Noviembre 18/14

en constancia se firma como aparece:

El Notificador

El Notificado

Calle 93B No. 12 – 30 oficina 402 Tels. 2578807 – 2578308 Fax 2560225

14-0376 · 479

JUZGADO 51 CIVIL CTO.
SEP 26'16 AM11:23

Señor:
JUEZ CINCUENTA Y UNO (51) CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ
E. S. D.

Asunto: memorial aportando copia auténtica de la providencia mediante la cual el Tribunal de Ética Médica ordena el archivo de la investigación seguida contra la Dra. Gloria Navas

Proceso Ordinario de Responsabilidad Civil Extracontractual No. 2014-00010

Demandantes: Juan Sebastián de la Pava Ordoñez, Hilda Ordoñez Mejía, Hilda Maria de la Pava Ordoñez, Jesús de la Pava Zuluaga, Alonso de la Pava Vélez y Benjamín de la Pava Vélez

Demandados: Salud Total EPS-S S.A y CPO S.A.

ADRIANA MORENO MUÑOZ, mayor de edad, domiciliada en Bogotá, identificada con cédula de ciudadanía No. 35.353.883 de Fusagasugá, abogada en ejercicio con tarjeta profesional No. 158.155 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando como mandataria general de **CPO S.A –CENTRO POLICLINICO DEL OLAYA S.A.-**, me permito aportar a su despacho lo siguiente:

- Copia auténtica de la providencia mediante la cual el Tribunal de Ética Médica de Bogotá en sesión No. 907 del 5 de noviembre de 2014, procede al archivo de la investigación seguida a la Dra. Gloria Navas García, por la atención de la paciente Ruth de la Pava Ordoñez correspondiente al acto anestésico adelantado el 22 de febrero de 2010

Lo anterior, con el propósito de que obre como prueba documental dentro del plenario y atendiendo a que como se manifestó en el escrito de contestación de la demanda, en días pasados solicite a dicho cuerpo colegiado mediante petición la expedición de tal documento; con base en lo anterior, resulta innecesario la expedición y diligenciamiento del oficio indicado en el escrito de contestación de la demanda presentado por CPO S.A.

Atentamente,

ADRIANA MORENO MUÑOZ
C.C. No. 35.253.883 de Fusagasugá
T.P. No. 158.155 del C.S. de la J.

381

1 Fg 110

JUZGADO 51 CIVIL CTO.

OCT 20'17 PM 4:34

Señor:
JUEZ 51 CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ
E. S. D.

Asunto: SUSTITUCIÓN PODER

PROCESO DE RESPONSABILIDAD MÉDICA No. ~~2014-00010~~

Demandantes: JUAN SEBASTIAN DE LA PAVA ORDOÑEZ, HILDA ORDOÑEZ MEJIA, JESUS DE LA PAVA ZULUAGA, BENJAMIN DE LA PAVA VELEZ
Demandados: SALUD TOTAL EPS-S S.A. Y CPO S.A.

ADRIANA MORENO MUÑOZ, mayor de edad, domiciliada en Bogotá, identificada con cédula de ciudadanía No. 35.253.883 de Fusagasugá, abogada en ejercicio con tarjeta profesional No. 158.155 del Consejo Superior de la Judicatura actuando como apoderada de **CPO S.A.** sociedad legalmente constituida mediante Escritura Pública No. 4694 de la Notaria 20 de Bogotá del 19 de noviembre de 1991, con domicilio en Bogotá, identificada con Nit. 800.149.453-6, reconocida dentro del proceso de la referencia como tal, por medio del presente escrito me permito SUSTITUR el poder a mi conferido a la doctora **DIANA ANGÉLICA MARTINEZ LEMUS**, mayor de edad, abogada en ejercicio, domiciliada en Bogotá, identificada con cédula de ciudadanía No.52.713.244, con tarjeta profesional No. 141.624 del Consejo Superior de la Judicatura para atienda los intereses de mi representado, dentro del proceso de la referencia.

La apoderada queda con todas las facultades señaladas en el artículo 77 del Código General del Proceso, y en especial facultado para recibir citaciones, retirar el traslado de los anexos de la demanda, conciliar, confesar, transigir, recibir, desistir, presentar llamamientos en garantía, aportar documentos, sustituir, reasumir, renunciar el presente mandato, y en general todas las facultades inherentes a la naturaleza del mandato conferido.

Sírvase reconocerle personería jurídica para actuar.

Confiero,

ADRIANA MORENO MUÑOZ
C.C. No. 35.253.883 de Fusagasugá
T.P. No. 158.155 del Consejo Superior de la Judicatura
Apoderada CPO S.A.

Acepto,

DIANA ANGÉLICA MARTINEZ LEMUS
C.C. No.52.713.244
T.P. No. 141.624 del Consejo Superior de la Judicatura

382

JUZGADO 51 CIVIL CTO.
APR 6'18 AM11:15
25 Folios

Señor:
JUEZ CINCUENTA Y UNO (51) CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ
E. S. D.

Asunto: SOLICITUD DE ACUMULACIÓN DE PROCESOS
Proceso Ordinario No. 2014-0376

Demandantes: Juan Sebastián de la Pava Ordoñez, Hilda Ordoñez Mejía, Hilda Maria de la Pava Ordoñez, Jesús de la Pava Zuluaga, Alonso de la Pava Vélez y Benjamín de la Pava Vélez
Demandados: Salud Total E.P.S-S S.A. y CPO S.A.

ADRIANA MORENO MUÑOZ, mayor de edad, domiciliada en la ciudad de Bogotá D.C., identificada con cédula de ciudadanía No. 35.253.883 de Fusagasugá, con tarjeta profesional No. 158.155 del Consejo Superior de la Judicatura actuando como mandataria general de **CPO S.A.** de conformidad con el certificado de existencia y representación legal expedido por la Cámara de Comercio de Bogotá obrante en el proceso, por medio del presente escrito me permito:

SOLICITUDES

1. Reasumir el apoderamiento del proceso; en atención a la renuncia presentada por la Dra. Diana Angélica Martinez Lemus

2. Solicitar se decrete la acumulación del proceso verbal No. 2016-00097 promovido por Carlos Fernando Maldonado Rodriguez en nombre propio y en representación de su hijo menor Carlos Ernesto Maldonado de La Pava en contra de Salud Total E.P.S-S S.A y CPO S.A. conocido por el Juzgado 10 Civil del Circuito de Bogotá identificado con el radicado 2016-00097, al proceso enunciado en el radicado de la referencia.

3. Aprehender el conocimiento del proceso acumulado, ordenando tramitar los procesos conjuntamente.

4. Decidir las pretensiones de los actores del proceso principal y del acumulado en la misma sentencia.

DATOS PRINCIPALES DE LOS PROCESOS

Proceso del cual se solicita la acumulación al conocido por su Despacho: JUZGADO DÉCIMO CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ
Ordinario Rad. 2016-00097-00
Demandantes: Carlos Fernando Maldonado Rodriguez en nombre propio y en representación de su hijo menor Carlos Ernesto Maldonado de La Pava.
Demandado: Salud Total EPS-S S.A. y CPO S.A.

Proceso conocido por su Despacho: JUZGADO CINCUENTA Y UNO CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ

Ordinario Radicado 2014-0376
Demandantes: Juan Sebastián de la Pava Ordoñez, Hilda Ordoñez Mejía, Hilda Maria de la Pava Ordoñez, Jesús de la Pava Zuluaga, Alonso de la Pava Vélez y Benjamín de la Pava Vélez
Demandados: Salud Total EPS-S S.A. y CPO S.A.

FUNDAMENTOS DE LA SOLICITUD DE ACUMULACION DE PROCESOS

1-. Los señores Juan Sebastián de la Pava Ordoñez, Hilda Ordoñez Mejía, Hilda Maria de la Pava Ordoñez, Jesús de la Pava Zuluaga, Alonso de la Pava Vélez y Benjamín de la Pava Vélez por intermedio de apoderado judicial presentaron demanda ordinaria de responsabilidad civil en contra de la **SALUD TOTAL E.P.S-S S.A**, solicitando como pretensión que se declare a la EPS responsable por los perjuicios inmateriales y materiales causados con ocasión a la atención médica brindada a la señora Ruth de la Pava en CPO S.A. que conllevó a su deceso el 22 de febrero de 2010.

Esta demanda actualmente está siendo conocida por su Despacho, bajo el expediente de la referencia, y en la cual mi mandante ya ejerció su derecho a la defensa contestado la demanda y adelantando los respectivos llamamientos en garantía, estando pendiente la fijación de fecha para adelantar audiencia inicial.

2-. Por otro lado, CPO S.A. fue notificada por aviso del auto admisorio de la demanda de fecha 25 de noviembre de 2016 del proceso iniciado por Carlos Fernando Maldonado Rodriguez en nombre propio y en representación de su hijo menor Carlos Ernesto Maldonado de La Pava contra Salud Total EPS-S S.A. y CPO S.A, mediante el cual se pretende la declaratoria de la responsabilidad civil con ocasión aduce el demandante textualmente a *"una mala práctica hospitalaria en que incurrieron en la prestación del servicio médico asistencial dado a la señora Ruth de la Pava Ordoñez, por el equivocada, negligente e indebida atención médica y hospitalaria a ella brindada que produjo su fallecimiento"*, correspondiente a atención médica del día 22 de febrero de 2010 en las instalaciones de mi mandante.

En consecuencia, se solicita el reconocimiento de una indemnización en dinero por concepto de daño moral, daño emergente causado y futuro, lucro cesante consolidado y futuro, estimando la suma en alrededor de trescientos millones de pesos.

3-. Mediante el proceso verbal de mayor cuantía, relacionado con el número de radicación 2014-00376 los señores Juan Sebastián de la Pava Ordoñez, Hilda Ordoñez Mejía, Hilda Maria de la Pava Ordoñez, Jesús de la Pava Zuluaga, Alonso de la Pava Vélez y Benjamín de la Pava Vélez pretenden ser indemnizados por los perjuicios acaecidos con ocasión al deceso de la señora Ruth de la Pava Ordoñez identificada con cédula de ciudadanía No. 51.578.058, atendiendo presuntas fallas en la atención médica dispensada en las instalaciones de CPO S.A. para el 22 de febrero de 2010 en la atención anestésica, para la reducción de radio que debía practicarse a la paciente.

4-. Así pues, se cumplen con las exigencias del numeral 1º del artículo 148 del Código General del Proceso, (enunciado en la normatividad anterior como artículo 157 del C.P.C.) que señala la procedencia de la acumulación de procesos,

artículo 157 del C.P.C.) que señala la procedencia de la acumulación de procesos, cuando:

1. **Cuando las pretensiones formuladas habrían podido acumularse en la misma demanda.**

En este caso la pretensión indemnizatoria del señor Carlos F. Maldonado y su hijo, pudieron haber sido formuladas dentro de la misma demanda y no separadamente, siendo que el Juez Civil del Circuito puede conocer de ambas, no se excluyen entre sí (se proponen en ambas demandas como principales y/o subsidiarias) y todas se pueden tramitar bajo el procedimiento ordinario señalado en el libro tercero –sección primera-, título I, proceso verbal.

2-. Cuando las pretensiones conexas y las partes sean demandantes y demandados recíprocos.

Dicho requisito se puede evidenciar con la simple lectura de las demandas pues quienes interponen en ambos casos la acción indemnizatorio, corresponden a lo hermanos, cónyuge e hijo de la señora Ruth de la Pava, contra Salud Total EPS-S S.A. y CPO S.A., solicitando el reconocimiento de perjuicios tanto materiales como inmateriales, como consecuencia de la declaratoria de responsabilidad civil médica de los demandados.

3-. Cuando el demandado sea el mismo y las excepciones propuestas se fundamenten en los mismos hechos.

En ambas acciones los demandados son Salud Total EPS.-S S.A. como entidad aseguradora de Ruth de la Pava y CPO S.A., como entidad en donde se dispenso el cuestionado acto anestésico cuestionado en ambas demandas, de la cual se predica una presunta responsabilidad civil.

Ahora bien, los numerales siguientes del artículo que se viene comentando relacionados con *"Cuando existan varios procesos de ejecución en los cuales se persiga exclusivamente la misma cosa hipotecada o dada en prenda Y cuando en los procesos de que trata el numeral anterior, todos los acreedores que hayan concurrido convengan en que se acumulen a un ejecutivo quirografario que contra el mismo deudor se adelante por otros acreedores"*, al no corresponder al proceso ordinario, no merecen mención en esta argumentación.

Se concluye que ambas acciones contienen pretensiones y fundamentos fácticos semejantes, respecto de la presunta responsabilidad de los demandados en el adelantamiento del bloqueo interescalenico por la Dra. Gloria Navas, sumado a que los procesos se encuentran en trámite de primera instancia.

5-. Señor juez, es usted el competente para conocer de la presente solicitud, por ser el Despacho el proceso más antiguo, atendiendo la fecha de la notificación del auto admisorio de la demanda.

6-. Finalmente en aras de propender al debido proceso para mi representado con el respeto a las garantías constitucionales y las demás consagradas en la ley procesal, así como la lealtad procesal, la economía procesal y acceso a la administración de justicia será procedente acumular los procesos en uno solo, a

fin de que la presente causa se decida en una sentencia, y no en decisiones aisladas.

ANEXOS

Junto con el presente escrito y como apoyo de las razones que lo fundamentan, señor(a) juez me permito aportar:

-Copia de la demanda presentada por los señores Carlos Fernando Maldonado en nombre propio y en representación de su hijo Carlos Esteban Maldonado de la Pava cursante en el Juzgado 10 Civil del Circuito de Bogotá (Rad.2016-00097-00)

-Poder conferido por el demandante a abogado Miguel Ignacio Garcia Ortegón.

-Copia del auto admisorio de la demanda proferido el 25 de noviembre de 2016 por el Juzgado 10 Civil del Circuito de Bogotá (rad. 2016-00097)

-Auto del 4 de mayo de 2017 mediante el cual se me reconoce personería como apoderada de CPO S.A., así como se tiene en cuenta la contestación de la demanda en oportunidad.

-Auto del 4 de mayo de 2017 mediante el cual se admite el llamamiento en garantía de CPO S.A. a Liberty Seguros S.A.

-Auto del de mayo de 2017 mediante el cual se admite el llamamiento en garantía de CPO S.A. a Gloria Stella Navas García.

-Auto del 21 de febrero de 2018 mediante el cual se señala fecha para audiencia inicial dentro del proceso 2016-00097.

NOTIFICACIONES

- CPO S.A. y la suscrita recibiremos notificaciones en su domicilio principal Carrera 21 No. 22 – 68 Sur en Bogotá y a través de su correo electrónico para notificaciones judiciales dir tatianaj@cpo.com.co., o en la secretaria de su Despacho.

Atentamente,

ADRIANA MORENO MUÑOZ
C.C. No. 35.253.883 de Fusagasugá
T.P. No. 158.155 del C. S. de la J.
Apoderada CPO S.A.

Miguel Ignacio García Ortegón
Abogado-U. Nacional

Señor
JUEZ CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTA D.C. (Reparto.)
E. S. D.

MIGUEL IGNACIO GARCIA ORTEGON, abogado en ejercicio con tarjeta profesional número 38.734 del Consejo *Superior* de la Judicatura, identificado con cédula de ciudadanía número 19'404.403 de Bogotá, obrando a nombre de *CARLOS FERNANDO MALDONADO*, mayor de edad y domiciliado en esta ciudad, quien obra a nombre propio y como representante legal del menor *CARLOS ESTEBAN MALDONADO DE LA PAVA*, manifiesto a usted que promuevo demanda verbal de mayor cuantía de ***Responsabilidad Civil Contractual*** en contra de la Empresa Prestadora de Servicios de Salud, *SALUD TOTAL E.P.S.*, domiciliada en Bogotá y representada legalmente por el Dr. *LUIS GUILLERMO VELEZ ATEHORTUA y* contra *CENTRO POLICLINICO DEL OLAYA S. A. CPOSA*, domiciliada en Bogotá y representada legalmente por la Dra. *NALSY TATIANA JIMENEZ GONZALEZ*, mayor de edad y vecino de Bogotá, o quienes hagan sus veces, para que mediante los trámites del referido proceso se hagan las siguientes declaraciones y condenas:

Primera.- Se declare que *SALUD TOTAL E.P.S., y el CENTRO POLICLINICO DEL OLAYA S. A. CPOSA.*, son civil y solidariamente responsables de los daños causados a mis mandantes derivados de la falla y responsabilidad médica, con ocasión de la mala práctica hospitalaria en que incurrieron en la prestación del servicio médico asistencial dado a la señora *RUTH DE LA PAVA ORDOÑEZ*, por la equivocada, negligente e indebida atención médica y hospitalaria a ella brindada que produjo su fallecimiento.

Segunda.- Se declare que las demandadas están en la obligación de indemnizar integralmente los perjuicios causados a los demandantes (artículo 16 de la Ley 446 de 1998), por tanto habrá de condenársele a pagar las sumas dinero por concepto de daño moral, daño emergente causado y futuro, lucro cesante consolidado y futuro, conforme a la estimación cuantificada de los perjuicios que se presenta, o conforme a lo normado por el artículo 348 del C. de P.C.

Tercera.- Por razón de la pérdida del valor adquisitivo de la moneda, el daño debe ser reparado en dinero de igual valor, por consiguiente, los valores demandados deberán indexarse o actualizarse de acuerdo a la fórmula de las matemáticas financieras, desde la fecha de los hechos hasta la fecha del fallo o del pago efectivo.

Cuarta.- Se condene a las demandadas en las costas del proceso.

HECHOS.-

1. la señora *RUTH DE LA PAVA ORDOÑEZ* se hallaba afiliada a SALUD TOTAL E.P.S., desde el año 2000, siendo sus beneficiarios sus hijos JUAN SEBASTIAN DE LA PAVA ORDOÑEZ y CARLOS ESTEBAN MALDONADO DE LA PAVA

2. El día 19 de febrero de 2010, siendo las 10:30 p.m., aproximadamente, la señora Ruth de 37 años de edad, sufrió un accidente al bajar las escaleras de su casa y, al caer, apoyó la mano derecha en el piso sintiendo molestias y dolor en el dedo pulgar de la indicada mano.

3. Al día siguiente fue con su esposo *CARLOS FERNANDO MALDONADO* a Salud Total de la Avda. de Las Américas con Cra. 67 aproximadamente, allí luego de esperar durante más de dos horas y que no la atendieran por urgencias, tomaron la decisión de ir directamente a un centro hospitalario que tuviese convenio con la EPS., dirigiéndose al Centro Policlínico del Olaya,

4. En el mencionado centro hospitalario la atienden por urgencias y le diagnostican: asa 1 con fractura de radio distal derecho, entonces le colocan una férula en el dedo, programándole cirugía ambulatoria para el día 22 de febrero de ese año.

5. Siendo las 4:00 p.m., del día 22 de febrero, *RUTH DE LA PAVA* fue acompañada de su esposo a fin de que le realizaran la cirugía en el dedo lesionado, entrando ella a cirugía por sus propios medios.

6. Siendo las 5:00 p.m., es ingresada para el procedimiento indicándosele al esposo de la paciente que se le colocaría "anestesia regional" y que la cirugía duraría una hora y media aproximadamente, incluido el tiempo de recuperación.

7. Pasada la hora y media, el señor *Carlos Fernando Maldonado* se acercó a la recepción de salas de cirugía del Policlínico y preguntó por el estado de su esposa.

8. La funcionaria se comunica a las salas y le trasmiten que todos los pacientes intervenidos estaban en sala de recuperación, que tendría que esperar 20 minutos más.

9. Pasada media hora, volvió a preguntar a qué hora saldría su esposa, entonces salió la Anestesióloga que intervendría en la operación y le manifiesta al señor Maldonado que su esposa sufrió una reacción alérgica a la anestesia y que la llevarían a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)

10. Luego de esperar en la sala adjunta a la UCI, siendo 9:00 p.m., el cirujano que operaría a Ruth de la Pava le manifiesta al señor Maldonado que le habían colocado a su esposa un medicamento para combatir la alergia, pero no se refirió al estado de salud de la misma.

11. Siendo las 10:00 p.m., le permiten verla en la Unidad de Cuidados Intensivos, donde el la encontró entubada, con ventilación mecánica y vio que no la habían realizado la cirugía porque tenía en el dedo la misma férula que le habían colocado dos (2) días antes.

12. A la mañana siguiente, el señor Maldonado se acerca al Policlínico del Olaya y el director de cuidados intensivos le manifiesta que la paciente no había tenido ningún progreso, que en la noche había tenido dos (2) paros respiratorios y que si le daba un tercero ella no resistiría y podría morir; que la situación era crítica.

13. A la una de la tarde del día 23 de febrero de 2010, le informan a Carlos Fernando Maldonado que la señora Ruth de la Pava había sufrido otro paro respiratorio y como consecuencia del mismo había fallecido.

14. De la historia clínica se extrae que el día 22 de febrero, cuando se le realizó a la paciente el bloqueo interescalenico -refiere a la *"anestesia de plexo como la desconexión de grupos completos de nervios de una vez y con una sola inyección"*-, doña Ruth presentó episodio convulsivo y depresión miocárdica, con actividad eléctrica sin pulso.

15. Asimismo, que se iniciaron maniobras de reanimación cerebrocardiopulmonar, con intubación orotraqueal, además se le hizo masaje cardíaco externo, entrando la paciente en alteración ventricular por lo cual le realizaron desfibrilación.

16. Conforme a la historia clínica, la paciente revierte a ritmo sinusual después de 45 minutos de reanimación avanzada

17. Ese día presenta marcado deterioro de la función ventilatoria que persiste progresivamente en los días siguientes, el día 21 de noviembre presenta insuficiencia respiratoria severa la cual, luego de varias horas de procedimientos para estabilizarla, le ocasionó un colapso cárdio-respiratorio determinante de su fallecimiento el 22 de febrero de 2010, a las 9:34 a.m.

18. El fallecimiento de la señora *RUTH DE LA PAVA ORDOÑEZ* fue la consecuencia de una mala práctica médica en la aplicación de la anestesia y de los desaciertos médicos, por la desidia y apatía de los facultativos.

19. Con esta actividad los médicos tratantes de la EPS y de la IPS Centro Policlínbico del Olaya, violaron el derecho al diagnóstico que le era connatural a la señora *Ruth De La Pava Ordoñez*, como componente del derecho a la salud del cual era titular, frente a las cuales no se demostró que se hubiera prescrito un tratamiento efectivo, ni que se hubiera iniciado un procedimiento interno encaminado a determinar la causa de sus padecimientos.

20. De los hechos anteriormente relatados, se puede extractar que existió negligencia y, por lo mismo, una responsabilidad médica originada en la mala práctica profesional de los médicos adscritos a Policlínico del Olaya, por la desatención y apartamiento de los protocolos médicos, negligencia e impericia, y revela que con dicho actuar se causó un daño a mis poderdantes.

21. Lo anterior es demostrable pues las evaluaciones, pronóstico y diagnóstico realizado por los galenos y anestesista respecto de la intervención quirúrgica a practicar a la señora *Ruth De La Pava Ordoñez* fueron falibles, incorrectos y, por lo mismo, del todo errados y equívocos, teniendo como causa ese no hacer las cosas a derechas, fundamentalmente, por el hecho de no realzar en debida forma la práctica del examen de alergia a la anestesia, necesario para descartar cualquier eventualidad en la práctica de la operación.

22. La mala práctica médica descrita, se constituyó en una relación causa efecto para que en *Ruth De La Pava Ordoñez* se produjera la reacción, que tuvo como consecuencia la pérdida de su vida y generar irreparables daños a sus familiares.

23. La jurisprudencia constitucional reconoce al médico tratante de la EPS como la persona válida para autorizar los servicios, y las EPS tienen responsabilidad global de cualquier problema relacionado con la prestación de los servicios de salud, dado que son ellas las que firman un contrato con el usuario y se comprometen a prestar de manera oportuna dichos servicios. Es decir, que de todo lo que ocurra con los pacientes, dentro de las IPS o con los médicos tratantes, son responsables las EPS.

24. La falla del servicio médico asistencial, en este caso, está reflejada en la desidia y tardanza de los médicos tratantes de la Clínica para responder a la sintomatología presentada por la paciente luego de aplicarle la anestesia. Dicho suceso fue determinante en la perdida de la vida de la señora Ruth de la Pava.

25. Las siguientes fueron las fallas en el proceso de atención:

    a) Falta de una evaluación integral por los médicos tratantes a la paciente.
    b) Aplicar la anestesia sin los debidos protocolos, no explicada por los médicos.
    c) No se dio un diagnóstico acorde con la emergencia presentada
    d) Información brindada que no correspondió a la realidad.

    } Problema jurídico

26. El resultado, consistente en el fallecimiento de la paciente, resulta unido por un nexo de causalidad o condición determinante con el obrar imprudente y negligente de los médicos adscritos al Centro Policlínico del Olaya y consecuencialmente, a la EPS., porque sólo de ellos dependían los resultados y sólo ellos los generaron., estando a su alcance evitarlos.

27. En pocas palabras, la paciente fue sometida a un ***"riesgo injustificado"***, y el resultado sobrevino como producto de la infracción del deber objetivo de cuidado por parte de los galenos del Centro Policlínico del Olaya y consecuencialmente de la EPS, a quienes les era exigible desplegar en su actividad profesional todas las medidas "*razonablemente*" posibles para evitar que sucediera el fatal desenlace conocido, lo cual no hicieron a tiempo y por ende el resultado –el fallecimiento de *Ruth De La Pava Ordoñez*- les es atribuible.

28. La historia clínica de la paciente acredita, en el grado exigido por la ley, que los médicos tratantes sometieron a *Ruth De la Pava* a un riesgo injustificado, y que como consecuencia de ello sobrevino su fallecimiento como corolario de la *"infracción al deber objetivo de cuidado"*

29. La infracción al deber de cuidado se concretó en este evento en el desconocimiento de la norma de cuidado inherente a actividades en cuyo ámbito se generan riesgos o puesta en peligro de bienes jurídicamente tutelados como la vida.

30. Las pruebas aportadas muestran que en este lapso no se practicaron exámenes altamente especializados para afianzar o descartar cualquier eventualidad al aplicar la anestesia.
31. Remitiéndonos a la historia clínica, la inexistencia de exámenes previos demuestran que la complicación que llevó a la paciente a la muerte era previsible, por lo que son responsables los médicos tratantes, no obstante, su omisión no fue la única causante de la muerte así que sigue una cadena de errores que llevan a responsabilizar a los médicos y a la institución.

32. La *EPS.*, y el *Centro Policlínico del Olaya* son responsables directamente de los perjuicios ocasionados a mis mandantes; lo anterior es consecuencia del hecho de que el médico tratante: *"es el profesional vinculado laboralmente a la respectiva E.P.S. que examine como médico general o como médico especialista al respectivo paciente."* (dice la Corte Constitucional)

33. Cuando un paciente hace uso de los servicios de la EPS, esta última asume una serie de obligaciones como son las de: disponer de la atención profesional, la vigilancia y seguridad del enfermo, lo medicamentos, entre otros, y los efectos y perjuicios que se produzcan en la prestación del servicio son su responsabilidad.

34. Desde que el usuario se afilia a la EPS, se inicia una serie de acciones cada vez que el cotizante o sus beneficiarios acudan a tratamiento cuales son: identificar el riesgo integral en que se pueda encontrar cada individuo, definición de un diagnóstico claro, tratamiento adecuado, calificación de origen del evento que origina la consulta, generar la incapacidad que sea necesaria para la recuperación del afectado, definir posibilidades de recuperación o rehabilitación, identificar condiciones de reintegro, calificación de secuelas en los casos pertinentes.

35. Conforme lo ha establecido la Corte Constitucional en la Sentencia C-106/97, refiriéndose al esquema introducido por la Ley 100 de 1993, el mismo no establece la prestación del servicio de salud de manera directa entre el médico y el paciente, sino que es la entidad la obligada a garantizar la prestación del servicio siendo, entonces, que la responsabilidad de no prestarse el servicio en las condiciones estatuidas en la Ley 100 de 1993, es propia de la EPS.

36. Incurrieron los médicos en culpa como EJECUTORES del contrato celebrado entre *Salud Total* EPS yeal aportante señora Ruth de la Pava. Así las cosas, la responsabilidad médica se da por el contrato usuario-EPS-, que le da derecho al paciente de ser asistido por un médico.

37. Los daños mediatos obedecieron a culpa inexcusable de los médicos y como consecuencia del fallecimiento de *RUTH DE LA PAVA ORDOÑEZ* se le causó a los demandantes los perjuicios que enseguida entran a enunciarse:

38. Con el hecho se le causó a *RUTH DE LA PAVA ORDOÑEZ* el máximo perjuicio: privarla del principal derecho fundamental del hombre, cual es la vida; es decir, truncar todas sus actividades productivas, cuando tan solo contaba con treinta y siete (37) años de edad.

39. Según el Departamento de Estadística (DANE), la esperanza de vida en el país era de 70,67 para hombres; 77,51 para mujeres siendo 74,00 el promedio de vida en el período comprendido entre los años 2005 y el 2010.

40. Toda vez que la madre era el epicentro de la familia, con su fallecimiento, ante la actuación indolente de los facultativos, se les perjudicó de tal manera que hasta la fecha no se han podido recobrar anímicamente.

41. Para la época de su fallecimiento *RUTH DE LA PAVA ORDOÑEZ*, laboraba como Jefe del Departamento de Contabilidad de la empresa 40 Grados Hermanos Ltda., donde devengaba un salario de setecientos sesenta mil pesos ($760.000,00) M/Cte., mensuales, valores le permitían colaborar con su esposo para el sostenimiento del hogar.

42. De los frutos de su trabajo siempre contribuyó para el mantenimiento de su hogar, pues los gastos ascendían mensualmente a la suma de $1'300.000,00 M/Cte., por egresos de manutención de la familia, estudio de los menores (2) hijos, salud, cuota de vivienda, pago de servicios públicos, erogaciones a las que contribuía doña Ruth con la suma de quinientos mil pesos ($500.000,00 M/Cte.) mensualmente. Viéndose la familia privada de esa ayuda o beneficio económico debido a su muerte.

43. Carlos Fernando Maldonado, debió tomar en préstamo del señor *GABRIEL GUIO PEREZ* la suma de seis millones de pesos $6'000.000,00 M/Cte., valor de los gastos que debieron sufragar mis mandantes para soportar todos los gastos sobrevinientes al deceso de su esposa.

44. Sobre dichos valores se cancela un interés a la tasa del 2% mensual.

45. La pérdida de su madre ha afectado tan gravemente al joven Carlos Esteban Maldonado, quien actualmente se halla bajo tratamiento psicológico.

46. Citados a conciliación judicial ante la Procuraduría, las demandadas mostraron no tener ánimo conciliatorio, motivo por el cual se declaró fracasado el medio alternativo de solución de conflictos mediante acta de fecha enero 14 de 2008.

47. Las entidades demandadas son civilmente responsables por vía directa, y deben asumir la indemnización integral de los daños ocasionados a mis mandantes, por el negligente e imprudente actuar de sus empleados en el manejo, evolución y tratamiento que condujo al fallecimiento de la señora *RUTH DE LA PAVA ORDOÑEZ.*

48. Para el caso de la responsabilidad médica, jurisprudencialmente se ha establecido la figura de la falla presunta, además, la culpa se presume ante un incumplimiento contractual.

49. con fundamento en que la muerte de la paciente se debió a una complicación en la anestesia peridural que le fue aplicada por la anestesióloga de turno

ESTIMACION CUANTIFICADA

1. Por perjuicios Materiales:

1.1. Daño Emergente.-

1.1.1. La occisa ayudaba con la suma de $500.000,00 para la subsistencia de la familia Maldonado-De La Pava, colaboración truncada por el acaecimiento del infortunado hecho, por lo que las demandadas habrán de resarcir el valor que con la conducta imputada impidió se sirviera la familia, resultando en consecuencia, un interés legítimo que permite calificar el calificar el perjuicio

como cierto y directo. Tomando como base desde la ocurrencia del hecho hasta la fecha del fallo (aprox. 75 meses)

Son..... $37´500.000,00 M/Cte.

