

MEMORIAL RADICADO- CONTESTACION DEMANDA- Proceso VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL Demandante: IVAN ENRIQUE ESCORCIA CEBALLOS Demandados: CLÍNICA PORTOAZUL S.A. y RODRIGO ALBERTO PENAGOS LÓPEZ Radicado: 08001315301520210006500Rad. 08001315301...

Antonio Dávila García <adavilag@davilabermudezabogados.com>

Mar 18/05/2021 15:45

Para: Juzgado 15 Civil Circuito - Atlantico - Barranquilla <ccto15ba@cendoj.ramajudicial.gov.co>

CC: Javier Orozco <j.oroazco@scare.org.co>; juan_ma212@hotmail.com <juan_ma212@hotmail.com>;

lexworkers@gmail.com <lexworkers@gmail.com>; Christian Insignares Cera <christian.insignares@clinicaportoazul.com>

 13 archivos adjuntos (8 MB)

PODER DEMANDA VERBAL IVAN ESCORCIA VS CLINICA PORTOAZUL- DR. ANTONIO DAVILA.pdf; Email- OTORGAMIENTO PODER ESPECIAL PROCESO IVAN ESCORCIA VS CLINICA PORTOAZUL-RAD. 0080013153015-2021-00065-00.pdf; CERTIFICADO DE EXISTENCIA PORTOAZUL- 20.04.2021.pdf; CONTESTACION DEMANDA IVAN ESCORCIA VS CLINICA PORTOAZUL- paciente con cirugia ortopedica-sin falla medica.pdf; LITERATURA MEDICA DDA- IVAN ESCORCIA- complicaciones-artroscopia-codo (1).pdf; MANUAL MEDICO ADSCRITOS CLINICA PORTOAZUL- DEMANDA IVAN ESCORCIA.pdf; CONSENTIMIENTO INFORMADO IVAN ESCORCIA- procedimiento 15-06-2017 (1).pdf; LITERATURA MEDICA- CASO IVAN ESCORCIA- complicaciones de artroscopias y cirugia articular-.pdf; HISTORIA CLINICA PCTE IVAN ESCORCIA CEBALLOS IVAN ENRIQUE (29-05-2018).pdf; CONVENIO MEDICO ADSCRITO- RODRIGO PENAGOS- DEMANDA IVAN ESCORCIA.pdf; CONSENTIMIENTO INFORMADO IVAN ESCORCIA- procedimiento 04-11-2017.pdf; HISTORIA CLINICA PCTE IVAN ESCORCIA CEBALLOS (Hops. 04-11-2017).pdf; HISTORIA CLINICA- PCTE ESCORCIA CEBALLOS IVAN ENRIQUE (Hosp. 15-6-2017).pdf;

Señor

JUEZ QUINCE CIVIL DEL CIRCUITO DE BARRANQUILLA

Email: ccto15ba@cendoj.ramajudicial.gov.co

E. S. D.

Ref: PROCESO VERBAL DE RESPONSABILIDAD MÉDICA DE IVÁN ENRIQUE ESCORCIA CEBALLOS CONTRA CLÍNICA PORTOAZUL S.A. - RODRIGO ALBERTO PENAGOS LÓPEZ.

Rad. 080013153015 - 2021 - 00065 -00.

ANTONIO DAVILA GARCIA, mayor de edad y domiciliado en la ciudad de Barranquilla, identificado con la cédula de ciudadanía No.72.224.652 de Barranquilla y titular de la Tarjeta profesional de Abogado No.112.262 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en mi calidad debidamente reconocida ya de Apoderado Judicial de la demandada **CLINICA PORTOAZUL S.A.**, sociedad comercial, legalmente constituida, con domicilio principal en la Carrera 30 Corredor Universitario N° 1-850 Puerto Colombia, Atlántico, identificada con el Nit. No. 900.248.882-1 y representada legalmente por el Dr. CRISTHIAN RICARDO INSIGNARES CERA, mayor de edad, vecino de la ciudad de Barranquilla, identificado con la cedula de ciudadanía No. 72.286.234 expedida en Barranquilla, según poder especial conferido, todo lo cual fue acreditado junto con el certificado de existencia y representación y poder otorgado remitidos previamente, por medio de correo electrónico y que acompaño al presente escrito, concurro ante su Despacho dentro de la oportunidad legal, con el fin de proceder a continuación a contestar la demanda que nos fuera notificada por medio de correo electrónico recibido por la sociedad que represento el pasado 19 de abril de 2.021^[1].

ANEXOS

1. Escrito de contestación de la demanda con sus pruebas anexas.

NOTIFICACIONES ELECTRONICAS

Para los efectos previstos en el artículo 3º del Decreto 806 de 2.020, la sociedad que apodero recibe notificaciones y autoriza expresamente como canal de acceso a cualquier comunicación informativa que se surta dentro del proceso, a la siguiente dirección de correo electrónico: christian.insignares@clinicaportoazul.com; y el suscrito apoderado recibe igualmente notificaciones en la secretaría de su despacho o en su oficina de Abogados ubicada en la Carrera 52 No.76-167 Ofic. 408 de la ciudad de Barranquilla, o al email: adavilag@davilabermudezabogados.com , ó vía telefónica y/o WhatsApp a la línea celular: 3008393244.

PRESUNCION DE AUTENTICIDAD DEL ESCRITO REMITIDO

El presente escrito se presume auténtico del suscrito remitente en la forma prevista por el artículo 244 del C.G.P., y cuya remisión electrónica se encuentra autorizada para su incorporación al expediente con apoyo en lo dispuesto en el inciso 2º del artículo 2º del Decreto Legislativo No.806 del 4 de junio de 2.020, y los artículos 21, 26 y 28 del Acuerdo del Consejo Superior de la Judicatura No.PCSJA20-11567 de fecha 5 de junio de 2.020.

Del Señor Juez, atentamente,

ANTONIO DAVILA GARCIA
C.C.No.72.224.652 de Barranquilla
T.P.No.112.262 del C.S. de La Judicatura

[1] ----- Forwarded message -----

De: **Juan Manuel Barros** <juan_ma212@hotmail.com>

Date: lun, 19 abr 2021 a las 12:19

Subject: Notificación Personal Auto Admisorio Demanda - Rad. 08001315301520210006500

To: christian.insignares@clinicaportoazul.com <christian.insignares@clinicaportoazul.com>, consultoriorodrigopenagos@gmail.com <consultoriorodrigopenagos@gmail.com>

Cc: Juzgado 15 Civil Circuito - Atlantico - Barranquilla <ccto15ba@cendoj.ramajudicial.gov.co>

ANTONIO DÁVILA GARCÍA

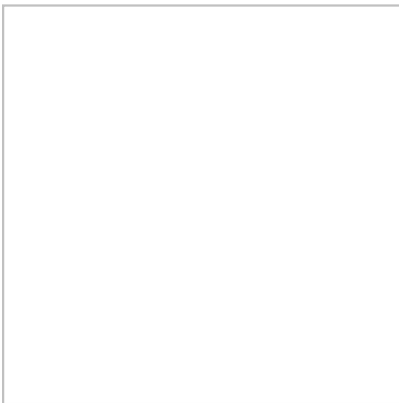
Carrera 52 No.76- 167 Of. 408

Tels; (+57) 3049125 -3049124

Cel. 3008393244

Web. site: www.davilabermudezabogados.com

Barranquilla -Colombia.



De: **Juan Manuel Barros** <juan_ma212@hotmail.com>

Date: lun, 19 abr 2021 a las 12:19

Subject: Notificación Personal Auto Admisorio Demanda - Rad. 08001315301520210006500

To: christian.insignares@clinicaportoazul.com <christian.insignares@clinicaportoazul.com>, consultoriorodrigopenagos@gmail.com <consultoriorodrigopenagos@gmail.com>

Cc: Juzgado 15 Civil Circuito - Atlantico - Barranquilla <ccto15ba@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Juan Manuel Barros ha compartido un archivo de OneDrive con usted. Para verlo, haga clic en el vínculo siguiente.

[Demanda y anexos.pdf](#)

Señores

CLINICA PORTO AZUL S.A.

Dr. RODRIGO ALBERTO PENAGOS LOPEZ

Ciudad.-

Referencia: **VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL**

Demandante: **IVAN ENRIQUE ESCORCIA CEBALLOS**

Demandados: **CLÍNICA PORTOAZUL S.A. y RODRIGO ALBERTO PENAGOS LÓPEZ**

Radicado: **08001315301520210006500**

Cordial saludo

En mi calidad de apoderado de la parte demandante, me permito **notificar el auto admisorio de la demanda** de la referencia de conformidad con lo establecido en los artículos 291 del C.G.P. y 8 del Decreto 806 de 2020.

Se adjuntan como anexo la notificación, el auto admisorio y el traslado de la demanda

Cordialmente,

JUAN MANUEL BARROS OCHOA

c.c. 1026563058 de Bogotá

T.P. 234209 C.S.J.





DÁVILA & BERMUDEZ
A B O G A D O S

Señor

JUEZ QUINCE CIVIL DEL CIRCUITO DE BARRANQUILLA

Email: ccto15ba@cendoj.ramajudicial.gov.co

E. S. D.

Ref: PROCESO VERBAL DE RESPONSABILIDAD MÉDICA DE IVÁN ENRIQUE ESCORCIA CEBALLOS CONTRA CLÍNICA PORTOAZUL S.A. - RODRIGO ALBERTO PENAGOS LÓPEZ.

Rad. 080013153015 - 2021 - 00065 -00.

ANTONIO DAVILA GARCIA, mayor de edad y domiciliado en la ciudad de Barranquilla, identificado con la cédula de ciudadanía No.72.224.652 de Barranquilla y titular de la Tarjeta profesional de Abogado No.112.262 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en mi calidad debidamente reconocida ya de Apoderado Judicial de la demandada **CLINICA PORTOAZUL S.A.**, sociedad comercial, legalmente constituida, con domicilio principal en la Carrera 30 Corredor Universitario N° 1-850 Puerto Colombia, Atlántico, identificada con el Nit. No. 900.248.882-1 y representada legalmente por el Dr. CRISTHIAN RICARDO INSIGNARES CERA, mayor de edad, vecino de la ciudad de Barranquilla, identificado con la cedula de ciudadanía No. 72.286.234 expedida en Barranquilla, según poder especial conferido, todo lo cual fue acreditado junto con el certificado de existencia y representación y poder otorgado remitidos previamente, por medio de correo electrónico y que acompaño al presente escrito, concurre ante su Despacho dentro de la oportunidad legal, con el fin de proceder a continuación a contestar la demanda que nos fuera notificada por medio de correo electrónico recibido por la sociedad que represento el pasado 19 de abril de 2021¹, dando en consecuencia respuesta al libelo introductorio del proceso de la referencia, previo:

I. PRONUNCIAMIENTO EXPRESO FRENTE A TODAS Y CADA UNA DE LAS PRETENSIONES.

Me OPONGO desde ya Señor Juez a que se decreten todas y cada una de las **PRETENSIONES** de la demanda inicial, por carecer de sustento fáctico y jurídico, toda vez que la presente demanda se funda en apreciaciones subjetivas de la parte demandante Sr. Iván Escorcía Ceballos, quien pretende al formular sus pretensiones, endilgarle una responsabilidad solidaria a la entidad médica que apodero vinculándola como Institución prestadora de servicios de salud IPS, basándose en la consideración según la cual habría existido supuestamente del médico tratante demandado "*mala praxis*,

¹ ----- Forwarded message -----

De: **Juan Manuel Barros** <juan_ma212@hotmail.com>

Date: lun, 19 abr 2021 a las 12:19

Subject: Notificación Personal Auto Admisorio Demanda - Rad. 08001315301520210006500

To: christian.insignares@clinicaportoazul.com <christian.insignares@clinicaportoazul.com>, consultoriorodrigopenagos@gmail.com <consultoriorodrigopenagos@gmail.com>

Cc: Juzgado 15 Civil Circuito - Atlantico - Barranquilla <ccto15ba@cendoj.ramajudicial.gov.co>

por haber incurrido supuestamente el Dr. Rodrigo Alberto Penagos, asignado por la ARL SURA, *"en un error de diagnóstico que provocó que la primera cirugía deteriorara aún más su estado de salud"* *"ya que al no definir un tratamiento para la LESION DEL NERVIO RADIAL DE SU MANO DERECHO, el primer procedimiento quirúrgico SINOVECTOMIA DE CODO TOTAL Y CONDROPLASTIA DE CODO por ARTROSCOPIA del 15 de junio de 2.017, hizo necesaria una segunda intervención el 4 de noviembre de 2.017 conocida como TRANSFERENCIA MIOTENDINOSA DE MUÑECA DERECHA"*, le habría generado una disminución de movilidad y funcionalidad de su miembro superior derecho que le ocasionó presuntamente una pérdida de la capacidad laboral, y la imposibilidad de desempeñarse en el cargo que laboraba dicho paciente al servicio de la empresa Chaneme.

Ocorre sin embargo, que dichas afirmaciones NO encuentran asidero fáctico ni científico, y menos aún la existencia de nexo de causalidad achacable a una negligencia médica, ni falla en los servicios de salud respecto de la CLINICA PORTOAZUL por los alegados padecimientos y/ lesión atribuible a un supuesto "error en el diagnóstico" o actuación culposa, o contraria a la lex artis ad-hoc, cuyo factor de imputación tiene por objeto endilgarle una responsabilidad solidaria a la entidad médica que apodero, en virtud de la atención médica proporcionada a través del médico especialista tratante de la ARL SURA, al señor IVAN ENRIQUE ESCORCIA CEBALLOS.

Lo anterior, por cuanto el demandante sin sustento técnico y científico alguno, omite reconocer o aceptar que la indicación quirúrgica de artroscopia dada por su médico tratante asignado por la ARL SURA, era la correcta y pertinente en el paciente para el tratamiento y manejo de la epicondilitis crónica bilateral que le fuera diagnosticada al Señor Ivan Escorcía Ceballos, por conducto de dicho médico tratante, de la red médica de la ARL.

Por tal razón Señor Juez, no puede ser atribuida y menos aún revertida en forma solidaria como demandada en este proceso, una supuesta falla u omisión del servicio médico de salud de parte de la Clínica que represento; habida consideración de que además de que el Dr. Rodrigo Penagos no tiene vínculo o relación alguna de subordinación o la calidad de médico tratante de la IPS demandada, la misma no tuvo incidencia causal en el alegado daño basados en los efectos que le produjeron las intervenciones quirúrgicas, no siendo en consecuencia la CLINICA PORTOAZUL responsable por las secuelas o riesgos propios inherentes a los procedimientos o agravaciones en su salud que habrían podido generarle el estado de incapacidad parcial invocado por el actor, por circunstancias que son ajenas o extrañas al diligente proceder

del médico tratante durante las únicas dos intervenciones quirúrgicas que dieron en las instalaciones de la Clínica PORTOAZUL, como se pasará a demostrar más adelante.

En ese contexto, no puede predicarse Señor Juez en forma alguna responsabilidad civil médica solidaria de parte de la CLINICA PORTOAZUL S.A., junto con el médico especialista tratante demandado, por cuanto la IPS que apodero, ni es responsable del diagnóstico y tratamiento brindado por el galeno tratante asignado por la ARL, Dr. Rodrigo Penagos; y menos aún, es responsable del posterior desencadenamiento de complicaciones o riesgos propios de las únicas dos intervenciones realizadas en las instalaciones de la PORTOAZUL, las cuales se atendieron y practicaron en procura de la recuperación de la salud del paciente Iván Escorcía, con la pertinencia y oportunidad que ameritaba; sin que por ello sea motivo, o pueda concluirse o entenderse de forma alguna, y sin arraigo o respaldo en prueba técnica alguna en este proceso, la supuesta existencia de una falla en la prestación de los servicios de salud que se dieron, léase bien, únicamente al interior de la Clínica demandada que apodero.