1.1.2. La suma de seis millones de pesos ($6´000.000,00 M/Cte.), correspondientes a los valores tomados en préstamo por el señor Carlos Fernando Maldonado, al señor Gabriel Guio Pérez, para atender los gastos que se presentaron con ocasión del fallecimiento de la señora Ruth De La Pava, con una tasa de intereses del 2.3% mensual, resultando en consecuencia, un interés legítimo que permite calificar el perjuicio como cierto y directo.

Son..... $6´000.000,00 M/Cte.

1.1.3. La suma de cinco millones cuatrocientos mil pesos ($5´400.000,00 M/Cte.), correspondientes al valor cancelado por mi mandante en intereses a la tasa del 2% mensual sobre la suma de $6´000.000,00 M/Cte., desde noviembre 24 de 2005 hasta la fecha de presentación de esta demanda, resultando en consecuencia, un interés legítimo que permite calificar el perjuicio como cierto y directo.

Son..... $5´400.000,00 M/Cte.

1.2. Lucro Cesante.-

1.2.1. La suma de ciento diecinueve millones veintiocho mil pesos ($119´028.000,00 M/Cte.), correspondientes a los dineros que sus familiares dejaron de percibir de la actividad económica o comercio que regentaba la señora Ruth de la Pava.

Está acreditado en el proceso que la señora *RUTH DE LA PAVA ORDOÑEZ* falleció en febrero 22 de 2010, lo cual implica una pérdida de su aporte económico para su familia. Para efectos de la liquidación, el tiempo a indemnizar será el comprendido entre la fecha en la cual falleció hasta la fecha del fallo y como indemnización futura, desde la fecha del fallo hasta la fecha de vida probable de acuerdo con la tabla colombiana de mortalidad. Se deberá tomar como salario base el mínimo vigente a la fecha de los hechos actualizado a la de esta sentencia, siempre que no sea inferior al mínimo legal vigente.

FECHA NACIMIENTO:	07 de junio de 1959
FECHA FALLECIMIENTO:	22 de febrero de 2010
EDAD:	37 años
TIEMPO VIDA PROBABLE 2005:	72 años ()
SALARIO MIN/05	$381.500,00 (decreto 4360/04)

Son..... $119´028.000,00 M/Cte

1.2.2. La suma de $900.000,00 M/Cte., valor aproximado de la utilidad o renta que los valores pagados en intereses debían producir, de no haberse perdido con el perjuicio ocasionado.

Son..... $900.000,00 M/Cte.

2.- Perjuicios Morales

2.1. Subjetivados

Los perjuicios morales ocasionados a mis poderdantes y sus familiares con el acontecer de los hechos, son de incalculable significación por el sufrimiento y depresión morales que un hecho de tal categoría produce en el ánimo de los afectados. Es apenas comprensible que ante el padecimiento sufrido y la consecuencial muerte de la esposa, madre e hija: Martha Esperanza Ramírez Toro, el núcleo familiar se vio vulnerado de modo injustificado, causándoles una grave perturbación psicológica y una incertidumbre inmerecida, por la permanente angustia, zozobra y preocupación a que se vieron expuestos dados los lazos de alianza y solidaridad entre ellos. Dichos perjuicios los estimo en Salarios Mínimos Legales Mensuales vigentes así:

Carlos Fernando Maldonado	200 S.M.L.M.
Carlos Esteban Maldonado De La Pava	200 S.M.L.M.
Total....	**400 S.M.L.M.V.**

JURAMENTO ESTIMATORIO

Conforme a lo normado por el artículo 206 de la Ley 1564 de 2012, estimo bajo la gravedad del juramento que la suma que origina la presente acción se halla cuantificada en un total de trescientos millones de pesos ($300.000.000,00 M/Cte.) aproximadamente, que corresponden al perjuicio moral, el daño emergente y el lucro cesante

ELEMENTOS DE LA PRETENSION RESARCITORIA

En relación con el fundamento de la responsabilidad de las EPS., en los casos en que se trata de perjuicios generados como consecuencia del ejercicio imprudente de la medicina, se configura por la concurrencia de tres presupuestos fácticos que se encuentran plenamente configurados en el caso presente:

1.- La Falla Médica: constituida por la infracción al deber objetivo de cuidado; y la realización de un resultado lesivo y relevante, esto es, la inobservancia del deber de cuidado debido en el tratamiento médico. En este evento, se cometió una falla médica, consistente en una conducta y obrar negligente, imprudente y descuidada de los médicos tratantes de las demandadas, por omitir sistemáticamente la práctica de exámenes de laboratorio previos, los cuáles les hubieran brindado una mejor información acerca del tipo de dolencia o lesión que presentaba la paciente *RUTH DE LA PAVA ORDOÑEZ*, y por consiguiente, al no practicársele generó el daño cuya indemnización se reclama

Las demandadas materializaron el error, en este evento, los daños antijurídicos se generaron por errores propios de los médicos tratantes, por inadecuado manejo de procedimientos por parte del equipo médico, por omitir sistemáticamente la realización de exámenes adecuados que habrían dado un acertado diagnóstico de la enfermedad padecida por la señora De la Pava Ordóñez y el suministro de medicamentos inapropiados, entre otras causas.

Hubo negligencia e imprevisión de los médicos tratantes, pues no se le practicaron a la señora De la Pava, los exámenes indispensables para evitar cualquier eventualidad en la aplicación de la anestesia, entonces, no se agotaron previamente las posibilidades para prevenir una alergia a la misma, circunstancia que, a no dudarlo, constituye una falla del servicio médico, lo cual conllevó a que la paciente presentara, a los pocos minutos de iniciado el procedimiento, desaturación, bradicardia y paro respiratorio, como lo revela la historia clínica, conducta que denotaba con claridad negligencia e impericia.

Hubo negligencia en el proceso que va desde el estudio y valoración del paciente previo a la aplicación de la anestesia, para seleccionar el procedimiento de menor riesgo y más apropiado a cada situación, la aplicación correcta y oportuna del mismo, vigilando permanentemente las condiciones del paciente hasta la recuperación postanestésica, que implica la eliminación del estado provocado y la estabilidad completa de sus funciones.

En consecuencia, las posibilidades de error médico en la anestesia suelen ser muy diversas y en la mayoría de las ocasiones letales.

> *"Aceptando el concepto clásico de anestesia de plexo como la desconexión de grupos completos de nervios de una vez y con una sola inyección. (...) El anestesiólogo debe estar familiarizado con las ventajas y desventajas de los distintos abordajes, así como con sus indicaciones y contraindicaciones. Los bloqueos nerviosos periféricos presentan escasas complicaciones, pero el verdadero peligro no es que se produzcan complicaciones, sino la falta de un diagnóstico y tratamiento rápido y adecuado*
>
> *COMPLICACIONES CARDIOVASCULARES La inyección de fármacos en la arteria carótida interna o en las arterias vertebrales llega directamente al cerebro. Por ello, muy pequeñas dosis de anestésico local pueden ocasionar toxicidad del sistema nervioso central. Las restantes inyecciones arteriales drenarán en la circulación venosa y se comportarán de manera similar a inyecciones intravenosas.* (Anestesia En Traumatología y Ortopedia Vol. 30. Supl. 1, Abril-Junio 2007 pp S301-S305 C COLEGIO MEXICANO DE ANESTESIOLOGÍA A.C. Revista Mexicana de Anestesiología Complicaciones en la anestesia de plexo braquial Dra. María Concepción Serratos-Vázquez,* Dr. Alfredo Fernando Ortega-Torres** * Médico Anestesiólogo, Hospital de Traumatología Magdalena de las Salinas, IMSS. ** Jefe de Servicio de Anestesiología, Hospital de Traumatología Magdalena de las Salinas, IMSS)

2.- El Daño: Se halla constituido por la muerte de la señora *RUTH DE LA PAVA ORDOÑEZ*, y romperse de manera ostensible el hilo de la juridicidad.

El daño causado se originó en un acto imprudente o negligente o fruto de la impericia o por el apartamiento de las normas y deberes a cargo del causante del daño o apartamiento de la normativa vigente aplicable. De acuerdo a la normativa del art. 902 del Código Civil, la calidad de profesional de la salud en el agente involucrado en el daño, agrava cualquiera de las conductas negativas descriptas.

Consecuencialmente, la lesión patrimonial cuya cuantía es fácilmente deducible, se establece en los valores demandados -que corresponden al daño moral y material deprecados-

3.- Una relación de causalidad: Este elemento incito de la pretensión resarcitoria, se halla plenamente configurado en el caso aquí planteado, toda vez que existe directa correlación entre la actuación negligente de los médicos tratantes y el consecuencial daño antijurídico concretado en la muerte de *RUTH DE LA PAVA ORDOÑEZ.*

El resultado, consistente en el fallecimiento de la paciente, resulta unido por un nexo de causalidad o condición determinante con el obrar imprudente y negligente de los médicos de la Policlinico del Olaya, porque sólo de ellos dependían los resultados y sólo ellos los generaron, estando a su alcance evitarlos, de haber ordenado la prueba de vías digestivas altas, informado a la víctima del tratamiento y esperado los resultados de laboratorio. Por lo cual, la paciente fue sometida a un "*riesgo injustificado*",.

En consideración al grado de dificultad que representa para el actor la prueba de la relación de causalidad entre la acción del agente y el daño en los casos en que esté comprometida la responsabilidad profesional, no sólo por la complejidad de los conocimientos científicos y tecnológicos en ella involucrados sino también por la carencia de los materiales y documentos que prueben dicha relación causal, se afirma que cuando sea imposible esperar certeza o

exactitud en esta materia *"el juez puede contentarse con la probabilidad de su existencia"*, es decir, que la relación de causalidad queda probada *"cuando los elementos de juicio suministrados conducen a 'un grado suficiente de probabilidad'"*.

Es cierto que no existe certeza en cuanto a que de haberse producido la práctica de los exámenes requeridos para el caso la paciente no hubiera perdido la vida, pero sí es cierto que la falta de su práctica le restó la oportunidad de aliviar o al menos mejorar su situación física y, la posibilidad de vivir unos años más al lado de su familia y por esta razón la entidad demandada deberá indemnizar a los actores los daños sufridos con ocasión de la muerte de la paciente, derivada de la falla médica.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Fundamento la petición en las siguientes disposiciones: Invoco como fundamentos de derecho: 2356, 2341, 2344 y s.s., 1604, 1738, 2144 y 2184 del Código Civil; artículo 90 de la Constitución Política; Ley 712 de 2001; Ley 100 de 2003, Ley 640 de 2001, Ley 446 de 1998, Decreto 1818 de 1998, Ley 820 de 2003; Decreto. 2309 de 2002; artículos 368 y s.s. del C. G. del P., y normas concordantes.

FUNDAMENTOS JURIDICOS

La misma Constitución Política de la República reconoce que el goce de la salud es derecho fundamental del ser humano sin discriminación alguna, y obliga al Estado a velar por la misma, desarrollando a través de sus instituciones acciones de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación, a fin de procurarles a los habitantes el más completo bienestar físico, mental y social, reconociendo, asimismo, que la salud de los habitantes de la Nación es un bien público

Los problemas de salud, al igual que las enfermedades, los accidentes, las características del desgaste, la esperanza de vida o las formas de morir al estar determinadas por la manera en que se trabaja y se vive, se van transformando conforme esas condiciones cambian. La medicina debe entender y abordar oportunamente esas cambiantes condiciones para alcanzar sus objetivos***: la supervivencia del paciente.***

Es claro que si se les veda a los afiliados, la posibilidad siquiera de ser valorados de manera correcta por un facultativo, se vería una seria merma de sus derechos fundamentales, especialmente el de salud, estrechamente relacionado con el de la vida.

Ahora, también puede presentarse responsabilidad por falla médica, cuando se da una demora excesiva en la autorización de un servicio o se niega su práctica, y que el mismo repercuta en un daño en la salud o la integridad física o la vida del paciente.

> *Son pues, los médicos tratantes los que disponen de los conocimientos científicos y técnicos de los que carece (...), y son ellos quienes pueden determinar si un tratamiento es el idóneo o no. (Corte Constitucional, sentencia T-1325 de 2001).*

En efecto, se tiene que para que un determinado procedimiento, intervención, tratamiento, medicamento o cualquier otra situación médica tenga efectividad, deberá realizarse en una forma oportuna, puesto que de no hacerse así, el paciente puede verse abocado a situaciones lamentables e irreversibles, estando entonces llamada a responder quien debió haber expedido oportunamente el diagnóstico y el respectivo tratamiento

Cuando se presenta este tipo de situaciones, debe actuarse lo más rápido posible, esto es, en forma inmediata, proceder a realizar los exámenes del caso, ya que se trataba de una patología progresiva, que de no tratarse a tiempo, va a presentar el agravamiento del paciente. En este caso, de haberse realizado el diagnóstico a tiempo, si bien no se tiene garantía de la obtención de un determinado resultado, si hubieran sido mayores las posibilidades de lograr ese mejor resultado.

Ahora, es claro que el diagnóstico correcto si bien no garantizaba a plenitud la posibilidad de que la señora *Ruth De La Pava Ordoñez* se recuperara íntegramente, si le daba una expectativa o chance de no perder la vida, posibilidad que se le negó.

La medicina es una ciencia altamente compleja, cuyos resultados dependen de múltiples factores, como la oportunidad de los tratamientos, la respuesta el paciente a los mismos, el medio ambiente, etc., lo que la convierte esencialmente, en una obligación de medio y no de resultado, salvo algunos casos, característica que conlleva a que nazca a favor de los aquejados lo que podríamos denominar el "derecho del chance o la expectativa de una curación médica", que se desprende directamente del acceso a los servicios de salud y que consiste básicamente en que, las personas tienen la garantía de por lo menos acceder a las medidas paliativas desarrolladas por la medicina y tener la expectativa de que las mismas le curen o mejoren sus padecimientos.

Es que no puede negarse a una persona la posibilidad de por lo menos acceder a las medidas salubres existentes, para por tener aun cuando sea la expectativa de ser sanada de sus dolencias, dando primacía a intereses de carácter económico sobre derechos tan esenciales e importantes como la vida o la integridad física.

En este evento, podemos afirmar sin hesitación alguna, que la entidad accionada, le negó al demandante el acceso a los servicios de salud y consecuentemente, la expectativa de ser curada de su dolencia, situación que a la final culminó con la pérdida de su vida, es decir, no existe asomo de duda, en cuanto a que el principal hecho generador del daño en este asunto, fue la dilación injustificada en la autorización del procedimiento médico requerido por la señora Martha Esperanza Ramírez,

> *"No es un caso extraño dentro de la jurisprudencia, en muchos casos cuando acuden a la tutela ya han muerto. A pesar de que insistió en varias ocasiones se le negó sistemáticamente el derecho a la salud, aduciendo todo tipo de trabas, aunque era evidente la situación de salud que se presentaba", (Corte Constitucional. M.P. Dr. Humberto Sierra.)*

En este caso nos hallamos en un evento de imprudencia profesional de los médicos que negaron la realización oportuna del examen de vías digestivas altas confiados en su pericia profesional, a este respecto a dicho la Sala Laboral de la Corte Suprema:

> ***Imprudencia profesional (a. 216 CST).*** *El concepto de imprudencia profesional del trabajador supone que el empleado desarrolla su actividad con tal grado de pericia que, confiado en su extrema capacidad, se siente inclinado a pasar por alto las medidas de seguridad. (M.P. Germán G. Valdés Sánchez. Rad. 15359. S.C. 2001-01-31.)*

Conforme lo ha establecido la Corte Constitucional en la Sentencia C-106/97, refiriéndose al esquema introducido por la Ley 100 de 1993, el mismo no establece la prestación del servicio de salud de manera directa entre el médico y el paciente, sino que es la entidad aseguradora la obligada a garantizar la prestación del servicio siendo, entonces, que la responsabilidad de no prestarse el servicio en las condiciones estatuidas en la Ley 100 de 1993, es propia de la EPS.

La Alta Corporación ha establecido que la salud es un servicio público, uno de cuyos principios característicos es la eficiencia y la continuidad, esto es, que debe prestarse sin interrupción y, en consecuencia, si bien la EPS puede oponerse inicialmente a satisfacer las exigencias de salud requeridas, tal hecho no la releva de la responsabilidad que frente al usuario aquella mantiene, desde el punto de vista asistencial y económico

Las EPS deben tener como principios de conducta el contribuir eficazmente a que su población afiliada se mantenga saludable a través de un servicio de salud de calidad y que reconozcan, exijan y promuevan el respeto por el ser humano. Además debe tener claro que todos sus colaboradores al decidir y actuar en el ámbito de sus misiones y competencias,

conocen y aceptan que con sus comportamientos representan y/o comprometen a la Compañía.

Ahora bien, las EPS son el puente entre el paciente y la salud, su función de garantía es insoslayable y es el fundamento en virtud del cual el Estado les delegó tal facultad. El tratamiento es un conjunto de actividades y procedimientos vistas como un todo, inescindible al tratamiento prescritos por los médicos de la entidad, quienes no obraron conforme a los dictados que le fija su actuar ético, pues la prestación del servicio no se enmarcó dentro de las condiciones impuestas en el sistema general de salud.

Se ha dicho jurisprudencialmente que, en la etapa de ejecución de la actividad médica, la responsabilidad de las EPS estará supeditada a ciertos factores. Se tiene que si ellas mismas son las encargadas de prestar el servicio de salud requerido por el afiliado, la responsabilidad que se le puede endilgar será la directa, puesto que se entiende que el servicio se presta en sus instalaciones y por galenos que forman parte de su planta de personal.

Por demás, debe recordarse que en este tipo de responsabilidad se da una inversión de la carga probatoria, correspondiendo a la entidad de salud acreditar que el daño fue consecuencia de una causal excluyente de responsabilidad, como la fuerza mayor, el caso fortuito, culpa exclusiva y determinante de la víctima o de un tercero. Esta situación se da en virtud de la falla presunta o como la denomina el profesor Javier Tamayo Jaramillo en su obra "Sobre la prueba de la culpa médica", culpa virtual, que consiste básicamente, en que se presume la culpa o la falla en el servicio de la entidad de servicios médicos, debiendo ésta acreditar su conducta diligente o, como se enunció, alguna causal que excluya de responsabilidad, desvirtuando el nexo causal

Entonces, es claro que los demandantes vieron alterado su proyecto de vida, a raíz del daño irrogado por la falla médica en que incurrió el Policlínico del Olaya y, consecuencialmente la EPS., frente a las cuales no se demuestra que se hubiera prescrito un tratamiento efectivo, ni que se hubiera iniciado un procedimiento anestésico efectivo encaminado a evitar la muerte de *Ruth De La Pava Ordoñez.*

La Corte Constitucional ha enseñado en varios de sus fallos que el derecho al diagnóstico es un presupuesto fundamental para la adecuada prestación del servicio público de salud al usuario. Ha dicho la alta Corporación:

> *"De otra parte, esta Corporación ha sostenido la tesis del derecho al diagnóstico como presupuesto de la prestación adecuada del servicio público de atención en salud,*[1] *afirmando en reiteradas ocasiones que al no realizarse el examen de diagnóstico requerido para ayudar a detectar una enfermedad y así determinar el tratamiento necesario, se pone en peligro el derecho a la salud, en conexidad con el derecho fundamental a la vida.*
>
> *"....en reciente jurisprudencia*[2] *se sostuvo que el derecho a la seguridad social no se limita a prestar la atención médica quirúrgica, hospitalaria y terapéutica, tratamientos y medicinas, sino que también incluye el derecho al diagnóstico, el cual puede entenderse como 'la seguridad de que, si los facultativos así lo requieren, con el objeto de precisar la situación actual del paciente en un momento determinado, con miras a establecer, por consecuencia, la terapéutica indicada y controlar así oportuna y eficientemente los males que lo aquejan o que lo pueden afectar, le serán practicados con la prontitud necesaria y de manera completa los exámenes y pruebas que los médicos ordenen.*[3]'
>
> *"Así mismo, esta Corporación ha determinado que es inescindible el vínculo que existe entre los derechos a la dignidad, a la salud, a obtener un diagnóstico y a la vida, ya que existen casos en los cuales, de no obtenerse un diagnóstico a tiempo,*

1 Sentencia T-849 de 2001, M.P. Marco Gerardo Monroy Cabra.
2 Sentencia T-364 de 2003, M.P. Marco Gerardo Monroy Cabra.
3 Sentencia T-366 de 1999, M.P. José Gregorio Hernández Galindo.

el resultado puede ser fatal. Al respecto señaló la Corte que 'El aplazamiento injustificado de una solución definitiva a un problema de salud, que supone la extensión de una afección o un malestar, vulnera el principio del respeto a la dignidad humana y el derecho fundamental a la vida, el cual no puede entenderse como una existencia sin dignidad. En esta medida, la demora injustificada en el diagnóstico y, por consiguiente, en la iniciación de un posible tratamiento que logre el restablecimiento de la salud perdida o su consecución, atenta contra los derechos a la salud en conexidad con la vida.[4]'

"Y en sentencia T-178 de 2003 M.P. Rodrigo Escobar Gil, la Corte sostuvo que: 'No es normal que se niegue o se retrase la autorización de exámenes diagnósticos que los mismos médicos recomiendan, pues ello contraviene los derechos a la vida y a la salud de los afiliados, no solamente cuando se demuestre que sin ellos el paciente puede morir, sino cuando se suspenden injustificadamente tratamientos que son necesarios para recuperar el restablecimiento de la salud perdida o cuando se niegan diagnósticos que revelarían o descartarían una anomalía en la salud.' Concluye la misma Sentencia, recordando que: "'no se puede oponer como argumento de la no realización de una examen médico, la no inclusión del mismo en el P.O.S. si este fue formulado por el médico tratante." (Corte Constitucional, Sentencia T-343 de 2004)

En este sentido es evidente que la EPS violó los numerales 1°, 2° y 4° de los derechos del paciente los cuales se extractan de la Resolución 13437 de 1991:

"1) El paciente tiene derecho a una atención considerada y respetuosa; a conocer el nombre del médico tratante, así como el de los especialistas responsables por procedimientos y/o tratamientos, además estar informado de los efectos secundarios, riesgos y tendrán derecho a consentir o desistir a ellos. Al rehusarlos deberán tener conciencia de la repercusión que podría resultar por su determinación.
2) El paciente no debe ser engañado y tiene derecho a recibir información clara y apropiada según sus condiciones culturales y psicológicas para enterarse del diagnóstico y pronóstico.
(...)
4) Derecho a recibir la mejor asistencia médica posible durante el proceso de la enfermedad y ser respetada su autonomía...

"No es posible admitir en modo alguno el principio de la irresponsabilidad para el médico en el ejercicio de sus funciones como tal. Esta doctrina perniciosa e inmoral, como toda aquella que dimana de una preferencia o un privilegio, no puede ser aceptada por ningún médico consciente de sus deberes, celoso de prestigio de la ciencia y devoto de su progreso", (**Fernández Dávila Guillermo.** La responsabilidad Profesional del Médico.)

En particular, debe tenerse en cuenta que: *"Cuanto mayor sea el deber de obrar con prudencia y pleno conocimiento, mayor será la obligación que resulte de la consecuencia posible de los hechos.*

La omisión de la prestación de servicios de manera adecuada influyo en forma negativa en la evolución de la enferma, que llegó a provocar el fallecimiento de la usuaria y se identifica el riesgo integral en que se pueda encontrar cada individuo

La actividad de las demandadas reflejan la violación a algunas características del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad SOGC, Decreto. 2309 de 2002, que llevaron a la muerte temprana del Paciente:

Accesibilidad: Si bien el paciente fue atendido cuando requirió la atención, no con la oportunidad que ameritaba su condición clínica, si se presentaron fallas en cuanto a la

4 Sentencia T-862 de 1999, M.P .Carlos Gaviria Díaz.

atención integral que debió prestársele a la paciente. Se bloqueó el acceso a una oportuna valoración por CIRUGIA GENERAL.

Oportunidad: En todo momento se violó esta característica fundamental del SOGC; se presentaron una serie de retrasos desde su atención inicial hasta el momento en fue sedada con la anestesia. La violación a esta característica desnuda completamente la falta de seguimiento y auditoria por parte de la EPS e IPS, a los procesos clínico asistenciales, así como a los cumplimientos de tiempos q la ley estipula para la valoración y atención desde el TRIAGE (circular externa 010 de 2006)

Seguridad: En ningún momento las actuaciones medicas iniciales en el servicio de cirugía demuestran el manejo del riesgo quirúrgico en esta paciente, es más, en ningún momento propenden por la mitigación de una posible y futura complicación, el paciente es visto como una cirugía más, olvidándose los médicos que tenían el deber de cuidado en la aplicación de la anestesia.

Pertinencia: La atención ofrecida a la paciente viola esta característica fundamental en el SOGC, el motivo de consulta, las características del dolor, su evolución, las variables asociadas al mismo, soportan y justifican la realización de exámenes paraclínicos desde el primer momento en q consulto al servicio de urgencias, así como también estaba justificada la interconsulta por el servicio de Cirugía General en el servicio de urgencias, existen GUIAS Y PROTOCOLOS PARA EL MANEJO DE ESTA PATOLOGIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Continuidad: En ningún momento las actuaciones medicas descritas demuestran una secuencia lógica y racional del servicio prestado al paciente, lo que conllevaba al empeoramiento del estado de salud y al desencadenamiento de la falla orgánica que origino finalmente el desenlace fatal.

MEDIOS DE PRUEBA.-

Documentales

a. Certificado de defunción de Ruth De La Pava Ordoñez
b. Registro civil de matrimonio de Carlos Fernando Maldonado y Ruth De La Pava Ordoñez
c. Registro civil de nacimiento del menor
d. Copia informal de la historia clínica de la señora *Ruth De La Pava* (120 folios).
e. Certificado existencia y representación de Salud Total EPS.
f. Certificado existencia y representación Centro Policlínico del Olaya.
g. Certificación de salario de Ruth de la Pava
h. Acta no conciliada de fecha octubre 4 de 2013 de la Procuraduría General.
i. Copia auténtica de la letra de cambio girada por mi mandante a favor de Gabriel Guio Pérez

Oficios

- Se oficie al Centro Policlínico del Olaya, a fin de que con destino al proceso remitan copia auténtica de la historia clínica de la señora Ruth de la Pava.
- Se oficie al Departamento de Estadística (DANE), a fin de que certifiquen el índice de vida probable para los colombianos en el período 2008 a 2012.

Testimoniales

- Solicito se cite a las siguientes personas, todas mayores de edad y domiciliadas en esta ciudad, a fin de que depongan lo que les conste sobre la relación entre la señora Ruth de la Pava y su familia

Interrogatorio de Parte

A fin de establecer los hechos del proceso y la procedencia de las pretensiones, sírvase decretar interrogatorio de parte que en forma personal (o por escrito) formularé a los representantes legales de las sociedades demandadas.

Reconocimiento.

Sírvase fijar fecha y hora a fin de que el sr. Gabriel Guio Pérez reconozca contenido y firma en la copia auténtica del título valor presentada con esta demanda, y deponga sobre su legitimidad.

Dictamen médico pericial

Sírvase señor Juez nombrar perito médico especializado quien debe realizar examen a la historia clínica y emita concepto sobre la evaluación y conductas asumidas por los médicos de la EPS., con la paciente y determine si como consecuencia de la inactividad médica desarrollada se produjo el deceso de la señora Ruth De La Pava Ordoñez. Me reservo el derecho de ampliar el cuestionario del dictamen de conformidad con el artículo 236 regla 4 del C.P.C.

PROCEDIMIENTO CUANTÍA Y COMPETENCIA.-

Debe dársele el trámite del proceso verbal de mayor cuantía que trata el Título I, Capítulo I del Libro 3° del C. G. del P. Por la naturaleza del proceso, el domicilio de las partes y la cuantía que estimo superior a $300´000.000,00 M/Cte., es usted el competente para conocer del presente negocio.

ANEXOS.-

Me permito anexar: a) Los documentos enunciados en el acápite de pruebas, b) Copia de la demanda y anexos para traslado, c) Copia de la demanda para el archivo del Juzgado.

PARTES Y NOTIFICACIONES.-

Son demandantes *CARLOS FERNANDO MALDONADO*, quien obra a nombre propio y como representante legal del menor *CARLOS ESTEBAN MALDONADO DE LA PAVA.* Será notificado en la calle 58 # 91 C-27 Sur de Bogotá. El suscrito en la Calle 17 # 10-16 Of. 103 de Bogotá.

Son demandadas *SALUD TOTAL E.P.S., y el CENTRO POLICLINICO DEL OLAYA S. A. CPOSA*, sus representantes legales serán notificados en la carrera 18 # 109-15 de Bogotá la primera, y en la carrera 21 # 22-68 sur de esta ciudad, la segunda.

Del señor Juez, respetuosamente,

MIGUEL IGNACIO GARCIA ORTEGON
C.C. 19´404.403 de Bogotá
T.P. 38.734 del C. S. de la J.

400

Miguel Ignacio García Ortegón
Abogado
Universidad Nacional

Señor
JUEZ CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D.C. (Reparto.)
E. S. D.

CARLOS FERNANDO MALDONADO RODRIGUEZ, mayor de edad y domiciliado en esta ciudad, identificado con cédula de ciudadanía número 79.802.940 de Bogotá, obrando a nombre propio y en el de mi menor hijo *CARLOS ESTEBAN MALDONADO DE LA PAVA*, manifiesto a usted que confiero poder especial, amplio y suficiente al *Dr. MIGUEL IGNACIO GARCIA ORTEGON*, mayor de edad, domiciliado y residente en esta ciudad, abogado en ejercicio con tarjeta profesional número 38.734 del Consejo Superior de la Judicatura, identificado con cédula de ciudadanía número 19'404.403 de Bogotá, para que en nuestro nombre y representación, inicie y lleve hasta su culminación un proceso Verbal de Mayor Cuantía de ***Responsabilidad Civil Contractual*** en contra de la Empresa Prestadora de Servicios de Salud, *SALUD TOTAL E.P.S., y el CENTRO POLICLINICO DEL OLAYA S. A. CPOSA*, a fin de que se nos indemnicen los perjuicios de todo orden nos fueran causados, derivados de la falla y responsabilidad médica en que incurrieron en la prestación del servicio médico asistencial dado a la señora *RUTH DE LA PAVA ORDOÑEZ,* que ocasionó su fallecimiento.

El presente poder, además de las facultades necesarias para representarnos, incluye específicamente las de recibir, conciliar, desistir, sustituir, reasumir, renunciar, solicitar toda clase de documento, interponer recursos tanto ordinarios como extraordinarios, solicitar e intervenir en toda clase de pruebas, cobrar y, en general, para realizar todos los actos necesarios como en derecho se permita en defensa de nuestros intereses. Sírvase señor Juez, reconocerle personería adjetiva al Dr. García Ortegón en los términos y para los efectos del presente mandato.

Respetuosamente,

CARLOS FERNANDO MALDONADO RODRIGUEZ
C.C. 79.802.940 de Bogotá

Acepto,

MIGUEL IGNACIO GARCIA ORTEGON
C.C. 19'404.403 de Bogotá
T.P. 38.734 del C.S. de la J.

NOTARIA SESENTA Y OCHO DEL CIRCULO NOTARIAL DE BOGOTÁ, D.C.
DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO DE FIRMA, HUELLA Y CONTENIDO

Notaria 68 Circulo de Bogotá

Al despacho notarial compareció
MALDONADO RODRIGUEZ CARLOS FERNANDO
Identificado con: C.C. 79802940
Declaro que la firma y huella digital, puestas en este documento son suyas y el contenido del mismo es cierto. En fé de lo cual se firma esta diligencia. ..(ART. 68 D.L 960/70)
Siendo el ~~dia~~ 02/02/2016 a las 08:58:40 a.m.
X
3fvxwfcxxwxwwxse FIRMA

Verifique estos datos ingresando a www.notariaenlinea.com
JJDAX8GR0E40QBFC
JORGE HERNANDO RICO GRILLON NOTARIO
Notaria Sesenta y Ocho
Notaria 68 de Bogotá, D.C.

Dr alejandra Carlos f. maldonado. 401.

REPUBLICA DE COLOMBIA

RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
JUZGADO DÉCIMO CIVIL DEL CIRCUITO

Bogotá D.C., 25 NOV 2016

RAD **11001310301020160009700**

Atendiendo la demanda de llamamiento en garantía, que se ajusta a lo previsto en el Art. 64 del C.G. del P., el Despacho Dispone:

ADMITIR la presente demanda de llamamiento SALUD TOTAL EPS contra **CENTRO POLICLÍNICO DEL OLAYA CPO S.A.**

Notifíquese personalmente este proveído, en los términos de los Arts. 290 a 294 ibidem y advirtiéndole que dispone del mismo término de la demanda principal, para descorrer el traslado de esta.

NOTIFÍQUESE,

LIGIA DEL CARMEN HERNANDEZ PEREZ
JUEZ

JUZGADO DÉCIMO CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D.C.

La providencia anterior se notifica por anotación en estado No no *hoy* 28 NOV. 2016 *a las 8:00 A.M.*

HUGO JAVIER CESPEDES RODRÍGUEZ
Secretario

Scanned by CamScanner

Dr. Adriana Moreno Muñoz Poderdante

462

73

REPUBLICA DE COLOMBIA

RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
JUZGADO DÉCIMO CIVIL DEL CIRCUITO

Bogotá D.C., 04 MAYO 2017

RAD. 11001310301020160009700

Se reconoce personería a la abogada Adriana Moreno Muñoz como apoderada de CPO S.A Centro Policlínico del Olaya S.A, en los términos y para los fines del poder general otorgado.

Téngase en cuenta que en el término de traslado la sociedad precitada contestó tanto la demanda principal como el llamamiento en garantía, y a su vez formuló excepciones de mérito.

Una vez se surta el trámite de los llamamientos en garantía obrantes en los cuadernos 3° y 4°, se correrá traslado de las excepciones de mérito formuladas por la totalidad de los demandados.

NOTIFÍQUESE,

LIGIA DEL CARMEN HERNANDEZ PEREZ
JUEZ
-3-

JUZGADO DÉCIMO CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D.C.

La providencia anterior se notifica por anotación en estado No 47 hoy 05 MAY 2017 a las 8:00 A.M.

HUGO JAVIER CESPEDES RODRÍGUEZ
Secretario

Scanned by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA

RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
JUZGADO DÉCIMO CIVIL DEL CIRCUITO

Bogotá D.C., 04 MAYO 2017

RAD. 11001310301020160009700

Teniendo en cuenta que se cumplen los presupuestos del artículo 64 del C. G. P, el Despacho dispone:

ADMITIR la presente demanda de llamamiento en garantía de CPO S.A Centro Policlínico del Olaya S.A contra Liberty Seguros S.A.

Notifíquesele personalmente este proveído en los términos de los artículos 290 a 294 del C.G.P, advirtiéndole que dispone del mismo término de la demanda principal para descorrer el traslado de ésta.

NOTIFÍQUESE,

LIGIA DEL CARMEN HERNANDEZ PEREZ
JUEZ
-3-

JUZGADO DÉCIMO CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D.C.

La providencia anterior se notifica por anotación en estado No 44 hoy 05 MAY 2017 las 8:00 A.M.

HUGO JAVIER CESPEDES RODRÍGUEZ
Secretario

Scanned by CamScanner

404

REPUBLICA DE COLOMBIA

RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
JUZGADO DÉCIMO CIVIL DEL CIRCUITO

Bogotá D.C., 04 MAYO 2017

RAD. 11001310301020160009700

Teniendo en cuenta que se cumplen los presupuestos del artículo 64 del C. G. P, el Despacho dispone:

ADMITIR la presente demanda de llamamiento en garantía de CPO S.A Centro Policlínico del Olaya S.A contra Gloria Stella Navas García.

Notifíquesele personalmente este proveído en los términos de los artículos 290 a 294 del C.G.P, advirtiéndole que dispone del mismo término de la demanda principal para descorrer el traslado de ésta.

NOTIFÍQUESE,

LIGIA DEL CARMEN HERNANDEZ PEREZ
JUEZ
-3-

JUZGADO DÉCIMO CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D.C.

La providencia anterior se notifica por anotación en estado No 44 hoy 05 MAY 2017
las 8:00 A.M.

HUGO JAVIER CESPEDES RODRÍGUEZ
Secretario

Scanned by CamScanner

405

167

REPUBLICA DE COLOMBIA

RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
JUZGADO DÉCIMO CIVIL DEL CIRCUITO

Bogotá D.C., 25 NOV 2016

RAD **11001310301020160009700**

Se tiene por notificada en legal forma a SALUD TOTAL EPS del auto admisorio de la presente demanda, quien dentro del término legal contestó y presentó demanda de llamamiento en garantía.

Se le reconoce personería a la Dra. YULY ALEXANDRA SOLANO SOLANO, como apoderada de la parte demandante, en los términos y para los fines del poder conferido.

Una vez se integre la Litis, se dispondrá el trámite pertinente.

NOTIFÍQUESE,

LIGIA DEL CARMEN HERNANDEZ PEREZ
JUEZ

JUZGADO DÉCIMO CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D.C.

La providencia anterior se notifica por anotación en estado No 170 *hoy* 28 NOV 2016 *a las 8:00 A.M.*

HUGO JAVIER CESPEDES RODRÍGUEZ
Secretario

Scanned by CamScanner

Folio 406
RC - 1392

REPUBLICA DE COLOMBIA

RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
JUZGADO DÉCIMO CIVIL DEL CIRCUITO

Bogotá D.C., 21 FEB 2018

RAD. 11001310301020160009700

Para continuar con el trámite se cita a las partes a la audiencia inicial de que trata el artículo 372 del CGP, para la hora de las 9:30 a.m. del día 14 del mes de junio del año 2018, decisión que se les notifica por ESTADO.

Se advierte que deben concurrir las partes y sus apoderados, so pena de aplicar las sanciones establecidas en el numeral 4º del artículo 372 ibídem.

NOTIFÍQUESE,

LIGIA DEL CARMEN HERNANDEZ PEREZ
JUEZ

JUZGADO DÉCIMO CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D.C.

La providencia anterior se notifica por anotación en estado No 24 hoy 22 FEB 2018 a las 8:00 A.M.

Secretario

2 folios 407

JUZGADO 51 CIVIL CTO.

APR 6'18 AM11:16

Señores
JUZGADO CINCUENTA Y UNO CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ
E. S. D.

PROCESO:
DEMANDANTE: JUAN SEBASTIAN DE LA PAVA ORDOÑEZ
DEMANDADO: CPO S.A. Y OTROS
RADICADO: ~~2014-010~~ 2014-376.

REFERENCIA: memorial aportando comunicación de renuncia de poder

DIANA ANGÉLICA MARTINEZ LEMUS, identificada con cédula de ciudadanía No. 52.713.244 de Bogotá, abogada en ejercicio, con tarjeta profesional No. 141.624 del Consejo Superior de la Judicatura, en mi calidad de apoderada de CPO S.A., por medio del presente escrito me permito allegar la comunicación radicada ante la citada IPS mediante la cual informó la renuncia al mandato a mi conferido.

En consecuencia, solicito al despacho aceptar la renuncia al poder.

Atentamente,

DIANA ANGELICA MARTINEZ LEMUS
C.C. N° 52.713.244 de Bogotá D.C.
T.P. N° 141.624 del C.S. de la J.

408

Bogotá, D.C., febrero de 2018

Señores
CENTRO POLICLINICO DEL OLAYA S.A. CPO S.A.
Atn. Dra. Zaida Rodriguez
Representante Legal
Ciudad

22 FEB 2018

Cordial saludo.

Por medio de la presente, me permito informar que, teniendo en cuenta la terminación del contrato laboral en virtud del cual ejercía la representación en procesos judiciales, se procederá a presentar renuncia al poder conferido en cada uno de ellos, declarándome a paz y salvo por todo concepto.

Atentamente,

DIANA ANGELICA MARTINEZ LEMUS
C.C. N° 52.713.244 de Bogotá
T.P. N° 141.624 del C.S de la J.

Avenida Calle 19 N° 5- 51 Oficina 1002, Edificio Valdes
Teléfono 3 00 42 06, celular 316 338 44 08
E-mail dianmale@hotmail.com, dmartinezl@martinezytrejos.com
Bogotá, D.C.

JUZ 10 CIV CTO BOG
6773 21-APR-'17PM 2:36

Señor:
JUEZ DÉCIMO (10º) CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ
E. S. D.

Asunto: CONTESTACIÓN DE LLAMAMIENTO EN GARANTÍA PRESENTADO POR SALUD TOTAL EPS-S S.A. A CPO S.A.
Proceso Verbal de Responsabilidad Civil Extracontractual No. 2016-00097

Demandantes: Carlos Fernando Maldonado Rodriguez en nombre propio y en representación de su hijo menor Carlos Ernesto Maldonado de La Pava.

Demandados: Salud Total EPS-S S.A y CPO S.A.

ADRIANA MORENO MUÑOZ, mayor de edad, domiciliada en Bogotá, identificada con cédula de ciudadanía No. 35.253.883 de Fusagasugá, abogada en ejercicio con tarjeta profesional No. 158.155 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando como mandataria general de **CPO S.A -CENTRO POLICLINICO DEL OLAYA S.A.-**, según mandato general conferido mediante Escritura Pública No. 2409 de la Notaria 33 de Bogotá por la representante legal principal de la sociedad demandada, entidad privada constituida mediante Escritura Pública No. 4.694 de la Notaria 20 de Bogotá del 19 de noviembre de 1991 bajo en número 4263 del Libro XIII con NIT. 890.149.453-6, representado legalmente por la Dra. Nasly Tatiana Jimenez encontrándome dentro del término legal me permito presentar **CONTESTACIÓN AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA** presentado por **SALUD TOTAL EPS-S S.A. a CPO**, en los siguientes términos:

1-. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

Frente al primero: es cierto, así está descrito en el certificado de existencia y representación legal de Salud Total EPS-S S.A.

Frente al segundo: es cierto.

Frente al tercero: es cierto.

Frente al cuarto: es cierto.

Frente al quinto: es cierto, precisando que la responsabilidad que enuncia dicha cláusula obedece a la emanada de la calidad y profesionalismo del personal que preste el servicio; siendo que en el caso de la atención de la señora Ruth de la Pava, recibió atención de una profesional idónea, con experiencia y calificada para el acto anestésico; no constituyendo el evento del fallecimiento como en un acto que faltó a la calidad en la atención sino como suceso imprevisto e irresistible para la institución que represento.

2-. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

Frente al primero: no le consta a mi representado, siendo que corresponderá a la entidad aseguradora, pronunciarse frente al estado de afiliación de la señora Ruth de La Pava para la época de los hechos que evoca en su escrito de demanda.

Frente al segundo: no le **consta** a CPO S.A. la ocurrencia del accidente aludido en éste inciso, al haberse desarrollado al parecer en el domicilio de la señora De La Pava.

Frente al tercero: no le **consta** a mi mandante que para el 20 de febrero la señora Ruth de La Pava haya buscado inicialmente atención en una unidad de Salud Total EPS-S; de otra parte, **es cierto**, que la citada señora sí acudió para esa fecha a las instalaciones de CPO S.A. solicitando atención médica.

Frente al cuarto: De conformidad con lo señalado en el registro clínico me permito señalar que para el 20 de febrero de 2010 se registra a las 3:27 p.m. la señora Ruth de la Pava acude al servicio de urgencias del Centro Policlínico del Olaya indicando que hacía las seis de la mañana había presentado una caída de más o menos cuatro escalones con trauma en la mano derecha, presentando edema y limitación funcional del miembro se enunció en ese momento como una impresión diagnóstica de *"contusión de otras partes de la muñeca y de la mano"*, se le ordeno la toma de una radiografía y diclofenaco.

Con el resultado de esa ayuda diagnostica el Dr. Ricardo Arias Argüello -ortopedista- diagnosticó una fractura de hipófisis inferior del radio distal con angulación dorsal.

De conformidad con la historia clínica el ortopedista realiza como tratamiento inicial antes del procedimiento quirúrgico la inmovilización de la mano con una férula de yeso y da cita para manejo quirúrgico posterior, por lo que éste hecho es **parcialmente cierto**, al no registrarse en la historia clínica la colocación de una férula en el dedo.

Frente al quinto: Tal como se encuentra redactado éste hecho es **parcialmente cierto**, siendo cierto que para el 22 de febrero de 2010 se dio inició al procedimiento quirúrgico señalado como tratamiento idóneo y adecuado para la fractura de hipófisis de radio que presentaba la señora Ruth De La Pava y reiterando que no se trató de una fractura de dedo y que no le consta a mi representado si se encontraba presente en ese momento el cónyuge de la paciente.

Frente al sexto: es cierto el ingreso de la paciente a la sala de procedimientos, así como la necesidad de aplicación de anestesia regional interescalenica; no le consta a mi representado que se le haya explicado al acompañante el tiempo estimado para la duración del procedimiento, incluyendo el tiempo de recuperación que por general lo que señala el galeno tratante puede variar, según lo ocurrido en el posoperatorio.

La anestesia regional comprende el bloqueo axilar del plexo braquial, o el bloqueo interescalénico es una técnica anestésica común en la cirugía de miembros superiores distales, que consiste en apliçar en el espacio perineurovascular la suficiente cantidad de anestésico o mezcla anestésica, lo más cerca posible a las fibras nerviosas, para obtener el efecto anestésico en el miembro superior, en este caso el brazo. Está técnica es una de las más utilizadas por la especialidad de anestesiología para el bloqueo de miembros superiores, que no está exenta como cualquier acto médico de presentar complicaciones y riesgos inherentes propios del acto, que se escapan del actuar

médico de cualquier profesional en salud y que no es posible tipificarlas como constitutivas de eventos culposos.

Frente a los hechos séptimo y octavo: no le consta a mi representado, tal situación deberá acreditarse.

Frente al hecho noveno: no le consta a mi representado que en efecto se le hubiese comunicado al señor Maldonado la condición clínica de su esposa; no obstante, **no es cierto** que la paciente haya sufrido una reacción alérgica a la anestesia.

Según lo descrito en la historia clínica, una vez la paciente supero el evento mi representado disponía de una unidad de cuidados intensivos para hacerle seguimiento a la condición de salud que presentaba la señora Ruth De La Pava, se destaca en el mismo sentido que la paciente en el momento anestésico presentó un episodio convulsivo y consecutivamente un paro cardiaco del cual salió tras las maniobras de resucitación presentando ritmo sinusal, lo que amerito que se ingresara de inmediato a la Unidad de Cuidados Intensivos; no obstante, las anotaciones contenidas en la historia clínica definen que a pesar de superar ese estado crítico, su condición de salud no dejaba de ser delicada y por ello la misma anestesióloga solicitó la remisión a la UCI.

Frente al hecho décimo: no es cierto, que a la paciente se le colocara un medicamento para contrarestar una presunta reacción alérgica a la anestesia, la cual se reitera no acaeció, sino que se presentó un evento de toxicidad a la bupivacaina, que generó un síndrome de distress respiratorio y choque cardiogéniço; como tampoco que después del acto anestésico no se le informará al familiar su estado de salud.

Frente al hecho décimo primero: es cierto, que la paciente recibió intubación orotraqueal, enuncia la historia clínica lo siguiente, según la nota de anestesiología:

> *"Paciente de 37 años, ASA I, con fractura de radio distal derecho, quien durante bloqueo interescalénico, con bupivacaina 50 mg + lidocaína al 1% con epinefrina 100 mg, presenta episodio convulsivo acompañado de depresión miocárdica. Con actividad eléctrica sin pulso. Se inician maniobras de reanimación cerebrocardiopulmonar, con intubación orotraqueal, masaje cardiaco externo, se inicia adrenalina 1 mg + infusión de 5 ampollas en goteo, entrando en fibrilación ventricular, por lo cual se realiza desfibrilación con 300 Joules. Se continua masaje cardiaco externo durante 45 minutos y se coloca infusión de Lyposin 1750 cc, en 20 minutos, La paciente revierte a ritmo sinusal después de 45 minutos de reanimación cerebrocardiopulmonar, presentando signos vitales Tensión arterial 130/60, frecuencia cardiaca 85, Saturación oxigeno 78%.*

Frente al hecho décimo segundo: es cierto la situación de la paciente se tornó crítica y así le fue informado a su familiar.

Frente al hecho décimo tercero: es cierto, que el 23 de febrero 2010 a la paciente a las 11:30hrs presento paro cardiaco, se inicia bradicardia extrema, se inicia RCP con compresiones externas 120 por minuto + ambú, FIO2 100%, 22 respiraciones por minuto, administración de atropina IV hasta 3 mg titulados durante la reanimación. Se logra tensión arterial 120/65, frecuencia cardiaca 90, manteniendo soporte

ventilatorio con frecuencia de 25 por minuto. Paciente quien sale del segundo paro después de 24 minutos de RCP, en estado de inestabilidad severa con necesidad de dosis elevadas de inotrópicos y vasopresores.

Frente al hecho décimo cuarto: es cierto, que al momento del bloqueo interescalenico con bupivacaína la paciente presenta un episodio convulsivo y paro cardio-respiratorio, descrita en la literatura médica como una de las complicaciones infrecuentes pero inherentes al acto anestésico, frente a lo cual se procedió con maniobras de RCCP avanzadas, se revirtió a ritmo sinusal y se traslado a UCI adultos.

Frente al hecho décimo quinto: es cierto.

Frente al hecho décimo sexto: es cierto, conforme a la siguiente nota del 22 de febrero 2010 7:27 pm la usuaria es valorada: *"Paciente con fractura de radio distal derecha programada para manejo quirúrgico con reducción cerrada y fijación percutánea de radio distal. Durante la realización del bloqueo interescalénico por anestesiología presenta episodio convulsivo, paro cardiaco, se le hace reanimación avanzada y luego de 45 minutos sale a ritmo sinusal y se traslada a UCI".*

Frente al hecho décimo séptimo: es cierto.

Frente al hecho décimo octavo: no es cierto, que se haya presentado una mala práctica en la aplicación de la anestesia, como tampoco desarciertos en lo relacionado con la indicación del procedimiento conforme al diagnóstico de la paciente; lo que ocurrió en éste caso es una infrecuente presentación de eventos de toxicidad a los anestésicos locales, la cual se documenta a través la literatura médica, destacando que el efecto tóxico de los anestésicos locales no se deriva únicamente de las dosis empleadas, ni de la técnica utilizada sino que también se contempla la reacción acaecida en los pacientes al momento de la inyección anestésica.

Frente al hecho décimo noveno: no es cierto, que se vulnerara el derecho al diagnóstico de la señora Ruth de La Pava, siendo que el diagnóstico de la paciente era de fractura de hipófisis inferior del radio distal con angulación dorsal y el tratamiento adecuado era de reducción cerrada y osteosíntesis de radio distal. Ahora bien el evento presentado no se constituye en una afectación al derecho al diagnóstico, sino en algo súbito, irresistible y extraño al equipo de salud, dado la infrecuencia de la presentación.

Frente al hecho vigésimo: no es cierto que en la atención de Ruth de la Pava haya sido negligente o imperita, pues la paciente presentó una complicación inherente al acto anestésico correspondiente a una intoxicación con anestésico local, siendo que como cualquier estructura del cuerpo humano, la región del bloqueo interescalenico también se compone de arterias, nervios y venas y al estar altamente vascularizada al momento de la dispensación del anestésico se pueden ver afectadas, a pesar de que el acto haya sido adelantado por un profesional con experiencia y pericia se pueden presentar complicaciones frecuentes e infrecuentes descritas por la literatura médica que no constituyen un error médico o mala praxis como incorrectamente se refiere en el escrito de la demanda.

Frente al hecho vigésimo primero: éste hecho contiene varias afirmaciones que no son ciertas, atendiendo a que la paciente se sometió a un procedimiento que requería de un bloqueo interescalenico, que como se ha descrito a lo largo de la presente contestación no le causo un evento de alergia sino de toxicidad a los componentes anestésicos; por lo cual el adelantamiento de una prueba para determinar alguna posibilidad de alergia hubiese sido totalmente inane frente a lo acaecido.

Frente al hecho vigésimo segundo: no es cierto, que en la atención de la paciente se pueda catalogar como un evento de mala praxis, siendo que incluso el acto anestésico como cualquier acto médico contempla complicaciones, entre las cuales para el presente caso se contempla la administración intra arterial o intravenosa, el bloqueo ganglio estrellado, la administración masiva sub aracnoidea peridural o subdural, bloqueo del nervio recurrente laríngeo, bloqueo nervio frénico, infecciones, lesión de nervios, entre otros.

Frente al hecho vigésimo tercero: no es hecho como tal, sino que corresponde a afirmaciones carentes de fundamentos legales y que no se relacionan de manera directa con los hechos de la atención.

Frente al hecho vigésimo cuarto: no es cierto, que exista desidia y tardanza del equipo de salud para responder a los síntomas que presentó la paciente luego de la aplicación de los medicamentos. La usuaria recibió manejo necesario para superar el estado convulsivo y la depresión cardíaca que presentó, empleándose el desfibrilador junto con el masaje cardíaco, otros medios y medicamentos a fin de lograr la reanimación, resultando positiva, describe expresamente la historia clínica que se le realizó: *REANIMACION CARDIOCEREBRO PULMONAR RCCP, MASAJE CARDIACO EXTERNO, REANIMACIÓN POR LÍQUIDO ENDOVENOSOS, DESFIBRILACIÓN CON CARGA DE 300 JULIOS,* para así posteriormente intubar a la paciente.

Frente al hecho vigésimo quinto: este enunciado no se compone de fundamentos fácticos, sino de imputaciones sobre las cuales desde ya se presenta la defensa de CPO S.A. y se enuncia que girara el problema jurídico del presente asunto.

- **Frente a la presunta *"Falta de una evaluación integral por los médicos tratantes a la paciente"*, no tiene ningún fundamento ésta imputación siendo adecuado el diagnóstico y procedente el tratamiento de reducción abierta y osteosíntesis,** además de justificado el uso de la anestesia local (técnica bloqueo interescalénico) para bloquear el plexo braquial (plexo nervioso que inerva el brazo - nervio cubital, mediano y radial-) a fin de adelantar la reducción radial, siendo la técnica empleada rutinariamente para dar anestesia al brazo.

- **Frente a la presunta *"Aplicar la anestesia sin los debidos protocolos, no explicada por los médicos"*. En éste punto destaco que no existía para la época de la atención año 2010 en Colombia un equipo biomédico que garantizara la aplicación anestésica en determinado lugar o del cual se viera obligado la IPS a su adquisición,** le correspondía al anestesiólogo por anatomía del paciente definir la aplicación anestésica en la zona a intervenir; como tampoco una prueba previa al acto anestésico, para definir su ubicación, lo que no deja de lado en el presente caso

la anestesióloga Dra. Navas, contaba para el momento de los hechos con vasta experiencia profesional en dicha especialidad.

-Frente a la presunta *"No se dio un diagnóstico acorde con la emergencia presentada"*; no es cierto que para los eventos de paro no se le diera a la paciente el tratamiento adecuado la usuaria recibió manejo necesario para superar el estado convulsivo y la depresión cardíaca que presentó, empleándose el desfibrilador junto con el masaje cardíaco y otros medios y medicamentos a fin de lograr la reanimación, resultando positiva, describe expresamente la historia clínica que se le realizó: *REANIMACION CARDIOCEREBRO PULMONAR RCCP, MASAJE CARDIACO EXTERNO, REANIMACIÓN POR LÍQUIDO ENDOVENOSOS, DESFIBRILACIÓN CON CARGA DE 300 JULIOS*, para así posteriormente intubar a la paciente. Y posteriormente se presentaron otros eventos inevitables a pesar de las maniobras de reanimación practicadas.

> **-Frente a la presunta *"Información brindada que no correspondió a la realidad"*, de dicha apreciación no pueden emitirse ningún pronunciamiento pues en particular no se define cuál la información dada al paciente y si la misma falta al contexto real del caso o no.**

Frente al hecho vigésimo sexto: no es cierto, que se relacione un nexo causal entre la muerte de la paciente y el actuar médico, siendo que éste último no puede ser catalogado de culposo. En el presente caso las dosis de anestesia se encuentra ajustada a las características físicas de la paciente y su clasificación, además de demostrarse con las pruebas documentales que se adjuntan que la anestesióloga contaba con la idoneidad y experticia necesaria para el adelantamiento del procedimiento, siendo que lo presentado en la humanidad de la paciente fue producto de una complicación del acto anestésico de difícil previsión, del que no se predica culpa médica, al existir una adecuada atención por parte de la doctora Gloria Stella Navas García.

Frente al hecho vigésimo séptimo y vigésimo octavo: lo enunciado en éste inciso no corresponde a hechos, sino a apreciaciones subjetivas e infundadas del apoderado de la parte demandante, que merecen las siguientes aclaraciones. **No es cierto** que se haya sometido a la paciente a un riesgo injustificado, pues como se expuso se hacía necesario la ejecución del acto anestésico para realizar la reducción abierta y la implantación del material de osteosíntesis. **No es cierto,** que hay una infracción al deber objetivo de cuidado, pues se reitera que lo ocurrido no obedece a un evento culposo. **No es cierto** que no se tomaran las medidas para evitar el fallecimiento de la paciente, siendo que ante lo repentino del evento, se realizaron de manera inmediata las maniobras de reanimación para cesar el paro, por el personal médico que se encontraba capacitado para ello.

Frente al hecho vigésimo noveno: no es un hecho, como tal sino una aseveración subjetiva y teórica del apoderado de la parte actora.

Frente al hecho trigésimo: no es cierto, que existan exámenes o test para definir la posibilidad de presentación de una eventualidad, como la define el colega de la Litis al aplicar la anestesia.

Frente al hecho trigésimo primero: no es un hecho, sino una conclusión sin ningún fundamento a cargo del demandante, reiterando que no es cierto que existan

exámenes o test para definir los eventos que pueden presentarse al aplicar una dosis de anestesia, por lo que no existiría responsabilidad por parte del médico tratante. Respecto a la imputación que hubo una "cadena de errores", le correspondía a la parte actora en que consistió la misma, pues desconociendo el contenido de esa apreciación se torna imposible la defensa para mi representado.

Frente al hecho trigésimo segundo: no es cierto, que exista una responsabilidad de CPO S.A. respecto del acto médico del profesional tratante por el hecho de existir un presunto vínculo laboral, el cual deberá ser probado dentro del proceso, pues quien alega la existencia de responsabilidad debe acreditar el elemento culpa, nexo causal y daño.

Frente al hecho trigésimo tercero: no le consta a mí representado al corresponder lo enunciado a las funciones propias de la EPS.

Frente al hecho trigésimo cuarto: no le consta a mí representado al corresponder lo enunciado a las funciones propias de la EPS.

Frente al hecho trigésimo quinto: como tal **no es un hecho**, sino que corresponde a una sentencia de carácter constitucional y a los presupuestos de la Ley 100 de 1993.

Frente al hecho trigésimo sexto: no es un hecho sino que corresponde en una imputación que no se sustenta en fundamento fáctico alguno.

Frente al hecho trigésimo séptimo: no le consta a mi mandante la causación de perjuicios, al no conocer de manera directa mi mandante las afectaciones de todo orden que se pasan a enunciar en los hechos siguientes.

Frente al hecho trigésimo octavo: no es cierto, que la atención de la paciente haya causado la muerte, catalogándose de ésta forma el actuar médico culposo; como pretende hacerlo notar el apoderado de los demandantes con el contenido de éste enunciado.

Frente al hecho trigésimo noveno: no es un hecho, sino al parecer una cifra del DANE.

Frente al hecho cuadragésimo: no le consta a mi representado a la afectación aducido, al corresponder a un hecho propio del seno de una familia. No es cierto que la actuación de los facultativos haya sino indolente, cuando la misma careció de culpa.

Frente al hecho cuadragésimo primero: no le consta a mi representado ninguno de los enunciados descritos en éste inciso.

Frente al hecho cuadragésimo segundo: no le consta a mi representado ninguno de los enunciados descritos en éste inciso.

Frente al hecho cuadragésimo tercero: no le consta a mi representado ninguno de los enunciados descritos en éste inciso.

Frente al hecho cuadragésimo cuatro: no le consta a mi representado lo enunciado en éste inciso.

Frente al hecho cuadragésimo quinto: no le consta a mi representado lo enunciado en éste inciso, al corresponder a una situación propia de la esfera de Carlos Estaban Maldonado.

Frente al hecho cuadragésimo sexto: es cierto.

Frente al hecho cuadragésimo séptimo: no es cierto, por las razones que se esgrimirán como defensa de CPO S.A.

Frente al hecho cuadragésimo octavo: no es un hecho como tal; no obstante, la afirmación contenida en éste hecho tampoco es cierta, aunque en su momento se le dio a la responsabilidad médica la valoración de una culpa o falla presunta, el concepto cambió al dejar de considerar la actividad médica como peligrosa, y atender el sentido humanístico y social de los galenos en el ejercicio liberal de su profesión.

Frente al hecho cuadragésimo noveno: no es cierto, que la anestesia aplicada a la señora Ruth de La Pava haya sido epidural (concepto reseñado erradamente y que al parecer hace referencia a anestesia peridural), ésta correspondió a un bloque interescalenico; es decir, en una región diferente al canal raquídeo o columna vertebral.

3-. EXCEPCIONES DE MÉRITO FRENTE AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA Y LA DEMANDA.

INEXISTENCIA DE FUNDAMENTO PARA LLAMAR EN GARANTIA A CPO S.A. ATENDIENDO QUE NO SE PRESENTÓ FALLA EN LA CALIDAD Y PROFESIONALISMO DE LA ANESTESIOLOGA QUE ATENDIÓ A RUTH DE LA PAVA.

Tal como lo resalta la cláusula de garantía de la calidad, estipulada en el contrato de prestación de servicios de salud vigente para la fecha de atención de Ruth de La Pava, se pactó contractual que mi representado asumiría frente a Salud Total EPS-S la responsabilidad frente a la falta de idoneidad y profesionalismo de los médicos que prestarán el servicios.

En ese orden de ideas, tal como se demostrara con pruebas documentales y testimoniales la Dra. Gloria Navas es una reconocida anestesióloga, con vasta experiencia en la materia, conocedora de su deber profesional y con idoneidad suficiente para la prestación de los mismos.

Por lo anterior, sí el acto anestésico se ajusta a lo indicado por los protocolos médicos universales en la materia, y el evento corresponde a un hecho imprevisible y ajeno al actuar médico, que se escapa de la órbita profesional, como en efecto lo es; no necesariamente le corresponde a CPO S.A. ni menos aún a Salud Total, responder una consecuencia nefasta como es el caso de la muerte, que pese a lamentable, carece de culpa.

ADECUADA ATENCIÓN DE LA ANESTESIOLOGA AL ADELANTAR EL BLOQUEO INTERESCALENEICO

La historia clínica de Ruth de La Pava, correspondiente a la atención cuestionada por los demandantes, describe lo siguiente:

20 de febrero 2010: Acude paciente de 37 años de edad, sin antecedentes de importancia, por presentar caída de su propia altura con trauma en muñeca de mano derecha. A la valoración física signos vitales dentro de rango de normalidad. Presenta deformidad en muñeca derecha, se le ordena una radiografía de muñeca demuestra fractura de radio con angulación dorsal. Valorada por ortopedista Dr. Ricardo Arias Arguello se ordena la colocación de yeso y se realiza inmovilización y además se difiere para reducción y osteosíntesis de radio distal.