Es evidente de lo que se desprende del texto de la demanda, que el actor acude como sustento de su título de imputación, a una tesis inaplicable jurídicamente haciendo creer que la obligación galénica sería de resultado y no de medios, cuando señala que *“al no definir un tratamiento para la LESION DEL NERVIO RADIAL DE SU MANO DERECHO, el primer procedimiento quirúrgico SINOVECTOMIA DE CODO TOTAL Y CONDROPLASTIA DE CODO por ARTROSCOPIA del 15 de junio de 2.017, hizo necesaria una segunda intervención el 4 de noviembre de 2.017, conocida como TRANSFERENCIA MIOTENDINOSA DE MUÑECA DERECHA”*, cuando es claro que la segunda intervención fue estrictamente necesaria como parte del tratamiento ante las complicaciones que presentaba el paciente, no atribuibles a un error o culpa médica, como pensaría articular dicha demanda.

Para desarticular la tesis errónea anteriormente planteada, tenemos que la Honorable Corte Suprema de Justicia en Sentencia proferida por el Magistrado Ponente LUIS ARMANDO TOLOSA VILLABONA SC5186-2020, en el expediente con Radicación: 47001-31-03-004-2016-00204-01 Aprobado en Sala virtual de quince de octubre de dos mil veinte Bogotá, D.C., y proveído del 18 de diciembre de 2020, en tal sentido sobre el criterio de valoración de la responsabilidad médica, ha señalado:

“Para determinar la responsabilidad correspondiente, el baremo o límite lo constituye el criterio de normalidad emanado de la Lex Artis. El galeno, dada su competencia profesional, se presume que, en su quehacer, actúa en todo momento y lugar con la debida diligencia y cuidado. En el proceso, por esto, debe quedar acreditado el hecho contrario, esto es, el

desbordamiento de esa idoneidad ordinaria calificada. Bien, por infracción de las pautas de la ley, ya de la ciencia, ora del respectivo reglamento médico o de las reglas de la experiencia o del sentido común." (Negrilla y subrayado es nuestro)

En concordancia con la línea jurisprudencial anterior, resulta pues, Señor Juez, imposible jurídicamente endilgarle en el caso sub-lite a la demandada CLINICA PORTOAZUL S.A., una supuesta responsabilidad civil solidaria con el medico tratante demandado, intentando establecer en cabeza de la entidad médica que apodero, la imposición de una carga u obligación de curación de resultado, más allá de los parámetros que la Ley y el arte de la ciencia médica acorde con sus posibilidades y de los recursos técnicos disponibles se logró brindarle al paciente, y por lo cual fuera ingresado a las instalaciones de la entidad médica que apodero para la realización de los dos procedimientos quirúrgicos, puesto que para que pueda predicarse el fundamento de un deber de indemnizar como el pretendido en este proceso, la Doctrina² especializada ha sido unánime en señalar que "para que pueda existir una responsabilidad del médico se requiere la violación de la lex artis, que en definitiva es el parámetro de conducta que debe cumplir un buen profesional.", no habiéndose por ende en el caso sub-lite, presentado ninguna infracción al mencionado postulado que rige el arte de los profesionales de la medicina o de las instituciones prestadoras de servicios de salud, como es el caso concreto de la sociedad que apodero.

A este mismo respecto, el tratadista JAVIER TAMAYO JARAMILLO, señala en su obra³ refiriéndose al estudio de la responsabilidad de los médicos, que "La responsabilidad de los médicos por una defectuosa prestación de sus servicios constituye una obligación de medio de acuerdo con la cual el deudor, es decir el médico, solo se obliga a brindar al acreedor cuidados especiales y diligentes tendientes a recuperar su salud y el acreedor, en este caso el paciente, tiene que probar la culpa del médico por un tratamiento defectuoso para poder comprometer la responsabilidad de este. En efecto, este tipo de contratos o de prestación de servicios, se rige por las normas del mandato y en el contrato de mandato el mandante debe probar la culpa del mandatario en caso de que el encargo se hubiese cumplido en forma defectuosa si quiere comprometer la responsabilidad de éste o exonerarse de pagar las prestaciones que al mandatario le corresponden...".

Con fundamento en lo anterior, a continuación, paso a pronunciarme expresamente con respecto a cada una de las **PRETENSIONES** incoadas por la parte demandante:

A LA PRIMERA PRETENSION DECLARATIVA: Me OPONGO a que se declare la existencia de responsabilidad civil y solidaria, atribuible a la demandada CLINICA

² Ob. Cit. "La Responsabilidad Médica- Problemas Actuales". Grupo Editorial Ibañez, Pág.143:

³ Ob. Cit. "TRATADO DE RESPONSABILIDAD CIVIL" Tomo I., Legis Editores, Pág 521.

PORTOAZUL S.A., por el supuesto “... error en el diagnóstico por parte del galeno ...”, toda vez que en el caso de la atención médica del paciente IVAN ESCORCIA TRUJILLO, está fue brindada en forma oportuna por parte del médico tratante asignado por la ARL SURA y acorde a los parámetros de la lex artis ad-hoc, no siendo en consecuencia la CLINICA PORTOAZUL responsable por el pago de los perjuicios reclamados a título de daños morales, materiales y daño a la salud y la vida en relación, por cuanto está probada en la historia clínica la intervención adecuada y diligente que tuvo a su cargo dicho médico tratante, al igual que los servicios asistenciales que tuvo a su cargo únicamente en las instalaciones de la entidad médica que apodero.

A LA SEGUNDA y TERCERA PRETENSION DECLARATIVA Y DE CONDENA: Me opongo a que se disponga o acceda a las solicitudes declarativas y de condena solidaria a la demandada “CLINICA PORTOAZUL S.A., por la supuesta causación y pago integral de daños por concepto de perjuicios materiales por lucro cesante consolidado y futuro, toda vez que la CLINICA PORTOAZUL que apodero, brindó cabal y oportunamente las instalaciones médicas en desarrollo de la atención que tuvo a su cargo el médico tratante asignado por la ARL SURA, Dr. RODRIGO ALBERTO PENAGOS, al paciente Sr. IVAN ENRIQUE ESCORCIA CEBALLOS, y se realizó por parte de dicho galeno el diagnóstico de forma oportuna al igual que la atención asistencial y e indicación quirúrgica que en ese momento era procedente, independientemente que el resultado de recuperación esperada no se diera por motivos ajenos a la IPS, que solamente se ocupó de los servicios asistenciales que tuvo a su cargo únicamente en las instalaciones de la entidad médica que apodero.

Por tal razón no puede ser atribuida y menos aún revertida en forma solidaria como demandada en este proceso, una falla del servicio médico de salud de parte de la Clínica que represento; habida consideración que la IPS demandada que apodero no tuvo incidencia causal, omisión ni participación contraria a los protocolos ni la lex artis en por un alegado error de diagnóstico del médico especialista de la red médica de la ARL, no siendo en consecuencia la CLINICA PORTOAZUL responsable solidaria por el pago de los perjuicios reclamados a título de daños morales, materiales y daño a la salud y la vida en relación, por cuanto está probada en la historia clínica la intervención adecuada y diligente que se diera por conducto del Dr. Rodrigo Penagos médico tratante de la ARL SURA, al igual que los servicios asistenciales en las instalaciones de la entidad por virtud del convenio celebrado con la Clínica que apodero.

De igual forma me OPONGO a la solicitud de reconocimiento y pago de los supuestos perjuicios (numerados 3.2, 3.2.2., y 3.2.3) morales, daño a la salud y daño a la vida en relación, en los montos reclamados a favor del demandante, toda vez que el médico

tratante de la ARL SURA, Dr. RODRIGO ALBERTO PENAGOS durante el procedimiento que tuvo a su cargo en la CLINICA PORTOAZUL que apodero, brindó cabal y oportunamente la atención médica al paciente Sr. IVAN ENRIQUE ESCORCIA CEBALLOS y realizó el diagnóstico de forma oportuna al igual que la atención asistencial y quirúrgica indicada y procedente, independientemente que la recuperación esperada en su salud no se diera por motivos ajenos a dicha IPS; y bien por contrario, debido a riesgos propios e inherentes a complicaciones esperables del procedimiento, no siendo en consecuencia la CLINICA PORTOAZUL responsable por el pago de los perjuicios antes reclamados, por cuanto está probada en la historia clínica la intervención adecuada y diligente que tuvo a su cargo el citado médico tratante en dicha clínica.

A LA CUARTA Y QUINTA PRETENSION DECLARATIVA Y DE CONDENA: Me opongo a que se disponga o acceda a la solicitud genérica e innominada de reconocimiento de perjuicio *“probado dentro de la Litis y que no se hubiese solicitado”*, toda vez que en materia de la que se ocupa la jurisdicción civil ordinaria, no resulta aplicable pretensiones de tipo extra o ultra petita, en contravención a lo establecido por el artículo 282 del C.G.P., concerniente a la congruencia de la sentencia judicial en esta misma materia.

Me Opongo finalmente, a la solicitud de pago de costas y agencias en derecho, toda vez que la CLINICA PORTOAZUL S.A. no es civilmente responsable ni obligado de los supuestos daños y perjuicios reclamados, con base en los fundamentos expuestos en la presente contestación de la demanda.

II. OBJECION AL JURAMENTO ESTIMATORIO.

Como quiera que la parte demandante en la demanda realizó el correspondiente juramento remitiéndose a la liquidación razonada contenida en la pretensión Sexta del libelo genitor, manifiesto al Despacho para los efectos de lo previsto por el artículo 206 del C.G.P., que **OBJETO** LA CUANTIA DEL JURAMENTO ESTIMATORIO DE LAS PRETENSIONES PATRIMONIALES correspondientes a los supuestos perjuicios “materiales”, reclamados por la parte demandante, en virtud a que con relación a la dicha pretensión hemos formulado igualmente oposición a que se declare la existencia de responsabilidad civil solidaria atribuible a la demandada CLINICA PORTOAZUL S.A., y/o cualquier otro tipo de declaración de condena por daños inmateriales a favor del actor.

Adicionalmente, fundamento la objeción en cuando a la causación de los montos liquidados en el juramento estimatorio a título de lucro cesante consolidado y futuro, en la consideración de conformidad con la cual los mismos fueron liquidados bajo un

ingreso base salarial no acreditado en legal forma en dicho monto dentro del expediente, y lo que es más aún, desconociendo el pago de los salarios e incapacidades que por razón del origen de su patología, le fueron sufragados en los montos establecidos por la Ley por la ARL SURA, entidad que tiene a su cargo al paciente demandante tanto desde el ámbito de cobertura prestacional asistencial médica, como económica.

En efecto como sustento de la objeción tenemos que NO existe prueba alguna mediante certificación del empleador del monto real devengado para la fecha de las incapacidades generadas; así como tampoco existe evidencia alguna de que dichos montos salariales o ingresos soportados por la parte actora en su demanda con comprobantes de pago, no hubieren sido sufragados al actor, de manera que ante la ausencia de prueba de la causación real del daño o perjuicio monetario, la presente objeción al juramento deberá ser declarada probada al momento de dictar sentencia, sin perjuicio de reiterar la ausencia de responsabilidad civil médica a cargo de la CLINICA PORTOAZUL que apodero.

Adicionalmente tampoco resultan susceptibles de ser reconocido el pago de incapacidades médicas propias de la convalecencia de los procedimientos, toda vez que las mismas corren por cuenta según el origen de la enfermedad, a cargo del sistema general de seguridad social, sea por riesgos laborales o en salud.

Siendo así las cosas, el monto económico pretendido por el demandantes resulta a todas luces infundado, caprichoso y carente de acreditación y contiene un ERROR DE LIQUIDACION, no estando acreditada al expediente al real existencia de una actividad económica productiva ni el desmedro en su patrimonio en razón de la falta de pago de su ingreso por parte del empleador CHANEME o de la ARL SURA, lo cual repito, no está demostrado en el plenario, siendo en consecuencia unos perjuicios hipotéticos pretendidos en la presente demanda, resultando IMPROCEDENTE acceder al reconocimiento de los mismos en este proceso.

Al respecto, la Honorable Corte Suprema de Justicia Sala de Casación Civil en sentencia de Tutela Radicación N.º 11001-02-03-000-2017-02501-00 del 21 de septiembre de 2017, Magistrado ponente ÁLVARO FERNANDO GARCÍA RESTREPO, ha señalado: *“Decide la Corte la acción de Establecido lo anterior, es del caso señalar, que el razonamiento antes descrito, al margen de que se comparta por esta Sala, de manera contraria a considerarse caprichoso, absurdo o infundado, es el resultado del análisis normativo aplicado al caso controvertido, lo que hace imposible la intervención del juez de tutela para lograr su modificación.*

Ciertamente, tal y como quedó visto, la Colegiatura accionada, a partir de un análisis objetivo del escrito inicial y de subsanación, estimó que el requisito formal que se viene comentando no aparecía plasmado en el libelo, no porque específicamente no se hubiese hecho en un acápite especial, sino porque los valores consignados en las pretensiones no lo suplían; además, basó su decisión de no tener por subsanado el aludido requisito formal de la demanda con la información consignada en un dictamen pericial que se anexó a la misma, principalmente porque el juramento estimatorio es una prueba autónoma de la estimación de perjuicios que contiene, hasta tanto su monto sea objetado, inferencia que así extraída, es consistente con la normatividad adjetiva en que se cimentó.”

Lo anterior, máxime porque, determinar de entrada con el peso del juramento el monto global de la indemnización reclamada, tiene singular trascendencia para el asunto, pues al tenor del artículo 206 del Código General del Proceso, es base para el cálculo de una eventual condena por exceso en su fijación, y señala el límite hasta el cual el juez podrá condenar, argumentos que dejan en evidencia la trascendencia de la especificidad que reclama la norma, y que llevó a concluir a la Corporación convocada que lo plasmado en la demanda y su pretendida subsanación, era insuficiente para colmar el requisito formal de aquélla, a voces de lo previsto en el artículo 206 del Código General del Proceso.”

De igual forma el mero señalamiento e invocación de PERJUICIOS MATERIALES en las pretensiones de la demanda tampoco constituye prueba alguna determinante de la existencia de relación o nexo de causalidad alguno entre los hechos invocados y el quantum monto del supuesto daño alegado por la parte demandante con respecto a la CLINICA PORTOAZUL S.A., ni mucho menos existe prueba cierta determinante de la cuantía de los pretendidos perjuicios reclamados a título de indemnización, repito, sin su debido soporte, de forma tal que solicito se declare infundada la estimación de los perjuicios materiales reclamados sin el lleno de los requisitos legales, siendo en consecuencia evidente que se trata de una pretensión económica abiertamente temeraria e infundada, ante la cual no merece amparo del Derecho, conforme ha sido expuesto por la Honorable Corte Suprema de Justicia, conforme puede apreciarse en cita de la decisión⁴ en sede de Casación, cuando señala dicha Corporación:“(…) Cuando el perjuicio material tiene el adjetivo “futuro”, ha expuesto la Sala que “no es posible aseverar, con seguridad absoluta, como habrían transcurrido los acontecimientos sin la ocurrencia del hecho”, acudiendo al propósito de determinar “un mínimo de razonable certidumbre” a “juicios de probabilidad objetiva” y “a un prudente sentido restrictivo cuando en sede litigiosa, se trata de admitir la existencia material del lucro cesante y de efectuar su valuación pecuniaria, haciendo particular énfasis en que procede la reparación de esta clase de daños en la medida en que obre en los autos, a

⁴ Ver Sentencia SC10261-2014. Ref: Expediente No 11001 31 03 003 1998 07770 01, (4) de agosto de dos mil catorce (2014). MP: Margarita Cabello Blanco.



disposición del proceso, prueba concluyente en orden a acreditar la verdadera entidad de los mismos y su extensión cuantitativa, lo que significa rechazar por principio conclusiones dudosas o contingentes acerca de las ganancias que se dejaron de obtener, apoyadas tales conclusiones en simples esperanzas, expresadas estas en ilusorios cálculos que no pasan de ser especulación teórica, y no en probabilidades objetivas demostradas con el rigor debido” (cas. civ. sentencia de 4 de marzo de 1998, exp. 4921. Reiterada en decisión de 9 de septiembre de 2010 Ref, 2005-00103).” (Negrilla y subrayado es nuestro).

III. CONTESTACIÓN A LOS HECHOS DE LA DEMANDA.

Con respecto a los **HECHOS** de la demanda me pronuncio como sigue:

Al hecho 1º: No me consta toda vez que, la sociedad que represento no tiene conocimiento de la relación contractual o laboral que habría existido entre el actor y la empresa Chaneme.

A los hechos 2º y 3º: No me constan toda vez que la entidad médica que apodero no tuvo ninguna participación fáctica, ni conocimiento alguno de las circunstancias de tiempo, modo y lugar relacionadas la situación física ó de salud, ni el trámite de remisión del señor IVAN ENRIQUE ESCORCIA CEBALLOS, por parte de la red médica de la ARL SURA.

A los hechos 4º y 5º: No me constan toda vez que además de que la entidad médica que apodero no tuvo ninguna participación fáctica, ni conocimiento alguno de las circunstancias relacionadas con atenciones médicas y diagnóstico ni el proceso de calificación de pérdida de capacidad laboral del señor IVAN ENRIQUE ESCORCIA CEBALLOS, ante la red de la ARL SURA.

Al 6º y 7º: No me constan toda vez que, la entidad médica que apodero no tuvo ninguna participación fáctica, ni conocimiento alguno de las circunstancias relacionadas con atenciones médicas, resultados médicos, diagnósticos; ni remisión del señor IVAN ENRIQUE ESCORCIA CEBALLOS, por parte de la red médica de la ARL SURA al médico especialista Dr. RODRIGO ALBERTO PENAGOS LOPEZ, siendo claro y evidente que en la relación contractual que originó la atención médica de dicho paciente, no tuvo vínculo o intervención alguna la CLINICA PORTOAZUL.

Al 8º: No es cierto como está redactado. En primer lugar, es preciso aclarar que el paciente Ivan Enrique Escorcía Ceballos, no fue atendido previamente de manera ambulatoria en la Clínica Portoazul por el demandado Dr. Rodrigo Penagos, y en tal

virtud independientemente que en el caso sub-lite no está probado técnica ni científicamente la supuesta existencia de “mala praxis”, las valoraciones y eventos anteriores al ingreso de dicho paciente a la Clínica, no son del resorte de competencia contractual ni legal de la entidad médica que apodero, ya que dicho galeno no hace parte del cuerpo médico de especialistas ni asistencial de la clínica demandada, sino de la ARL SURA, por lo que en tal virtud cualquier de sus actos médicos no le resulta endilgable en sus efectos a la IPS.

En este mismo sentido, también debe aclararse al Señor Juez, que el ingreso del paciente a la CLINICA PORTOAZUL por parte del Dr. Rodrigo Penagos, solo se dio por solicitud de este, para las intervenciones quirúrgicas, ya que este galeno solo tiene la calidad de médico adscrito, siendo claro entonces ese médico tratante solo fue asignado y autorizado por la ARL SURA.

Para estos efectos conviene señalar al Despacho, que el médico adscrito corresponde a una categoría que implementó la institución médica que apodero para que los distintos médicos especialistas de manera particular, y a través del convenio suscrito con la Clínica, cuya copia se acompaña como prueba documental, adquieran solamente el derecho al uso y apoyo de infraestructura física, técnica y del recurso humano asistencial de la CLÍNICA PORTOAZUL S.A, previa autorización de la IPS, para atender intervenciones a sus pacientes programados.

En ese contexto, se destaca que el médico adscrito NO guarda relación de subordinación alguna con la demandada CLINICA PORTOAZUL S.A., ni es empleado o contratista suyo, ya que este actúa por su propia cuenta y no como agente en su nombre, representante ni mandatario de la Clínica. Por lo tanto, todo médico adscrito y en especial Señor Juez, el galeno Dr. Rodrigo Penagos al que se refiere el caso concreto que nos ocupa, actúa con plena autonomía técnica y científica, tal y como aparece descrito en el numeral 1.1., del Capítulo Tercero del “MANUAL MÉDICOS ADSCRITOS”, que lo define como aquel que: *“Se refiere a los profesionales médicos que una vez surtidos y aprobados los trámites de admisión por parte del Comité Médico han establecido un vínculo civil y comercial con la Clínica en virtud del “Acuerdo de adscripción y uso de infraestructura clínica y servicios”, con el fin de que le sean otorgados los privilegios determinados en el acuerdo mencionado, que en términos generales les permite hacer uso de la infraestructura, servicios, personal asistencial y para-médico de la clínica para realizar la atención como médico tratante de sus pacientes. No podrán desempeñar funciones de carácter institucional.”* (Negrilla y subrayado fuera de texto)

Visto y aclarado lo anterior, para dar respuesta a este hecho debemos señalar que el primer ingreso del paciente a la CLINICA PORTOAZUL se dio el día 15 de junio 2017, quien venía programado por el Dr. Rodrigo Penagos para el procedimiento quirúrgico indicado por este como médico tratante por cuenta de la red médica de la ARL SURA, cual fue el de sinovectomía total de muñeca por artroscopia + condroplastia en codo derecho, y el en curso de dicha atención médica al paciente Iván Escorcia Ceballos, se le diligenció consentimiento informado donde se describen las posibles complicaciones como es el caso del daño axonal.

Al 9º: No me consta, toda vez que repito, la sociedad CLINICA PORTOAZUL, desconoce lo relacionado con la actuación médica del Dr. Rodrigo Penagos, como médico de la ARL SURA luego de la realización del procedimiento quirúrgico en las instalaciones del complejo médico de la sociedad que apodero. Se destaca en tal sentido que el paciente no consultó ni fue valorado por dicho médico en la IPS que represento, siendo este solamente atendido por cuenta de la red médica de la ARL SURA, razón por la cual resulta imposible conocer si el paciente presentaba alguna sintomatología por la cual habría sido pertinente alguna ayuda diagnóstica, quedando en consecuencia el paciente bajo la única esfera de cuidados a cargo del citado médico tratante y de la citada ARL.

Al 10º: No es cierto como está redactado con el fin de intentar hacer creer al fallador una supuesta omisión del médico tratante de la red médica de la ARL SURA, luego de la intervención quirúrgica realizada por el Dr. Rodrigo Penagos, de manera autónoma, al interior de las instalaciones de la Clínica PORTOAZUL.

En efecto, nótese Señor Juez, conforme aparece consignado en la historia Clínica, que al finalizar el acto quirúrgico se evidencia el paciente se encuentra en buen estado, tal y quedó registrado: *“PACIENTE EN SU POSTOPERATORIO INMEDIATO QUIEN SE RECUPERA SATISFACTORIAMENTE DE LOS EFECTOS DE LA ANESTESIA, PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, BUEN PATRON RESPIRATORIO, TOLERADO VIA ORAL, NIEGA NAUSEAS, NO VOMITOS, DOLOR CONTROLADO. TOLERANDO LA MARCHA, MICCION ESPONTANEA CLARA, MOVILIZANDO SUS EXTREMIDADES ESPONTANEAMENTE. ESCALA DE ALDRETE 10/10. NO SE EVIDENCIA SANGRADO ACTIVO DE SITIO QUIRURGICO, HERIDA QUIRURGICA EN BUENAS CONDICIONES. MEDICO TRATANTE ORDENA ALTA MEDICA CON FÓRMULA MEDICA, CITA CONTROL Y RECOMENDACIONES.”*

Vale la pena resaltar Señor Juez, que el paciente luego de dado de alta de la Clínica PORTOAZUL, no fue atendido ni valorado en controles post-quirúrgicos en dicha institución médica, ni tuvo a su cargo seguimiento del tratamiento por la patología que

le fuere diagnosticada, razón por la cual, cualquier aseveración o narración de la parte actora sobre una presunta falla o mala praxis médica, con la cual pretenda entrelazar indebidamente alguna participación inexistente de parte de la entidad médica que apodero, no le resulta endilgable en sus efectos a la citada IPS, por carecer por completo de intervención fáctica y jurídica en los mismos.

Al 11º: No me consta, toda vez que la sociedad CLINICA PORTOAZUL, desconoce lo relacionado con la actuación medica del Dr. Rodrigo Penagos, luego de la realización del procedimiento quirúrgico en las instalaciones del complejo medico de la sociedad que apodero. En efecto, puede verificarse en la historia clínica del paciente, que el retiro de la sutura según se indica habría sido el día 29 de junio de 2.017, y esta no se realizó en la CLINICA PORTOAZUL, razón por la cual la IPS es ajena a las atenciones y tratamientos posteriores realizados al actor.

Al 12º: No me consta, toda vez que la sociedad CLINICA PORTOAZUL, desconoce lo relacionado con la actuación medica del Dr. Rodrigo Penagos, como médico asignado por la red médica de la ARL SURA al paciente Iván Escorcía Ceballos, antes y en valoraciones particulares del mismo luego de la realización del primer procedimiento quirúrgico en las instalaciones del complejo medico de la sociedad que apodero. No obstante, debe tenerse en cuenta que en la historia clinica del paciente se registró el ingreso por primera vez a la CLINICA PORTOAZUL del mismo paciente en la fecha programada para la cirugía, y para ese momento este reportaba unicamente un diagnostico inicial de epicondilitis lateral, no siendo de conocimiento y menos aún del resorte de responsabilidad, el que se le atribuya a consecuencia de la atención médica del galeno Dr. Rodrigo Alberto Penagos, un supuesto *“error de diagnóstico que provocó que la primera cirugía deteriorara aún mas su estado de salud”*.

Al 13º: No me consta, toda vez que la sociedad CLINICA PORTOAZUL, desconoce lo relacionado con la actuación medica derivada de una consulta médica el día 14 de octubre de 2.017 por parte del Dr. Rodrigo Penagos al paciente Ivan Escorcía Ceballos, por cuanto no tuvo ninguna participación activa para la fecha narrada en el presente hecho. Sólo nótese señor Juez conforme obra en la historia clínica del paciente que este acudió a la citada Clínica por ingreso realizado por su médico tratante, el día 4 de noviembre 2017, programado para el segundo procedimiento quirurgico de *“transferencia miotendinosa en mano derecha”*.

A los hechos 14º, 15º, 16º: No me constan tales hechos, toda vez que la sociedad CLINICA PORTOAZUL, desconoce lo relacionado con las atenciones médicas, diagnósticos dados, y evolución del paciente Ivan Escorcía Ceballos, por parte de su

médico tratante asignado por la ARL SURA, Dr. Rodrigo Penagos, por cuanto no tuvo ninguna participación fáctica tuvo la Clínica en los episodios narrados en el presente hecho por el actor.

Es de destacar que cualquier concepto médico, control, seguimiento, diagnóstico o atención médica realizada por parte del médico tratante Dr. Rodrigo Penagos al paciente Ivan Escorcia Ceballos, no le resulta extendible o atribuible jurídicamente en sus efectos, ni repercute de forma alguna en las obligaciones legales a cargo de la CLINICA PORTO AZUL, toda vez que por la calidad de médico adscrito, dicho galeno solo hizo uso de las instalaciones de la IPS sin que se presentara en desarrollo del mismo, omisión, falla o negligencia medica atribuible a la IPS.

Al 17º: No me consta lo aseverado por el actor, toda vez que la sociedad CLINICA PORTOAZUL, al no tener ningún tipo de relación contractual o legal con el Sr. Ivan Escorcia Ceballos, desconoce por completo lo relacionado con el trámite de calificación de invalidez que tuvo el paciente Rodrigo Penagos, como médico tratante de la ARL SURA.

No obstante señor Juez, no puede aceptarse de forma alguna como sugestivamente pretende inducir en error al fallador el apoderado de la parte actora, que el porcentaje o grado de invalidez presuntamente determinado por la ARL se debiera o tuviera origen a consecuencia de “secuelas por el daño ocasionado”, toda vez que las mismas hacen parte de riesgos y complicaciones inherentes a la realización del procedimiento quirúrgico que tuvo a su cargo el médico tratante designado por ARL SURA.

Al 18º: No corresponde a un hecho sino a un conclusión subjetiva y especulativa del apoderado del demandante, huérfana de cualquier prueba técnica o científica que permita aseverar la existencia por parte del médico tratante de la ARL SURA, de *“negligencia en el manejo del diagnóstico que derivaron en la realización de dos procedimientos quirúrgicos”*.

De todas formas se destaca y reitera Señor Juez que, con respecto al médico especialista Dr. Rodrigo Penagos, tratante del paciente, y designado o autorizado por la ARL SURA, todas las consultas post-quirúrgicas del paciente Ivan Escorcia Ceballos, luego de los 2 procedimientos médicos referidos en los hechos de la demanda (cirugías realizadas en las instalaciones de la IPS Clinica Portoazul), no se realizaron en las instalaciones de la Clinica Portozul; al igual que tampoco las consultas médicas de fisioterapia por parte de la Dra. Eva Tilano, de manera tal que no pueden serle atribuida a dicha Clínica, los supuestos daños en la salud que manifiesta el demandante se le habrían generado, ya que

no existe nexo o lazo causal que permita endilgarle responsabilidad civil médica alguna a la sociedad que apodero.

No me constan finalmente las supuestas secuelas físicas y fisiológicas del actor, por cuanto no existe prueba alguna de la causación de perjuicios de índole inmaterial y material, y menos aún que estos se debieran a alguna mala praxis o negligencia de la CLINICA PORTOAZUL que apodero, como se pasa a demostrar.

Es claro entonces señor Juez que, cualquier actuación, mala praxis, error de diagnóstico u omisión endilgada por la parte actora de manera solidaria a los demandantes, no podría resultar ser solidaria ni extensiva a la CLINICA PORTOAZUL S.A. que apodero, por la potísima razón de que ni en los hechos de la demanda le fueron imputadas fallas a la CLINICA, ni ésta tiene ninguna responsabilidad legal ni contractual en torno a la consolidación de la lesión actual que padece ni mucho menos por posteriores agravaciones en la salud del paciente, producto de omisiones y fallas de las cuales no es autora activa ni pasiva, y menos aún el médico tratante tiene relación de dependencia o subordinación con dicha Clínica, por lo que no es posible predicar algún tipo de solidaridad con el médico demandado, en ausencia de nexo causal determinante de responsabilidad civil indemnizatoria.