22 de febrero 2010 7:27 pm la usuaria es valorada por ortopedia *indicando "Paciente con fractura de radio distal derecha programada para manejo quirúrgico con reducción cerrada y fijación percutánea de radio distal. Durante la realización del bloqueo interescalénico por anestesiología presenta episodio convulsivo, paro cardiaco, se le hace reanimación avanzada y luego de 45 minutos sale a ritmo sinusal y se traslada a UCI".*

Valoración por médico intensivista: 7:49 pm se indica que la paciente se encontraba bajo ventilación mecánica post RCP avanzada, después de presentar paro cardiaco por toxicidad por bupivacaina. Se ingresa a UCI.

Nota textual de anestesiología:

> *"Paciente de 37 años, ASA I, con fractura de radio distal derecho, quien durante bloqueo interescalénico, con bupivacaina 50 mg + lidocaína al 1% con epinefrina 100 mg, presenta episodio convulsivo acompañado de depresión miocárdica. Con actividad eléctrica sin pulso. Se inician maniobras de reanimación cerebrocardiopulmonar, con intubación orotraqueal, masaje cardiaco externo, se inicia adrenalina 1 mg + infusión de 5 ampollas en goteo, entrando en fibrilación ventricular, por lo cual se realiza desfibrilación con 300 Joules. Se continua masaje cardiaco externo durante 45 minutos y se coloca infusión de Lyposin 1750 cc, en 20 minutos, La paciente revierte a ritmo sinusal después de 45 minutos de reanimación cerebrocardiopulmonar, presentando signos vitales Tensión arterial 130/60, frecuencia cardiaca 85, Saturación oxigeno 78%.*
>
> *Se coloca catéter venoso central, e infusión de adrenalina 0.10 mcg /kg/ minuto, se traslada a UCI para monitoreo neurológico y hemodinámico".*

Notas en la UCI-A CPO S.A.: 22 de febrero 2010 9:37 pm. Durante la hora y media de estancia en la unidad se ha instaurado manejo ventilatorio protector dadas las presiones elevadas en la vía aérea, se ha soportado con noradrenalina en un intento para desmontar la adrenalina, se ha administrado bolo de manitol, se ha iniciado protección cerebral con tiopental sódico + enfriamiento con sabanas frías y hielo local, infusión de diurético de asa; se coloco línea arterial femoral derecha sin complicaciones

424

Post RCP avanzada - encefalopatía post reanimación - toxicidad por bupivacaina - síndrome de distress respiratorio - choque cardiogénico.

22 de febrero 2010 11:31 pm: Paciente en mal estado general en choque refractario. Hipoxemia refractaria. Encefalopatía post RCP avanzada. SDRA.

23 de febrero 2010 4:19 a.m. Pésimo estado general, necesidad de dosis elevada de vasopresores para asegurar presiones de perfusión. Hipoxemia refractaria.

23 de febrero 2010 9:08 am. Paciente en mal estado general con hipoxemia refractaria y choque refractario. Se continua manejo vasopresor e inotrópico con levosimendan guiado mediante monitoria de gasto cardiaco continuo.

23 de febrero 2010 13:00 La paciente a las 11:30hrs presento paro cardiaco. Inicia con bradicardia extrema, se inicia RCP con compresiones externas 120 por minuto + ambú, FIO2 100%, 22 respiraciones por minuto, administración de atropina IV hasta 3 mg titulados durante la reanimación. Se logra tensión arterial 120/65, frecuencia cardiaca 90, manteniendo soporte ventilatorio con frecuencia de 25 por minuto. Paciente quien sale del segundo paro después de 24 minutos de RCP, en estado de inestabilidad severa con necesidad de dosis elevadas de inotrópicos y vasopresores.

23 de febrero 2010 13:43 Estando bajo soporte hemodinámico con vasopresores e inotrópicos + FIO2 100%, se inicia a las 12+40hrs RCP avanzada, compresiones torácicas + ventilación con ambú. Administración de atropina 3mg + adrenalina 3mg + calcio 1ampolla + magnesio 1 ampolla y nuevo bolo de bicarbonato de sodio de 30meq. Se realiza RCP durante 20minutos sin obtenerse respuesta, declarándose fallecida a las 13hrs.

De lo anterior se denota el *iter* de la atención de la señora Ruth De La Pava, siendo que suceso corresponde a uno de los riesgos propios del acto anestésico, de difícil presentación e improbable ocurrencia, pero en todo caso se escapa del actuar profesional su presentación.

AUSENCIA DE CULPA MÉDICA

El actuar de CPO S.A. a través de la anestesióloga se encuentra ajustado a la *lex artis*, debe entonces probar el demandante lo contrario a voces del artículo 167 del Código General del Proceso que como regla general define "incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen", siendo una excepción lo consignado en el inciso segundo de esa norma, al establecerse la distribución de la carga de la prueba por el judice al momento de su decreto.

En la sentencia del 30 de enero de 2001, la Corte Suprema de Justicia establece la línea jurisprudencial de la tesis de la culpa probada de forma clara y concisa y nos parece pertinente destacar los siguientes apartes de sus consideraciones:

Es en la sentencia de 5 de marzo de 1940 (G.J. t. XLIX, págs. 116 y s.s.), donde la Corte, empieza a esculpir la doctrina de la culpa probada, pues en ella, además de indicar que en este tipo de casos no sólo debe exigirse la demostración de "la culpa del médico sino también la gravedad", expresamente descalificó el señalamiento de la actividad

médica como "una empresa de riesgo", porque una tesis así sería "inadmisible desde el punto de vista legal y científico" y haría "imposible el ejercicio de la profesión".

Este, que pudiera calificarse como el criterio que por vía de principio general actualmente sostiene la Corte, se reitera en sentencia de 12 de septiembre de 1985 (G.J. No. 2419, págs. 407 y s.s.), afirmándose que *"...el médico tan sólo se obliga a poner en actividad todos los medios que tenga a su alcance para curar al enfermo; de suerte que en caso de reclamación, éste deberá probar la culpa del médico, sin que sea suficiente demostrar ausencia de curación".* Luego en sentencia de 26 de noviembre de 1986 (G.J. No. 2423, págs. 359 y s.s.), se ratificó la doctrina, inclusive invocando la sentencia de 5 de marzo de 1940, (...) La tesis de la culpa probada la consolidan las sentencias de 8 de mayo de 1990, 12 de julio de 1994 y 8 de septiembre de 1998.

"Aunque para la Corte es claro que los presupuestos de la responsabilidad civil del médico no son extraños al régimen general de la responsabilidad (un comportamiento activo o pasivo, violación del deber de asistencia y cuidado propios de la profesión, que el obrar antijurídico sea imputable subjetivamente al médico, a título de dolo o culpa, el daño patrimonial o extrapatrimonial y la relación de causalidad adecuada entre el daño sufrido y el comportamiento médico primeramente señalado), y que en torno a ese panorama axiológico debe operar el principio de la carga de la prueba (artículo 177 del Código de Procedimiento Civil), visto con un sentido dinámico, socializante y moralizador, esto es, distribuyéndola entre las partes para demandar de cada una la prueba de los hechos que están en posibilidad de demostrar y constituyen fundamento de sus alegaciones, pues éste es el principio implícito en la norma cuando exonera de prueba las afirmaciones o negaciones indefinidas, precisamente por la dificultad de concretarlas en el tiempo o en el espacio, y por ende de probarlas, resulta pertinente hacer ver que el meollo del problema antes que en la demostración de la culpa, está es en la relación de causalidad entre el comportamiento del médico y el daño sufrido por el paciente, porque como desde 1940 lo afirmó la Corte en la sentencia de 5 de marzo, que es ciertamente importante, "el médico no será responsable de la culpa o falta que se le imputan, sino cuando éstas hayan sido determinantes del perjuicio causado".

En ese sentido la Corte, en sentencia del 22 de julio de 2010[3], afirma lo siguiente:

"(...) En tratándose de la ejecución del acto médico propiamente dicho, deberá indemnizar, en línea de principio y dejando a salvo algunas excepciones, los perjuicios que ***ocasione mediando culpa, en particular la llamada culpa profesional, o dolo, cuya carga probatoria asume el demandante, sin que sea admisible un principio general encaminado a establecer de manera absoluta una presunción de culpa de los facultativos (sentencias de 5 de marzo de 1940; 12 de septiembre de 1985, 30 de enero de 2001, entre otras).***

Empero, a esa conclusión no se opone que el juez, atendiendo los mandatos de la sana crítica y mediante diversos procedimientos racionales que flexibilizan el rigor de las reglas de la carga de la prueba, asiente determinadas inferencias lógicas enderezadas a deducir la culpabilidad médica en el caso concreto. En efecto, como quiera que es posible que una rigurosa aplicación de la disposición contenida en el artículo 177 del Código de Procedimiento Civil puede aparejar en este ámbito el fracaso de la finalidad reparadora del régimen de la responsabilidad civil, particularmente, por las dificultades probatorias en las que se puede encontrar la víctima, no es insensible la Corte ante esa situación,

motivo por el cual asienta que, teniendo en consideración las particularidades de cada caso en concreto, lo que repele indebidos intentos de generalización o de alteración de los principios y mandatos legales, y en la medida que sea posible, puede el juez acudir a diversos instrumentos que atenúan o "dulcifican" (como lo denominan la doctrina y la jurisprudencia españolas) el rigor del reseñado precepto.

Así, dependiendo de las circunstancias del asunto, se insiste una vez más, es posible que el juez, con sujeción a las normas jurídicas y de la mano de las reglas de la experiencia, el sentido común, la ciencia o la lógica, deduzca ciertas presunciones (simples o de hombre) relativas a la culpa galénica; o que lo haga a partir de indicios endoprocesales derivados de la conducta de las partes (artículo 249 Ibídem); o que acuda a razonamientos lógicos como el principio res ipsa loquitur (como cuando se olvida una gasa o material quirúrgico en la zona intervenida, o se amputa el miembro equivocado, etc.); o teniendo en consideración la manifiesta anormalidad de las consecuencias del acto médico deduzca una "culpa virtual" o un "resultado desproporcionado", todo lo anterior, se reitera aún a riesgo de fastidiar, sin que sea admisible la aplicación de criterios generales que sistemática e invariablemente quebranten las reglas de distribución de la carga de la prueba previstos en el ordenamiento."

La Corte Suprema de Justicia en sentencia reciente respecto de la carga de la prueba del demandante[4], expresa:

"Corolario de lo expuesto, es que, en línea de principio, las acciones dirigidas a que se declare la responsabilidad civil derivada de la actividad profesional médica, siguen la regla general que en cuanto hace a la carga probatoria contempla el artículo 177 del Código de Procedimiento Civil, por lo que compete al demandante acreditar sus elementos estructurales, entre ellos, la culpa de la parte demandada, sin que tal deber resulte desvirtuado por la circunstancia de que, según las particularidades de determinados casos, pueda flexibilizarse dicho principio procesal y, en tal virtud, recurrirse a instrumentos lógicos como lo señalados por la Corte, en procura de tener por acreditados los requisitos axiológicos propios de la indicada clase de responsabilidad civil, en particular el atinente a la imputación subjetiva del galeno demandado."

Frente al caso en particular, ha de valorarse el elemento culpa a la luz de lo consignado en la historia clínica y de la atención de la señora Ruth De La Pava, encontrándose lo siguiente:

20 de febrero 2010: Acude paciente de 37 años de edad, sin antecedentes de importancia, por presentar caída de su propia altura con trauma en muñeca de mano derecha. A la valoración física signos vitales dentro de rango de normalidad. Presenta deformidad en muñeca derecha, se le ordena una radiografía de muñeca demuestra fractura de radio con angulación dorsal. Valorada por ortopedista Dr. Ricardo Arias Arguello se ordena la colocación de yeso y se realiza inmovilización y además se difiere para reducción y osteosíntesis de radio distal.

22 de febrero 2010 7:27 pm la usuaria es valorada por ortopedia *indicando "Paciente con fractura de radio distal derecha programada para manejo quirúrgico con reducción cerrada y fijación percutánea de radio distal. Durante la realización del bloqueo interescalénico por anestesiología presenta episodio convulsivo, paro cardiaco, se le*

hace reanimación avanzada y luego de 45 minutos sale a ritmo sinusal y se traslada a UCI".

Valoración por médico intensivista: 7:49 pm se indica que la paciente se encontraba bajo ventilación mecánica post RCP avanzada, después de presentar paro cardiaco por toxicidad por bupivacaina. Se ingresa a UCI.

De la historia clínica se sustrae la nota de anestesiología que describe textualmente:

> *"Paciente de 37 años, ASA I, con fractura de radio distal derecho, quien durante bloqueo interescalénico, con bupivacaina 50 mg + lidocaína al 1% con epinefrina 100 mg, presenta episodio convulsivo acompañado de depresión miocárdica. Con actividad eléctrica sin pulso. Se inician maniobras de reanimación cerebrocardiopulmonar, con intubación orotraqueal, masaje cardiaco externo, se inicia adrenalina 1 mg + infusión de 5 ampollas en goteo, entrando en fibrilación ventricular, por lo cual se realiza desfibrilación con 300 Joules. Se continua masaje cardiaco externo durante 45 minutos y se coloca infusión de Lyposin 1750 cc, en 20 minutos, La paciente revierte a ritmo sinusal después de 45 minutos de reanimación cerebrocardiopulmonar, presentando signos vitales Tensión arterial 130/60, frecuencia cardiaca 85, Saturación oxigeno 78%.*
>
> *Se coloca catéter venoso central, e infusión de adrenalina 0.10 mcg /kg/ minuto, se traslada a UCI para monitoreo neurológico y hemodinámico".*

Notas en la UCI-A CPO S.A.: 22 de febrero 2010 9:37 pm. Durante la hora y media de estancia en la unidad se ha instaurado manejo ventilatorio protector dadas las presiones elevadas en la vía aérea, se ha soportado con noradrenalina en un intento para desmontar la adrenalina, se ha administrado bolo de manitol, se ha iniciado protección cerebral con tiopental sódico + enfriamiento con sabanas frías y hielo local, infusión de diurético de asa; se coloco línea arterial femoral derecha sin complicaciones

Post RCP avanzada - encefalopatía post reanimación - toxicidad por bupivacaina - síndrome de distress respiratorio - choque cardiogénico.

22 de febrero 2010 11:31 pm: Paciente en mal estado general en choque refractario. Hipoxemia refractaria. Encefalopatía post RCP avanzada. SDRA.

23 de febrero 2010 4:19 a.m. Pésimo estado general, necesidad de dosis elevada de vasopresores para asegurar presiones de perfusión. Hipoxemia refractaria.

23 de febrero 2010 9:08 am. Paciente en mal estado general con hipoxemia refractaria y choque refractario. Se continua manejo vasopresor e inotrópico con levosimendan guiado mediante monitoria de gasto cardiaco continuo.

23 de febrero 2010 13:00 La paciente a las 11:30hrs presento paro cardiaco. Inicia con bradicardia extrema, se inicia RCP con compresiones externas 120 por minuto + ambú, FIO2 100%, 22 respiraciones por minuto, administración de atropina IV hasta 3 mg titulados durante la reanimación. Se logra tensión arterial 120/65, frecuencia cardiaca 90, manteniendo soporte ventilatorio con frecuencia de 25 por minuto. Paciente quien

sale del segundo paro después de 24 minutos de RCP, en estado de inestabilidad severa con necesidad de dosis elevadas de inotrópicos y vasopresores.

23 de febrero 2010 13:43 Estando bajo soporte hemodinámico con vasopresores e inotrópicos + FIO2 100%, se inicia a las 12+40hrs RCP avanzada, compresiones torácicas + ventilación con ambú. Administración de atropina 3mg + adrenalina 3mg + calcio 1ampolla + magnesio 1 ampolla y nuevo bolo de bicarbonato de sodio de 30meq. Se realiza RCP durante 20minutos sin obtenerse respuesta, declarándose fallecida a las 13hrs.

Al tratarse el elemento CULPA en el presente caso es pertinente tener en cuenta las siguientes precisiones sobre la materia específica:

La anestesia regional comprende el bloqueo axilar del plexo braquial, o el bloqueo interescalénico es una técnica anestésica común en la cirugía de los miembros superiores distales. Esta técnica aprovecha la fascia que envuelve el plexo braquial junto a la arteria subclavia formando un espacio perineurovascular.

El principio de la técnica consiste en aplicar en este espacio perineurovascular la suficiente cantidad de anestésico o mezcla anestésica, lo más cerca posible a las fibras nerviosas, para lograr el efecto anestésico en el miembro superior específico.

El bloqueo regional interescalénico es la técnica más utilizada en el mundo para la cirugía y el tratamiento del dolor posoperatorio en patologías que incluyan el hombro y el miembro superior.

Aunque es un acto médico seguro y necesario para adelantar cualquier procedimiento quirúrgico, como toda intervención en salud contempla eventuales riesgos y complicaciones entre las que se destacan: - Administración masiva sub aracnoidea, peridural o subdural, la administración intra arterial o intravenosa (convulsiones), el bloqueo de ganglio estrellado (síndrome de Horner), el bloqueo recurrente laríngeo (generando disfonía, el bloqueo nervio frénico (dificultad respiratoria), Infecciones, lesión de nervios, entre otras complicaciones

Otra de las complicaciones presentes es la punción vascular directa advertida e inadvertida, siendo el 1% de los casos registrados en el mundo. Este tipo de bloqueos se asocia con diferentes tipos de complicaciones, como la punción nerviosa, ocasionando desde parestesia en el momento de la punción hasta plejía del nervio comprometido. Conviene resaltarse que las convulsiones que se desencadenan inmediatamente después de realizar una inyección de anestésico local en la carótida y la amaurosis temporal que sigue a una inyección en la arteria vertebral. También se incluyen en este grupo la apnea, hipotensión, bradicardia o la asistolia que puede provocar una inyección de anestésico local que penetra directamente al torrente circulatorio; no obstante, de la presentación de estas complicaciones no se deduce un actuar imprudente, imperito o negligente por parte de la anestesióloga, atendiendo a que particularmente para la fecha de los hechos la Dra. Navas contaba con alrededor de 18 años de experiencia profesional y también se desempeña como anestesióloga desde el año 1992, en el Hospital El Tunal, en ésta ciudad. Aunado a lo anterior, no existen para la aplicación anestésica pruebas previas y menos aún para el año 2010 equipos o instrumentos de obligatorio uso por el personal de salud que deban

emplearse al momento del acto anestésico para contrarestar el riesgo de presentación de éste tipo de eventos.

De igual manera, ha de tenerse en cuenta que la zona a intervenir presenta alta inervación tal como de describe en la siguiente gráfica del plexo braquial, lo que conduce a que se requiera un profesional con alta experiencia en la materia para la realización del bloqueo como en efecto lo es la Dra. Gloria Navas.

Ahora bien, en relación a las dosis suministradas se emplearon las siguientes: *bupivacaina 50 mg + lidocaína al 1% con epinefrina 100 mg,* siendo que las dosis para éste tipo de bloqueos es de 75 – 250 mg del anestésico, al encontrarse dentro de los rangos establecidos se escapa del actuar del profesional que se presente toxicidad.

Frente a la culpa médica debe tenerse que no puede exigirse al médico una diligencia extrema, esto quiere decir que debe probarse su diligencia pero no puede pedirse a éste una mayor al obrar de un buen profesional, sin que opere la culpa levísima, al respecto la Corte Suprema de Justicia - en sentencia del 8 de Agosto de 2011 M.P. Pedro Octavio Munar Cadena, expresó:

> *"Quiérase poner de presente, entonces, que la responsabilidad por el acto médico propiamente dicho, envuelve un reproche culpabilístico respecto de la diligencia, pericia y cuidados exigibles al facultativo. El nivel de esa exigencia se configura, principalmente, a partir de lo que establecen las reglas de la lex artis ad hoc, que constituye, en ese orden de ideas, el primordial criterio de valoración de la conducta médica, junto con un patrón de comparación que no es otro que el obrar de un buen profesional. Así las cosas, no puede exigirse del médico algo más, como una diligentia diligentissimi propia de la culpa levísima, sino la corrección que se espera de un buen profesional de su especialidad, es decir de quien acata debidamente los preceptos que gobiernan su ciencia, pero tampoco menos."* *(subraya fuera de texto).*

Es así como en el presente caso, el acto anestésico debe ser analizado dentro del contexto específico de dicha especialidad y los riesgos y complicaciones de cualquier procedimiento médico, siendo que la profesional que lo adelantó actúo con la diligencia propia de un médico con experto en dicha rama de la medicina.

EL RÉGIMEN DE RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA SE RIGE POR LA CULPA PROBADA DE ACUERDO – POR REGLA GENERAL LA CARGA DE LA PRUEBA LE CORRESPONDE A QUIEN ALEGA LA CULPA -ART. 167 DEL CÓDIGO GENERAL DEL PROCESO

El actuar de CPO S.A. se encuentra ajustado a la lex artis, debe entonces probar el demandante lo contrario.

Como el evento corresponde a una complicación descrita como probable dentro de los riesgos de uso de los bloqueos periféricos en una estadística de menos del 1%, por lo que se colige que la técnica utilizada para éste caso en específico que no existe una presunción de culpa, como sí prueba con las siguientes conductas que CPO S.A. y la Dra. Gloria Navas actuaron dentro del marco de la diligencia, pertinencia y cuidado:

- De conformidad con lo informado por la Dra. Gloria Navas se identifican los reparos anatómicos con ubicación del espacio interescalénico para punción.
- La preparación de la mezcla anestésica estuvo acorde a las dosis, conforme las características físicas de la paciente.
- Fue selección el tipo de anestésico de acuerdo a la proyección en duración y complejidad del evento quirúrgico, que era una reducción de fractura en distal de miembro superior derecho.
- Se cuenta con consentimientos informados para anestesia y para el acto quirúrgico debidamente diligenciados y divulgados a la paciente por los profesionales que la iban a intervenir.
- Se presenta una interrupción de la administración de la mezcla anestésica a la primera manifestación anormal presentada por la paciente, según lo manifestado por la Dra. Gloria Navas.
- Se estableció un proceso de reanimación cerebro cardiopulmonar de manera inmediata, tal como quedo descrito en la historia clínica.
- CPO S.A. contaba con disponibilidad de Unidad de Cuidado Intensivo y de todos los recursos para manejo de la paciente, sin presentarse ninguna restricción que pudiera entorpecer la atención.

LA PACIENTE CONSINTIÓ LA REALIZACIÓN DEL ACTO ANESTÉSICO, CONOCIENDO LAS COMPLICACIONES Y RIESGOS PREVISTOS DEL DICHO ACTO MÉDICO

El consentimiento informado nace del principio de la autonomía de la voluntad del paciente en decidir la realización de un procedimiento quirúrgico, previo conocimiento del acto médico, de los riesgos, complicaciones y de la existencia de otros procedimientos o tratamientos para el manejo de su patología.

Es un acto médico obligatorio, realizado por el galeno tratante durante la consulta previa al procedimiento, teniendo en cuenta que se debe disponer de un tiempo para la información de riesgos, aclaración de dudas y finalmente decisión del usuario.

A efecto de probar el consentimiento del usuario se han establecidos documentos escritos que describen que dentro de la relación médico-paciente se dieron a conocer las explicaciones de la intervención, las eventuales complicaciones, consecuencias y riesgos; sin embargo, la suscripción de tales documentos que hacen parte del registro clínica, no son la única forma de plasmar la voluntad en la realización de la intervención, examen o procedimiento quirúrgico, atendiendo que prima la voluntad del paciente, siendo que incluso ésta pueda darse de manera verbal o con una nota obrante en el registro médico de la cual se infiera que el titular de los derechos en ejercicio de la autonomía de la voluntad consintió de manera libre y espontánea someterse a lo explicado por el galeno.

Para ello se han establecido requisitos básicos que debe contener el consentimiento informado, relacionados por la doctrina así:

"1-. La advertencia de los riesgos y la solicitud de consentimiento debe ser considerado como un acto médico obligatorio, y por lo tanto lo debe realizar el médico tratante durante la consulta previa al procedimiento, dada la necesidad de disponer de un

tiempo mínimo para la adecuada información de riesgos, aclaración de dudas y decisión del paciente.

2-. Como cualquier acto médico es importante registrar en la historia clínica el momento en que se cumple con la información al paciente y su aceptación, su rechazo o la imposibilidad de hacerlo, puesto que es la prueba de mayor validez del hecho" - el médico dejará constancia en la historia clínica del hecho de la advertencia del riesgo previsto o la imposibilidad de hacerlo (Artículo 12 Ley de Ética Médica).

3-.Recordar que en la atención de urgencias, el médico también debe informar al paciente o sus familiares sobre el pronóstico de la patología presentada, los riesgos y los efectos colaterales de las intervenciones necesarias para su tratamiento. De ello debe dejarse constancia en la historia clínica. Si no hay un rechazo explícito del paciente al tratamiento, se establece un consentimiento implícito de éste. Si el estado mental del enfermo y la ausencia de responsables de éste impiden dar la información, el médico podrá adelantar el tratamiento de urgencia necesario. En los casos de emergencia en donde se establece una inminente amenaza de daños graves o muerte del paciente, el médico no está obligado a la advertencia del riesgo previsto en los siguientes casos: A) Cuando el estado mental del paciente y la ausencia de parientes o allegados se lo impidan; B) Cuando exista urgencia o emergencia para llevar a cabo el tratamiento o procedimiento médico... (Artículo 11 Ley de Ética Médica).

4-. Adicionalmente si se desea se puede hacer diligenciar un formato de consentimiento, que lo que hace es constatar la realización del acto médico de información obligatoria al paciente (advertencia de los riesgos) y el consentimiento para que el profesional realice la intervención".(subraya fuera de texto).

Continúa la doctrina citada indicando que: "6-. Los efectos colaterales son aquellas reacciones molestas esperadas, pasajeras, no graves, pero inevitables, que se conocen para el procedimiento, pero que no se consideran complicaciones y son muy importantes de informar al paciente....". En cuanto a los riesgos previstos señala: "son aquellas complicaciones que están descritas como frecuentes en la literatura científica para el procedimiento" y finalmente "los riesgos pocos previstos "son aquellos que están descritos en la literatura científica para el procedimiento, pero su ocurrencia es poco probable si el paciente no tiene factores de riesgo especiales. En estos casos no es obligatorio probar el tipo de complicación, sino que se puede hacer una advertencia general de que en el procedimiento pueden presentarse otras situaciones molestas o graves de escasa ocurrencia que podrían generar molestias, lesiones o inclusive causar la muerte (tener en cuenta el criterio médico para no causar ansiedad innecesaria al paciente)"

Hechas las anteriores precisiones y centrándonos en los hechos y las pretensiones de la demanda se hacía necesario el bloqueo interescalénico, para poder tratar quirúrgicamente la fractura radial distal presentada en la señora De La Pava. Como todo procedimiento o intervención médico-quirúrgica requiere del consentimiento del paciente, el cual efectivamente fue otorgado de manera libre, voluntaria y con conocimiento previo por la señora Ruth Stella De La Pava.

La paciente consistió el acto anestésico, conociendo las eventuales y más frecuentes complicaciones del procedimiento como la presentación de convulsiones e incluso

complicaciones más graves, tal como se detalla en el formato de consentimiento informado del cual dispone el CPO S.A. para tal fin, siendo que tales son riesgos conocidos y asumidos por la paciente.

La anestesióloga cumplió con su deber profesional al indicarle a la paciente en qué consistía el acto anestésico, las eventuales complicaciones y riesgos propios del mismo y fue la misma paciente quien con la asesoría de la Dra Navas, quien definió la técnica utilizar, siguiendo así lo preceptuado por la ley 23 de 1981, en el artículo 16. – La responsabilidad del médico por reacciones adversas, inmediatas o tardías, producidas por efectos del tratamiento, no irá más allá del riesgo previsto. El médico advertirá de él al paciente o a sus familiares o allegados, en concordancia con el artículo 10 del Decreto 3380 de 1981 que señala: "*El médico cumple la advertencia del riesgo previsto, a que se refiere el inciso segundo del artículo 16 de la Ley 23 de 1981, con el aviso que en forma prudente, haga a su paciente o a sus familiares o allegados, con respecto a los efectos adversos que, en su concepto, dentro del campo de la práctica médica, pueden llegar a producirse consecuencia del tratamiento o procedimiento médico*".

Aunque en nuestra legislación no se establece los requisitos que debe tener el consentimiento informado, como sí lo ha señalado legislaciones foráneas, ha sido la doctrina y jurisprudencia la que ha renombrado ciertos requisitos o elementos del consentimiento informado, pues el consentimiento es un acto o declaración unilateral consensual que no requiere de una formalidad para su validez.

El consentimiento informado es un diálogo entre médico-paciente tendiente a que sea éste último quien decida sobre un procedimiento que para mejorar su salud.

En resumen, para la construcción del consentimiento informado la primera etapa es de INFORMACION suministrada por el profesional de la salud a su paciente y la segunda de DECISIÓN a cargo de quién decide someterse a un procedimiento médico o cirugía para mejorar su estado de salud. De otro lado, en el evento en que un paciente se rehúse a que le sea practicado un procedimiento médico o quirúrgico el médico tratante se abstendrá de adelantar la cirugía, pues no será de su interés forzar al paciente a que se someta a la misma e irrespetar su decisión, siendo que el ejercicio de la medicina implica el cuidado de la salud, la prevención y el mejoramiento de los patrones de vida (artículo 10 ley de ética médica) con fines los fines humanísticos y en ningún momento como una actividad peligrosa como parece entenderlo el apoderada de la parte actora.

De manera particular el escrito de consentimiento informado firmado por la paciente describe: "*En ocasiones excepcionales como consecuencia de la dificultad que plantea el acceso a un punto anestésico concreto, la anestesia administrada pasa rápidamente a la sangre o a las estructuras nerviosas produciéndose los efectos de una anestesia general que se puede acompañar de complicaciones graves, como bajada de tensión, convulsiones etc.*", con lo cual se tiene que la paciente conocía la posibilidad de presentarse el evento convulsivo, que lamentablemente se acompaño de miocardia severa, con el lamentable desenlace enunciado.

En este punto vale la pena mencionar que a pesar de los infrecuentes casos de toxicidad del anestésico local bupivacaína, se sigue empleando y enuncia la literatura

médica nacional al respecto[1]: *"Las tasas de toxicidad sistémica por AL han disminuido significativament en las últimas tres décadas, de un 0,1 a un 0.001% debido a la aplicación de medidas preventivas, como la aspiración previa a la inoculación, el uso de dosis de prueba, y el establecimiento de dosis máximas entre otras. La mayores tasas de toxicidad han sido reportadas como secundarias al bloqueo de nervio periférico (7.5/10.000 casos). Con una tasa de mortalidad de 0.023 casos/ 100.000. La incidencia de convulsiones asociadas con anestesia regional fue de 1 a 4/1.000 casos con una mayor incidencia asociada con técnicas caudal- braquial (supraclavicular. Interescalé, nico - axilar) epidural; con respecto a los AL, la bupivacaína fue el AL con mayor incidencia de complicaciones (7-10)"*.

Además de lo enunciado ese mismo artículo refiere que –las reacciones sistémicas por los al son raras, se presentan con tendencia hacia la disminución de su incidencia por el efecto positivo de la instauración de los procedimientos y la presencia de al mas seguros- y como conclusiones de éste artículo se describen las siguientes:

> "***La toxicidad por los AL*** (anestésicos locales) ***a pesar de ser un evento infrecuente debe ser considerada de manera importante dadas las connotaciones de mortalidad ante la presencia de reacciones severas como colapso cardiovascular, ante lo cual, se hace necesaria su temprana identificación basada en la clínica y en un alto índice de sospecha; así como, en la continua aplicación de las diferentes medidas preventivas tendientes a disminur el riesgo de su presentación.***
>
> ***Igualmente, considerar dentro del posible manejo reanimación basados en los protocolos de la ACLS el uso concomitante de las EL basados en recomendaciones soportadas por reportes de caso con éxito en su uso"*** (negrilla y subraya fuera del texto original).