IV. EXCEPCIONES DE MERITO.

Respecto de las pretensiones de la demanda inicial interpongo las siguientes excepciones de mérito: “I. AUSENCIA DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL, EXTRA CONTRACTUAL Y/O SOLIDARIA ATRIBUIBLE A LA DEMANDADA CLINICA PORTOAZUL S.A. JUNTO CON EL DEMANDADO RODRIGO ALBERTO PENAGOS LOPEZ Y/O DE CUALQUIER OTRA NATURALEZA ANTE LA FALTA DE INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES LEGALES DE LA IPS QUE REPRESENTO; II. FALTA DE LEGITIMACION EN LA CAUSA POR PASIVA PARA RECLAMAR A LA DEMANDADA CLINICA PORTOAZUL S.A. PERJUICIOS DERIVADOS DE UNAS LESIONES EN LA SALUD DEL PACIENTE IVAN ESCORCIA POR HECHOS, OMISIONES O FALLAS QUE NO LE FUERON ENDILGADOS EN LA DEMANDA; III. ASI COMO LA DE INEXISTENCIA DE INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DE LA CLINICA PORTOAZUL S.A., O LA COMISION DE DELITO, CULPA, FALLA, DEMORA, IMPERICIA, O NEGLIGENCIA EN EL SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL DENTRO DE LA INSTALACIONES EN LAS CUALES FUERA INTERVENIDO EN DOS OCASIONES EL PACIENTE IVAN ENRIQUE ESCORCIA CEBALLOS POR LA ALEGADA RESPONSABILIDAD MEDICA DE LA CUAL SE LE ACUSA SOLIDARIAMENTE A LOS DEMANDADOS”; IV. “AUSENCIA DE CULPA O



FALLA EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD POR PARTE DE LA CLINICA PORTOAZUL S.A. EN VIRTUD DE UNA CAUSA EXTRAÑA O EL HECHO DE UN TERCERO ATRIBUIBLE AL MEDICO DEMANDADO RODRIGO ALBERTO PENAGOS COMO SERIA EL CASO DE LAS COMPLICACIONES Y RIESGOS QUIRURGICOS INHERENTES AL TRATAMIENTO MEDICO REALIZADO POR EL MEDICO TRATANTE DE LA RED DE PRESTADORES DE LA ARL SURA QUIEN TENIA A SU CUIDADO LA ATENCION Y AUTORIZACIONES AL PACIENTE”; V. “AUSENCIA DE RELACION CAUSAL ENTRE PARTICIPACION MEDICA ASISTENCIAL QUE TUVO EN LA ATENCIÓN MEDICA PROPORCIONADA AL PACIENTE POR EL MEDICO TRATANTE DE LA RED DE PRESTADORES DE LA ARL SURA EN LA CLINICA PORTOAZUL S.A. Y EL DAÑO PRESUNTAMENTE PADECIDO POR EL DEMANDANTE POR CAUSA DE LA LESION SUFRIDA”; VI. “INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA EN VIRTUD DEL CUMPLIMIENTO DE LA OBLIGACION DE MEDIO A CARGO DE LA INSTITUCION DE SALUD CLINICA PORTOAZUL Y EL CONSENTIMIENTO INFORMADO DADO POR EL PACIENTE; VII. CUMPLIMIENTO DE LAS REGLAS DE LA LEX ARTIS AD-HOC EN LA ATENCION MEDICA DEL PACIENTE IVAN ENRIQUE ESCORCIA CEBALLOS ”; VIII. “LA EXCEPCION QUE SE DERIVA DEL HECHO DE SER RESPONSABILIDAD LEGAL DE LA ARL SURA LA SALUD DEL PACIENTE QUE NO TIENE RELACION LEGAL O CONTRACTUAL CON LA CLINICA PORTOAZUL”, y en subsidio de las anteriores propongo como excepciones las que se derivan de la “INEXISTENCIA DE NEXO CAUSAL ENTRE LA CONDUCTA Y PROCEDER MEDICO DESPLEGADO POR EL PERSONAL MEDICO ASISTENCIAL DE SERVICIOS DE LA CLINICA PORTOAZUL S.A. Y LA LESION PROPIA DEL PACIENTE COMO FUNDAMENTO DE LOS DAÑOS Y PERJUICIOS INVOCADOS; y como consecuencia de ellas, las de COBRO DE LO NO DEBIDO, y “TEMERIDAD POR EL COBRO EXCESIVO E INFUNDADO DE PERJUICIOS” e IMPROCEDENCIA DE LA CONDENA A PAGAR PERJUICIOS POR IMPOSIBILIDAD DE DECLARAR CIVILMENTE RESPONSABLE A LOS DEMANDADOS.

En subsidio de las anteriores excepciones y sin que ello implique reconocimiento de solidaridad de la entidad médica que apodero con respecto a los otros demandados, propongo las excepciones de “LIMITACION DE PARTICIPACION”, “INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN DE INDEMNIZACION Y COBRO DE LO NO DEBIDO”.

De conformidad con lo establecido por el art. 282 del Código General del Proceso solicito al señor Juez se sirva decretar cualquier medio exceptivo cuyos fundamentos de hecho y jurídicos se encuentren probados dentro del proceso. Para los mismos efectos del art. 282 propongo la EXCEPCIÓN DE PRESCRIPCIÓN DE CUALQUIER DERECHO que pudiera serle reclamado a la entidad médica que apodero.

V. HECHOS, FUNDAMENTOS Y RAZONES DE LA DEFENSA.

En primer lugar, resulta necesario tener presente que no existe prueba técnica ni científica alguna determinante de negligencia, retardo u omisión de las obligaciones médico legales a cargo de la CLINICA PORTOAZUL, toda vez que como ha sido señalado la atención del paciente señor IVAN ENRIQUE ESCORCIA CEBALLOS se dio por parte del galeno Dr. RODRIGO ALBERTO PENAGOS, como médico tratante de la red de prestadores de la ARL SURA, de forma oportuna, pertinente, segura y asertiva, no siendo procedente disponer declaratoria de responsabilidad civil médica alguna en contra de la entidad que apodero, más aún cuando en los hechos de la demanda, no se le atribuye de forma alguna omisión o falla médica a la IPS que represento.

En efecto, revisada la relación de hechos y pretensiones de la demanda, no se vislumbra de forma alguna ni la existencia de una relación o vínculo jurídico alguno entre el paciente demandante y la CLINICA PORTOAZUL. Luego, si se revisa también la vinculación del médico demandado Dr. RODRIGO ALBERTO PENAGOS, este tampoco tiene relación de subordinación ni hace parte del cuerpo médico de especialistas contratados por dicha IPS, existiendo únicamente como se señaló previamente al contestar el hecho 8º de la demanda, una vinculación como médico adscrito, que conforme aparece en la misma definición que se le dio a esta figura en el numeral 1.1., del Capítulo Tercero del “MANUAL MÉDICOS ADSCRITOS”: “Se refiere a los profesionales médicos que una vez surtidos y aprobados los trámites de admisión por parte del Comité Médico han establecido un vínculo civil y comercial con la Clínica en virtud del “Acuerdo de adscripción y uso de infraestructura clínica y servicios”, con el fin de que le sean otorgados los privilegios determinados en el acuerdo mencionado, que en términos generales les permite hacer uso de la infraestructura, servicios, personal asistencial y para-médico de la clínica para realizar la atención como médico tratante de sus pacientes. No podrán desempeñar funciones de carácter institucional.” (Negrilla y subrayado fuera de texto)

Quiere decir lo anterior, primero, que el médico tratante Dr. RODRIGO PENAGOS a quien únicamente la parte actora en la relación de los hechos de la demanda le atribuye expresamente “error en el diagnóstico por parte del galeno..”, no tiene ninguna relación de subordinación o dependencia, ni actúa en desarrollo de sus actos médicos o atenciones al interior de la IPS, en nombre de la CLINICA PORTOAZUL, siendo esa una de las primeras razones por las cuales la sociedad que apodero carece por completo de legitimación en la causa por pasiva; y más aún, en ausencia de título de imputación o falla en la demanda, que permita determinar la posibilidad de condena en su contra

como obligado solidario en el proceso que nos ocupa, sin perjuicio claro está, de reiterar también el hecho evidente de la ausencia de demostración de falla o mala praxis en el caso sub-lite.

Luego es claro señor Juez, que en ausencia de título de imputación por falla, omisión o mala praxis respecto de la CLINICA PORTOAZUL, y no siendo el galeno demandado médico institucional de la misma IPS no puede ser atribuida y menos aún revertida en forma solidaria como demandada en este proceso, una falla del servicio médico de salud de parte de la Clínica que represento; habida consideración que la misma no tuvo incidencia, omisión ni participación en el alegado error de diagnóstico, ni en la realización de las intervenciones quirúrgicas, ni en la causación de secuelas que como perjuicios le habrían podido generarle el estado de incapacidad invocado por el actor, por circunstancias, repito, en las cuales no se dio ningún incumplimiento de las obligaciones que como Institución prestadora de los servicios de salud, tuvo a su cargo la entidad médica que apodero.

Partiendo de tal consideración y del marco fáctico planteado en la relación sucinta y numerada de los hechos de la demanda presentada, tenemos que, como marco cardinal de la defensa y el debido proceso, deberá entenderse que la fijación del litigio y la controversia a resolver habrá de regirse con apego al principio de la congruencia de la sentencia establecido por el artículo 281 del C.G.P., incluido su inciso 3º., cuando señala: “Congruencias. La sentencia deberá estar en consonancia con los hechos y las pretensiones aducidos en la demanda y en las demás oportunidades que este código contempla y con las excepciones que aparezcan probadas y hubieren sido alegadas si así lo exige la ley.

No podrá condenarse al demandado por cantidad superior o por objeto distinto del pretendido en la demanda ni por causa diferente a la invocada en esta.

Si lo pedido por el demandante excede de lo probado se le reconocerá solamente lo último.

En la sentencia se tendrá en cuenta cualquier hecho modificativo o extintivo del derecho sustancial sobre el cual verse el litigio, ocurrido después de haberse propuesto la demanda, siempre que aparezca probado y que haya sido alegado por la parte interesada a más tardar en su alegato de conclusión o que la ley permita considerarlo de oficio.” (Negrilla y subrayado es nuestro)

En este sentido, la Honorable Corte Suprema de Justicia- Sala de Casación Civil, en sentencia SC15211-2017, Radicación n° 11001-31-03-019-2011-00224-01, de fecha 26 de Septiembre de 2017 con ponencia del Dr. AROLDO WILSON QUIROZ MONSALVO, ha sido diáfana en señalar que: “La incongruencia se presenta, entonces, cuando el juez decide el caso por fuera de las pretensiones o excepciones probadas (extra petita), o más allá de lo pedido (ultra petita), o cercenando lo que fue objeto de alegación y demostración (citra petita), como lo ha

señalado la Corte: [Su] incumplimiento es de antaño inscrito en una de estas tres posibilidades: en primer lugar, cuando en la sentencia se otorga más de lo pedido, sin que el juzgador estuviese facultado oficiosamente para concederlo (ultra petita); en segundo lugar, cuando en la sentencia olvida el fallador decidir, así sea implícitamente, alguna de las pretensiones o de las excepciones formuladas (mínima petita); y en tercer lugar, cuando en el fallo decide sobre puntos que no han sido objeto del litigio, o, de un tiempo a esta parte, en Colombia, con apoyo en hechos diferentes a los invocados (extra petita)... (SC1806, 25 feb. 2015, rad. n° 2000-00108-01).

Adicionalmente, esta causal se configura en los eventos que la sentencia no guarda correlación con «las afirmaciones formuladas por las partes», puesto que «es obvio que el juez no puede hacer mérito de un hecho que no haya sido afirmado por ninguna de ellas»⁵. De allí que «a la incongruencia se puede llegar porque el juzgador se aparta de los extremos fácticos del debate» (CSJ, SC, 7 mar. 1997, rad. n° 4636)." (Subrayado y negrilla es nuestro).

Amén de lo anterior, siendo que no se atribuyó en la demanda título de imputación por falla, omisión o negligencia de la CLINICA PORTOAZUL, y no siendo responsable esta jurídicamente de cualquier actuación del médico tratante del paciente Iván Escorcia, fuerza es concluir que tampoco es posible determinar en cabeza de la IPS que represento, obligación pasiva alguna de responder solidariamente por actos o personal médico que no tiene legal ni contractualmente a su cargo.

La legitimación en la causa, ha sido definida por la doctrina, desde el punto de vista de ser un presupuesto de eficacia de la pretensión, lo que quiere decir, o se traduce en un requisito indispensable para que las pretensiones del actor puedan ser acogidas, teniendo el sujeto activo de su parte una sentencia favorable.⁶ Por tal razón la legitimación ad-causam, dice referencia a la titularidad del derecho en las dos partes, razón por la cual, en ausencia de la misma, fuerza es concluir el trámite en una decisión de fondo absolutoria a favor de la parte que carece de legitimación como obligada a responder por las consecuencias de una actuación u omisión que no tuvo a su cargo, como es el caso del paciente demandante en este proceso.

Es así como en voces de la Honorable Corte Suprema de Justicia, define la legitimación en la causa como: “Un fenómeno sustancial que consiste en la identidad del demandante con la persona a quien la ley concede el derecho que reclama y en la identidad del demandado con la persona frente a la cual se puede exigir la obligación correlativa (...) “mal podría condenarse a quien no es la persona que debe el derecho reclamado, o quien es demandado por quien carece de la

⁵ LINO ENRIQUE PALACIO, Manual de Derecho Procesal Civil, Editorial Abeledo Perrot, Buenos Aires, 2003, p. 393.

⁶ AZULA CAMACHO, JAIME. Manual de Derecho Procesal Tomo I Teoría General del Proceso. Editorial Temis, Bogotá D.C., 2000. Pg 290.

titularidad de la pretensión que reclama⁷⁷ (Subrayado es nuestro); siendo destacado que el primer aparte en subrayas corresponde a la noción de legitimación en la causa por activa, cuyo concepto es el propicio ilustrar para efectos del caso sub-exámine.

En igual sentido, puede leerse en sentencia del 1 de julio de 2008, lo establecido por la Honorable Corte Suprema de Justicia, cuando en punto a los deberes del fallador, concluyó: “(...) 3. La legitimación en la causa, o sea, el interés directo, legítimo y actual del “titular de una determinada relación jurídica o estado jurídico” (U. Rocco, Tratado de derecho civil. T.I, Parte general, 2º reimpresión, Temis-Depalma, Bogotá, Buenos Aires, 1983, pp.360), tiene sentado la reiterada jurisprudencia de la Sala, “es cuestión propia del derecho sustancial y no del procesal, por cuanto alude a la pretensión debatida en el litigio y no a los requisitos indispensables para la integración y desarrollo válido de éste” (Cas, Civ. sentencia de 14 de agosto de 1995 exp. 4268), en tanto, “según concepto de Chiovenda, acogido por la Corte, la ‘legitimatio ad causam’ consiste en la identidad de la persona del actor con la persona a la cual la ley concede la acción (legitimación activa) y la identidad de la persona del demandado con la persona contra la cual es concedida la acción (legitimación pasiva). (Instituciones de Derecho Procesal Civil. I, 1.85)” (CXXXVIII, 364/65), por lo cual, el juzgador debe verificar la legitimatio ad causam con independencia de la actividad de las partes y sujetos procesales al constituir una exigencia de la sentencia estimatoria o desestimatoria, según quien pretende y frente a quien se reclama el derecho sea o no su titular⁷⁸ (Negrilla y subrayado es nuestro)

Pues bien, visto lo anterior, y de cara a la relación de los hechos de la demanda se torna nítido distinguir prima facie, que la lesión presuntamente padecida por el Sr. Escorcia Ceballos, ni fue atribuida por la parte demandante a la CLINICA PORTOAZUL S.A., como causante de la misma; ni tampoco es posible edificar el nacimiento de una obligación indemnizatoria a cargo de la misma tratando, con base en articular con esta demanda, una especie de obligación de resultado, y no de medios, conforme ha sido sentado de manera pacífica por el máximo Tribunal de Justicia Civil, y la Doctrina siguiendo las reglas del mandato, y la lex artis ad-hoc⁹, en cuanto a que es evidente todo el tratamiento médico que diligentemente le brindó el médico de la red de prestadores de

⁷⁷Corte Suprema de Justicia Sala de Casación Civil. 4 de diciembre de 1981.

⁷⁸ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil. Sentencia de 1 de julio de 2008 (SC-061-2008), exp. 11001-3103-033-2001-06291-01.

⁹ Esto es, según se establece en la Ob. Cit. MONICA LUCIA FERNANDEZ M, Ob. “La Responsabilidad Médica- Problemas Actuales”. Grupo Editorial Ibañez, “La Responsabilidad Médica- Problemas Actuales”: “Que la actuación de los médicos deba regirse por la lex artis ad-hoc, significa que el médico debe actuar en consideración al caso concreto en que se produce la actuación e intervención médica y a las circunstancias en que las mismas se desarrollen y tengan lugar, así como a las incidencias inseparables en el normal actuar profesional. La lex artis ad-hoc, como criterio valorativo para calificar el acto médico concreto como conforme o no con la técnica normal requerida, tendrá entonces en cuenta las especialidades características de su autor, de la profesión, de la complejidad y trascendencia vital del paciente y de la influencia de factores endógenos-estado e intervención del enfermo, de sus familiares, o de la misma organización sanitaria.”

la ARL SURA a dicho paciente, se dio, repito, como desarrollo y ejecución de una obligación de medios y no de resultado.

En efecto, si se revisa la historia clínica de las únicas atenciones que se dieron por parte del médico tratante de la red de prestadores de la ARL SURA, emerge con claridad que al interior de las instalaciones de la IPS no se dio ninguna omisión o falla imputable a un incumplimiento de deberes legales de la CLINICA PORTOAZUL, como está documentado en las pruebas que se aportan, y cuyo resumen a continuación transcribo:

1er INGRESO:

EL DIA 15 DE JUNIO 2017 *INGRESA PROGRAMADO POR DR. PENAGOS PARA PROCEDIMIENTO TIPO SINOVECTOMIA TOTAL DE MUÑECA POR ARTROSCOPIA + CONDROPLASTIA EN CODO DERECHO.*

PREPARAR PARA CIRUGIA.

NADA VIA ORAL.

LEV: SS0.9% 500 CC PARA MANTENER VENA.

CEFAZOLINA 2 GRAMOS ENDOVENOSOS ANTES DE PROCEDIMIENTO.

ORDENES MÉDICAS POR ANESTESIOLOGIA Y MEDICO TRATANTE.

CONTROL DE SIGNOS Y AVISAR CAMBIOS.

CUIDADOS POR ENFERMERIA.

TRASLADO A QUIROFANO AL LLAMADO

DESCRIPCION QUIRURGICA

HALLAZGOS: *AUMENTO DE TEJIDO SINOVIAL EN CODO, CON DESFIBILAMIENTO DEL CARTILAGO ARTICULAR DE ARTICULACION RADIO CAPITELAR Y CUBITO HUERAL EN TROCLEA CODO DERECHO SECUNDARIO A EPICONDILITIS CRONICA LATERAL DE CODO*

PROCEDIMIENTO: PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA COLOCACION DE CAMPOS QUIRURGICOS ESTERILES BAJO ANESTESIA GENERAL EN DECUBITO LATERAL SE PROCEDE A COLOCAR TORNQUETE NEUMATICO A 250 MMHG, SE REALIZA INFILTRACION INTRAARTICULAR EN SOFTSPOT DE 20 CC DE SSN, SE REALIZA POSTERIOR A ESTO DESARROLLO DE PORTAL ANTEROMEDIAL PROXIMAL PARA CAMARA Y POR DIFERENTE VIA SE DESARROLLA PORTAL ANTERIOLATERAL PROXIMAL PARA TRABAJO, SE UBICAN HALLAZGOS, SE PROCEDE A REALIZAR SINOVECTOMIA TOTAL DE CODO POR ARTROSCOPIA, SE RESECA COMPLETAMENTE TEJIDO SINOVIAL ARTICULAR CON CARACTERISTICAS AINFLAMATORIAS CRONICAS, POSTERIOR A ESTO EN LESION CARTILAGINOSA SE PROCEDE A REALIZAR CONDROPLASTIA CON HOJA DE SHAVER DE 4.0 ADECAUDA CONDROPLASTIA, SE RESECA TEJIDO INFLAMATORIO EN PORCION DEL ECRB, SE RESECA COMPLETAMENTE ESTA CON SHAVER, SE DEJA RESECCION COMPLETA DE TEJIDO INFLAMATORIO, SE BAJA TORNQUETE SE VERIFICA HEMOSTASIA, SE CIERRA PORTALES, SE CUBRE CON APOSITOS ESTERILES, *PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES.*

PLAN: ALTA POR CIRUGIA DE MANO

SE DAN 30 DIAS DE INCAPACIDAD.

CONTROL EN 1 SEMANA

SE FORMULA ANALGESICOS Y ANTIBIOTICO

SE LE DAN RECOMENDACIONES CLARAS Y SIGNOS DE ALARMA.

2º INGRESO

4 DE NOVIEMBRE 2017 PACIENTE QUIEN INGRESA PROGRAMADO PARA CIRUGIA POR EL DR RODRIGO PENAGOS TIPO TRANSFERENCIA MIOTENDINOSA EN MANO DERECHA.



PREPARAR PARA CIRUGIA.

NADA VIA ORAL.

LEV: SS0.9% 500 CC PARA MANTENER VENA.

CEFAZOLINA 2 GRAMOS ENDOVENOSOS ANTES DE PROCEDIMIENTO.

ORDENES MÉDICAS POR ANESTESIOLOGIA Y MEDICO TRATANTE.

CONTROL DE SIGNOS Y AVISAR CAMBIOS.

CUIDADOS POR ENFERMERIA.

TRASLADO A QUIROFANO AL LLAMADO

DESCRIPCION QUIRURGICA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTO REALIZADO

HALLAZGOS: LESION DE NERVIO RADIAL RAMA INTEROSEA POSTERIOR CON DEFICIT PARA EXTENSION DE DEDOS LARGOS Y EXTENSION DE DEDO PULGAR FUERZA DE EXTENSOR DE MUÑECA M4 MANO DERECHA PROCEDIMIENTO: PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA COLOCAICION DE CAMPOS QUIRURGICOS ESTERILES, BAJO ANESTESIA GENERAL, EN DECUBITO SUPINO, ANTIBOITICO PROFILACTICO, TORNIQUE NEUMATICO A 250 MMHG POR 2 HORAS, SE PROCEDE A REALIZAR ABORDAJE NUMERO 1 EN LA PALMA VIA DE HENRRY, SE HACE TENORISIS AL FCR Y PL, SE LIBERA ADECAUDAMETNE TODO EL TENDON, POSTERIOR A ESTO SE PROCEDE A REALIZAR POR VIA DORSAL SOBER EL 4TO COMPARTIMIENTO EXTENSOR, SE UBICA EDC, SE SOLIDARIZAN LOS 4 TENDONES EXTESORES CON ETHIBOND. Y SE UBICA EPL SE HACE ABORDAJE SOBRE TABAQUERA ANATOMICA PARA DES ENRRUTAR TENDON EXTENSOR DEL DEDO PULGAR, PSOTERIOR A ESTO SE HACE TRASNFERNENCIA MIOTENDINOSA SE SUTURA CON TECNICA DE PULVERTAF EL PL AL EPL Y EL FCR AL EDC, SE OBSERVA ADECUADA TENSION, POSTERIOR A ESTO SE BAJA TORNIQUE SE VERIFICA HEMOSTASIA Y SE CIERRA POR PLANOS, SE COLOCA FERULA DE YESO ANTIBRAQUIMETACARPIANA, PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES. PLAN: ALTA POR CIRUGIA DE MANO CONTROL EN 1 SEMANA SE DAN 30 DIAS DE INCAPACIDAD ACETAMINOFEN Y CEFALOXINA SE LE DAN RECOMENDACIONES CLARAS Y SIGNOS DE ALARMA.

PACIENTE EN SU POSTOPERATORIO INMEDIATO QUIEN SE RECUPERA SATISFACTORIAMENTE DE LOS EFECTOS DE LA ANESTESIA, PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, BUEN PATRON RESPIRATORIO, TOLERADO VIA ORAL, NIEGA NAUSEAS, NO VOMITOS, DOLOR CONTROLADO. TOLERANDO LA MARCHA, MICCION ESPONTANEA CLARA, MOVILIZANDO SUS EXTREMIDADES ESPONTANEAMENTE, EXCEPTO MIEMBRO SUPERIOR DERECHO QUE ESTA INMOVILIZADO. ESCALA DE ALDRETE 10/10. NO SE EVIDENCIA SANGRADO ACTIVO DE SITIO QUIRURGICO, HERIDA QUIRURGICA EN BUENAS CONDICIONES. MEDICO TRATANTE ORDENA ALTA MEDICA CON FÓRMULA MEDICA, CITA CONTROL Y RECOMENDACIONES."

ULTIMO INGRESO

29 DE MAYO 2018 CONSULTA EXTERNA MEDICINA DEL DOLOR, REMITIDO POR FISIATRIA.

REFIERE EL PACIENTE QUE TIENE MOLESTIAS DOLOROSAS LOCALIZADO EN EL PULGAR DERECHO, E IRRADIADO ANTERÓGRADAMENTE HASTA TERCIO SUPERIOR DE ANTEBRAZO, CARA INTERNA, INICIADO ESTE DOLOR, DESPUÉS DE LA SEGUNDA CIRUGÍA - NOVIEMBRE 4 2018- CONSISTENTE EN TRANSFERENCIA MIOTENDINOSA DEBIDO A LESIÓN DE NERVIO RADIAL, POSTERIOR A PRIMERA CIRUGÍA DE ARTROSCOPIA DE CODO DERECHO, EN BASE A ID DE EPICONDILITIS CODO DERECHO.

TIENE PENDIENTE CALIFICACIÓN DE SECUELAS

PACIENTE QUE PRESENTA FÉRULA DINÁMICA EN ANTEBRAZO Y MANO DERECHA CON MANO Y DEDOS EN EXTENSIÓN, LA CUAL LA TIENE DESDE UNA VEZ DESCUBIERTA LA LESIÓN DEL RADIAL. ESTÁ REALIZANDO TERAPIA OCUPACIONAL Y FÍSICA. VIENE TOMANDO PREGABALINA X 150 MGRS UNA CADA 12 HORAS, Y ZALDIAR DOS AL DÍA MÁS PARCHES DE VERSATIS AL 5%.

DADO LA MALA RESPUESTA QUE HA TENIDO CON LOS PROCEDIMIENTOS INTERVENCIONISTA. DE MI PARTE CONSIDERO QUE NO ES EL PACIENTE IDEAL

PARA REALIZARLE ALGUNO DE ELLOS. SUGIERO CONTINUAR CON MEDICACIÓN MULTIMODAL ANALGÉSICA.

PACIENTE QUE ESTÁ INCAPACITADO DESDE EL PASADO 15 DE JUNIO DEL 2017. OFICIO PREVIO: TÉCNICO MECÁNICO REPARACIÓN Y DESMONTAJE DE COMPONENTES DE EQUIPOS PESADOS. LA DRA TILANO LE FORMULÓ EL PASADO 15 DE MAYO Y TIENE MEDIACIÓN HASTA EL 15 DE JUNIO DEL 2018

SE DARÁ MEDICACIÓN POR 30 DÍAS MÁS LA CUAL DEBERÁ EXPEDIRSE A PARTIR DEL 14 DE JUNIO PARA COMPLETAR HASTA EL 30 DE DICHO MES.

1- PREGABALINA X 150 MGRS # 60

USO: TOMAR UNA CADA 12 HORAS

2- AMITRIPTILINA X 25 MGRS TABLETAS # 30

USO: TOMAR UNA TODOS LOS DÍAS A LAS 5 PM

3- TRAMADOL GOTAS # 2 FRASCOS

USO: TOMAR 10 GOTAS DOS VECES AL DÍA

CITA 45 DÍAS CON MEDICINA DEL DOLOR

Luego de lo anterior, el paciente no vuelve a consultar y tampoco no hay evidencia de las consulta iniciales ni posteriores a los procedimientos con el Dr. Penagos, por lo que así las cosas, no puede predicarse Señor Juez en forma alguna responsabilidad civil médica solidaria con el médico tratante demandado, de parte de la CLINICA PORTOAZUL que apodero, por cuanto la IPS que represento cumplió¹⁰, las obligaciones legales a su cargo, siendo del resorte del galeno tratante el oportuno diagnóstico, y la realización de los procedimientos quirúrgicos y atenciones de todas las complicaciones post quirúrgicas que conforme a la Lex artis¹¹- ad hoc, le eran exigibles; sin que por ello deba aceptarse, a través de la presente demanda, el planteamiento de una tesis errónea del apoderado del actor, huérfana de toda prueba técnica o científica en el caso sub-lite.

El artículo 2.343 del Código Civil, establece en tratándose de la responsabilidad civil pretendida en este caso, quienes son las *PERSONAS OBLIGADAS A INDEMNIZAR*, así:

“Es obligado a la indemnización el que hizo el daño y sus herederos”.

¹⁰ conforme tiene establecido el criterio de la Honorable Corte Suprema de Justicia, en sentencia SC13925-2016 del 30 de septiembre de 2016¹⁰, en la cual puede leerse: “(...) De igual modo, el artículo 185 de la Ley 100 de 1993 establece que «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». La función que la ley asigna a las IPS las convierte en guardianas de la atención que prestan a sus clientes, por lo que habrán de responder de manera solidaria si se demuestran en el proceso los demás elementos de la responsabilidad a su cargo, toda vez que las normas del sistema de seguridad social les imponen ese deber de prestación del servicio.

El juicio de imputación del hecho como obra de las instituciones prestadoras del servicio de salud quedará desvirtuado si se prueba que el daño no se produjo por el quebrantamiento de los deberes legales de actuación de la IPS, sino a otra razón, como por ejemplo a una deficiencia organizativa, administrativa o presupuestal de la EPS; a la conducta de uno o varios agentes particulares por fuera del marco funcional de la IPS; o, en fin, a la intervención jurídicamente relevante de un tercero, de la propia víctima o a un caso fortuito.

(...)

La atribución de un hecho lesivo a un agente u organización como suyo es necesario pero no suficiente para endilgar responsabilidad civil, como se ha explicado extensamente con anterioridad. Para esto es preciso, además, que el daño sea el resultado de una conducta jurídicamente reprochable en términos culpabilísticos.” (He subrayado)

¹¹ En tal sentido la Doctrina de la autora Mónica Lucía Fernández, en su obra: “La Responsabilidad Médica-Problemas Actuales”. Grupo Editorial Ibañez, Pág.)ha sido nítida en señalar que “para que pueda existir una responsabilidad del médico se requiere la violación de la lex artis, que en definitiva es el parámetro de conducta que debe cumplir un buen profesional.”, no habiéndose por ende en el caso sub-lite, presentado ninguna infracción al mencionado postulado que rige el arte de los profesionales de la medicina o instituciones prestadoras de servicios de salud.

A su vez para poder establecer, como infructuosamente pretende el demandante, la existencia de responsabilidad solidaria con el galeno tratante, el artículo 2.344 ibídem, señala: *“Si de un delito o culpa ha sido cometido por dos o más personas, cada una de ellas será solidariamente responsable de todo perjuicio procedente del mismo delito o culpa, salvo las excepciones de los artículos 2350 y 2355.”*

Pues bien, está acreditado que NO existe demostración alguna de una conducta constitutiva del delito, culpa, demora o negligencia o falla en la prestación de los servicios asistenciales de salud brindados al interior de las instalaciones en los procedimientos quirúrgicos llevado a cabo en la CLINICA PORTOAZUL S.A., de manera tal que tampoco es posible revertir en cabeza de la entidad médica que apodero título o imputación alguna de responsabilidad solidaria junto con el médico demandado en este proceso, Dr. RODRIGO PENAGOS.

Con todo lo anterior, tampoco puede predicarse existencia de responsabilidad contractual y/o extracontractual de la entidad que apodero por los hechos planteados cuya imputación jurídica pretende darle el demandante al manejo de la atención médica brindada por su médico tratante de la red de prestadores de servicios de la ARL SURA, por las razones fundamentales: **1)** En los hechos de la demanda no se le atribuye omisión, negligencia, mala praxis o falla alguna en las intervenciones realizadas de parte de la CLINICA PORTOAZUL; **2)** No existió ningún contrato o vínculo contractual alguno entre el paciente y la CLINICA PORTOAZUL, **3)** Ninguna de las obligaciones legales de la IPS CLINICA PORTOAZUL durante las intervenciones quirúrgicas que se dieron en la atención de los servicios de salud que tuvo a su cargo el médico tratante, fueron incumplidas en la prestación de los cuidados médicos al paciente Señor IVAN ENRIQUE ESCORCIA CEBALLOS.

Así las cosas, no resultan configurados hasta el momento la existencia de los presupuestos que habrían de seguirse para el estudio de una supuesta responsabilidad civil solidaria atribuible por el demandante a la CLINICA PORTOAZUL S.A., por los hechos que sirven de base al proceso declarativo que nos ocupa, ante lo cual conviene ilustrar por otro lado lo expuesto por el Honorable Tribunal Superior del Distrito Judicial de Barranquilla, mediante providencia calendada el día 10 de Diciembre de 2.002¹², con respecto a la enumeración de los elementos que configuran la responsabilidad civil, así:

“1) Un autor o sujeto activo, que lo es quien causa el daño.

2) La culpa o dolo del mismo.

3) El daño o perjuicio ocasionado al sujeto pasivo y

¹² Providencia de fecha Diciembre 10 de 2.002 dictada dentro del proceso Ordinario de Luis Galvis y Otros contra Pizano S.A.. Exp. 23.058. M.P.: Dra. Ruth Jiménez González.