INEXISTENCIA DE NEXO DE CAUSALIDAD ENTRE EL ACTUAR DE CPO S.A. Y LOS DAÑOS ALEGADOS POR LOS DEMANDANTES

Para que exista responsabilidad de mi representada debe demostrarse que CPO S.A. con su actuar fue la generadora del daño que se imputa y que el daño imputado (con la atención de Ruth De La Pava) tiene relación de causalidad con el actuar culposo que se deriva de la atención suministrada en el acto anestésico y la atención que recibió la paciente.,

La Corte Suprema de Justicia en Sentencia del 20 de junio de 2011-enuncia que la obligación de la prueba de la relación de causalidad entre el acto culposo y el daño para que proceda la declaración de responsabilidad, la mencionada providencia expresa:

"Sobre la importancia de ese requisito resulta ilustrativo citar el criterio de la Corte expuesto en sentencia del 24 de septiembre de 2009 exp. 2005-00060-01, la que en lo pertinente dijo: "*(...) en cuanto toca con la relación causal, ha de verse cómo de modo inveterado se ha dicho que ella hace referencia al enlace que debe existir entre un hecho antecedente y un resultado consecuente, de donde la determinación del primero puede*

[1]Articulo de Revisión: Toxicidad por anestésicos locales: revisión de la literatura. Rafael Enrico Valencia Gomez, Hans Fried García Araque. Revista Colombiana de Anestesiología Febrero-abril 2011. Vol. 39 No. 1:40-54

dar lugar a establecer la autoría material del daño; por su conducto se pretende entonces hallar una relación de causa a efecto entre el perjuicio y el hecho del sujeto de derecho o de la cosa a quien se atribuye su producción; se trata, por tanto, de establecer si una lesión proviene como consecuencia de un determinado hecho anterior, de suerte que al hablar de ella se hace referencia a la causa del daño que tiene relevancia jurídica. La valía de este presupuesto no ha de ser ignorada habida cuenta que, como es suficientemente conocido, no se puede atribuir responsabilidad sin que de manera antelada se haya acreditado a plenitud la autoría del perjuicio; ello es así porque como 'el daño cuya reparación se pretende debe estar en relación causal adecuada con el hecho de la persona o de la cosa a las cuales se atribuye su producción', emerge 'necesaria la existencia de ese nexo de causalidad' ya que, 'de otro modo', podría darse la eventualidad de que se atribuyera 'a una persona el daño causado por otro o por la cosa de otro'; de allí que la relación causal, cual presupuesto 'del acto ilícito y del incumplimiento contractual, (...) vincula el daño directamente con el hecho, e indirectamente con el elemento de imputación subjetiva o de atribución objetiva', y se constituye en 'el factor aglutinante que hace que el daño y la culpa, o en su caso el riesgo, se integren en la unidad del acto que es fuente de la obligación de indemnizar'; es, en fin, 'un elemento objetivo porque alude a un vínculo externo entre el daño y el hecho de la persona o de la cosa' (BUSTAMANTE ALSINA, Jorge. Teoría General de la Responsabilidad Civil, 9ª edición, Abeledo-Perrot, Buenos Aires, 2004, pag. 267)". "(...) "Al unísono con la doctrina, la jurisprudencia ha expresado de manera reiterada y uniforme 'que el nexo causal entre la conducta imputable al demandado y el efecto adverso que de ella se deriva para el demandante, debe estar debidamente acreditado porque el origen de la responsabilidad gravita precisamente en la atribución del hecho dañoso' a aquél, o sea, que 'la responsabilidad supone la inequívoca atribución de la autoría de un hecho que tenga la eficacia causal suficiente para generar el resultado, pues si la incertidumbre recae sobre la existencia de esa fuerza motora del suceso, en tanto que se ignora cuál fue la verdadera causa desencadenante del fenómeno, no sería posible endilgar responsabilidad al demandado'; en compendio, 'para que la pretensión de responsabilidad civil ... sea próspera, el demandante debe acreditar, además del daño cuyo resarcimiento persigue, que tal resultado tuvo por causa directa y adecuada, aquella actividad imputable al demandado y de la que sobrevino la consecuencia lesiva, de lo cual se desprende que ausente la prueba de la relación de causalidad, las pretensiones estarían destinadas al fracaso' (...)".

LAS OBLIGACIONES MEDICAS SON DE MEDIO Y NO DE RESULTADO

En asuntos de responsabilidad médica debe probarse la falta de diligencia y cuidado de los profesionales que suministraron los servicios que se cuestionan, puesto que para que proceda una eventual condena no basta con el hecho de demostrar la existencia de un perjuicio.

En sentencia de la Corte Suprema de Justicia del 30 de enero de 2001, Magistrado Ponente José Fernando Ramírez Gómez. Expediente 5507, respecto de la culpa imputable al médico se tiene lo siguiente:

> *"En la sentencia de 5 de marzo de 1940 (G.J.t. XLIX, pag. 116 y s.s.) donde la Corte empieza a esculpir la doctrina de la culpa probada, pues en ella, además de indicar que en este tipo de casos no sólo debe exigirse la demostración de la culpa*

del médico sino también la gravedad" expresamente descalificó el señalamiento de la actividad médica como " una empresa de riesgo" porque una tesis así sería "inadmisible desde el punto de vista legal y científico" y haría "imposible el ejercicio de la profesión".

Este que pudiera calificarse como el criterio que vía de principio general actualmente sostiene la Corte, se reitera en sentencia de 12 de septiembre de 1985 (G.J. No. 2419, págs. 407 y s.s.) afirmándose que " ... el medico tan sólo se obliga a poner en actividad de reclamación, éste deberá probar la culpa del médico, sin que sea suficiente demostrar ausencia de curación". Luego en sentencia de 26 de noviembre de 1986 (G.J. No. 2423. págs. 359 y s.s.) se ratificó la doctrina, inclusive invocando la sentencia de 5 de marzo de 1940, (...) La tesis de la culpa probada la consolidan las sentencias de 8 de mayo de 1990, 12 de julio de 1994 y 8 de septiembre de 1998."

En sentencia de 10 de febrero de 2000, exp: 11.878 del Consejo de Estado se ha reiterado la posición respecto del tipo de obligación existente por responsabilidad en la profesión médica, la mencionada sentencia, expresa:

"La entidad demandada sostiene su inconformidad frente al fallo protestado con el argumento de que la obligación médica es de medio y no de resultado; de tal manera que habrá falla del servicio, no cuando teóricamente era posible evitar el resultado dañoso, sino cuando, dentro de la realidad de los hechos, existió negligencia médica al no aplicar o dejar de aplicar unas técnicas que son comúnmente aceptadas en el medio científico.

De esta manera, es necesario remitirnos a lo que la jurisprudencia de nuestra honorable Corte Suprema de Justicia ha establecido respecto de las obligaciones que asumen los médicos en el siguiente tenor:

"...Con relación a la responsabilidad contractual, que es la que por lo general se le puede demandar al médico en consideración al vínculo jurídico que se establece entre éste y el paciente, la Corte desde la sentencia de 5 de marzo de 1940, partiendo de la distinción entre obligaciones de medio y de resultado, estimó que por lo regular la obligación que adquiere el médico "es de medio", aunque admitió que "Puede haber casos en que el médico asume una obligación de resultado, como la intervención quirúrgica en una operación de fines estéticos". Todo para concluir, después de advertir que no se pueden sentar reglas absolutas porque la cuestión de hecho y de derecho varía, que en materia de responsabilidad médica contractual, sigue teniendo vigencia el principio de la carga de la demostración de "la culpa del médico...", agregando como condición "la gravedad", que a decir verdad es una graduación que hoy en día no puede aceptarse, porque aún teniendo en cuenta los aspectos tecnológicos y científicos del acto profesional médico, la conducta sigue siendo enmarcable dentro de los límites de la culpa común, pero, sin duda alguna, sin perder de vista la profesionalidad, porque como bien lo dice la doctrina, "el médico responderá cuando cometa un error científico objetivamente injustificable para un profesional de su categoría o clase".

Igualmente en sentencia de 3 de noviembre de 1977, la Corte consideró que por lo regular las obligaciones que para los médicos surgen, son de medio, de ahí que éstos no se obliguen, según se dijo "a sanar el enfermo, sino a ejecutar

correctamente el acto o serie de actos que, según los principios de su profesión, de ordinario deben ejecutarse para conseguir el resultado. El haber puesto estos medios, con arreglo a la ciencia y a la técnica, constituye el pago de esta clase de obligaciones

*Posteriormente, concretamente en sentencia de 12 de septiembre de 1985, la Corporación luego de ubicar el tema en la responsabilidad contractual y anotar que el contenido de las obligaciones que en virtud del contrato asumen los médicos y los establecimientos hospitalarios, "variará según la naturaleza de la afección que padezca el enfermo y la especialización misma de los servicios que preste la entidad", sostuvo que "Con relación a las obligaciones que el médico asume frente a su cliente, hoy no se discute que el contrato de servicios profesionales implica para el galeno el compromiso sino exactamente de curar al enfermo, si al menos de suministrarle los cuidados concienzudos, solícitos y conformes con los datos adquiridos por la ciencia, según expresiones con que la jurisprudencia francesa describe su comportamiento. **Por tanto, el médico sólo se obliga a poner en actividad todos los medios que tenga a su alcance para curar al enfermo; de suerte que en caso de reclamación, éste deberá probar la culpa del médico, sin que sea suficiente demostrar ausencia de curación."***

Es así como en el caso en particular, la Dra. Gloria Navas puso a su alcance todos los medios dentro de su especialidad a efecto de adelantar el bloqueo, sin que se pueda predicar la existencia del elemento culpa, siendo que el procedimiento anestésico se hacía necesario para el bloqueo del plexo braquial y posteriormente el adelantamiento del procedimiento.

4-. SOLICITUD

1-. Se absuelva a CENTRO POLICLINICO DEL OLAYA S.A. –CPO S.A.-, de cada una de las pretensiones del llamamiento en garantía.

2-. Se declare a CENTRO POLICLINICO DEL OLAYA S.A. –CPO S.A.-, exento de cualquier responsabilidad sobre los hechos objeto de la demanda y por supuesto del llamamiento en garantía, dado que no existió ninguna conducta de mi representada de la cual se desprenda la causa de los supuestos perjuicios generados en el acto anestésico adelantado en la humanidad de la señora Ruth De La Pava

3-. Se condene en costas y agencias en derecho a los actores de la demanda

5-. OBJECCIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO DE LA DEMANDA

Estima la parte demandante que los perjuicios materiales por el señor Carlos Fernando Maldonado y Carlos Ernesto Maldonado de La Pava en la suma de daño emergente por $47.000.000 y lucro cesante $119.028.000.

En éste punto las sumas señaladas adolece de condición necesaria para ser tenidas como perjuicios reconocidos, esto es la certeza del daño, veamos:

El concepto de daño emergente lo describe la parte actora como que la señora Ruth de la Pava para la subsistencia de la familia aportaba la suma de $500.000, por lo que

4837

el fallecimiento de la usuaria privo a los demandantes que se sirvieran de la suma total de $37.500.000; lo cual resulta totalmente contrario al concepto aludido; puesto que éste se define como la afectación económica que las víctimas indirectas sufrieron al dejar de percibir en éste caso una suma proveniente de cónyuge y madre de los afectados, por ende el concepto que señala el colega de la Litis no refleja el contenido de la definición de daño emergente. Además de carecer tal suma de sustento probatorio o acreditación alguna dentro del plenario.

En el mismo concepto se relaciona que el demandante para atender los gastos que se presentaron con ocasión al fallecimiento de la señora De La Pava tomo un préstamo de dinero y pago intereses desde el 24 de noviembre de 2015 hasta la fecha de la presentación de la demanda; de cual tampoco existe ningún tipo de pruebas que acredite dicho contrato, el valor de los presuntos intereses pactados, el empleo de dicho dinero en atender los gastos propios de un fallecimiento, careciendo igualmente éste concepto de certeza. Ahora bien, si el fallecimiento de la familiar de los demandantes se presentó el 22 de febrero de 2010, no resulta lógico que el presunto préstamo se haya adelantado cinco años después -2015-, pues es la fecha que arguye el reclamante comenzó a pagar intereses.

El concepto de lucro cesante, lo estiman los demandantes en el total de $119.028.000, correspondiente a los dineros que dejaron de percibir los demandantes por la actividad económica que desarrollaba la causante y de la cual al parecer se beneficiaban sus familiares, de lo cual también se desconoce el tipo de actividad que desarrollaba la fallecida y sí en efecto sus familiares se lucraban de la misma, además qué proporción recibían, pues para éste tipo de cuantificación de perjuicios se calcula que una persona dispone al menor del 25 al 30% de sus ingresos mensuales a su propia manutención, de lo contrario emplearía todo lo percibido en la manutención de terceros.

De otro lado, la suma de $900.000 la describen los demandantes como *"valor aproximado de la utilidad o renta que los valores pagados en interés debía producir, de no haberse perdido con el perjuicio ocasionado"*, concepto ilógico y sin sentido al no tenerse por probado su causación.

En esos términos, la estimación del lucro cesante, parece fundamentarse en la señora Ruth De La Pava se hacía cargo de la manutención de su cónyuge y de su hijo Carlos Esteban Maldonado De La Pava Ordoñez (además de su señora madre y de su hijo Juan Sebastián De La Pava Ordoñez, según demanda conocida a la fecha de presentación de la contestación por el Juzgado 51 Civil del Circuito de Bogotá con radicado No. 2014-00376); sin embargo, no obra prueba que determine que los ingresos mensuales de la fallecida que correspondiera eventualmente a dicho monto, y menos que con esos eventuales e inciertos ingresos, prestaba ayuda económica a los demandantes en éste proceso.

Dado que la ley 1564 de 2012, impone a quien estime en exceso el juramento estimatorio una condena superior a la considerada en la ley 1395 de 2010:

"Si la cantidad estimada excediere en el cincuenta (50%) la que resulte probada, se condenará a quien la hizo a pagar a la otra parte una suma equivalente al diez por ciento (10%) de la diferencia", de ahí que sea tan exigente a la luz de la nueva legislación el juramento estimatorio".

Por ende solicito al Despacho que en aplicación de lo anterior se condene a los demandantes a pagar el 10% de la diferencia, de lo que resulte probado, a favor de la Dirección Administrativa Judicial, dado que en el acápite respectivo ni de las pretensiones de la demanda, se extrae a qué obedece la enunciación de cada uno de éstos conceptos.

6-. PRONUNCIAMIENTO RESPECTO DE LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

Mi representado se opone a la totalidad de las pretensiones de la demanda al no haber existido una mala práctica hospitalaria por parte de mi representado en las atenciones suministradas a la señora Ruth de La Pava, que ameriten el reconocimiento de perjuicios de cualquier orden.

7-. PRUEBAS SOLICITADAS POR CPO S.A.

Documentales: solicito al Despacho decrete como pruebas documentales las siguientes:

- Copia del fallo proferido por dicho ente en la investigación disciplinaria seguida a la Dra. Gloria Stella Navas, a efecto de acreditar que la anestesióloga fue exonerado de responsabilidad disciplinaria.
- Guía de Bloqueos en Anestesia del Centro Policlínico del Olaya vigente para el año 2010, a través de la cual se contemplan las técnicas y aplicación de los diferentes bloqueos.
- Guía de Reanimación Cerebro CardioPulmonar del Centro Policlínico del Olaya vigente para el año 2010.
- Artículo médico de Juan Carlos Degiovanni B 1 , Alexandra Chaves V,2 Jairo Moyano A,3 Fernando Raffán S4, titulado: Incidencia de complicaciones en anestesia regional, análisis en un hospital universitario. Rev. Col. Anest. vol.34 no.3 Bogotá Sept. 2006.

Interrogatorio de parte: me permito solicitar se decrete el interrogatorio de parte de los demandantes, a quienes formularé en audiencia el respectivo cuestionario de preguntas.

Declaración de parte: solicito al señor juez se ordene la declaración de parte del representante legal de CPO S.A. Dr. Ricardo Herrera y/o quien haga sus veces al momento de la audiencia inicial, a efecto de interrogarlo sobre los hechos relacionados con el proceso.

Testimonios: solicito al Despacho el decreto y práctica de las siguientes declaraciones:

- Dra. GLORIA STELLA NAVAS GARCIA, mayor de edad, domiciliada en ésta ciudad, anestesióloga que adelanto el bloqueo interescalénico en la humanidad de la paciente Ruth De La Pava.
- Dr. ALFONSO LOPEZ, mayor de edad, domiciliado en ésta ciudad –Jefe de Anestesia de CPO-, para que deponga sobre la atención que suministro a la paciente, y en su condición de anestesiólogo, en qué consiste el bloqueo

interescalenico, su técnica, medicamentos empleados, dosis, sus complicaciones y riesgos.

- Dr. CARLOS TARAZONA, mayor de edad, domiciliado en ésta ciudad, en su calidad de anestesiólogo, para que deponga todo lo que sepa sobre la atención de la paciente Ruth Stella De La Pava para el día 22 de febrero de 2010, así como las maniobras de reanimación cerebro cardiopulmonar que se le adelantaron a la paciente.
- Dr. CARLOS HURTADO, mayor de edad, domiciliado en Bogotá –Jefe de la Unidad de Cuidados intensivos de CPO S.A.-, para que señale la atención suministrada a la paciente en la UCI, su condición de salud y evolución

Dictamen pericial: de conformidad con el contenido del artículo 227 del Código General del Proceso me permito anunciar la presentación del respectivo dictamen pericial de un anestesiólogo, el cual lo allegaré dentro del término que el señor juez conceda en su debida oportunidad, dado que por razones de tiempo no se obtenido respuesta por parte de los expertos.

8-. ANEXOS

- Certificado de Existencia y Representación Legal de CPO S.A., expedido por la Cámara de Comercio de Bogotá

-Documentos relacionados en el acápite de pruebas.

9-. NOTIFICACIONES

Al representante legal de CPO S.A y a la suscrita apoderada a la Carrera 21 No. 22 – 68 Sur en Bogotá y a través de su correo electrónico para notificaciones judiciales dir_soniacz@cpo.com.co o el que aparezca registrado en el certificado de existencia y representación expedido por la Cámara de Comercio de Bogotá, al momento de la comunicación.

Atentamente,

ADRIANA MORENO MUÑOZ
C.C. No. 35.253.883 de Fusagasugá
T.P. No. 158.155 del Consejo Superior de la Judicatura
Apoderada CPO S.A

JUZ 10 CIV CTO BOG

6774 21-APR-'17PM 2:36

Señor:
JUEZ DÉCIMO (10º) CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ
E. S. D.

Asunto: Llamamiento en garantía a Gloria Stella Navas
Proceso Verbal de Responsabilidad Civil Extracontractual No. 2016-00097

Demandantes: Carlos Fernando Maldonado Rodriguez en nombre propio y en representación de su hijo menor Carlos Ernesto Maldonado de La Pava.

Demandados: Salud Total EPS-S S.A y CPO S.A.

ADRIANA MORENO MUÑOZ mayor de edad, con domiciliada en Bogotá D.C. identificada con cédula de ciudadanía No. 35.253.883 de Fusagasugá, actuando como mandataria de **CPO S.A.**, entidad de derecho privado, con domicilio en Bogotá identificada con Nit. 800.003.765, constituida mediante Escritura Pública No. 548 de la Notaria 20 de Bogotá del 25 de marzo de 1987 encontrándome dentro del término legal me permito presentar **LLAMAMIENTO EN GARANTÍA a GLORIA STELLA NAVAS GARCIA**, mayor de edad, domiciliada en Bogotá, identificada con cédula de ciudadanía No. 51.578.058 de Bogotá, para que resuelva sobre la relación sustancial y legal y los pagos de las indemnizaciones a que hubiere lugar a la parte demandante, con base en lo siguiente

1-. FUNDAMENTOS FÁCTICOS

1.1-. **CPO S.A.** es una entidad de naturaleza privada, constituida mediante Escritura Pública No. 4694,otorgada en la Notaria veinte (20) del Circulo Notarial de Bogotá, con domicilio principal en la ciudad de Bogotá, con Nit. 800.149.453-6, que tiene por objeto social la prestación de los servicios médicos, odontologicos, radiologicos, escanograficos, ecograficos, clíniços diagnosticos y hospitalarios.

1.2-. Para el año 2010 la Dra. **GLORIA STELLA NAVAS GARCÍA** prestaba sus servicios profesionales a CPO S.A, en la especialidad de anestesiologia; es decir, que el profesional actúo en virtud de un vínculo con la entidad, sumado a que es preciso señalar que la ley indica que la obligación de indemnización de quien a inferido daño a otro.

1.3-. El señor **CARLOS FERNANDO MALDONADO RODRIGUEZ** en nombre propio y en representación de su hijo menor CARLOS ERNESTO MALDONADO DE LA PAVA presentan demanda en contra de **CPO S.A.**

1.4-. Aducen los demandantes en términos generales que el 22 de febrero de 2010 a la señora Ruth de la Pava Ordoñez se le iba a adelantar un procedimiento médico de reducción abierta, no practicándose un examen de alergia a la anestesia necesario a su juicio, para descartar cualquier eventualidad en la práctica de la operación, lo que tuvo como consecuencia la perdida de la vida a la paciente y daños irreparables en sus familiares.

1.5-. Señalan los demandantes que la muerte de la señor Ruth De La Pava se relaciona con el acto anestésico precisando que la paciente presentó toxicidad por bupivacaina al presentarse errores en el desarrollo del bloqueo interescalenico.

1.6-. El artículo 2341 del Código Civil, establece: "El que ha cometido un delito o culpa, que ha inferido daño a otro, es obligado a la indemnización del perjuicio de la pena principal que la ley imponga por la culpa o el delito cometido"

A su turno, el artículo 15 de la ley 23 de 1981, describe: "El médico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados. Pedirá su consentimiento para aplicar los tratamientos médicos, y quirúrgicos que considere indispensables y que puedan afectarlo física o síquicamente, salvo en los casos en que ello no fuere posible, y le explicará al paciente o a sus responsables de tales consecuencias anticipadamente".

De lo trascrito anteriormente, se puede determinar, que la Dra. **GLORIA STELLA NAVAS** debe responder por la calidad, idoneidad, pertinencia de las atenciones por él adelantadas a Ruth De La Pava Ordoñez en las instalaciones de **CPO S.A**, por ser el especialista que estuvo a cargo del acto anestésico, siendo entonces para el caso en comento, la llamado a responder junto con la entidad por las eventuales fallas en la calidad de los servicios prestados a la paciente, dado lo dispuesto en el artículo 2341 del Código Civil, en la medida que se prueben en el proceso.

1.7-. **CPO S.A.** tiene derecho a repetir contra la Dra. **GLORIA STELLA NAVAS** por todas y cada una de las sumas de dinero por la que la IPS llegue a ser condenada (incluye costas y agencias en derecho entre otras) en caso que los actos médicos realizados por la galeno hayan sido contrarios a la Lex Artis a título de culpa y hayan generado perjuicios reclamados en la demanda varia veces referenciada.

2-. FUNDAMENTOS LEGALES PARA EL LLAMAMIENTO

Fundamento el presente llamamiento en lo consignado en el artículo 64 del C.G.P. que indica que frente a la existencia de relación contractual que permita que un tercero exija indemnización del perjuicio que llegare a sufrir, puede pedir la concurrencia de aquél al proceso, para que en el mismo proceso se resuelva sobre la relación.

Artículo 64 del Código General del proceso y siguientes:

"Artículo 64. Llamamiento en garantía. Quien afirme tener derecho legal o contractual a exigir de otro la indemnización del perjuicio que llegare a sufrir o el reembolso total o parcial del pago que tuviere que hacer como resultado de la sentencia que se dicte en el proceso que promueva o se le promueva, o quien de acuerdo con la ley sustancial tenga derecho al saneamiento por evicción, podrá pedir, en la demanda o dentro del término para contestarla, que en el mismo proceso se resuelva sobre tal relación.

Artículo 65. Requisitos del llamamiento. La demanda por medio de la cual se llame en garantía deberá cumplir con los mismos requisitos exigidos en el artículo 82 y demás normas aplicables. El convocado podrá a su vez llamar en garantía.

Artículo 66. Trámite. Si el juez halla procedente el llamamiento, ordenará notificar

personalmente al convocado y correrle traslado del escrito por el término de la demanda inicial. Si la notificación no se logra dentro de los seis (6) meses siguientes, el llamamiento será ineficaz. La misma regla se aplicará en el caso contemplado en el inciso segundo del artículo anterior.

El llamado en garantía podrá contestar en un solo escrito la demanda y el llamamiento, y solicitar las pruebas que pretenda hacer valer. En la sentencia se resolverá, cuando fuere pertinente, sobre la relación sustancial aducida y acerca de las indemnizaciones o restituciones a cargo del llamado en garantía.

Parágrafo. No será necesario notificar personalmente el auto que admite el llamamiento cuando el llamado actúe en el proceso como parte o como representante de alguna de las partes"

Al haberse suscrito entre el llamante y el llamado el contrato aludido, se encuentra legitimado CPO S.A. para llamar en garantía a la Dra. Gloria Stella Navas.

De lo dispuesto anteriormente se debe entender que aunque entre **CPO S.A.** y la Dra. Gloria Navas no existe una relación contractual; la entidad que represento está facultada para llamar en garantía a la mencionada entidad, basada en lo dispuesto por el artículo 2341 del CC., que en su tenor literal expresa: **"El que ha cometido un delito o culpa, que ha inferido daño a otro, es obligado a la indemnización sin perjuicio de la pena principal que la ley imponga por la culpa o el delito cometido"** y en el contenido del artículo 15 de la ley 23 de 1981.

Esto es que siendo la anestesióloga la llamada a responder por los presuntos perjuicios causados a **CARLOS FERNANDO MALDONADO Y CARLOS ESTEBAN MALDONADO DE LA PAVA** toda vez que el presunto daño que se imputa a CPO S.A. en caso de probarse, fue efectivamente ejecutado por el aquí llamado.

Por lo anteriormente mencionado, en la medida que **CPO S.A.** sea condenada a responder por los daños o lesiones que hubiere podido causar el llamado en garantía a título de culpa, a los demandantes dadas las atenciones del llamado, condenar a Gloria Stella Navas a pagar a mi representado las sumas de dinero que ésta tuviera que cancelar a los demandantes en caso de una condena en su contra.

3-. PRETENSIONES DEL LLAMAMIENTO

PRIMERA: LLAMAR EN GARANTÍA a **GLORIA STELLA NAVAS GARCÍA**

SEGUNDA: RESOLVER sobre la relación legal que existe entre **CPO S.A.** y **GLORIA STELLA NAVAS GARCÍA** y consecuencialmente se condene a dicha profesional a pagar a favor de mi mandante, todas las sumas de dinero que por todo concepto hubiese o tuviera que eventualmente incurrir **CPO S.A.** para atender el proceso a que alude la referencia y las que ante una hipotética declaración de responsabilidad patrimonial en cabeza de mi representado, ésta tuviera que asumir, en caso de sentencia desfavorable así:

- El valor de la condena, sí llegaré a existir.

- El valor de los perjuicios materiales e inmateriales en cualquiera de sus

modalidades que se llegaren a demostrar en el transcurso del proceso.

- El valor de los gastos en qué se hubiese incurrido en este proceso, como consecuencia de la demanda, incluidos los gastos de honorarios profesionales pagados a los abogados y médicos contratados para tal efecto, sin importar si la sentencia es favorable o desfavorable a los demandantes.

- El valor de las costas y agencias en derecho.

4-. PRUEBAS

4.1-. Documentales: solicito al Despacho tener como pruebas documentales las siguientes.

4.1-. La demanda, las aportadas por las demandantes y que sirvan a este libelo de llamamiento de garantía
4.2-. Las pruebas solicitadas en la contestación de la demanda

2-.Interrogatorio de parte: solicito señor juez se sirva decretar interrogatorio de parte de la llamada en garantía, para que se pronuncié sobre el acto médico suministrado a la señora Ruth De La Pava Ordoñez.

5. ANEXOS

5.1- Copia del presente escrito para el traslado y el archivo del juzgado
5.2- Lo relacionado en el acápite de pruebas
5.3- Dos (2) CD, contentivo del presente escrito, una para el traslado al llamado en garantía y el otro para el despacho.

6-. NOTIFICACIONES

6.1- **CPO S.A.** recibirá notificaciones en la carrera 21 No. 22-68 sur en Bogotá, por intermedio de su representante legal o gerente y a través del correo electrónico dir_soniacz@cpo.com.co

6.2- **GLORIA STELLA NAVAS** recibirá notificaciones en su lugar de trabajo Hospital El Tunal, localizado en la carrera 20 No. 47B-35 sur en la ciudad de Bogotá.

Atentamente,

ADRIANA MORENO MUÑOZ
C.C. No. 35.253.883 de Fusagasugá
T.P. No. 158.155 del C. S de la J.
Mandataria General CPO S.A.

JUZ 10 CIV CTO BOG
6775 21-APR-'17PM 2:37

Señor:
JUEZ DÉCIMO (10) CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ
E. S. D.

Asunto: LLAMAMIENTO EN GARANTÍA DE CPO S.A. A LIBERTY SEGUROS S.A.

Proceso Verbal No. 2016-00097

Demandantes: CARLOS FERNANDO MALDONADO Y CARLOS ESTEBAN MALDONADO DE LA PAVA

Demandados: SALUD TOTAL EPS-S S.A. Y CPO S.A.

ADRIANA MORENO MUÑOZ mayor de edad, con domiciliada en Bogotá D.C. identificada con cédula de ciudadanía No. 35.253.883 de Fusagasugá, abogada en ejercicio con T.P. No. 158.155 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando como mandataria general de **CPO S.A.**, entidad de derecho privado, con domicilio en Bogotá identificada con Nit. 800.093.765, constituida mediante Escritura Pública No. 548 de la Notaria 20 de Bogotá del 25 de marzo de 1987 encontrándome dentro del término legal me permito presentar **LLAMAMIENTO EN GARANTÍA a LIBERTY SEGUROS S.A.**, entidad aseguradora, domiciliada en Bogotá D.C., identificada con número de identificación tributaria 860.039.988-0 representada legalmente por Mauricio Arturo García Ortiz y/o quien haga sus veces al momento de la notificaciones, identificado con cédula de ciudadanía No. 79.140.156 conforme al certificado de existencia y representación legal expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia, por considerar que mi poderdante tiene derecho a que en la sentencia se resuelva sobre la relación sustancial y los pagos de las indemnizaciones a que hubiere lugar a la parte demandante, en el siguiente sentido:

1-. FUNDAMENTOS FÁCTICOS

1.1-. **CPO S.A.** es una entidad de naturaleza privada, constituida mediante Escritura Pública No. 4694, otorgada en la Notaria veinte (20) del Circulo Notarial de Bogotá, con domicilio principal en la ciudad de Bogotá, con Nit. 800.149.453-6, que tiene por objeto social la prestación de los servicios médicos, odontologicos, radiologicos, esçanograficos, ecograficos, clínicos diagnosticos y hospitalarios.

1.2-. **CPO S.A.** celebró con **LIBERTY SEGUROS S.A.** contrato de seguros amparando la responsabilidad civil como consecuencia de cualquier acto médico derivado de la prestación de servicios profesionales de atención en salud de eventos ocurridos y reclamados en vigencia de la póliza, conforme a la póliza 230766 con vigencia inicial del contrato 1 de agosto de 2009 al 1 de agosto de 2010, con las respectivas condiciones generales.

1.3-. El señor **CARLOS FERNANDO MALDONADO** y el menor de edad **CARLOS ESTEBAN MALDONADO DE LA PAVA** presentan demanda de responsabilidad civil médica en contra de CPO S.A.

1.4-. Aducen los demandantes en términos generales que el 22 de febrero de 2010 a

la señora Ruth de la Pava Ordoñez se le iba a adelantar un procedimiento médico de reducción abierta, no practicándose un examen de alergia a la anestesia necesario a su juicio, para descartar cualquier eventualidad en la práctica de la operación, lo que tuvo como consecuencia la perdida de la vida a la paciente y daños irreparables en sus familiares.