4) **La relación de causalidad entre el daño y la culpa del sujeto que lo causó.** Y el daño es pues, necesario para la configuración de la responsabilidad civil Extracontractual, es decir, para el cumplimiento de lo presupuestado en el artículo 2.341 del Código Civil se hace indispensable la concurrencia del presupuesto probatorio tendiente a la identificación de estos elementos sabiamente establecidos en la doctrina y la jurisprudencia, es así como en sentencia de Junio 10/63 Negocios Generales referente a los ELEMENTOS DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL Extracontractual: “para que a tenor de este artículo resulte comprometida la responsabilidad de una persona- natural o jurídica se requiere, como es bien sabido que haya cometido una culpa (“lato sensu”) y que de esta sobrevengan perjuicios al reclamante, o sea, la ocurrencia de los tres elementos que la doctrina predominantemente ha sistematizado bajo los rubros de culpa, daño y relación de causalidad entre aquella y este...” (Negrilla y subrayado es nuestro)

En ese contexto, para que al interior del proceso declarativo de la referencia se pueda llegar a declarar por parte de un Juez que al demandado le asiste algún tipo de responsabilidad civil médica, debe probarse dentro del proceso que se han satisfechos todos los requisitos estructurales de la responsabilidad como lo son el daño, la culpa y el nexo de causalidad. Al respecto el Tratadista ARTURO VALENCIA ZEA en su obra “DERECHO CIVIL - TOMO III - DE LAS OBLIGACIONES”, ha señalado lo siguiente: “Noción de la Responsabilidad. Una persona es responsable civilmente cuando en razón de haber sido la causa del daño que otra persona sufre, está obligada a repararlo. La responsabilidad civil supone siempre una relación entre dos sujetos, de los cuales uno ha sido la causa de un daño y otro lo ha recibido. La responsabilidad civil es la consecuencia jurídica de esta relación de hecho, o sea, la obligación del autor del daño de reparar el perjuicio ocasionado.”

Ahora bien, en el caso concreto que nos ocupa no puede predicarse la existencia de responsabilidad civil médica solidaria alguna en cabeza de la CLINICA PORTOAZUL S.A., toda vez que del relato de los hechos de la demanda, la historia clínica misma y de los documentos probatorios obrantes en el proceso, no se puede concluir la existencia de “error en el diagnóstico”, además de que no le fue imputado el mismo a la Clínica que apodero, por lo que no existiendo nexo causal alguna en la participación que tuvo a su cargo y la atención médica que le fuera proporcionada por el medico tratante de la ARL SURA, fuerza es concluir que la reclamación presentada respecto de la IPS no está llamada a prosperar.

Adicionalmente y aun cuando reitero, no se realizó en la demanda ningún tipo de imputación de falla por parte del demandante a la CLINICA PORTOAZUL, el paciente al momento de los procedimientos suscribió los consentimientos informados que se

allegan como prueba, donde aparecen advertidos los riesgos y sus posibles complicaciones por lo que es claro, que no es posible hacer predicar la existencia de un nexo causal que se origine entre la participación que tuviera la IPS al brindar sus instalaciones y el personal asistencial y las eventuales secuelas del paciente, más aún si se tiene en cuenta lo establecido expresamente por el Decreto 3380 de 1981 que en su artículo 13º señala: *“Teniendo en cuenta que el tratamiento o procedimiento médico pueda comportar efectos adversos de carácter imprevisible, el médico no será responsable por riesgos, reacciones o resultados desfavorables, inmediatos o tardíos de imposible o difícil previsión dentro del campo de la práctica médica al prescribir o efectuar un tratamiento o procedimiento médico.”*

Así las cosas, no existe en cabeza de la entidad que apodero un título de imputación de responsabilidad civil determinante de una obligación de indemnizar al demandante, toda vez que no puede serle atribuido ningún incumplimiento de obligaciones legales; así como tampoco frente al único proceder asistencial de la CLINICA PORTOAZUL, y en ausencia de nexo causal constitutivo de obligación de reparar perjuicios en la forma prevista por la Ley y la jurisprudencia nacional, la reclamación presentada por los hechos contenidos en el líbello introductorio del proceso, además de que no le fueron endilgados por omisión o falla de dicha IPS, tampoco existe respecto del médico tratante Dr. Penagos, prueba o demostración alguna de falla o culpa médica, demora, negligencia, descuido, impericia, o violación a la lex artis, tampoco achacable a la parte que represento.

Así las cosas, al no existir un proceder omisivo o de falla asistencial de parte de la CLINICA PORTOAZUL respecto de las intervenciones quirúrgicas que tuvo el paciente IVAN ESCORCIA CEBALLOS en las instalaciones de la clínica que apodero, fuerza concluir que no es posible predicar la existencia de responsabilidad ni obligación indemnizatoria a cargo de la misma, conforme lo anota el tratadista JAVIER TAMAYO JARAMILLO en su obra¹³ cuando señala: *“que cada uno de los miembros del grupo puede desvirtuar la presunción de causalidad que pesa en su contra, no sólo estableciendo quien fue el verdadero causante del daño, sino también demostrando que, por exclusión de materia, él no pudo haberlo causado”*.

A este mismo respecto el autor Dr. SERGIO YEPES RESTREPO en su obra, señala: *“El tercer elemento de la responsabilidad es el nexo causal que debe existir entre la conducta realizada por el agresor y el daño sufrido por la víctima. Este nexo es de vital importancia porque nadie debe responder de ningún daño si no fue consecuencia de su acción o de su omisión, ya sea que exista un contrato válidamente celebrado entre las partes, o no exista ningún vínculo jurídico*

¹³ Ob. Cit. “Tratado de Responsabilidad Civil Tomo I”. Pág. No.271.

entre ellas. Según la doctrina: “**el sentido común se niega a admitir la existencia de un daño que debe ser soportado por quien no ha contribuido a su realización, debe darse necesariamente, cierta relación entre el daño causado y la conducta del que está llamado a responder por el mismo**”. Así las cosas, el daño en el cuerpo o en la salud debe ser consecuencia de la conducta indebida del facultativo, **para que pueda predicarse responsabilidad en el profesional de la medicina.**” (Subrayado y negrilla fuera de texto)

Es claro Señor Juez, que solo es posible predicar la existencia de responsabilidad civil médica en el caso de que la institución prestadora de servicios de salud y/o el personal asistencial, hubiere incurrido en delito, culpa, negligencia o impericia en la atención médica inicial del paciente Señor IVAN ENRIQUE ESCORCIA CEBALLOS, o su proceder fuere contrario a lo que indica la lex artis- ad-hoc en estos eventos, tal y como lo ha sentado recientemente la Honorable Corte Suprema de Justicia en Sentencia SC13925-2016 del 30 de septiembre de 2016, cuando señala:

“De igual modo, el artículo 185 de la Ley 100 de 1993 establece que «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».

La función que la ley asigna a las IPS las convierte en guardianas de la atención que prestan a sus clientes, por lo que habrán de responder de manera solidaria si se demuestran en el proceso los demás elementos de la responsabilidad a su cargo, toda vez que las normas del sistema de seguridad social les imponen ese deber de prestación del servicio.

El juicio de imputación del hecho como obra de las instituciones prestadoras del servicio de salud quedará desvirtuado si se prueba que el daño no se produjo por el quebrantamiento de los deberes legales de actuación de la IPS, sino a otra razón, como por ejemplo a una deficiencia organizativa, administrativa o presupuestal de la EPS; a la conducta de uno o varios agentes particulares por fuera del marco funcional de la IPS; o, en fin, a la intervención jurídicamente relevante de un tercero, de la propia víctima o a un caso fortuito.”

La consideración aludida aparece perfectamente delineada por la Honorable Corte Suprema de Justicia en Sentencia de fecha 15 de Enero de 2008¹⁴, en la cual, señaló: “(...)el criterio que se expone y que la Corte acoge, da a entender que en la indagación que se haga -obviamente luego de ocurrido el daño (...)- debe realizarse una prognosis que dé cuenta de los varios antecedentes que hipotéticamente son causas, de modo que con la aplicación de las reglas de la experiencia y del sentido de razonabilidad a que se aludió, se excluyan aquellos antecedentes que solo coadyuven al resultado pero que no son idóneos per se para producirlos, y se detecte aquél o aquellos que tienen esa aptitud” (Sent. Cas. Civ. de 26 de septiembre de 2002, Exp. No. 6878), todo porque “el médico no puede responder sino cuando su comportamiento, dentro de la estimativa profesional, fue determinante del perjuicio causado” (Sent. Cas. Civ. de 30 de enero de 2001, Exp. No. 5507).” (Subrayado y negrilla fuera de texto)

¹⁴ Exp. No. 11001-3103-037-2000-67300-01. MP: Dr. Edgardo Villamil Portilla.

Por todo lo anterior el fallador debe guardar una ajustada comprensión de los aspectos que involucran la responsabilidad de los profesionales de salud¹⁵, concretamente, en los aspectos médico – asistenciales que se refieren al arte de su profesión determinantes de las obligaciones de medio adquiridas en el campo terapéutico de dicha ciencia médica, y no como una obligación de resultado en el caso de la atención brindada por el médico tratante en las instalaciones de la CLINICA PORTOAZUL S.A. al paciente Señor IVAN ENRIQUE ESCORCIA CEBALLOS , como pretende ensayar el apoderado de la demandante en la fundamentación de la demanda.

El artículo 1.757 del Código Civil enseña que: *“Incumbe probar las obligaciones o su extinción al que alega aquéllas o ésta.”*, razón por la cual la Corte Suprema de Justicia en tratándose de obligaciones de medios (como sería el caso de los profesionales de la salud), y en especial respecto de la Responsabilidad derivada de la prestación de servicios médicos asistenciales, ha señalado que *“las obligaciones que se asumen frente al paciente, en relación con el contrato de servicios médicos, no son de resultado, sino de medio, consistentes en que el médico debe proporcionar todos los conocimientos adquiridos para procurar la curación o mejoría del enfermo, por lo que el reproche sólo acaecería cuando en el cumplimiento de esa prestación el facultativo se sustrae a observar “las diligencias y las reglas de conducta impuestas por su arte o profesión”*¹⁶.

Por tal razón entiende claramente la misma Corte Suprema de Justicia- Sala de Casación Civil, que *“si la obligación es de medio allí se debe probar la culpa del deudor o autor del daño, mientras que si es de resultado ella se presume, de conformidad con el artículo 1604 del Código Civil.”*¹⁷

No existiendo entonces ni título de imputación en los hechos de la demanda, ni prueba alguna de los elementos constitutivos de una falla médica a cargo de la CLINICA PORTOAZUL S.A. en cuanto a la participación asistencial y de quirófano en la atención médica del paciente, fuerza es concluir que las pretensiones de declaratoria de responsabilidad civil médica solidaria orientadas al pago de indemnización de perjuicios con respecto a la entidad que apodero resultan a todas luces infundadas y, por lo que en derecho corresponde, la demanda de la referencia debe ser DESESTIMADA.

¹⁵ C.S. de Justicia Sala de Casación Civil. Sentencia de fecha 15 de Enero de 2.008: *“2.En ese contexto, los especiales perfiles que presenta el ejercicio de la actividad médica y la marcada trascendencia social de esa práctica, justifican un especial tipo de responsabilidad profesional, pero sin extremismos y radicalismos que puedan tomarse “ni interpretarse en un sentido riguroso y estricto, pues de ser así, quedaría cohibido el facultativo en el ejercicio profesional por el temor a las responsabilidades excesivas que se hicieran pesar sobre él, con grave perjuicio no sólo para el mismo médico sino para el paciente. ‘Cierta tolerancia se impone, pues dice Sabatier, sin la cual el arte médico se haría, por decirlo así, imposible, sin que esto implique que esa tolerancia debe ser exagerada, pues el médico no debe perder de vista la gravedad moral de sus actos y de sus abstenciones cuando la vida y la salud de sus clientes dependen de él’”* ¹⁵.

¹⁶ Sentencia de fecha 11 de septiembre de 2.002. EXP. 6430. MP. Dr. José Fernando Ramírez Gómez.

¹⁷ Sentencia de abril 19 de 1993. Gaceta Judicial N° 2461. Pág. 404.

En cuanto a la existencia de los daños o perjuicios sufridos por el demandante, las pretensiones de la demanda no están llamadas a prosperar en virtud a la temeridad y la excesiva tasación de perjuicios indicada en la cuantía de la demanda por los conceptos reclamados a título de perjuicios por daños materiales en la forma exigida por el artículo 206 del C.G.P.), razón por la cual no es posible acceder a las pretensiones de la demanda

Respecto del deber de probar los elementos en que se funda la alegada responsabilidad, encontramos que la jurisprudencia nacional se ha pronunciado en igual sentido respecto de la carga de la prueba que debe cumplir la demandante en tratándose de procesos de responsabilidad médica en los cuales resulten vinculadas como demandadas instituciones prestatarias de servicios en Salud. A este respecto la Corte Suprema de Justicia en sentencia de fecha enero 30 de 2.001, con ponencia a cargo del Dr. José Fernando Ramírez Gómez, señaló:

“En conclusión y para ser coherentes en el estudio del tema, se pudiera afirmar que en este tipo de responsabilidad como en cualquiera otra, deben concurrir todos los elementos o presupuestos materiales para el éxito de la pretensión, empezando por supuesto con la prueba del contrato, que es carga del paciente, puesto que es esta relación jurídica la que lo hace acreedor de la prestación de la prestación del servicio, de la atención y el cuidado. Igualmente, corresponde al paciente, probar el daño padecido (lesión física o psíquica) y consecuentemente el perjuicio patrimonial o moral cuyo resarcimiento pretende. Ahora, probado este último elemento, sin duda alguna, como antes se explicó, que lo nuclear del problema está en la relación de causalidad adecuada entre el comportamiento activo o pasivo del deudor y el daño padecido por el acreedor, pues es aquí donde entran en juego los deberes jurídicos de atención y cuidado que en el caso concreto hubo de asumir el médico y el fenómeno de la imputabilidad, es decir, la atribución subjetiva, a título de dolo o culpa.”

En el mismo sentido se pronuncia el famoso tratadista ADRIANO DE CUPIS en su obra “EL DAÑO- TEORÍA GENERAL DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL”, cuando señala que:

“LA CARGA DE LA PRUEBA. - La declaración del juez, tanto en orden al contenido del daño, como a su existencia, depende de la prueba, cuya carga incumbe al perjudicado. Es función del juez, repetimos, la actividad que consiste en fijar la existencia y la entidad cuantitativa del daño resarcible; pero tal actividad está subordinada a la prueba suministrada por el perjudicado. Compete al perjudicado aducir la prueba necesaria para contribuir a formar la convicción del juez acerca del quantum del daño resarcible, además de la de su existencia; ya que esta convicción constituye el presupuesto de la declaración contenida en la sentencia liquidatoria.”

Es sabido que, para que se genere responsabilidad civil, es necesario que el presunto responsable haya desplegado alguna conducta ilícita, **que sea a su vez la que haya**

producido daños a terceros. Así, es evidente que para la prosperidad de una indemnización fruto de responsabilidad civil es necesario el cumplimiento de tres de presupuestos legales, consistentes en i) la existencia de un hecho dañoso, ii) la presencia de un daño y iii) **la certeza de que el daño producido ha sido ocasionado en efecto por el hecho dañoso existente, o sea la existencia de un nexo causal.**

En efecto, uno de los elementos fundamentales de la responsabilidad civil extracontractual, está dado por el nexo causal, es decir por la existencia de un nexo o relación causal entre la conducta dañosa desplegada por el agente y el daño sufrido por la víctima, de forma tal, que éste último sea consecuencia **exclusiva y necesaria** de la primera.

Ahora bien, la existencia del nexo causal puede enervarse en virtud de tres elementos fundamentales, a saber: **Caso Fortuito o Fuerza Mayor, Culpa de un Tercero,** o Culpa de la Víctima. Es así como, cuando se verifica cualquiera de estas tres circunstancias, se da el rompimiento o inexistencia del nexo causal, en virtud de lo cual, al faltar este elemento fundamental, no surge responsabilidad alguna a cargo del agente por los hechos acaecidos.