1.5-. En virtud de lo anterior y ante la existencia de vínculo contractual entre C.P.O. S.A y Liberty Seguros S.A. está facultada para llamar en garantía y/o repetir contra de la aseguradora, por las sumas en las que eventualmente sea condenada judicialmente por cuenta de la prestación de servicios a su cargo, del personal adscrito y/o vinculado a él.

2-. FUNDAMENTOS LEGALES PARA EL LLAMAMIENTO

Fundamento el presente llamamiento en lo consignado en el artículo 64 del C.G.P. que indica que frente a la existencia de relación contractual que permita que un tercero exija indemnización del perjuicio que llegare a sufrir, puede pedir la concurrencia de aquél al proceso, para que en el mismo proceso se resuelva sobre la relación.

Artículo 64 del Código General del proceso y siguientes:

"Artículo 64. Llamamiento en garantía. Quien afirme tener derecho legal o contractual a exigir de otro la indemnización del perjuicio que llegare a sufrir o el reembolso total o parcial del pago que tuviere que hacer como resultado de la sentencia que se dicte en el proceso que promueva o se le promueva, o quien de acuerdo con la ley sustancial tenga derecho al saneamiento por evicción, podrá pedir, en la demanda o dentro del término para contestarla, que en el mismo proceso se resuelva sobre tal relación.

Artículo 65. Requisitos del llamamiento. La demanda por medio de la cual se llame en garantía deberá cumplir con los mismos requisitos exigidos en el artículo 82 y demás normas aplicables. El convocado podrá a su vez llamar en garantía.

Artículo 66. Trámite. Si el juez halla procedente el llamamiento, ordenará notificar personalmente al convocado y correrle traslado del escrito por el término de la demanda inicial. Si la notificación no se logra dentro de los seis (6) meses siguientes, el llamamiento será ineficaz. La misma regla se aplicará en el caso contemplado en el inciso segundo del artículo anterior.

El llamado en garantía podrá contestar en un solo escrito la demanda y el llamamiento, y solicitar las pruebas que pretenda hacer valer. En la sentencia se resolverá, cuando fuere pertinente, sobre la relación sustancial aducida y acerca de las indemnizaciones o restituciones a cargo del llamado en garantía.

Parágrafo. No será necesario notificar personalmente el auto que admite el llamamiento cuando el llamado actúe en el proceso como parte o como representante de alguna de las partes"

Al haberse suscrito entre el llamante y el llamado el contrato aludido, se encuentra legitimado CPO S.A. para llamar en garantía a Liberty Seguros S.A.

446

3-. PRETENSIONES DEL LLAMAMIENTO

PRIMERA: LLAMAR EN GARANTÍA a LIBERTY SEGUROS S.A.

SEGUNDA: RESOLVER sobre la relación contractual que existe entre **CPO S.A.** y **LIBERTY SEGUROS S.A.** y consecuencialmente se condene a dicha sociedad a pagar a favor de mi mandante, todas las sumas de dinero que por todo concepto hubiese o tuviera que eventualmente incurrir CPO S.A. para atender el proceso a que alude la referencia y las que ante una hipotética declaración de responsabilidad patrimonial en cabeza de mi representado, ésta tuviera que asumir, en caso de sentencia desfavorable así:

- El valor de la condena, sí llegaré a existir.

-El valor de los perjuicios materiales e inmateriales en cualquiera de sus modalidades que se llegaren a demostrar en el transcurso del proceso.

- El valor de los gastos en qué se hubiese incurrido en este proceso, como consecuencia de la demanda, incluidos los gastos de honorarios profesionales pagados a los abogados y médicos contratados para tal efecto, sin importar si la sentencia es favorable o desfavorable a los demandantes.

- El valor de las costas y agencias en derecho.

4-. PRUEBAS

4.1-. Documentales: solicito al Despacho tener como pruebas documentales las siguientes.

1-. La demanda, las aportadas por las demandantes y que sirvan a este libelo de llamamiento de garantía
2-. Las pruebas solicitadas en la contestación de la demanda
3-. Copia auténtica del contrato de la póliza 230766, junto con las condiciones generales y renovaciones
4-. Certificado de existencia y representación legal de Liberty Seguros S.A.

2-.Interrogatorio de parte: solicito señor juez se sirva decretar interrogatorio de parte del representante legal de **LIBERTY SEGUROS S.A.** o quien haga sus veces, para que se pronuncié sobre los hechos y las pretensiones de la presente acción.

5. ANEXOS

5.1- Copia del presente escrito para el traslado y el archivo del juzgado
5.2- Lo relacionado en el acápite de pruebas.
5.3-. dos (2) CD, contentivos del presente escrito, para el Despacho y para el traslado

6-. NOTIFICACIONES

- CPO S.A recibirá notificaciones en la carrera 21 No. 22-68 sur en Bogotá, por

ntermedio de su representante legal o gerente y a través del correo electrónico dir_soniacz@cpo.com.co.

- **LIBERTY SEGUROS S.A.** recibirá notificaciones por intermedio de su representante legal y/o quien haga sus veces en la calle 71 A No. 6-30 piso 2, 3 y 4 de Bogotá D.C y al correo electrónico para notificación judicial, registrado el Certificado de Existencia y Representación Legal expedido por la Cámara de Comercio de Bogotá co-notificacionesjudiciales@libertycolombia.com

Atentamente,

ADRIANA MORENO MUÑOZ
C.C. No. 35.253.883 de Fusagasugá
T.P. No. 158.155 del C. S de la J.
Mandataria General CPO S.A.

PRESENTACION PERSONAL
El anterior escrito fue presentado ante el
NOTARIO ONCE (E) DEL CIRCULO DE BOGOTA, D.C.
personalmente por
quien exhibió la c.c.
y Tarjeta Profesional No. C.S.J.
Firma
Fecha 12 ABR 2017
Nelson J. Sánchez García
NOTARIO (E)

REPUBLICA DE COLOMBIA
Nelson J. Sánchez García
Notario (E)
NOTARIA 11 DEL CIRCULO DE BOGOTA D.C.

09 AGO. 2016

09 AGO. 2016

Suspendido

Señor:
JUEZ CINCUENTA Y UNO (51) CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ
E. S.

Asunto: CONTESTACIÓN DE LLAMAMIENTO EN GARANTÍA PRESENTADO POR SALUD TOTAL EPS-S S.A. A CPO S.A.
Proceso Ordinario de Responsabilidad Civil Extracontractual No. 2014-00376

Demandantes: Juan Sebastián de la Pava Ordoñez, Hilda Ordoñez Mejía, Hilda María de la Pava Ordoñez, Jesús de la Pava Zuluaga, Alonso de la Pava Vélez y Benjamín de la Pava Vélez

Demandados: Salud Total EPS-S S.A y CPO S.A.

ADRIANA MORENO MUÑOZ, mayor de edad, domiciliada en Bogotá, identificada con cédula de ciudadanía No. 35.353.883 de Fusagasugá, abogada en ejercicio con tarjeta profesional No. 158.155 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando como mandataria general de **CPO S.A –CENTRO POLICLINICO DEL OLAYA S.A.-**, según mandato general conferido mediante Escritura Pública No. 2400 de la Notaria 33 de Bogotá por la representante legal principal de la sociedad demandada, entidad privada constituida mediante Escritura Pública No. 4.694 de la Notaria 20 de Bogotá del 19 de noviembre de 1991 bajo en número 4263 del Libro XIII con NIT. 800.149.453-6, representado legalmente por la Dra. Nasly Tatiana Jimenez encontrándome dentro del término legal me permito presentar **CONTESTACIÓN AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA** presentado por **Salud Total EPS-S S.A. a CPO,** en los siguientes términos:

1-.PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

Frente al primero: es cierto, así está descrito en el certificado de existencia y representación legal de Salud Total EPS-S S.A.

Frente al segundo: es cierto.

Frente al tercero: es cierto.

Frente al cuarto: es cierto, teniendo en cuenta la obligación de la EPS, de garantizar la prestación de servicios de salud, de conformidad con lo señalada en ley.

Frente al quinto: es cierto, precisando que la responsabilidad emanada frente a la calidad y profesionalismo del personal que preste, el servicio siendo que en el caso de la atención de la señora Ruth de la Pava, recibió atención de una profesional idónea, con experiencia y calificada para el acto anestésico.

2-. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

Me opongo a la prosperidad de las pretensiones del llamamiento en garantía teniendo en cuenta que **NO EXISTIERON ERRORES EN LA ATENCIÓN DE LA SEÑORA RUTH DE LA PAVA ORDOÑEZ ADELANTADA EN CPO** y reiterando los puntos enunciados en la contestación de la demanda que refieren lo siguiente:

- La necesidad del uso de la anestesia local (técnica bloqueo interescalénico) para bloquear el plexo braquial (plexo nervioso que inerva el brazo -nervio cubital, mediano y radial-).
- La adecuada técnica de bloqueo interescalenico, empleado para dar anestesia a los miembros superiores.
- La inexistencia para el año 2010 en Colombia un equipo biomédico que garantizara la aplicación anestésica en determinado lugar.
- Las adecuadas maniobras de reanimación adelantadas tras la ocurrencia del evento anestésico.
- La inexistencia de un nexo causal entre la muerte de la señora Ruth De La Pava y el acto anestésico.
- Es así como en el presente caso las dosis de anestesia se encuentra ajustadas a las características físicas de la paciente y su clasificación.

3-. SOLICITUD

1-. Se absuelva al CENTRO POLICLINICO DEL OLAYA S.A., de cada una de las pretensiones del llamamiento en garantía.

2-. Se declare al CENTRO POLICLINICO DEL OLAYA S.A., exento de cualquier responsabilidad sobre los hechos objeto de la demanda y por supuesto del llamamiento en garantía, dado que no existió ninguna conducta de mi representada de la cual se desprenda la causa de los supuestos perjuicios generados en el acto anestésico adelantado en la humanidad de la señora Ruth De La Pava

3-. Se condene en costas y agencias en derecho a los actores de la demanda

4-. EXCEPCIONES DE MÉRITO

INEXISTENCIA DE FUNDAMENTO PARA LLAMAR EN GARANTIA A CPO S.A. ATENDIENDO QUE NO SE PRESENTÓ FALLA EN LA CALIDAD Y PROFESIONALISMO DE LA ANESTESIOLOGA QUE ATENDIÓ A RUTH DE LA PAVA.

Tal como lo resalta la cláusula de garantía de la calidad, estipulada en el contrato de prestación de servicios de salud vigente para la fecha de atención de Ruth de La Pava, se pactó contractual que mi representado asumiría frente a Salud Total EPS-S la responsabilidad frente a la falta de idoneidad y profesionalismo de los médicos que prestarán el servicios.

En ese orden de ideas, tal como se demostrara con pruebas documentales y testimoniales la Dra. Gloria Navas es una reconocida anestesióloga, con vasta experiencia en la materia, conocedora de su deber profesional y con idoneidad suficiente para la prestación de los mismos.

Por lo anterior, sí el acto anestésico se ajusta a lo indicado por los protocolos médicos universales en la materia, y el evento corresponde a un hecho imprevisible y ajeno al actuar médico, que se escapa de la órbita profesional, como en efecto lo es; no necesariamente le corresponde a CPO S.A. ni menos aún a Salud Total, responder una consecuencia nefasta como es el caso de la muerte, que pese a lamentable, carece de culpa.

ADECUADA ATENCIÓN DE LA ANESTESIOLOGA AL ADELANTAR EL BLOQUEO INTERESCALENEICO

La historia clínica de Ruth de La Pava, correspondiente a la atención cuestionada por los demandantes, describe lo siguiente:

20 de febrero 2010: Acude paciente de 37 años de edad, sin antecedentes de importancia, por presentar caída de su propia altura con trauma en muñeca de mano derecha. A la valoración física signos vitales dentro de rango de normalidad. Presenta deformidad en muñeca derecha, se le ordena una radiografía de muñeca demuestra fractura de radio con angulación dorsal. Valorada por ortopedista Dr. Ricardo Arias Arguello se ordena la colocación de yeso y se realiza inmovilización y además se difiere para reducción y osteosíntesis de radio distal.

22 de febrero 2010 7:27 pm la usuaria es valorada por ortopedia *indicando "Paciente con fractura de radio distal derecha programada para manejo quirúrgico con reducción cerrada y fijación percutánea de radio distal. Durante la realización del bloqueo interescalénico por anestesiología presenta episodio convulsivo, paro cardiaco, se le hace reanimación avanzada y luego de 45 minutos sale a ritmo sinusal y se traslada a UCI".*

Valoración por médico intensivista: 7:49 pm se indica que la paciente se encontraba bajo ventilación mecánica post RCP avanzada, después de presentar paro cardiaco por toxicidad por bupivacaina. Se ingresa a UCI.

Nota textual de anestesiología:

> *"Paciente de 37 años, ASA I, con fractura de radio distal derecho, quien durante bloqueo interescalénico, con bupivacaina 50 mg + lidocaína al 1% con epinefrina 100 mg, presenta episodio convulsivo acompañado de depresión miocárdica. Con actividad eléctrica sin pulso. Se inician maniobras de reanimación cerebrocardiopulmonar, con intubación orotraqueal, masaje cardiaco externo, se inicia adrenalina 1 mg + infusión de 5 ampollas en goteo, entrando en fibrilación ventricular, por lo cual se realiza desfibrilación con 300 Joules. Se continua masaje cardiaco externo durante 45 minutos y se coloca infusión de Lyposin 1750 cc, en 20 minutos, La paciente revierte a ritmo sinusal después de 45 minutos de*

reanimación cerebrocardiopulmonar, presentando signos vitales Tensión arterial 130/60, frecuencia cardiaca 85, Saturación oxigeno 78%.

Se coloca catéter venoso central, e infusión de adrenalina 0.10 mcg /kg/ minuto, se traslada a UCI para monitoreo neurológico y hemodinámico".

Notas en la UCI-A CPO S.A.: 22 de febrero 2010 9:37 pm. Durante la hora y media de estancia en la unidad se ha instaurado manejo ventilatorio protector dadas las presiones elevadas en la vía aérea, se ha soportado con noradrenalina en un intento para desmontar la adrenalina, se ha administrado bolo de manitol, se ha iniciado protección cerebral con tiopental sódico + enfriamiento con sabanas frías y hielo local, infusión de diurético de asa; se coloco línea arterial femoral derecha sin complicaciones

Post RCP avanzada - encefalopatía post reanimación - toxicidad por bupivacaina - síndrome de distress respiratorio - choque cardiogénico.

22 de febrero 2010 11:31 pm: Paciente en mal estado general en choque refractario. Hipoxemia refractaria. Encefalopatía post RCP avanzada. SDRA.

23 de febrero 2010 4:19 a.m. Pésimo estado general, necesidad de dosis elevada de vasopresores para asegurar presiones de perfusión. Hipoxemia refractaria.

23 de febrero 2010 9:08 am. Paciente en mal estado general con hipoxemia refractaria y choque refractario. Se continua manejo vasopresor e inotrópico con levosimendan guiado mediante monitoria de gasto cardiaco continuo.

23 de febrero 2010 13:00 La paciente a las 11:30hrs presento paro cardiaco. Inicia con bradicardia extrema, se inicia RCP con compresiones externas 120 por minuto + ambú, FIO2 100%, 22 respiraciones por minuto, administración de atropina IV hasta 3 mg titulados durante la reanimación. Se logra tensión arterial 120/65, frecuencia cardiaca 90, manteniendo soporte ventilatorio con frecuencia de 25 por minuto. Paciente quien sale del segundo paro después de 24 minutos de RCP, en estado de inestabilidad severa con necesidad de dosis elevadas de inotrópicos y vasopresores.

23 de febrero 2010 13:43 Estando bajo soporte hemodinámico con vasopresores e inotrópicos + FIO2 100%, se inicia a las 12+40hrs RCP avanzada, compresiones torácicas + ventilación con ambú. Administración de atropina 3mg + adrenalina 3mg + calcio 1ampolla + magnesio 1 ampolla y nuevo bolo de bicarbonato de sodio de 30meq. Se realiza RCP durante 20minutos sin obtenerse respuesta, declarándose fallecida a las 13hrs.

De lo anterior se denota el *iter* de la atención de la señora Ruth De La Pava, siendo que suceso corresponde a uno de los riesgos propios del acto anestésico, de difícil presentación e improbable ocurrencia, pero en todo caso se escapa del actuar profesional su presentación.

5-. ANEXOS

- Certificado de Existencia y Representación Legal de CPO S.A., expedido por la Cámara de Comercio de CPO S.A. y que se aportó al despacho al momento de la contestación de la demanda.

6-. NOTIFICACIONES

Al representante legal de CPO S.A y a la suscrita apoderada a la Carrera 21 No. 22 – 68 Sur en Bogotá y a través de su correo electrónico para notificaciones judiciales dir_tatianaj@cpo.com.co., o el que aparezca registrado en el certificado de existencia y representación expedido por la Cámara de Comercio de Bogotá.

Atentamente,

ADRIANA MORENO MUÑOZ
C.C. No. 35.253.883 de Fusagasugá
T.P. No. 158.155 del Consejo Superior de la Judicatura
Apoderada CPO S.A

JUAN DAVID GÓMEZ PÉREZ
ABOGADO

término

05 SET. 2016

05 SET. 2016

Señor
JUEZ CINCUENTA Y UNO (51) CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ, D.C.
E. S. D.

Referencia: PROCESO ORDINARIO DE **JUAN SEBASTIÁN DE LA PAVA ORDÓÑEZ** Y **OTROS** CONTRA **CENTRO POLICLÍNICO DE OLAYA S.A.** Y **SALUD TOTAL EPS S.A.**

Expediente: 2014-00376

Asunto: **CONTESTACIÓN A LA DEMANDA Y AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA**

JUAN DAVID GÓMEZ PÉREZ, actuando en calidad de apoderado judicial reconocido en el expediente de **LIBERTY SEGUROS S.A.**, sociedad llamada en garantía por el **CENTRO POLICLÍNICO DEL OLAYA S.A.** demandado en el proceso de la referencia, por medio del presente escrito y, estando en oportunidad legal para ello, respetuosamente me permito dar **CONTESTACIÓN A LA DEMANDA** y al **LLAMAMIENTO EN GARANTÍA,** de conformidad con los siguientes:

I.- MANIFESTACIÓN ESPECIAL – INSALVABLE DEFECTO SUSTANCIAL DE LA DEMANDA PRINCIPAL

Antes de adentrarse con detalle en el estudio de los supuestos fácticos en que se apoya la demanda, cabe advertir al Despacho la imprecisión y antitecnicismo jurídico que, en sede de responsabilidad civil, caracteriza el libelo de principio a fin y, que obra como fuente de la **indebida acumulación de ACCIONES** que, de manera categórica ha proscrito la jurisprudencia nacional y que, por tal razón, **en aras de evitar una nulidad o, incluso, una sentencia inhibitoria, deberá generar de manera inmediata el rechazo de la demanda**.

Es claro que nuestro ordenamiento se encuentra edificado, en materia de responsabilidad civil, bajo un esquema dualista, en el que coexisten la responsabilidad contractual y la responsabilidad extracontractual (también llamada, "responsabilidad delictual"). Cada una de estas especies cuenta con unas características, elementos, fuente, cargas probatorias y repercusiones tan propias, que hacen que su unificación en un mismo *petitum* no sea legítima.

Sobre este aspecto específico, se ha pronunciado la Corte Constitucional, en reciente providencia, de la siguiente manera:

> "*En el orden jurídico colombiano es clara la existencia de una concepción dualista de la responsabilidad civil,* ***por lo que no se puede confundir el tratamiento de una y otra responsabilidad, las cuales están reguladas de manera autónoma e independiente en capítulos distintos del Código Civil, se originan en causas o fuentes diversas y sus prescripciones en materia de reparación no son coincidentes.***"[1] (Subrayas y negrilla fuera de texto).

Así como no son confundibles, los regímenes de responsabilidad no operan a escogencia arbitraria del demandante, ni puede éste, sencillamente, dejar la tarea al Juez de determinar la misma, **pues la presentación detallada de los hechos que le dan base a la acción, es una carga que reposa en cabeza del accionante, de conformidad con el numeral 6 del artículo 75 del Código de Procedimiento Civil, reiterado en el numeral 5 del artículo 82 del Código General del Proceso.**

Será la diafanidad con la que se expresen los hechos y los fundamentos que se invoquen para las pretensiones, la base para que el demandado pueda allanarse a éstas ó, contrariamente, ejercitar debidamente su derecho de defensa; por esto, es flagrantemente violatorio del Derecho al Debido Proceso (artículo 29 de la Constitución Política), que se obligue al extremo pasivo, a defenderse de cualquier causa, de cualquier eventual responsabilidad, por las afirmaciones vagas e imprecisas del demandante. Sobre el particular ha vuelto la jurisprudencia nacional, manifestando que "***a nadie le es dada la opción de seleccionar la clase de responsabilidad****, son los hechos los que marcan la escogencia de la figura*

[1] Sentencia C-1008/10. Corte Constitucional. M.P. Dr. **LUIS ERNESTO VARGAS SILVA.**

en que se encuentra permitido, ***así como tampoco es dable tanto en el derecho civil como en su procedimiento, que se pueda pedir a la autoridad la aplicación de indemnización de perjuicios de un mismo daño recurriendo al momento a las normas de la Responsabilidad Contractual y a la Extracontractual***"[2]. (Subrayas y negrilla fuera de texto).

En igual sentido, la doctrina más especializada en la materia, ha rechazado la posibilidad de agrupar las acciones **(diametralmente opuestas y excluyentes),** para lo cual ha sostenido que:

> *"En fin, en el punto de una eventual interferencia entre régimen contractual y régimen delictual, la jurisprudencia respondió negativamente. Ella en efecto planteó la regla llamada del "no cúmulo" que, prohibiendo la utilización de los principios de la responsabilidad delictual en el campo reservado a la responsabilidad contractual, contribuyó a acentuar y a pulir los contornos de la distinción tradicional".*[3]

Como conclusión tenemos que, entre nosotros, le corresponde al demandante identificar con total grado de claridad el campo de responsabilidad en el cual se discutirán sus pretensiones, **lo cual NO OCURRE DE MANERA ALGUNA EN EL CASO QUE NOS OCUPA.** Por el contrario, los hechos y pretensiones del libelo están pretenden que se declare la responsabilidad contractual de los demandados y así se condenen a la indemnización de los perjuicios causados con base a esa responsabilidad contractual. Es así como el apoderado de la parte actora pretende, de forma errónea y contraria a derecho, que se reconozcan los perjuicios de los padres, hermanos e hijos de la causante con base a la declaración de responsabilidad contractual de los accionados. Es pues, **IMPOSIBLE QUE, CUANDO SE PIDE LA DECLARACION DE LA RESPONSABILIDAD CONTRACTUAL SE EXIJA INDEMNIZACIÓN DE AQUELLOS DAÑOS QUE NO SURGIERON CON OCACION DE UNA RESPONSABILIDAD CONTRACTUAL en vista de que NO SE HA TENIDO UN VÍNCULO CONTRACTUAL CON EL DEMANDADO.**

---

[2] Sentencia de enero 18 de 2011. Tribunal Superior del Distrito Judicial de Santa Marta – Sala de Decisión Civil. Radicación No. 2006.00102.01. M.P. Dr. **ALBERTO RODRÍGUEZ AKLE.**
[3] VINEY, Geneviéve. "Tratado de Derecho Civil. Introducción a la Responsabilidad". Traducción: MONTOYA MATEUS, Fernando. Universidad Externado de Colombia. Bogotá. Pág. 379.

Es decir, el desmedido esfuerzo del apoderado de la parte actora, por proceder a una acumulación de acciones **prohibida en nuestro ordenamiento jurídico,** consigue como único resultado, evaporar los eventuales argumentos que servirían de sustrato para una u otra responsabilidad.

II.- FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA PRINCIPAL

Frente al acápite - Antecedentes a la muerte de la señora Ruth de la Pava Ordoñez-

AL A: No me consta, por ser hechos ajenos a mi mandante, estaré a lo que resulte probado en el proceso.

AL B: Este hecho no le consta personalmente a mi mandante, por ser absolutamente ajeno a la esfera de actuación de ella y, por ende, se atiene a lo que conste en los documentos que reposan o lleguen a reposar en el expediente.

AL C: Este hecho no le consta personalmente a mi mandante por ser absolutamente ajeno a la esfera de actuación de ella y, por ende, se atiene a lo que conste en los documentos que reposan o lleguen a reposar en el expediente.

AL D: A **LIBERTY SEGUROS S.A.** no le constan las afirmaciones contenidas en este literal, por ser hechos ajenos a su objeto negocial.

AL E: No me consta, por ser hechos ajenos a mi mandante, razón por la cual me atengo a lo que resulte probado en los respectivos documentos donde quedó consignado el procedimiento médico y la programación de la respectiva cirugía.

AL F: Es cierto, tal como está consignado la historia clínica de la demandante. En esta fecha se dio inicia al procedimiento quirúrgico programado. Sin embargo, es necesario hacer la siguiente precisión: **LA CAUSANTE LEYÓ, CONSINTIÓ Y FIRMÓ EL CONSENTIMIENTO INFORMADO ANESTÉSICO, de manera que hay plena prueba de que la demandante conocía los posibles riesgos a los cuales estaba sometida y decidió libre y voluntariamente aceptarlos.**

AL G: Es cierto, tal como está consignado en la historia clínica anexada por el apoderado de **CPO S.A.** Sin embargo, es necesario hacer la siguiente precisión: la dosis aplicada por la anestesióloga se hizo conforme a la **LEX ARTIS Y AL NIVEL DE DILIGENCIA REQUERIDO POR LA MISMA, en la medida en que está plenamente probado, que ésta se aplicó ajustada a las características físicas de la paciente y su clasificación.**
JUNTO A ESTO SE TIENE QUE el presunto daño ocasionado a la paciente fue producto de UNA COMPLICACIÓN DE DIFÍCIL PREVISIÓN, DEL CUAL NO SE PREDICA CULPA MÉDICA, PUES AL MOMENTO DE PRESENTAR LAS CONVULSIONES, SE SUSPENDIÓ INMEDIATAMENTE LA ADMINISTRACIÓN DEL ANESTÉSICO Y SE PRACTICÓ UNA ADECUADA ATENCIÓN POR PARTE DE LA ANESTESIÓLOGA.

AL H: Es cierto. Tal como figura en la historia clínica de la demandante, la cual obra en el expediente, a la paciente se le practicaron de forma **oportuna y adecuada** las maniobras de reanimación, obteniendo resultados favorables.

AL I: Las afirmaciones contenidas en este literal corresponden a conclusiones subjetivas por parte del apoderado de la parte actora; por esta razón, no se trata de un hecho y, en consecuencia, nos abstenemos de dar contestación.

AL J: No me consta, por ser hechos ajenos a mi mandante.

AL K: No me consta, por ser hechos ajenos a mi mandante. Sin embargo, es importante hacer la siguiente aclaración: el Despacho no puede ignorar que existe plena prueba documental de que la demandante CONOCIÓ Y ACEPTÓ los riesgos y complicaciones que podrían derivar del procedimiento quirúrgico y la administración del anestésico.

AL L: No me consta, por ser hechos ajenos a mi mandante y a su objeto negocial.

Frente al acápite – Hechos relativos al contenido de la Historia Clínica No. 5220305 y de los dictámenes del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses-

AL A: No me consta, por ser hechos ajenos a mi mandante.

AL B: No le consta a **LIBERTY SEGUROS S.A.,** por ser hechos ajenos a su esfera de actuación.

AL C: Es parcialmente cierto. Si bien es cierto que la Historia Clínica de la demandante demuestra que **NO POSEÍA ANTECEDENTES REVELANTES PARA LOS PROCEDIMIENTOS QUE DEBÍAN REALIZARSE, Y QUE NO TENÍA ANTECEDENTES PATOLÓGICOS, FARMACOLÓGICOS Y TOXICOLÓGICOS, ES EVIDENTE QUE LA COMPLICACIÓN ERA IMPREVISIBLE, QUEDANDO PROBADA LA AUSENCIA DE CULPA POR PARTE DE LOS GALENOS.**

DE IGUAL MANERA, LA DEMANDANTE FIRMÓ EL CONSENTIMIENTO INFORMADO, DANDO CUENTA DE QUE POSEÍA INFORMACION SOBRE AQUELLAS COMPLICACIONES Y LAS ACEPTÓ.

AL D: No me consta, por ser hechos ajenos a mi mandante y a su objeto negocial.

AL E: No me consta, por ser hechos ajenos a mi mandante, razón por la cual estaré a lo que resulte probado en los respectivos documentos obrantes en el proceso.

AL F: El hecho está redactado de forma antitécnico pues contiene varios hechos dentro del mismo literal, sin embargo, doy respuesta de la siguiente forma:

a.- No me consta, por ser hechos ajenos a mi mandante y a su objeto negocial.

b.- No me consta, por ser hechos ajenos a mi mandante y a su objeto negocial.

c.- No me consta, por ser hechos ajenos a mi mandante y a su objeto negocial.

d.- No me consta, por ser hechos ajenos a mi mandante y a su objeto negocial.

51

e.- No me consta, por ser hechos ajenos a mi mandante y a su objeto negocial.

f.- No me consta, por ser hechos ajenos a mi mandante y a su objeto negocial.

g.- No me consta, por ser hechos ajenos a mi mandante y a su objeto negocial.

h.- No me consta, por ser hechos ajenos a mi mandante y a su objeto negocial.

i.- No me consta, por ser hechos ajenos a mi mandante y a su objeto negocial.

j.- No me consta, por ser hechos ajenos a mi mandante y a su objeto negocial.

Frente a acápite – Hechos relativos a la relación contractual de la señora Ruth de la Pava Ordoñez con los demandados-

A.- No le consta a **LIBERTY SEGUROS S.A.,** al ser hechos ajenos a su objeto negocial, razón por la cual estaré a lo que resulte probado dentro de los documentos que obran en el proceso.

B.- No me consta, por ser hechos ajenos a mi mandante y a su esfera de trabajo.

C.- No me consta, por ser hechos ajenos a mi mandante y a su objeto negocial.

D.- No le consta a **LIBERTY SEGUROS S.A.,** al ser hechos ajenos a su objeto negocial, razón por la cual estaré a lo que resulte probado dentro de los documentos que obran en el proceso.

E.- Esta afirmación no le consta a la aseguradora, al ser hechos ajenos a su objeto negocial.

F.- No me consta, al ser hechos ajenos a mi mandante. Sin embargo es preciso hacer la siguiente aclaración: la paciente al ser valorada en el triage no manifiesto en ningún momento haber tenido antecedentes importantes o relevantes frente a manifestaciones adversas a medicamentos, anestésicos o fármacos; aunado a esto, se halla que en la historia clínica no se evidencia anotación que haga referencia a ello, haciendo que reacciones adversas a los medicamentos suministrados fueran imprevisibles, y no que ello se deba a culpa o falta de diligencia de los galenos.

G.- No le consta a **LIBERTY SEGUROS S.A.,** al ser hechos ajenos a su objeto negocial, razón por la cual estaré a lo que resulte probado dentro de los documentos que obran en el proceso.

Frente al acápite – Hechos relativos a la situación socio económica y familiar de la señora Ruth de la Pava Ordoñez –

A. El hecho está antitécnicamente redactado, pues contiene varios hechos dentro del mismo literal; sin embargo, doy contestación así:

a.- No me consta, al ser hechos ajenos a mi mandante.

b.- No le consta a **LIBERTY SEGUROS S.A.,** al ser un hecho ajeno a su objeto negocial, razón por la cual estaré a lo que resulte probado en el expediente.

c.- A la compañía aseguradora no le consta este hecho, al estar por fuera de su esfera de actuación.

d.- No me consta por ser hechos ajenos a mi mandante. Estaré a lo que resulte probado.

B. El hecho está anti técnicamente redactado, por cuanto contiene varias afirmaciones dentro del mismo literal; sin embargo, doy respuesta de la siguiente forma:

a.- No me consta, por ser hechos ajenos a mi mandate. Estaré a lo que resulte probado en el expediente.

b.- A la aseguradora no le consta la afirmación que hace el apoderado de la parte actora en este literal.

c.- No me consta, por ser hechos ajenos a mi mandante, razón por la cual me tengo a lo que resulte probado en los documentos conducentes y pertinentes que deben ser aportados por la parte actora en el proceso, para demostrar su vinculación laboral y su presunto gran potencial.

C. El hecho está antitécnicamente redactado pues contiene varias afirmaciones dentro del mismo literal; sin embargo, doy respuesta así:

a.- No me consta por ser hechos ajenos a mi mandante y su objeto negocial.

b.- A **LIBERTY SEGUROS S.A.** no le consta por ser hechos ajenos a su esfera de trabajo.

III. FRENTE A LOS HECHOS DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

1.1-. No me consta por ser hechos ajenos a mi mandante, razón por la cual estaré a lo que resulte probado dentro de los documentos conducentes y pertinentes para probar la existencia de **CPO S.A.**

1.2-. Es cierto en lo que atañe a la existencia del seguro; sin embargo, respecto de sus condiciones, estaré al texto literal de la póliza para evitar imprecisiones.

1.3-. No me consta, por ser hechos ajenos a mi mandante.

1.4-. No me consta, por ser hechos ajenos a mi mandante.

1.5-. No es cierto. Es evidente que la acción derivada del contrato de seguro se haya prescrita conforme al artículo 1081 del código de comercio.

IV.- FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA PRINCIPAL

96

en manera alguna en el caso que nos ocupa. Por el contrario, los hechos y pretensiones esgrimidos en el libelo están antitécnicamente elaborados pues: en la demanda se pretende la declaración de responsabilidad contractual de los demandados y como consecuencia de ellos la indemnización de perjuicios. De allí que, es IMPOSIBLE DECLARAR LA RESPONSABILIDAD CONTRACTUAL DE LOS DEMANDADOS FRENTE A LOS DEMANDANTES: Juan Sebastián de la Pava Ordoñez (hijo), Hilda Ordoñez (madre), Hilda de la Pava Ordoñez (hermana), Jesús de la Pava (padre), Benjamín de la Pava (hermano) y Alonso de la Pava (hermano), puesto que ellos NUNCA SOSTUVIERON UNA RELACION CONTRACTUAL CON **CPO S.A. y, en consecuencia, no pueden acudir al régimen de responsabilidad contractual para reclamar indemnización de perjuicios por ellos sufridos.**

2.- INEXISTENCIA DE CULPA ALGUNA DE CPO S.A. Y SUS GALENOS

Exigir la declaración de responsabilidad objetiva de los demandados es contrario a la jurisprudencia nacional pues, como es sabido, la responsabilidad civil de los médicos y de los establecimientos hospitalarios para con los pacientes, puede ser extracontractual o contractual. **Lo cierto es que, ya sea que se invoque el régimen contractual o el extracontractual,** en uno y otro caso, **el nacimiento de cualquier obligación indemnizatoria** a cargo del prestador del servicio médico, **se encuentra supeditado, no sólo a la prueba de existencia de un perjuicio cierto** – que es requisito sine qua non para el nacimiento de cualquier obligación de reparación -, **sino adicionalmente, a la de una culpa o falla,** pues como lo ha conceptuado la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia, el de la responsabilidad médica es régimen puramente subjetivo, **basado en la culpa probada.**

Con otras palabras, **la procedencia de condena a reparación del daño sufrido por el paciente, depende enteramente de la existencia dentro del proceso de plena prueba de una culpa médica.** Lo anterior concuerda enteramente con la constante jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia, que desde la década de los años 30 del siglo pasado, ha reiterado que el régimen de responsabilidad médica se caracteriza por dos aspectos:

a) Es un régimen subjetivo, basado en las nociones de culpa y de obligación de medio, pues se ha establecido que **la prestación del médico no consiste en alcanzar un resultado (en este caso la curación) sino en poner a favor del paciente conocimientos y procedimientos conformes con el estado del arte y de manera diligente, pero sin que ello signifique garantizar la sanación.**

b) Así las cosas, **el régimen es de culpa probada,** siendo del resorte del demandante la satisfacción de esa carga probatoria, para que pueda obtener, de manera legítima, la indemnización procurada.

Aunque son incontables los pronunciamientos jurisprudenciales que ponen en evidencia las dos características mencionadas del régimen de responsabilidad médica en Colombia, sería imposible hacer una revisión exhaustiva de todos ellos, por lo cual baste acá con mencionar los siguientes:

- El contenido en sentencia de la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema, proferida el 5 de marzo de 1940 (G.J. XLIX-114), en que textualmente se dijo: *"La obligación profesional del médico no es, por regla general, de resultado sino de medio, o sea que el facultativo está obligado a desplegar en pro de su cliente los conocimientos de su ciencia y pericia y los dictados de su prudencia sin que pueda ser responsable del funesto desenlace de la enfermedad que padece su cliente o de la no curación de éste...*

  Como lo observa Savatier (Renné Savatier, Traité de la responsabilité civil en droit francais), el médico no se compromete a curar al enfermo sino a poner los medios técnicos encaminados a este fin y el carácter contractual de la responsabilidad médica permite mediante el análisis del compromiso, determinar la extensión y consecuencias respecto del caso que se alegue....

  *Mas **la responsabilidad del médico** no es ilimitada ni motivada por cualquier causa sino que **exige no sólo la certidumbre de la culpa del médico sino también la gravedad**. En materia de culpa la jurisprudencia y la doctrina no la admiten cuando el acto que se le imputa al médico es científicamente discutible, y en materia de gravedad de aquélla es preciso que la culpa sea grave dándole en este*

caso al vocablo el sentido de culpa de cierta gravedad". (Subrayas y negrilla fuera de texto)

- El contenido en sentencia de la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema, proferida el 12 de septiembre de 1985 (G.J. CLXXX-407), que reitera los anteriores conceptos, y enfatiza en la necesidad de probar la culpa médica, en los siguientes términos: *"Con relación a las obligaciones que el médico asume frente a su cliente, hoy no se discute que el contrato de servicios profesionales implica para el galeno el compromiso si no exactamente de curar al enfermo, sí al menos de suministrarle los cuidados concienzudos, solícitos y conformes con los datos adquiridos por la ciencia según expresiones con que la jurisprudencia francesa describe su comportamiento. Por tanto,* ***el médico tan sólo se obliga a poner en actividad todos los medios que tenga a su alcance para curar al enfermo; de suerte que en caso de reclamación, éste deberá probar la culpa del médico, sin que sea suficiente demostrar ausencia de curación".*** (Subrayas y negrilla fuera de texto)

- El contenido en sentencia de la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema, proferida el 26 de noviembre de 1986 (G.J. CLXXXIV, 358), que reitera que la obligación del médico es de medio y no de resultado y enfatiza la necesidad de prueba de culpa por parte del demandante: *"Mediante contrato el médico se compromete a tratarlo o intervenirlo quirúrgicamente...; para este efecto, aquél debe emplear sus conocimientos profesionales en forma ética, con el cuidado y diligencia que se requieran,* ***sin que, como es lógico, pueda garantizar al enfermo su curación ya que ésta no siempre depende de la acción que desarrolla el galeno pues pueden sobrevenir circunstancias negativas imposibles de prever.***

Por tal razón, ***la jurisprudencia considera que la obligación que el médico contrae por el acuerdo es de medio y no de resultado,*** *de tal manera que si no logra alcanzar el objetivo propuesto con el tratamiento o la intervención realizada,* ***solamente podrá ser declarado civilmente responsable y condenado a pagar perjuicios si se demuestra que incurrió en culpa por haber abandonado o descuidado al enfermo o por no haber utilizado diligentemente en su atención sus conocimientos***

59

científicos o por no haberle aplicado el tratamiento adecuado a su dolencia...". (Subrayas y negrilla fuera de texto)

- El contenido en sentencia de 13 de septiembre de 2002, proferida por la Sala de casación Civil de la Corte Suprema de Justicia (M.P. Dr. Nicolas Bechara Simancas, Exp. No. 6199), se lee: *"A este respecto* ***la jurisprudencia de la Corte****, a partir de su sentencia de 5 de marzo de 1940 (G.J. Tomo XLIX, pág. 116)* ***ha sostenido, con no pocas vacilaciones, que la responsabilidad civil de los médicos*** *(contractual o extracontractual)* ***está regida*** *en la legislación patria* ***por el criterio de la culpa probada****.....por no ser la responsabilidad civil del médico extraña al régimen general de la responsabilidad,* ***respecto de ella "debe operar el principio de la carga de la prueba*** *(artículo 177 del Código de Procedimiento Civil)...*

  Si, entonces, el médico asume, acorde con el contrato de prestación de servicios celebrado, el deber jurídico de brindar al enfermo asistencia profesional tendiente a obtener su mejoría, y el resultado obtenido con su intervención es la agravación del estado de salud del paciente, que le causa un perjuicio específico, ***este debe****, con sujeción a ese acuerdo,* ***demostrar, en línea de principio, el comportamiento culpable de aquél en cumplimiento de su obligación, bien sea por incurrir en error de diagnóstico o, en su caso, de tratamiento****, lo mismo que probar la adecuada relación causal entre dicha culpa y el daño por él padecido, si es que pretende tener éxito en la reclamación de la indemnización correspondiente ....".*

Como lo comprueba la jurisprudencia trascrita, la prosperidad de cualquier pretensión resarcitoria con ocasión de servicios prestados por un médico o una institución de salud, **se encuentra supeditada a la prueba plena por parte del demandante, de un obrar culposo por parte del demandado, pues las obligaciones de éste, son de medio y no de resultado.** La demostración de tal culpa requerirá la demostración de un error de diagnóstico, o en el tratamiento.

En tal sentido, teniendo en cuenta las pruebas obrantes en el expediente y el escrito mismo de demanda, se encuentra no sólo que no hay elemento alguno que permita predicar error de conducta, falta de diligencia o una

mala práctica de **CPO S.A.** o alguno de sus galenos, sino **que incluso hay circunstancias que acreditan un obrar cuidadoso, ajustado a las reglas de la lex artis y en consonancia con los recursos técnicos y científicos de que disponía la demandada.**

En esa medida no puede el Despacho ignorar que **CPO S.A.** y sus galenos actuaron conforme a la lex artis y a la debida diligencia que exige su profesión cuando:

A.- Aplicaron la dosis de anestésico ajustada a las características físicas de la paciente y su clasificación. Es así como en la historia clínica y en un dictamen del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencia, se señala lo siguiente:

> *"Si la dosis de los medicamentos anestésicos y la idoneidad del anestesiólogo tratante son adecuadas el evento convulsivo presentado por la señora Ruth de la Pava estaría dentro de un contexto de una complicación del acto anestésico.* ***Entonces el procedimiento anestésico no tendría falla, sino que la ocurrencia de eventos adversos se presenta en procedimientos de anestesia con buena práctica médica*****".**

De allí que, está probado que la anestesióloga contaba con la idoneidad profesional y experticia necesaria para el adelantamiento del procedimiento, aplicando la dosis adecuada (como consta en la historia clínica fue de bupivacaina 50 mg + lidocaína al 1% con epinefrina 100 mg, siendo que la dosis para éste tipo de bloqueos es de 75 – 250 mg del anestético) que al encontrarse dentro de los rangos establecidos por la lex artis, se escapa del actuar del profesional que se presente toxicidad.

B.- SE TIENE QUE el presunto daño ocasionado a la paciente fue producto de UNA COMPLICACIÓN IMPREVISIBLE, DE LA CUAL NO SE PREDICA CULPA MÉDICA, PUES AL MOMENTO DE PRESENTAR LAS CONVULSIONES, SE SUSPENDIÓ INMEDIATAMENTE LA ADMINISTRACIÓN DEL ANESTÉSICO Y SE PRACTICÓ REANIMACION CON LA ADECUADA ATENCIÓN POR PARTE DE LA ANESTESIÓLOGA

61

De manera que como consta en la historia clínica, se presenta una interrupción de la administración de la mezcla anestésica a la primera manifestación anormal presentada por la paciente por los profesionales que la estaban atendiendo. Asimismo, se estableció un proceso de reanimación cerebro cardiopulmonar de manera inmediata.

C.- LA CLÍNICA CONTABA Y PUSO A DISPOSICION DE LOS GALENOS, TODOS LOS ELEMENTOS NECESARIOS PARA LA ATENCION Y REANIMACION DE LA PACIENTE, AL NIVEL DE LA CLÍNICA.

D.- La complicación sufrida por la paciente fue imprevisible, pues se tiene probado que la toxicidad por los anestésicos locales, además de ser necesarios para realizar la intervención médica, tienen complicaciones graves infrecuentes. La complicación presente en la punción vascular directa advertida e inadvertida es del 1% de los casos registrados en el mundo. Además, se tiene que para el año 2010, fecha de los hechos, no existían pruebas previas ni equipos o instrumentos de obligatorio uso por el personal de salud que debieron emplearse al momento de administrar el anestésico.

E.- No existía en la historia clínica de la paciente anotación alguna que diera cuenta de que había presentado antecedes toxicológicos o reacciones adversas a fármacos o medicamentos, esto aunado a que la paciente no manifestó en el triage cuando fue evaluada, que fuese alérgica a algún anestésico, se tiene que era de difícil previsión, prácticamente imprevisible, que fuese a tener una reacción adversa a un medicamento común y necesario como el que le fue aplicado.

Así las cosas, no hubo en el presente proceso error en el tratamiento por parte del galeno y mucho menos por parte de **CPO S.A. quien puso a disposición de estos todos los elementos y equipos necesarios para el tratamiento de la paciente,** por lo que no se observa un solo hecho constitutivo de culpa médica. Al faltar dicha culpa, se hace imposible cualquier declaratoria de una responsabilidad, por falta de uno de sus elementos esenciales, y así solicito del señor Juez declararlo en la sentencia que le ponga fin al presente proceso.

3.- CONSENTIMIENTO INFORMADO

62

Tal como se encuentra probado en el proceso, existe el consentimiento informado firmado por la paciente. Es decir que Ruth de la Pava Ordoñez conocía plena y suficientemente de las posibles complicaciones graves que se podían derivar de la intervención y de la administración de anestésico y voluntaria y libremente decidió asumir dichos riesgos.

4.- INEXISTENCIA DE NEXO CAUSAL

La médica, como toda responsabilidad civil contractual o extracontractual, no escapa a la exigencia de concurrencia de todos y cada uno de los elementos axiológicos que el ordenamiento contempla para que ella se entienda configurada. Dentro de ellos, se encuentra la necesidad de que la parte demandante acredite de manera plena en el proceso, que el perjuicio cuya reparación persigue, realmente provino de manera directa una conducta del demandado. Entre la acción o la omisión de éste y el daño, debe mediar, necesariamente, un nexo de causalidad directo y adecuado, debidamente probado.

Ahora bien, la principal teoría de que se ha valido nuestra jurisprudencia para determinar la existencia del nexo causal, es la de la "causalidad adecuada". Según ésta, para que exista relación causal, la acción o la omisión tiene que ser la efectiva y directamente adecuada para la producción del efecto. Lo que se requiere es, no que determinada conducta aparezca como condición del resultado, sino que aquélla, en un juicio de adecuación, efectivamente conduzca a ese resultado.

Lo cierto entonces es que, la necesidad de plena prueba de una relación de causalidad adecuada que pesa sobre el demandante en orden a la prosperidad de cualquier pretensión resarcitoria suya, ha de ir acompañada de un examen respecto de la concurrencia de conocidas circunstancias atenuantes o excluyentes de la relación de causalidad, como lo son aquellas condiciones preexistentes al acto que se aduce dañino, que pudieron determinar la causación, o incluso causar directamente, el daño alegado.

En ese orden de ideas, un examen del expediente en el presente caso, **además de no mostrar relación de causalidad adecuada entre el desenlace conocido y la conducta de los galenos, quienes durante**

63

la atención de la paciente se ciñeron con estrictez a la lex artis, y que la CPO S.A. PUSO A DISPOSICION TODOS LOS ELEMENTOS NECESARIOS PARA LA INTERVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE RUTH DE LA PAVA ORDÓÑEZ, sí pone en evidencia que LAS COMPLICACIONES GRAVES QUE SUFRIÓ LA PACIENTE NO son más que COMPLICACIONES IMPREVISIBLES, LAS CUALES FUERON CONOCIDAS Y ACEPTADAS POR LA PACIENTE EN EL CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Así las cosas, demostrado se encuentra que el fallecimiento de la paciente **NADA TUVO QUE VER con el actuar de la clínica pues está siempre puso a disposición de la misma todos los elementos necesarios para su tratamiento e intervención.**

Así, pues, además de no existir conducta contraria a la lex artis por parte de los doctores ni por parte de **CPO S.A.** que permita predicar el nexo de causalidad adecuada, indispensable para el nacimiento de una responsabilidad civil, impiden radicar en cabeza de los demandados una declaración de responsabilidad, por la sencillísima razón de no existir teleología alguna, objetivamente establecida, entre los aludidos "daños" y el actuar de los mismos.

V.- EXCEPCIONES DE MÉRTIO FRENTE A LAS PRETENSIONES DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

Además de declarar de oficio todas aquellas circunstancias que se encuentren probadas al interior del proceso, que desvirtúen las pretensiones de la demanda, de conformidad con lo ordenado por el Código General del Proceso, indico al Despacho las siguientes:

1.- PRESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES DERIBADAS DEL CONTRATO DE SEGURO

En cuanto al tema, recapitulando diremos que el artículo 1081 del Código de Comercio consagra la normatividad general sobre prescripción extintiva que opera en el Contrato de Seguro; tal disposición estipula lo siguiente:

*"**ARTÍCULO 1081. PRESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES.** La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria.*

La prescripción ordinaria será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción.

La prescripción extraordinaria será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho.

Estos términos no pueden ser modificados por las partes."

A partir del estudio de la norma antes transcrita, se concluye que el ordenamiento jurídico establece dos tipos de prescripción, siendo estas la ordinaria, cuyo término es de dos años que empiezan a contarse desde el momento en el cual **el interesado haya tenido o debido tener conocimiento** del siniestro; y la extraordinaria, la cual corre durante el término de cinco años, contra terceros que, por circunstancias de hecho, se han visto afectados por la ocurrencia de un riesgo amparado por la póliza de seguro.

Respecto del término de prescripción ordinaria se tiene que este corre contra el interesado, quien será el sujeto de derecho habilitado para exigir indemnización por parte del asegurador con ocasión de la ocurrencia de un siniestro. Es así como la Corte Suprema de Justicia ha afirmado que "por interesado debe entenderse quien deriva algún derecho del contrato de seguro, que al tenor de los numerales 1, 2 y 3 del artículo 1047 son el tomador, el asegurado, el beneficiario y el asegurador". *(C.S.J sentencia de 4 de Julio de 1977, publicada en el Informe normativo Jurídico de Fasecolda, núm. 3, septiembre de 1977).*

Por esta razón es incuestionable que en el presente caso, **el término de prescripción que procede en contra de la acción que tiene CPO S.A. es el ordinario, al ser este el asegurado y beneficiario de la póliza de seguro.**

65

Como resultó probado en el proceso, se configuró plenamente la prescripción ordinaria, ya que el hecho presuntamente dañoso ocurrió el 22 de febrero de 2010, fecha en la cual **CPO S.A.** tuvo tener conocimiento del efecto adverso del anestésico en la paciente.

Luego, ajustándonos a derecho tenía que empezar a contar el término de prescripción ordinaria de la acción desde el 22 de febrero de 2010 hasta el 22 de febrero de 2012, fecha en la cual esta se consolidó al transcurrir los dos años que prevé el inciso segundo del artículo 1081 del Código de Comercio, sin que se radicara la demanda contra mi mandante o se convocara a conciliación extrajudicial, únicas formas de interrumpir la prescripción. Téngase en cuenta que fue solo hasta agosto de 2016 que mi mandante tuvo conocimiento del presunto siniestro, con lo cual incluso el término extraordinario de prescripción, se consumó.

2.- AUSENCIA DE COBERTURA

La póliza expedida por mi mandante, ampara la responsabilidad civil profesional médica, siendo ésta NO LA RESPONSABILIDAD MÉDICA INDIVIDUAL DE CADA GALENO, PUES ELLOS DEBEN TENER SU PROPIA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD, SINO LA RESPONSABILIDAD DE LA CLÍNICA. ES DECIR, QUE EN LA MEDIDA EN QUE LA CLÍNICA PONGA A DISPOSICIÓN DEL PACIENTE TODOS LOS ELEMENTOS NECESARIOS PARA SU TRATAMIENTO, ATENCIÓN E INTERVENCIÓN, NO PROCEDE ACCIÓN ALGUNA QUE PRETENDA AFECTAR EL AMPARO OTROGADO POR LA PÓLIZA PUES, DESBORDARÍA SU COBERTURA.

3.- EXCEPCIÓN DE INEXISTENCIA DE AMPARO DE LUCRO CESANTE Y DE DAÑOS MORALES

En el caso que nos ocupa, reclama la parte demandante indemnizaciones a título de supuesto lucro cesante y de daños morales, claro está, sin determinar un monto exacto para tales rubros, lo que ya, de entrada, desvirtúa insalvablemente la certeza de tal perjuicio.

Ahora bien, en las condiciones generales de la póliza expedida por mi mandante y en las particulares, las partes, en ejercicio de la autonomía privada a ellas reconocida constitucionalmente, y de la libertad contractual

66

inherente a ésta, y protegida por el artículo 1602 del Código Civil, no incluyeron dentro de los amparos del seguro, la indemnización del lucro cesante ni de los perjuicios morales.

En tales circunstancias, habrá de darse aplicación a la normatividad general sobre seguros de daños –una de cuyas categorías es el seguro de responsabilidad civil-, que como bien lo sabe el Señor Juez, supedita la cobertura del lucro cesante y de los perjuicios morales, al hecho de existir estipulación expresa tendiente a ampararlos.

Ese principio, que es de los más elementales del Derecho de los Seguros, se encuentra consagrado en el artículo 1088 del Código de Comercio, cuyas voces son del siguiente tenor: "*Respecto del* asegurado, *los seguros de daños serán contratos de mera indemnización y jamás podrán constituir para él fuente de enriquecimiento. La indemnización podrá comprender a la vez el daño emergente y el lucro cesante, pero este último deberá ser objeto de un acuerdo expreso*".

Así mismo, ha dicho la jurisprudencia:

> "*... de conformidad con los preceptos que rigen el seguro de daños, el límite de la indemnización debe corresponder al daño emergente y al lucro cesante siempre y cuando éste último factor haya sido objeto de pacto expreso entre los contratantes*" (Corte Suprema de Justicia, Sentencia proferida por la Sala de Casación Civil el 12 de agosto de 1998, Expediente Nro. 4894, M.P. Dr. Carlos Esteban Jaramillo Schloss)

Lo anterior implica indefectiblemente, que en el hipotético, pero altamente improbable caso de que se encuentre algún tipo de responsabilidad, ésta no podrá generar ningún tipo de condena a **LIBERTY SEGUROS S.A.** al pago de lucro cesante ni de los daños morales, pues la ley supedita la cobertura de los mismos en el seguro, a la existencia de pacto expreso, y la póliza expedida por mi mandante no contiene estipulación alguna en tal sentido.

VI.- PRUEBAS Y ANEXOS

Coadyuvo en su integridad la solicitud de pruebas realizada por **CPO S.A.** en sus escritos de contestación de demanda y, adicionalmente, solicito respetuosamente del Señor Juez, se sirva decretar y tener como pruebas, las siguientes:

1. DOCUMENTAL:

Copia de la póliza expedida por mi mandante, la cual, por constar en el expediente, nos abstenemos de replicar.

2. INTERROGATORIO DE PARTE:

Solicito al Despacho fijar fecha y hora para que, tanto los demandantes, como el llamante en garantía, acudan al Despacho a absolver el interrogatorio que formularé en audiencia, o que allegaré en sobre cerrado con anterioridad a la misma.

3.- TESTIMONIAL:

Solicito al Despacho, señalar fecha y hora para que la Doctora **GLORIA NAVAS GARCÍA,** mayor de edad, y domiciliada en Bogotá, D.C., quien obró como anestesióloga en los hechos que se narran en la demanda, acuda a declarar lo que le conste sobre las circunstancias de tiempo, modo y lugar en que se produjo la atención y suministro de anestesia a la causante, así como la causa y efectos de la complicación por ella padecida.

La Doctora **NAVAS GARCÍA,** podrá ser citada a través de la demandada **CENTRO POLICLÍNICO DEL OLAYA S.A. – CPO.**

VII.- NOTIFICACIONES.

La demandante y su apoderada, las recibirá en la dirección que aparece en el escrito de demanda; el apoderado de la llamante en garantía, las recibirá en la dirección que aparece en el escrito de llamamiento en garantía; la

llamada en garantía, las recibirá en la calle 72 No. 10-07 de la ciudad de Bogotá D.C.

Por mi parte, en mi calidad de apoderado de la llamada en garantía, recibiré las notificaciones en la Secretaría del Despacho y, en la Carrera 18 No. 78-40, oficina 702 de Bogotá, D.C.

En atención,

JUAN DAVID GÓMEZ PÉREZ
C.C. 1.115.067.653 de Buga
T.P. 194.687 del C. S. de la J.

47

JUZGADO 51 CIVIL CTO.

9 folios

JUL 10'19 PM 2:25

Respetado

CARLOS ALBERTO SIMOÉS PIEDRAHITA

JUEZ CINCUENTA Y UNO (51) CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ

E. S. D.

Referencia:	**Proceso Verbal de Mayor Cuantía** Radicado N° 2014-376
Demandante:	JUAN SEBATIAN DE LA PAVA ORDOÑEZ Y OTROS.
Demandados:	SALUD TOTAL EPS-S S.A.Y OTROS.
Llamados en Garantía:	GLORIA STELLA NAVAS GARCIA Y OTROS.

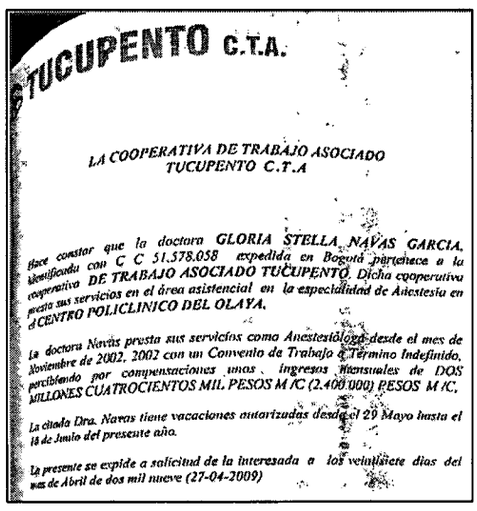
ASUNTO: CONTESTACION DEL LLAMAMIENTO EN GARANTIA FORMULADO POR PARTE DEL CENTRO POLICLINICO EL OLAYA – CPO – EN CONTRA DE LA DRA. GLORIA STELLA NAVAS GARCIA

JOÁN SEBASTIÁN MARÍN MONTENEGRO, identificado con la cédula de ciudadanía 1.016.037.522 de Bogotá y con Tarjeta Profesional de Abogado No. 278.639 expedida por el Honorable Consejo Superior de la Judicatura, domiciliado y residente en la ciudad de Bogotá D.C., actuando como apoderado especial de la llamada en garantía Dra. **GLORIA STELLA NAVAS GARCIA,** domiciliada y residente en la ciudad de Bogotá D.C. de conformidad con reconocimiento de personería jurídica de auto del 3 julio de 2019, a través del presente escrito con el respeto acostumbrado y dentro del término legal me permito presentar **CONTESTACION DEL LLAMAMIENTO EN GARANTIA FORMULADO POR PARTE DEL CENTRO POLICLINICO EL OLAYA – CPO – EN CONTRA DE LA DRA. GLORIA STELLA NAVAS GARCIA,** en los siguientes términos:

I. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

AL HECHO PRIMERO: NO ME CONSTA la naturaleza jurídica que tenga el CPO ni la totalidad de servicios que presta a favor de las EPS con las que tiene convenio. Pues mi mandante únicamente para la época de los hechos prestaba sus servicios profesionales en Anestesiología a través de una CTA que tenía convenio con el CPO.

AL HECHO SEGUNDO: NO ES CIERTO mi mandante no prestaba sus servicios directamente al CPO sino por una CTA Tucupento persona jurídica que prestaba su servicio asistencial bajo la especialidad de Anestesia al CPO como dice la certificación que se adjunta con el presente escrito:



TUCUPENTO C.T.A.

LA COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO TUCUPENTO C.T.A

Hace constar que la doctora GLORIA STELLA NAVAS GARCIA, identificada con C C 51.578.058 expedida en Bogotá pertenece a la cooperativa DE TRABAJO ASOCIADO TUCUPENTO. Dicha cooperativa presta sus servicios en el área asistencial en la especialidad de Anestesia en el CENTRO POLICLINICO DEL OLAYA.

La doctora Navas presta sus servicios como Anestesiólogo desde el mes de Noviembre de 2002, 2002 con un Convenio de Trabajo a Término Indefinido, percibiendo por compensaciones unos ingresos mensuales de DOS MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS M /C (2.400 000) PESOS M /C.

La citada Dra. Navas tiene vacaciones autorizadas desde el 29 Mayo hasta el 18 de Junio del presente año.

La presente se expide a solicitud de la interesada a los veintisiete días del mes de Abril de dos mil nueve (27-04-2009)

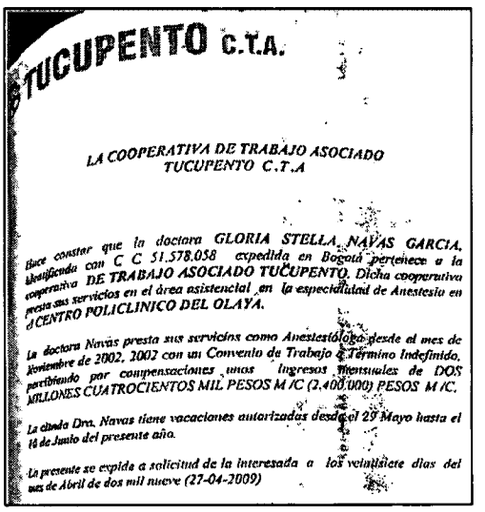
AL HECHO TERCERO: ES CIERTO en cuanto a la identificación del extremo activo e integrantes del mismo.

AL HECHO CUARTO: ES PARCIALMENTE CIERTO pues es pertinente aclarar que el CPO en su llamamiento indica la tesis planteada por el extremo demandante, la cual, se debe entender dentro del contexto de la atención médica de la paciente como ampliamente quedó explicado en la contestación de la demanda, pues lo realmente acontecido fue una materialización de un riesgo inherente del acto anestésico sin que haya una culpabilidad ni un nexo causal con la actuación médica desplegada por parte de la Dra. GLORIA STELLA NAVAS GARCIA.

AL HECHO QUINTO: NO ES CIERTO es pertinente aclarar que el CPO en su llamamiento indica la tesis planteada por el extremo demandante, la cual, se debe entender dentro del contexto de la atención médica de la paciente como ampliamente quedó explicado en la contestación de la demanda, pues lo realmente acontecido fue una materialización de un riesgo inherente del acto anestésico sin que haya una culpabilidad ni un nexo causal con la actuación médica desplegada por parte de la Dra. GLORIA STELLA NAVAS GARCIA.

AL HECHO SEXTO: NO ES CIERTO no hay ninguna obligación de indemnizar por parte de mi mandante en virtud del artículo 2341 de la les sustancial civil, pues además que hubo un cumplimiento de la lex artis por parte de mi prohijada en la atención de la paciente, no hay nacimiento de ninguna relación legal, reglamentaria o contractual entre la Dra. Navas y el CPO por lo que es inane el llamamiento efectuado por esta última.