A este mismo respecto el tratadista PHILLIPE LE TORNEAU, sobre el hecho de un tercero como sería eventualmente el caso de las alegadas omisiones de la CLINICA CAMPBELL como eximente de responsabilidad, por virtud del cual se dieron las circunstancias de agravación en la salud del paciente, en su obra¹⁸, señala que: *“Si el hecho del tercero es la única causa del daño, o su causa determinante, ese hecho absorbe la integralidad de la causalidad, él se asemeja a un caso de de fuerza mayor, con sus mismas características... el Demandado debe ser exonerado.”*

Sobre la base de lo anotado, es claro que al encontrarse roto cualquier vínculo que determine que la participación asistencial y locativa de las instalaciones de la CLINICA PORTOAZUL en las intervenciones quirúrgicas realizadas al paciente por su médico tratante de la ARL al interior de la entidad médica que apodero, así como tampoco es la IPS la causante de las complicaciones de la salud del paciente y/o de su lesión consolidada en virtud al estado patológico que presenta actualmente, mal podría derivarse responsabilidad médica a su cargo.

En efecto, en fundamento de lo anterior, vale la pena traer a colación lo señalado por la Corte Suprema de Justicia, sobre la causa eficiente de un daño, en virtud de los cual

¹⁸ Fundamentos de la Responsabilidad, Editorial Legis, Pág.94.

concluye: “Analizadas en abstracto las circunstancias en que se produjo un daño, se determina en el caso concreto cual o cuales de ellas, según el normal devenir de las cosas, fueron causa eficiente del daño, descartando aquellas que sólo favorecieron la producción del resultado o que eliminaron un obstáculo para el mismo...”¹⁹

A este mismo respecto, con atino el tratadista JAVIER TAMAYO JARAMILLO²⁰, señala: “Por ejemplo si un médico es demandado por una operación quirúrgica que causó daños a un paciente, la ausencia de culpa del médico necesariamente conduciría a que el daño se atribuya a una causa extraña (...) si el médico fue diligente y prudente, es porque la causa del daño, aún la producida por su organismo, fue imprevisible e irresistible. Podemos decir que todos los fenómenos que contribuyeron a producir el daño constituyen fuerza mayor o caso fortuito si son irresistibles y no imputables a culpa del demandado.”

Y más adelante anota el citado tratadista en el Tomo I, de la misma obra que: “Para nosotros, independientemente del problema probatorio, la ausencia de culpa conduce a una causa extraña, y por ello podemos identificar los dos conceptos. Aunque el demandado aparezca como causante del daño, su ausencia de culpa llevará a considerar que su conducta fue determinada por factores que, aun siendo interiores físicamente a él, no se pueden imputar desde el punto de vista jurídico (...) Podemos decir que todos los fenómenos que contribuyeron a producir el daño constituyen fuerza mayor o caso fortuito si son imprevisibles, irresistibles y no imputables a culpa del demandado... No se requiere que ese fenómeno sea un hecho espectacular de los que habla la ley 95 de 1890 (naufragio, terremoto, apresamiento de enemigos, actos de autoridad, etc.); basta que no haya una causa imputable al deudor para que pueda hablarse de fuerza mayor o caso fortuito.” (Negrilla y subrayado fuera de texto)

Finalmente, en lo atinente a los perjuicios solicitados por la parte demandante estos se tornan en EXCESIVOS e INFUNDADOS, y a tal respecto ha de tenerse presente que también es la parte demandante quien en virtud del artículo 167 del C.G.P. le incumbe probar la existencia y la extensión de los alegados perjuicios. En relación con la prueba de los perjuicios materiales no acreditados, morales, a la salud y del daño a la vida en relación, que en últimas son el grueso de las pretensiones del demandante, el tratadista JAVIER TAMAYO JARAMILLO, en su obra “De la Responsabilidad Civil- De los Perjuicios y su indemnización”, señala:

¹⁹ Corte Suprema de Justicia Sala de Casación Civil. Sentencia proferida el 30 de marzo de 1993, Magistrado Ponente: Alberto Ospina Botero.

²⁰ Ob. Cit. “Tratado de Responsabilidad Civil Tomo II”, Pág. 114.



“Los perjuicios morales subjetivos, igual que los materiales, deben aparecer demostrados procesalmente. Si bien su cuantificación económica es imposible, dada la naturaleza misma del daño, lo cierto es que su intensidad es perfectamente demostrable. La medicina y la siquiatria contemporáneas pueden dictaminar casi con exactitud el grado y duración del dolor físico. Con base en esa verificación, los médicos formulan medicamentos, analgésicos o antidepresivos y, llegado el caso, realizan sicoterapias que procuren la salud de la víctima. (...) Por lo tanto, es errónea la doctrina que sostiene que los perjuicios morales subjetivos no pueden ser probados...”.

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, solicito al Despacho con todo comedimiento se sirva DECLARAR PROBADAS LAS EXCEPCIONES DE MERITO PROPUESTAS en contra de la demanda de la referencia, por cuanto no existe ninguna obligación a cargo de la entidad que apodero respecto de las pretensiones solidarias formuladas en contra de la CLINICA PORTOAZUL S.A., disponiendo en efecto la respectiva CONDENA EN COSTAS Y AGENCIAS EN DERECHO a la parte demandante, con la consecuencia establecida por el Artículo 206 del C.G.P.

VI. PRUEBAS:

Solicito se decreten y tengan como tales, las siguientes pruebas.

I. DOCUMENTALES: Aporto los siguientes documentos:

Acompaño al presente escrito los siguientes documentos, a fin de que se les reconozca a los mismos plenos méritos probatorios, de acuerdo con lo establecido por los artículos 245 y 246 del C.G.P.:

1. Poder conferido.
2. Certificación de Existencia y Representación legal de la CLINICA PORTOAZUL S.A. expedida por la cámara de comercio de Barranquilla.
3. Copias digitalizadas (3) en pdf del sistema de registro de historia clínica del paciente IVAN ESCORCIA de la CLINICA PORTOAZUL S.A., para los ingresos que tuvo en la Clínica que apodero.
4. Copia digitalizada en pdf de los formatos de consentimientos informados que hace parte de la historia clínica del paciente IVAN ESCORCIA de la CLINICA PORTOAZUL S.A.
5. Copia digitalizada en formato pdf del convenio de vinculación como médico adscrito suscrito entre el Dr. Guillermo Penagos y la CLINICA PORTOAZUL.
6. Copia digitalizada en formato pdf del “MANUAL MÉDICOS ADSCRITOS” de la CLINICA PORTOAZUL.

7. Copia digitalizada en pdf del artículo de literatura médica científico de complicaciones de la artroscopia de codo.
8. Copia digitalizada en pdf del artículo de la Revista de Artroscopia y cirugía articular contentivo de la literatura médica científico de complicaciones de la artroscopia de codo.

II. INTERROGATORIO DE PARTE CON RECONOCIMIENTO DE DOCUMENTOS.

Solicito se decrete la declaración del demandante, para que absuelva el cuestionario que le formularé verbalmente en curso de la audiencia respectiva, o en escrito presentado con anterioridad, así como también para que reconozca cualquier documento que hubiese sido suscrito por el mismo o que se refiera a los hechos de la demanda de la referencia, sus contestaciones.

De igual forma pido y me reservo la facultad de contrainterrogar en curso de la audiencia respectiva al demandado Dr. GUILLERMO PENAGOS.

III. TESTIMONIOS TECNICOS CON RECONOCIMIENTO DE DOCUMENTOS.

Solicito se decrete la declaración de las personas que paso a señalar en calidad de **testigos técnicos**, mayores de edad, domiciliados en Barranquilla, quienes pueden ser citados donde a continuación indico a fin de que depongan básicamente sobre los aspectos relacionados la revisión de la historia clínica de la atención del paciente IVAN ENRIQUE ESCORCIA CEBALLOS, con respecto a la participación fáctica que tuvo la CLINICA PORTOAZUL S.A., el proceso de ingreso como médico adscrito para la intervención del Dr. Rodrigo Alberto Penagos, la atención médica brindada en quirófano a dicho paciente de parte del personal médico, asistencial y de especialistas, verificando con base en lo registrado en la historia clínica los diagnósticos, tratamientos, la orden de tratamientos, las complicaciones propias de la lesión, riesgos inherentes de las lesiones; así como los aspectos médicos científicos consignados en dicha historia clínica del paciente, y demás aspectos científicos de interés e ilustración para el proceso relacionados con los hechos de la demanda o sus contestaciones:

- Dr. JUAN MANUEL BORDA SANCHEZ, quien puede ser citado al siguiente correo electrónico: jmborda@hotmail.com, celular 3214050955.
- Dr. RENE DE LOS REYES REYES, quien puede ser citado al siguiente correo electrónico: dlosreyesrene@hotmail.com, celular 3115209235.
- Dra. ELIZABETH SILVA AGREDO, quien puede ser citada al siguiente correo electrónico: christian.insignares@clinicaportoazul.com.

- Dr. OCTAVIO AUGUSTO DE LA HOZ ORDOÑEZ, quien puede ser citado al siguiente correo electrónico: christian.insignares@clinicaportoazul.com.
- Dr. DAVID VENEGAS VISBAL, quien puede ser citado al siguiente correo electrónico: christian.insignares@clinicaportoazul.com.

Solicito que los testigos sean citados igualmente para el reconocimiento de los documentos que hubieren suscrito y/o elaborado y/o en los que hubiesen revisado, intervenidos en la historia clínica o referidos en su declaración y que aparezcan incorporados al expediente.

NOTIFICACIONES ELECTRONICAS

Para los efectos previstos en el artículo 3º del Decreto 806 de 2.020, la sociedad que apodero recibe notificaciones y autoriza expresamente como canal de acceso a cualquier comunicación informativa que se surta dentro del proceso, a la siguiente dirección de correo electrónico: christian.insignares@clinicaportoazul.com; y el suscrito apoderado recibe igualmente notificaciones en la secretaría de su despacho o en su oficina de Abogados ubicada en la Carrera 52 No.76-167 Ofic. 408 de la ciudad de Barranquilla, o al email: adavilag@davilabermudezabogados.com , ó vía telefónica y/o WhatsApp a la línea celular: 3008393244.

PRESUNCION DE AUTENTICIDAD DEL ESCRITO REMITIDO

El presente escrito se presume auténtico del suscrito remitente en la forma prevista por el artículo 244 del C.G.P., y cuya remisión electrónica se encuentra autorizada para su incorporación al expediente con apoyo en lo dispuesto en el inciso 2º del artículo 2º del Decreto Legislativo No.806 del 4 de junio de 2.020, y los artículos 21, 26 y 28 del Acuerdo del Consejo Superior de la Judicatura No.PCSJA20-11567 de fecha 5 de junio de 2.020.

Del Señor Juez, atentamente,

ANTONIO DAVILA GARCIA
C.C.No.72.224.652 de Barranquilla
T.P.No.112.262 del C.S. de La Judicatura



DÁVILA & BERMUDEZ
A B O G A D O S

Señor

JUEZ QUINCE CIVIL DEL CIRCUITO DE BARRANQUILLA

Email: ccto15ba@cendoj.ramajudicial.gov.co

E.

S.

D.

Ref: PROCESO VERBAL DE RESPONSABILIDAD MÉDICA DE IVÁN ENRIQUE ESCORCIA CEBALLOS CONTRA CLÍNICA PORTOAZUL S.A. - RODRIGO ALBERTO PENAGOS LÓPEZ.

Rad. 080013153015 - 2021 - 00065 - 00.

CRISTHIAN RICARDO INSIGNARES CERA, mayor de edad, vecino de la ciudad de Barranquilla, identificado con la cedula de ciudadanía No. 72.286.234 expedida en Barranquilla, quien actúa en su calidad de Representante legal suplente de la sociedad **CLINICA PORTOAZUL S.A.**, sociedad comercial, legalmente constituida, con domicilio principal en Puerto Colombia, Atlántico, identificada con el Nit No. 900248882-1, todo lo cual acredito con el Certificado de Existencia y Representación Legal, manifiesto al Despacho que confiero **PODER ESPECIAL**, pero tan amplio y suficiente como en derecho sea requerido al Dr. **ANTONIO DAVILA GARCIA**, Abogado en ejercicio, mayor de edad, domiciliado en Barranquilla, identificado con cédula de ciudadanía número 72.224.654 expedida en Barranquilla, y titular de la Tarjeta Profesional de Abogado No.112.262 expedida por el Consejo Superior de la Judicatura, para que en mi nombre y representación, comparezca al proceso en virtud del auto admisorio de la vinculación como demandada dentro de la demanda de la referencia, y a su vez intervenga, actúe, y conteste la demanda dentro del mismo.

El apoderado queda facultado para notificarse del auto admisorio de la demanda, contestar la demanda, presentar excepciones, formular llamamiento en garantía aportar y solicitar pruebas, recibir, transigir, conciliar, sustituir y reasumir el presente poder, desistir, solicitar suspensión del proceso, interponer los recursos e incidentes pertinentes, y todo cuanto sea necesario para el cabal cumplimiento de la gestión encomendada.

El presente escrito de otorgamiento de poder se presume auténtico del poderdante remitente en la forma prevista por el artículo 244 del C.G.P., en armonía con la autenticidad que le concede la remisión electrónica del mismo en la forma autorizada para su incorporación al expediente, con apoyo en lo dispuesto en el artículo 5º del Decreto Legislativo No.806 del 4 de junio de 2.020, y los artículos 21, 26 y 28 del Acuerdo del Consejo Superior de la Judicatura No.PCSJA20-11567 de fecha 5 de junio de 2.020.

NOTIFICACIONES ELECTRONICAS

Para los efectos previstos en el artículo 3º del Decreto 806 de 2.020, la sociedad poderdante recibe notificaciones y autoriza expresamente como canal de acceso a cualquier comunicación informativa que se surta dentro del proceso, a la siguiente dirección de correo electrónico: christian.insignares@clinicaportoazul.com, y el



DÁVILA & BERMUDEZ
A B O G A D O S

apoderado designado acepta y manifiesta que recibe igualmente notificaciones en la secretaría de su despacho o en su oficina de Abogados ubicada en la Carrera 52 No.76-167 Ofic. 408 de la ciudad de Barranquilla, o al email: adavilag@davilabermudezabogados.com, ó vía telefónica y/o WhatsApp a la línea celular: 3008393244.

ANEXO

1. Se adjunta digitalizado en pdf certificado de existencia y representación legal de la sociedad **CLINICA PORTOAZUL S.A.**

Respetuosamente,

CRISTHIAN INSIGNARES CERA

C.C. No. 72.286.234 expedida en Barranquilla

Acepto,

ANTONIO DAVILA GARCIA

C.C.No.72.224.652 de Barranquilla

T.P.No.112. 262 del C. S. de la Judicatura



Cámara de Comercio de Barranquilla
**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACION LEGAL O
DE INSCRIPCION DE DOCUMENTOS.**
Fecha de expedición: 20/04/2021 - 16:23:12
Recibo No. 8716607, Valor: 6,200
CODIGO DE VERIFICACIÓN: CY40709AFF

Para su seguridad verifique el contenido de este certificado ingresado a nuestra
página web www.camarabaq.org.co, en el enlace CERTIFICADOS EN LINEA-VERIFICACION
DE CERTIFICADOS EN LINEA, digitando el código de verificación.