AL HECHO SEPTIMO: NO ES CIERTO teniendo en cuenta que para la época de los hechos hubo una relación laboral entre mi mandante y la CTA Tucupento persona jurídica que prestaba su servicio asistencial bajo la especialidad de Anestesia al CPO como dice la certificación que se adjunta con el presente escrito:



TUCUPENTO C.T.A.

LA COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO TUCUPENTO C.T.A

Hace constar que la doctora GLORIA STELLA NAVAS GARCIA, identificada con C C 51.578.058 expedida en Bogotá pertenece a la cooperativa DE TRABAJO ASOCIADO TUCUPENTO. Dicha cooperativa presta sus servicios en el área asistencial en la especialidad de Anestesia en el CENTRO POLICLINICO DEL OLAYA.

La doctora Navas presta sus servicios como Anestesiólogo desde el mes de Noviembre de 2002, 2002 con un Convenio de Trabajo a Término Indefinido, percibiendo por compensaciones unos ingresos mensuales de DOS MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS M /C (2.400.000) PESOS M /C.

La citada Dra. Navas tiene vacaciones autorizadas desde el 29 Mayo hasta el 16 de Junio del presente año.

La presente se expide a solicitud de la interesada a los veintisiete días del mes de Abril de dos mil nueve (27-04-2009)

II. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LAS PRETENSIONES DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

Me **OPONGO** a la prosperidad de las pretensiones 1 y 2 del llamamiento en garantía en el entendido que la entidad **CENTRO POLICLINICO DEL OLAYA –CPO-** en calidad de llamante de la Dra. GLORIA STELLA NAVAS GARCIA no ha demostrado la existencia de una obligación de garantía a su favor, pues no hay pieza documental ni probatoria alguna que acredite que mi mandante se encuentre comprometida a GARANTIZAR O REEMBOLSAR los dineros que la llamante tenga que eventualmente cancelar a la demandante, y finalmente el valor de la asistencia jurídica que haya incurrido la mentada sociedad médica; pues la entidad llamante no tiene ningún derecho legal, contractual o convencional que la habilite a llamar en garantía en el proceso en curso a mi prohijada.

Adicional a lo antedicho, dentro del presente proceso no se ha podido demostrar la responsabilidad civil médica deprecada en cabeza de mi mandante la Dra. GLORIA STELLA NAVAS GARCIA toda vez que **el perjuicio alegado es producto de un riesgo inherente de la Anestesia Regional practicada el 22 de febrero de 2010, y en el caso en concreto la galena GLORIA STELLA NAVAS GARCIA hizo el abordaje anestésico indicado, más el manejo de la complicación del paciente hasta su estabilización y entrega en UCI pero con respuesta desfavorable por compromiso severo de la salud de la paciente y fallecida el día siguiente de la atención médica, todo conforme a la *lex artis***, por lo que la fuente de la responsabilidad es una circunstancia totalmente ajena a la conducta de mi representada y que se escapa a su control.

III. PROPOSICION DE EXCEPCIONES DE MERITO POR PARTE DE LA LLAMADA EN GARANTÍA DRA. GLORIA STELLA NAVAS GARCIA

PRIMERA: INEXISTENCIA DE POSTULADOS LEGALES Y PROCESALES DEL LLAMAMIENTO EN GARANTIA EFECTUADO POR PARTE DEL CENTRO POLICLINICO EL OLAYA – CPO – EN CONTRA DE LA DRA. GLORIA STELLA NAVAS GARCIA

De conformidad con el artículo 64 del C.G.P. se dice que el llamamiento en garantía radica en:

> *"**Quien afirme tener derecho legal o contractual** a exigir de otro la indemnización del perjuicio que llegare a sufrir o el reembolso total o parcial del pago que tuviere que hacer como resultado de la sentencia que se dicte en el proceso que promueva o se le promueva, **o quien de acuerdo con la ley sustancial** tenga derecho al saneamiento por evicción, podrá pedir, en la demanda o dentro del término para contestarla, que en el mismo proceso se resuelva sobre tal relación".* (Resaltado fuera de texto original).

De acuerdo con la norma que regula el llamamiento en garantía para que sea procedente acudir a tal figura procesal, **debe existir previamente entre llamante (garantizado) y llamado (garante) un derecho legal o contractual por el cual el garante este obligado a cumplir con la garantía para con el llamante.** En el presente evento, el apoderado de la institución que llama en garantía a mi mandante radica su argumento sin aportar una sola prueba documentales donde se indique el tipo de responsabilidad a cargo de mi mandante, solo que prestaba sus servicios a favor del CPO desconociendo un acto propio y una relación contractual con una persona jurídica como lo es l CTA Tucupento quien prestaba servicios profesionales de anestesiología a la IPS donde fue atendida la paciente.

Sobre el punto en comento la Corte Suprema de Justicia[1] ha dicho respecto del llamamiento en garantía que *"El llamamiento en garantía es uno de los casos de comparecencia forzosa de terceros, que se presenta cuando entre la parte y el tercero, existe una relación legal o contractual de garantía que lo obliga a indemnizarle al citante el "perjuicio que llegare a sufrir o el reembolso total o parcial del pago que tuviere que hacer como resultado de la sentencia" que se dicte en el proceso que genera el llamamiento".* (Subrayas fuera del texto original). En otro pronunciamiento la misma corporación[2] precisó que *"La relación material del llamamiento involucra únicamente al llamante y la llamada. No se expande a ningún otro sujeto procesal ni siquiera a la parte actora, al punto que solo será objeto de estudio en el evento de prosperidad de las suplicas, de modo que si estas se desestimaren el análisis resulta inocuo o innecesario, por regla general".* (Resaltado fuera de texto).

Por lo anterior, para el CPO como llamante no podrá cumplir con la carga de la prueba que le impone el artículo 167 del C.G.P. en cuanto a demostrar el supuesto de hecho reclamado en el llamamiento en garantía, pues se reitera, contrataba los servicios profesionales de Anestesia con una persona jurídica y no con una persona natural directamente como lo pretende hacer con el llamamiento efectuado. Aunado a que se concluye de entrada a que hay una falta de legitimación por pasiva conforme al artículo 97 del C.P.C. respecto de mi prohijada y que será resuelta con la totalidad de argumentos expuestos en el presente escrito en la decisión de fondo por sentencia de conformidad con lo indicado por parte de este despacho en auto del 3 de julio de 2019.

SEGUNDA: EXISTENCIA DE UNA RELACION DE TRABAJO ENTRE LA DRA. GLORIA STELLA NAVAS GARCIA Y LA CTA TUCUMAN QUE DESVIRTUA LA EXISTENCIA DE LA OBLIGACION DE GARANTIA CON EL CPO

A su vez el llamamiento en garantía busca trasladar a un tercero los efectos adversos de la sentencia que llegue a producirse, esto es, la obligación de pagar o reembolsar lo pagado, con fuente en un supuesto contrato celebrado entre las partes o la ley, que le impondría en este caso a mi mandante una obligación que le es propia y que es ajena al hecho que generó la obligación del garantizado porque no es producto de su voluntad o es aporte causal de la obligación de reparar. En consecuencia, y como bien lo manifiesta la certificación que se aporta con el presente escrito, la CTA Tucupento tenía una vinculación de carácter laboral con mi mandante, que en términos del artículo 22 del Código Sustantivo del Trabajo se entiende como:

---

[1] Sentencia del 27 de abril de 2018 SC CSJ MP MARGARITA CABELLO BLANCO.
[2] Sentencia CSJ SC5885-2016.

"1. Contrato de trabajo es aquel por el cual una persona natural se obliga a prestar un servicio personal a otra persona, natural o jurídica, bajo la continuada dependencia o subordinación de la segunda y mediante remuneración.
2. Quien presta el servicio se denomina trabajador, quien lo recibe y remunera, {empleador}, y la remuneración, cualquiera que sea su forma, salario".

Por la anterior definición y a la luz del artículo 57 del CPC hoy artículo 64 del CGP, hay que definirse cuál es la causa y objeto del contrato a fin de definir si hay una obligación de garantía lo que no opera en el presente evento (como si lo haría un contrato de seguro) pues el contrato de trabajo tiene como objeto la satisfacción de una actividad en contraprestación de una remuneración económica denominada salario, de la cual no se desprende bajo ninguna circunstancia que de un contrato de trabajo pueda existir la obligación del trabajador de garantizar a su empleador, para que el caso en que éste resulte condenado en un proceso judicial, nazca el débito de indemnizarlo por el mismo, que es finalmente la garantía, pero que es extraña, ajena e independiente al contrato laboral.

De conformidad con lo anteriormente mencionado, como se puede verificar del escrito del llamamiento en garantía en contra de mi prohijada, este tiene su nacimiento porque la galena participó en el acto anestésico de la paciente, esto es, por una supuesta incidencia en el daño alegado que reclama el demandante a CPO y a la EPS, es decir, que no hay ninguna existencia de un vínculo contractual o legal entre mi mandante y las personas jurídicas demandadas para que la galena encartada sea llamada a responder o hacer el reembolso por las eventuales condenas judiciales, sino al tenor de unos argumentos etéreos y no comprobados esbozados por la demandante salga avante una responsabilidad civil médica.

Así las cosas, se desvirtúa el precepto que índica el artículo 64 del estatuto procesal civil pues hay una inexistencia del derecho legal o contractual para citar a mi poderdante al presente proceso, máxime si el artículo 1602 del estatuto procesal civil indica muy claramente que el contrato es ley para los contratantes, **En este caso ni siquiera hay un contrato *inter partes* pues mírese las pruebas allegadas con el llamamiento en garantía por el CPO no hay ningún vinculo que lo relacione con mi mandante la Dra. GLORIA STELLA NAVAS GARCIA, por lo que se itera, la relación laboral que tenía vigencia para la época de los hechos era con la CTA Tucupento persona jurídica que tenía una relación de prestación de servicios con la llamante en este evento.**

TERCERA: DESCONOCIMIENTO DEL ACTO PROPIO POR PARTE DE LA LLAMANTE EN GARANTÍA EN LA CONTESTACION DE LA DEMANDA

Por otro lado, se debe hacer especial mención que la parte llamante endilgue algún tipo de responsabilidad Sobre el hecho causal de la demanda, si en la contestación del libelo genitor se tiene que señaló en sus excepciones perentorias:

> Como el evento corresponde a una complicación descrita como probable dentro de los riesgos de uso de los bloqueos periféricos en una estadística de menos del 1%, por lo que se colige que la técnica utilizada para éste caso en específico que no existe una presunción de culpa, como si prueba con las siguientes conductas que CPO S.A. y la Dra. Gloria Navas actuaron dentro del marco de la diligencia, pertinencia y cuidado:

> - [illegible] primera manifestación anormal presentada por la paciente, según lo manifestado por la Dra. Gloria Navas.
> - Se estableció un proceso de reanimación cerebro cardiopulmonar de manera inmediata, tal como quedo descrito en la historia clínica.
> - CPO S.A. contaba con disponibilidad de Unidad de Cuidado Intensivo y de todos los recursos para manejo de la paciente, sin presentarse ninguna restricción que pudiera entorpecer la atención.

> Es así como en el caso en particular, la Dra. Gloria Navas puso a su alcance todos los medios dentro de su especialidad a efecto de adelantar el bloqueo, sin que se pueda predicar la existencia del elemento culpa, siendo que el procedimiento anestésico se hacía necesario para el bloqueo del plexo braquial y posteriormente el adelantamiento del procedimiento.

Ahora, desde antaño la Corte Constitucional[3] ha venido desarrollando la teoría del respeto al acto propio conceptuando que es *"Un tema jurídico que tiene como sustento el principio de la buena fe es el del respeto*

[3] Sentencia T-827/99 (M.P. Alejandro Martínez Caballero)

al acto propio, en virtud del cual, las actuaciones de los particulares y de las autoridades públicas deberán ceñirse a los postulados de la buena fe (art. 83 C.N). ***Principio constitucional, que sanciona entonces, como inadmisible toda pretensión lícita, pero objetivamente contradictoria, con respecto al propio comportamiento efectuado por el sujeto"*** (Se resalta)
Asimismo, la misma corporación en otro desarrollo jurisprudencial señaló que *"La teoría del respeto del acto propio, tiene origen en el brocardo "Venire contra pactum proprium nellí conceditur" y, su fundamento radica en la confianza despertada en otro sujeto de buena fe, en razón de una primera conducta realizada. Esta buena fe quedaría vulnerada, si fuese admisible aceptar y dar curso a una pretensión posterior y contradictoria".* (Se subraya).

Es así como del vínculo contractual celebrado entre las partes, donde mi mandante se comprometía a prestar sus servicios profesionales a favor de la CTA Tucupento empresa de origen privado que prestó sus servicios a través de los galenos contratados a favor de la IPS CPO, situación jurídica concreta enmarcado en una naturaleza de contrato de prestación de servicios y que ahora no puede ser variada conforme a una interpretación unilateral que hace la llamante en garantía y que sea de esa manera por parte de la jurisdicción ordinaria, pues afectaría tajantemente el postulado de buena fe (sustento del respeto al acto propio), máxime si la conexión legal que pretende realizar la parte llamante esta fuera de todo contexto jurídico en cuanto la obligación de indemnizar no es propia de los contratos de trabajo, ni así lo contempla el código sustantivo del trabajo, por lo que no se puede permitir por parte de este respetado despacho una ficción legal ajena al ordenamiento jurídico laboral, para garantizar una supuesta condena en contra del CPO máxime si ésta llamo en garantía aseguradora que es parte del presente proceso.

Lo anterior, toda vez que la buena fe debe presidir al trafico jurídico pactado entre las partes, pues impone un deber de seriedad en la actuación y cumplimiento de obligaciones durante y después de la vigencia del contrato ya que aquella declaración de voluntad contiene un designio de alcance jurídico indudable, manifestado explícitamente, tal como se desprende del texto literal de la declaración, por lo que no es dable al actor (llamante) desconocer, ahora, el efecto jurídico que se desprende de aquel acto ya que tenía conocimiento de una relación laboral de mi mandante con la sociedad que le prestaba los servicios de anestesiología a través de médicos profesionales.

Por lo mencionado, resulta claro que el llamamiento en garantía, objeto de inconformidad, no está llamado a prosperar, por no existir derecho legal o contractual, fundamentos probatorios, legales y sustanciales para soportar el llamamiento en garantía en contra de mi representada Dra. GLORIA STELLA NAVAS GARCIA. Ni tampoco el juzgador puede avalar la conducta de desconocimiento de las obligaciones y estipulados contractuales con una sociedad de carácter privado que prestaba servicios de Anestesiología para vincular jurídicamente a mi mandante al presente trámite judicial. Razón por la cual solicito respetuosamente a su Honorable Despacho que revise una vez más los fundamentos y derechos invocados por el CENTRO POLICLINICO DEL OLAYA –CPO- en su escrito de llamamiento de garantía, y se tenga en cuenta que al no existir derecho legal o contractual que pueda invocar respecto de mi poderdante, en los términos de los artículos 64 y 65 del Código General del Proceso (Articulo 57 del CPC), el llamamiento no debe ser declarado.

Debe tenerse en cuenta que para que un llamamiento en garantía prospere se tiene que probar que hay de alguna forma una relación que permita que el llamante tenga que soportar de algún modo una posible condena dentro de un proceso como el de la referencia, sin embargo dentro del presente llamamiento no se encuentra sustento probatorio, siquiera sumario, de la relación que endilga la poderdante del CENTRO POLICLINICO DEL OLAYA –CPO-, por lo que esta orfandad de prueba en la oportunidad y momento habilitados por el sistema procesal, hacen que la vinculación invocada carezca de cualquier piso jurídico que la sustente.

CUARTA: GENÉRICA O INNOMINADA

Con fundamento en lo previsto en el artículo 282 del Código General del Proceso, solicito a su Honorable Despacho se sirva reconocer de oficio cualquier tipo de excepción de mérito que aparezca acreditada en el proceso.

IV. PETICIONES

De conformidad con lo anteriormente expuesto, solcito respetuosamente a esta judicatura la declaración de las siguientes:

PRIMERA: Se **NIEGUEN** las pretensiones del llamamiento en garantía efectuado por parte del **CENTRO POLICLINICO EL OLAYA – CPO – EN CONTRA DE LA DRA. GLORIA STELLA NAVAS GARCIA.**

SEGUNDA: en consecuencia de lo anterior, se **DECLARE** la prosperidad de las excepciones de mérito propuestas dentro del presente documento, a saber:

"PRIMERA: INEXISTENCIA DE POSTULADOS LEGALES Y PROCESALES DEL LLAMAMIENTO EN GARANTIA EFECTUADO POR PARTE DEL CENTRO POLICLINICO EL OLAYA – CPO – EN CONTRA DE LA DRA. GLORIA STELLA NAVAS GARCIA
SEGUNDA: EXISTENCIA DE UNA RELACION DE TRABAJO ENTRE LA DRA. GLORIA STELLA NAVAS GARCIA Y LA CTA TUCUMAN QUE DESVIRTUA LA EXISTENCIA DE LA OBLIGACION DE GARANTIA CON EL CPO
TERCERA: DESCONOCIMIENTO DEL ACTO PROPIO POR PARTE DE LA LLAMANTE EN GARANTÍA EN LA CONTESTACION DE LA DEMANDA
CUARTA: GENÉRICA O INNOMINADA"

TERCERA: Se **CONDENE** en costas al llamante en garantía **CENTRO POLICLINICO EL OLAYA – CPO-**

V. PRUEBAS

Con el presente escrito adjunto:

A. DOCUMENTALES:

1. Copia de la certificación de la CTA Tucupendo en la cual consta que la Dra. GLORIA STELLA NAVAS GARCIA pertenecía a dicha cooperativa mediante contrato de trabajo y esta última a su vez tenía un contrato de prestación de servicios profesionales para el suministro de médicos anestesiólogos para salas de cirugía. **Es decir, el vínculo contractual del CPO era directamente con la CTA y NO con mi poderdante.**

B. PRUEBA POR OFICIO:

2. Respetuosamente solcito a este despacho de conformidad con el código de procedimiento civil para que OFICIE al CPO y a la CTA TUCUMAN para que alleguen copia y anexos del contrato de trabajo con la Dra. GLORIA STELLA NAVAS GARCIA vigente para el 22 de febrero de 2010. Esto para demostrar la relación contractual base de esta defensa y la ausencia de obligación de indemnización a favor de la llamante en garantía.

VI. PRESENTACION EN TÉRMINO DE LA CONTESTACION DEL LLAMAMIENTO EN GARANTIA DE LA DRA. GLORIA STELLA NAVAS GARCIA.

Se debe precisar a este respetado despacho judicial que la contestación del llamamiento en garantía se realiza dentro del término legal, teniendo en cuenta que la defensa de la Dra. GLORIA STELLA NAVAS GARCIA interpuso recurso de reposición en contra del auto del 1 de agosto de 2016 por medio del cual se admitió el llamamiento en garantía en contra de mi prohijada y empleado por el CPO, interrumpiéndose el termino para acometer la contestación de la demanda, luego por medio de auto del 11 de noviembre de 2016 este despacho tuvo por notificada por conducta concluyente a mi prohijada (fl 42 del cuaderno del llamamiento en garantía) pero aun estando el termino interrumpido por el recurso de reposición de marras.

Luego, por medio de 20 de junio de 2018 indicó que no resolvería el medio de impugnación hasta tanto el Tribunal Superior de Bogotá resolviera sobre el recurso de apelación interpuesto por CPO en contra del auto que le negaba la acumulación de procesos; este recurso fue resuelto por el cuerpo colegiado el 22 de marzo de 2019. Por lo que este despacho con esa decisión, resolvió finalmente el recurso de reposición en contra del auto admisorio del llamamiento en garantía a mi prohijada por medio de auto del 3 de julio del corriente y así empezó a correr el termino de contestación de la llamada en garantía que en los términos de los artículos 57, 314 a 320 del C.P.C. el llamado en garantía cuenta con **cinco (5) días para contestar**

el llamamiento y la demanda principal, los cuales fenecen el **10 de julio** del corriente fecha antes de radicación de este documento, tal y como consta en la anotación del reloj judicial de la secretaria de esta célula judicial.

VI. NOTIFICACIONES

El suscrito apoderado JOAN SEBASTIAN MARIN MONTENEGRO, y la Dra. GLORIA STELLA NAVAS GAWRCIA, recibiremos notificaciones en la Secretaría de su Honorable Despacho, o en las siguientes direcciones:

- Dirección Física: avenida carrera 19 # 114-65 oficina 502 en la ciudad de Bogotá D.C.
- Correo electrónico: asjubo02@gmail.com
- Celular: 3212683505

Del Señor Juez. Cordialmente,

JOAN SEBASTIAN MARIN MONTENEGRO
C.C. 1.016.037.622 de Bogotá D.C.
T.P. No. 278.639 del C. S. de la J.

09 AGO. 2018

09 AGO. 2018

Suspendido

Señor:
JUEZ CINCUENTA Y UNO (51) CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ
E. S.

Asunto: CONTESTACIÓN DE LLAMAMIENTO EN GARANTÍA PRESENTADO POR SALUD TOTAL EPS-S S.A. A CPO S.A.
Proceso Ordinario de Responsabilidad Civil Extracontractual No. 2014-00376

Demandantes: Juan Sebastián de la Pava Ordoñez, Hilda Ordoñez Mejía, Hilda María de la Pava Ordoñez, Jesús de la Pava Zuluaga, Alonso de la Pava Vélez y Benjamín de la Pava Vélez

Demandados: Salud Total EPS-S S.A y CPO S.A.

ADRIANA MORENO MUÑOZ, mayor de edad, domiciliada en Bogotá, identificada con cédula de ciudadanía No. 35.353.883 de Fusagasugá, abogada en ejercicio con tarjeta profesional No. 158.155 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando como mandataria general de **CPO S.A –CENTRO POLICLINICO DEL OLAYA S.A.-**, según mandato general conferido mediante Escritura Pública No. 2400 de la Notaria 33 de Bogotá por la representante legal principal de la sociedad demandada, entidad privada constituida mediante Escritura Pública No. 4.694 de la Notaria 20 de Bogotá del 19 de noviembre de 1991 bajo en número 4263 del Libro XIII con NIT. 800.149.453-6, representado legalmente por la Dra. Nasly Tatiana Jimenez encontrándome dentro del término legal me permito presentar **CONTESTACIÓN AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA** presentado por **Salud Total EPS-S S.A. a CPO**, en los siguientes términos:

1-.PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

Frente al primero: es cierto, así está descrito en el certificado de existencia y representación legal de Salud Total EPS-S S.A.

Frente al segundo: es cierto.

Frente al tercero: es cierto.

Frente al cuarto: es cierto, teniendo en cuenta la obligación de la EPS, de garantizar la prestación de servicios de salud, de conformidad con lo señalada en ley.

Frente al quinto: es cierto, precisando que la responsabilidad emanada frente a la calidad y profesionalismo del personal que preste, el servicio siendo que en el caso de la atención de la señora Ruth de la Pava, recibió atención de una profesional idónea, con experiencia y calificada para el acto anestésico.

2-. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

Me opongo a la prosperidad de las pretensiones del llamamiento en garantía teniendo en cuenta que **NO EXISTIERON ERRORES EN LA ATENCIÓN DE LA SEÑORA RUTH DE LA PAVA ORDOÑEZ ADELANTADA EN CPO** y reiterando los puntos enunciados en la contestación de la demanda que refieren lo siguiente:

- La necesidad del uso de la anestesia local (técnica bloqueo interescalénico) para bloquear el plexo braquial (plexo nervioso que inerva el brazo -nervio cubital, mediano y radial-).
- La adecuada técnica de bloqueo interescalenico, empleado para dar anestesia a los miembros superiores.
- La inexistencia para el año 2010 en Colombia un equipo biomédico que garantizara la aplicación anestésica en determinado lugar.
- Las adecuadas maniobras de reanimación adelantadas tras la ocurrencia del evento anestésico.
- La inexistencia de un nexo causal entre la muerte de la señora Ruth De La Pava y el acto anestésico.
- Es así como en el presente caso las dosis de anestesia se encuentra ajustadas a las características físicas de la paciente y su clasificación.

3-. SOLICITUD

1-. Se absuelva al CENTRO POLICLINICO DEL OLAYA S.A., de cada una de las pretensiones del llamamiento en garantía.

2-. Se declare al CENTRO POLICLINICO DEL OLAYA S.A., exento de cualquier responsabilidad sobre los hechos objeto de la demanda y por supuesto del llamamiento en garantía, dado que no existió ninguna conducta de mi representada de la cual se desprenda la causa de los supuestos perjuicios generados en el acto anestésico adelantado en la humanidad de la señora Ruth De La Pava

3-. Se condene en costas y agencias en derecho a los actores de la demanda

4-. EXCEPCIONES DE MÉRITO

INEXISTENCIA DE FUNDAMENTO PARA LLAMAR EN GARANTIA A CPO S.A. ATENDIENDO QUE NO SE PRESENTÓ FALLA EN LA CALIDAD Y PROFESIONALISMO DE LA ANESTESIOLOGA QUE ATENDIÓ A RUTH DE LA PAVA.

Tal como lo resalta la cláusula de garantía de la calidad, estipulada en el contrato de prestación de servicios de salud vigente para la fecha de atención de Ruth de La Pava, se pactó contractual que mi representado asumiría frente a Salud Total EPS-S la responsabilidad frente a la falta de idoneidad y profesionalismo de los médicos que prestarán el servicios.

En ese orden de ideas, tal como se demostrara con pruebas documentales y testimoniales la Dra. Gloria Navas es una reconocida anestesióloga, con vasta experiencia en la materia, conocedora de su deber profesional y con idoneidad suficiente para la prestación de los mismos.

Por lo anterior, sí el acto anestésico se ajusta a lo indicado por los protocolos médicos universales en la materia, y el evento corresponde a un hecho imprevisible y ajeno al actuar médico, que se escapa de la órbita profesional, como en efecto lo es; no necesariamente le corresponde a CPO S.A. ni menos aún a Salud Total, responder una consecuencia nefasta como es el caso de la muerte, que pese a lamentable, carece de culpa.

ADECUADA ATENCIÓN DE LA ANESTESIOLOGA AL ADELANTAR EL BLOQUEO INTERESCALENEICO

La historia clínica de Ruth de La Pava, correspondiente a la atención cuestionada por los demandantes, describe lo siguiente:

20 de febrero 2010: Acude paciente de 37 años de edad, sin antecedentes de importancia, por presentar caída de su propia altura con trauma en muñeca de mano derecha. A la valoración física signos vitales dentro de rango de normalidad. Presenta deformidad en muñeca derecha, se le ordena una radiografía de muñeca demuestra fractura de radio con angulación dorsal. Valorada por ortopedista Dr. Ricardo Arias Arguello se ordena la colocación de yeso y se realiza inmovilización y además se difiere para reducción y osteosíntesis de radio distal.

22 de febrero 2010 7:27 pm la usuaria es valorada por ortopedia *indicando "Paciente con fractura de radio distal derecha programada para manejo quirúrgico con reducción cerrada y fijación percutánea de radio distal. Durante la realización del bloqueo interescalénico por anestesiología presenta episodio convulsivo, paro cardiaco, se le hace reanimación avanzada y luego de 45 minutos sale a ritmo sinusal y se traslada a UCI".*

Valoración por médico intensivista: 7:49 pm se indica que la paciente se encontraba bajo ventilación mecánica post RCP avanzada, después de presentar paro cardiaco por toxicidad por bupivacaina. Se ingresa a UCI.

Nota textual de anestesiología:

> *"Paciente de 37 años, ASA I, con fractura de radio distal derecho, quien durante bloqueo interescalénico, con bupivacaina 50 mg + lidocaína al 1% con epinefrina 100 mg, presenta episodio convulsivo acompañado de depresión miocárdica. Con actividad eléctrica sin pulso. Se inician maniobras de reanimación cerebrocardiopulmonar, con intubación orotraqueal, masaje cardiaco externo, se inicia adrenalina 1 mg + infusión de 5 ampollas en goteo, entrando en fibrilación ventricular, por lo cual se realiza desfibrilación con 300 Joules. Se continua masaje cardiaco externo durante 45 minutos y se coloca infusión de Lyposin 1750 cc, en 20 minutos, La paciente revierte a ritmo sinusal después de 45 minutos de*

reanimación cerebrocardiopulmonar, presentando signos vitales Tensión arterial 130/60, frecuencia cardiaca 85, Saturación oxigeno 78%.

Se coloca catéter venoso central, e infusión de adrenalina 0.10 mcg /kg/ minuto, se traslada a UCI para monitoreo neurológico y hemodinámico".

Notas en la UCI-A CPO S.A.: 22 de febrero 2010 9:37 pm. Durante la hora y media de estancia en la unidad se ha instaurado manejo ventilatorio protector dadas las presiones elevadas en la vía aérea, se ha soportado con noradrenalina en un intento para desmontar la adrenalina, se ha administrado bolo de manitol, se ha iniciado protección cerebral con tiopental sódico + enfriamiento con sabanas frías y hielo local, infusión de diurético de asa; se coloco línea arterial femoral derecha sin complicaciones

Post RCP avanzada - encefalopatía post reanimación - toxicidad por bupivacaina - síndrome de distress respiratorio - choque cardiogénico.

22 de febrero 2010 11:31 pm: Paciente en mal estado general en choque refractario. Hipoxemia refractaria. Encefalopatía post RCP avanzada. SDRA.

23 de febrero 2010 4:19 a.m. Pésimo estado general, necesidad de dosis elevada de vasopresores para asegurar presiones de perfusión. Hipoxemia refractaria.

23 de febrero 2010 9:08 am. Paciente en mal estado general con hipoxemia refractaria y choque refractario. Se continua manejo vasopresor e inotrópico con levosimendan guiado mediante monitoria de gasto cardiaco continuo.

23 de febrero 2010 13:00 La paciente a las 11:30hrs presento paro cardiaco. Inicia con bradicardia extrema, se inicia RCP con compresiones externas 120 por minuto + ambú, FIO2 100%, 22 respiraciones por minuto, administración de atropina IV hasta 3 mg titulados durante la reanimación. Se logra tensión arterial 120/65, frecuencia cardiaca 90, manteniendo soporte ventilatorio con frecuencia de 25 por minuto. Paciente quien sale del segundo paro después de 24 minutos de RCP, en estado de inestabilidad severa con necesidad de dosis elevadas de inotrópicos y vasopresores.

23 de febrero 2010 13:43 Estando bajo soporte hemodinámico con vasopresores e inotrópicos + FIO2 100%, se inicia a las 12+40hrs RCP avanzada, compresiones torácicas + ventilación con ambú. Administración de atropina 3mg + adrenalina 3mg + calcio 1ampolla + magnesio 1 ampolla y nuevo bolo de bicarbonato de sodio de 30meq. Se realiza RCP durante 20minutos sin obtenerse respuesta, declarándose fallecida a las 13hrs.

De lo anterior se denota el *iter* de la atención de la señora Ruth De La Pava, siendo que suceso corresponde a uno de los riesgos propios del acto anestésico, de difícil presentación e improbable ocurrencia, pero en todo caso se escapa del actuar profesional su presentación.

5-. ANEXOS

- Certificado de Existencia y Representación Legal de CPO S.A., expedido por la Cámara de Comercio de CPO S.A. y que se aportó al despacho al momento de la contestación de la demanda.

6-. NOTIFICACIONES

Al representante legal de CPO S.A y a la suscrita apoderada a la Carrera 21 No. 22 – 68 Sur en Bogotá y a través de su correo electrónico para notificaciones judiciales dir_tatianaj@cpo.com.co., o el que aparezca registrado en el certificado de existencia y representación expedido por la Cámara de Comercio de Bogotá.

Atentamente,

ADRIANA MORENO MUÑOZ
C.C. No. 35.253.883 de Fusagasugá
T.P. No. 158.155 del Consejo Superior de la Judicatura
Apoderada CPO S.A