"LA MATRICULA MERCANTIL PROPORCIONA SEGURIDAD Y CONFIANZA EN LOS NEGOCIOS.
RENUEVE SU MATRICULA MERCANTIL A MAS TARDAR EL 31 DE MARZO"

EL SUSCRITO SECRETARIO DE LA CAMARA DE COMERCIO DE BARRANQUILLA, CON FUNDAMENTO
EN LAS INSCRIPCIONES DEL REGISTRO MERCANTIL

C E R T I F I C A

NOMBRE, IDENTIFICACIÓN Y DOMICILIO

Razón Social:
CLINICA PORTOAZUL S.A. SIGLA CPA
Sigla: CPA
Nit: 900.248.882 - 1
Domicilio Principal: Puerto colombia
Matrícula No.: 468.171
Fecha de matrícula: 28/10/2008
Último año renovado: 2021
Fecha de renovación de la matrícula: 17/03/2021
Activos totales: \$255.068.287.000,00
Grupo NIIF: 2. Grupo I. NIIF Plenas

UBICACIÓN

Dirección domicilio principal: CR 30 Corredor Universitario No.1-850
Municipio: Puerto colombia - Atlantico
Correo electrónico: christian.insignares@clinicaportoazul.com
Teléfono comercial 1: 3672600
Teléfono comercial 2: 3672700
Teléfono comercial 3: 3015205269

Dirección para notificación judicial: CR 30 Corredor Universitario No.1-850
Municipio: Puerto colombia - Atlantico
Correo electrónico de notificación: christian.insignares@clinicaportoazul.com
Teléfono para notificación 1: 3672600
Teléfono para notificación 2: 3672700
Teléfono para notificación 3: 3015205269

Autorización para recibir notificaciones personales a través del correo
electrónico, de conformidad con lo establecido en el artículo 67 del Código de
Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo: si

CONSTITUCIÓN

Constitución: que por Documento Privado del 21/10/2008, del Barranquilla,
inscrito(a) en esta Cámara de Comercio el 28/10/2008 bajo el número 143.808

del libro IX, se constituyó la sociedad:denominada CLINICA PORTOAZUL S.A. SIGLA
CPA

REFORMAS DE ESTATUTOS

La sociedad ha sido reformada por los siguientes documentos:

Documento	Número	Fecha	Origen	Insc.	Fecha	Libro
Escritura	81	26/01/2010	Notaria 4a. de Barranq	155.939	27/01/2010	IX
Escritura	750	18/06/2010	Notaria 4 a. de Barran	160.225	29/06/2010	IX
Acta	7	31/03/2011	Asamblea de Asociados	170.222	02/06/2011	IX
Escritura	1.949	23/06/2015	Notaria 4 a. de Barran	285.312	10/07/2015	IX
Escritura	1.950	23/06/2015	Notaria 4a. de Barranq	293.760	24/07/2015	IX
Escritura	346	17/02/2017	Notaria 4 a. de Barran	320.353	21/02/2017	IX
Escritura	1.026	15/08/2020	Notaria 4 a. de Barran	386.057	20/08/2020	IX
Escritura	1.166	03/09/2020	Notaria 4 a. de Barran	387.037	05/09/2020	IX

TERMINO DE DURACIÓN

Duración: se fijó hasta 2107/10/21

QUE A LA FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN DE ESTE CERTIFICADO, NO APARECEN
INSCRIPCIONES QUE DEN CUENTA DEL ESTADO DE DISOLUCIÓN DE LA SOCIEDAD, RAZÓN POR
LA QUE LA SOCIEDAD NO SE HAYA DISUELTA.

OBJETO SOCIAL

La sociedad tiene por objeto: El objeto principal de la sociedad es ser usuario industrial de servicios de Zona Franca. La sociedad podrá desarrollar las siguientes actividades: 1)La prestación de servicios de salud. 2) comprar, adquirir, alquilar, permutar o desarrollar, importar, exportar o realizar cualquier acto nominado o innominado encaminado a dotarse de muebles, inmuebles, enseres y equipos de oficina que estime la gerencia general, sea que tengan relación directa o indirecta con la prestación de servicios de salud o con la construcción y dotación de todos los inmuebles que se ubiquen al interior de la Zona Franca Permanente Especial Clínica Portoazul; 3) La elaboración de estudios, proyectos y desarrollos en salud. 4) La prestación de servicios profesionales relacionados con el área de la salud, incluyendo la construcción de los edificios desde donde prestara sus servicios o los inmuebles que nutren comercial u operativamente a la institución. 5) La representación de firmas nacionales o extranjeras en el área de la salud. 6) La comercialización de servicios y en general la realización de cualquier acto o actividad de comercio, para cuya ejecución no requiera autorización especial. En desarrollo de su objeto social la sociedad podrá: 1) Abrir sucursales dentro de otras zonas francas en el territorio Colombiano o en el exterior, agencias o establecimientos de comercio en otras zonas francas o fuera del territorio nacional. 2) Participar con personas naturales o jurídicas,nacionales o extranjeras, de derecho publico o privado, en Colombia o en el exterior, en la constitución de sociedades, asociaciones, corporaciones o fundaciones que tengan

en objeto igual, similar, conexo, complementario, necesario o útil para el desarrollo de la sociedad, o que sean de conveniencia general para los accionistas. 3) Adquirir acciones o cuotas en sociedades, asociaciones, corporaciones o fundaciones previamente constituidas que tengan un objeto igual, similar, conexo, complementario, necesario o útil para el desarrollo de la sociedad. 4) Enajenar acciones y derechos en sociedades, asociaciones, corporaciones o fundaciones en las que tenga participación. 5) Conformar empresas unipersonales o asumir cualquier forma asociativa o de colaboración empresarial con personas naturales o jurídicas para adelantar actividades relacionadas con el objeto social, así como las conexas o complementarias. 6) Adquirir, enajenar, gravar, administrar, recibir o dar en usufructo, recibir o dar en arrendamiento, o a cualquier otro título toda clase de bienes muebles o inmuebles, corporales o incorporeales. 7) Intervenir, como acreedora o como deudora, en operaciones de crédito, dando o recibiendo las garantías del caso, cuando haya lugar a ellas. 8) Celebrar con establecimientos de crédito y con compañías aseguradoras toda clase de operaciones propias de su objeto. 9) Girar, aceptar, endosar, asegurar, cobrar y negociar títulos valores y cualquier otra clase de créditos. 10) Transigir, desistir y apelar las decisiones de los jueces, árbitros o de amigables componedores en las cuestiones en que tenga interés. 11) Participar como oferente en licitaciones públicas, privadas, concursos e invitaciones cuyo objeto sea contratar bienes o servicios relacionados con su objeto social. 12) Garantizar obligaciones de terceros, sujeto a las aprobaciones y reglas establecidas en estos estatutos. 13) Celebrar, en Colombia o en el exterior, toda clase de acuerdos, convenios, contratos y negocios jurídicos típicos o atípicos, en tanto correspondan o tengan relación con el desarrollo del objeto social o las funciones que le fueron asignadas a la sociedad, o con el desarrollo de operaciones subsidiarias o complementarias de aquellas incluyendo pero sin limitarse a: ser parte de acuerdos celebrados entre accionistas, acuerdos para la solución de conflictos, contratos de licencia, contratos de arrendamiento financiero, contratos de operación y mantenimiento, de mandato, contratos de asistencia técnica o de servicios técnicos y en general, todos los actos y contratos preparatorios, complementarios o accesorios de todos los anteriores, los que se relacionan con la existencia, defensa y el funcionamiento de la sociedad y las demás, que sean conducentes al buen logro de los fines sociales.

CLASIFICACIÓN DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS - CIIU

Actividad Principal Código CIIU: Q861000 ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLINICAS, CON INTERNACION

Actividad Secundaria Código CIIU: L681000 ACTIVIDADES INMOBILIARIAS REALIZADAS CON BIENES PROPIOS O ARRENDADOS

Otras Actividades 1 Código CIIU: G464500 COMERCIO AL POR MAYOR DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS, MEDICINALES, COSMETICOS Y DE TOCADOR

Otras Actividades 2 Código CIIU: Q869900 (PL) OTRAS ACTIVIDADES DE ATENCION DE LA SALUD HUMANA

CAPITAL

** Capital Autorizado **

Valor	:	\$734.400.000,00
Número de acciones	:	3.672,00
Valor nominal	:	200.000,00

** Capital Suscrito/Social **

Valor	:	\$734.400.000,00
Número de acciones	:	3.672,00



Cámara de Comercio de Barranquilla
**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACION LEGAL O
DE INSCRIPCION DE DOCUMENTOS.**

Fecha de expedición: 20/04/2021 - 16:23:12

Recibo No. 8716607, Valor: 6,200

CODIGO DE VERIFICACIÓN: CY40709AFF

Valor nominal : 200.000,00

**** Capital Pagado ****

Valor : \$734.400.000,00

Número de acciones : 3.672,00

Valor nominal : 200.000,00

SITUACIÓN(ES) DE CONTROL / GRUPO EMPRESARIAL

Que por Documento Privado del 14/09/2020, otorgado en Barranquilla inscrito(a) en esta Cámara de Comercio el 16/09/2020 bajo el número 387.556 del libro IX, consta que la sociedad:

CLINICA PORTOAZUL S.A. SIGLA CPA

Es CONTROLADA por:

AUNA COLOMBIA S.A.S.

Domicilio: Bogota

Fecha de configuración: 01 de Sep/bre de 2020

ÓRGANOS DE ADMINISTRACIÓN Y DIRECCIÓN

REPRESENTACIÓN LEGAL

La sociedad tiene los siguientes organos: La Asamblea General de Accionistas (la Asamblea), La Junta Directiva, el Gerente General. Son funciones de la Asamblea General de Accionistas las siguientes entre otras: Elegir a los miembros principales y suplentes de la Junta Directiva y señalarles, si es del caso, su remuneración; aprobar las reformas estatutarias; Aprobar los estados financieros de cada ejercicio junto con las notas y la opinión del revisor fiscal, Considerar y aprobar e/ informe de gestión de los administradores y el especial exigido para el caso de grupo empresarial; Decretar la disolución de la Sociedad antes del vencimiento del termino fijado para su finalización; Las demas que le señalen la ley y/o los Estatutos, y las que no correspondan a otro órgano. Son funciones de la Junta Directiva las siguientes: 1) Nombrar y fijar la remuneración del Gerente General y su suplente; 2) Decretar la apertura y cierre de sucursales y agencias y establecer las funciones de sus administradores; 3) Determinar la estructura de la Sociedad y las funciones de cada una de sus dependencias; 4) Autorizar al Gerente General para suscribir actos o contratos de cualquier donándole, en el evento que la Sociedad compromete sus bienes y su responsabilidad, cuando su cuantía sea equivalente o exceda mil doscientos salarios mininos mensuales legales vigentes (1.200 SMMM); 5) Autorizar la enajenación de activos cuyo, valor exceda la suma de 5.696 SMMLV sea en una operación o en varias operaciones consideradas en su conjunto; 6) Autorizar par mayoría simple cualquier transacción, sea en una transacción o en varias transacciones consideradas en su conjunto par el mismo bien y servicio, entre la Compañía y los accionistas o cualquier persona Afiliada a los accionistas, cuyo valor anual sea igual o inferior a los 5.696 SMMLV; 7) Nombrar y remover par mayoría simple a/ auditor interno de la Compañía; y 8) en general, ordenar que se ejecute o celebre cualquier acto a contrato comprendido dentro de su objeto social y tomar las determinaciones necesarias en orden a que la sociedad cumpla sus fines, de conformidad con los Estatutos y la ley. La representación legal de la sociedad i 1r estara a cargo de un Gerente General, quien tendrá un Suplente que lo reemplazara en las faltas absolutas o temporales. Tanto el Gerente General como el Suplente serán de libre nombramiento y remoción por parte de la Junta Directiva, par periodos de dos (2) años. Son FUNCIONES DEL REPRESENTANTE LEGAL: 1) Representar a la Sociedad judicial y extrajudicialmente ante los asociados, terceros y toda clase de autoridades judiciales o administrativas; 2) Ejecutar y celebrar todos los actos y contratos comprendidos dentro del objeto social. No obstante, cuando la

cuantía de estos sea equivalente o exceda de mil doscientos salarios mínimos mensuales legales vigentes (1.200 SMLMV), requerirá autorización previa de la Junta Directiva. 3) Nombrar y remover los empleados de la sociedad cuya designación no corresponda a la Asamblea o a la Junta Directiva, 4) Vigilar el funcionamiento de la Sociedad e impartir las instrucciones que sean necesarias para su buena marcha. 5) Otorgar poderes para la representación de la Sociedad ante cualquier tipo de autoridades y para los actos que considera pertinentes, con los límites en cuanto a la cuantía previstos en estos Estatutos.

NOMBRAMIENTO(S) REPRESENTACIÓN LEGAL

Nombramiento realizado mediante Acta número 25 del 02/04/2018, correspondiente a la Asamblea de Accionistas en Puerto Colombia, inscrito(a) en esta Cámara de Comercio el 03/09/2018 bajo el número 348.795 del libro IX.

Cargo/Nombre	Identificación
Gerente General	
Cervera Escobar Pablo Jose	CC 72252521
10. Suplente del Gerente.	
Hernandez Martinez Juan Carlos	CC 72169391
20. Suplente del Gerente	
Insignares Cera Cristhian Ricardo	CC 72286234

JUNTAa DIRECTIVA

NOMBRAMIENTO(S) JUNTA DIRECTIVA

Nombramiento realizado mediante Acta número 30 del 01/09/2020, correspondiente a la Asamblea de Accionistas en Puerto Colombia, inscrito(a) en esta Cámara de Comercio el 03/09/2020 bajo el número 386.889 del libro IX:

Nombre	Identificación
Miembro principal de JUNTA DIRECTIVA	
Angel Arango Carlos Andres	CC 10.142.100
Miembro principal de JUNTA DIRECTIVA	
Cadavid Monsalve Gustavi Adolfo	CC 71.757.859
Miembro principal de JUNTA DIRECTIVA	
Alvarez Restrepo Juan Gonzalo	CC 70.566.356
Miembro principal de JUNTA DIRECTIVA	
Javier Cuello Lacouture	CC 77.016.762
Miembro principal de JUNTA DIRECTIVA	
Sabbag Chauvez Roberto Hernan	CC 8.706.696
Miembro suplente de JUNTA DIRECTIVA	
Balbi Bustamente Mauricio	CC 1.016.817.575
Miembro suplente de JUNTA DIRECTIVA	
Carpio Fernando Jesus	CC 116.069.800
Miembro suplente de JUNTA DIRECTIVA	
Arcila Castro Leonardo Alonso	CC 18.613.550
Miembro suplente de JUNTA DIRECTIVA	



Cámara de Comercio de Barranquilla
**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACION LEGAL O
DE INSCRIPCION DE DOCUMENTOS.**
Fecha de expedición: 20/04/2021 - 16:23:12
Recibo No. 8716607, Valor: 6,200
CODIGO DE VERIFICACIÓN: CY40709AFF

Yepes Rubiano Alfonso

CC 8.699.646

Miembro suplente de JUNTA DIRECTIVA
Abudinen Abuchaibe Lina Maria

CC 32.623.959

REVISORÍA FISCAL

Nombramiento realizado mediante Acta número 31 del 26/03/2020, correspondiente a la Asamblea de Accionistas en Puerto Colombia, inscrito(a) en esta Cámara de Comercio el 17/04/2021 bajo el número 401.731 del libro IX:

Cargo/Nombre
Revisor Fiscal
KPMG S.A.S.

Identificación

NI 860000846

Nombramiento realizado mediante Documento Privado del 07/04/2021, otorgado en Barranquilla, inscrito(a) en esta Cámara de Comercio el 17/04/2021 bajo el número 401.732 del libro IX:

Cargo/Nombre
Designado: Revisor Fiscal Principal
Cervantes Calvo Anyoly Joan
Designado: Revisor Fiscal Suplente
Barrios Pantoja Rosangela

Identificación

CC 1045168585
CC 1045671357

PODERES

Que por Documento Privado de fecha 19 de Octubre de 2016, inscrito en el Registro Mercantil que lleva esta Cámara de Comercio, el día 8 de marzo de 2017 bajo el número 320921 del libro respectivo, consta la renuncia de NICOLA AMBROSI PENAZZO C.E. No. 232.347, al cargo de 10. Suplente del Gerente de la Sociedad CLINICA PORTOAZUL S.A. SIGLA CPA, con los efectos previstos en la Sentencia C-621 de Julio 29 de 2003 de la Corte Constitucional.

Por Documento Privado del 05/07/2011, otorgado(a) en Bogotá, inscrito(a) en esta Cámara de Comercio el 08/07/2011 bajo el número 4.551 del libro V, consta que el señor JUAN CARLOS MADRIÑAN, identificado con cédula de ciudadanía No. 80.504.939, quien obra en su calidad de representante legal de la sociedad CLINICA PORTOAZUL S.A. SIGLA CPA, confiere poder especial, pero amplio y suficiente a ANA WSMANY RINCON PEREZ identificada con la cédula No. 60.374.711 para adelantar los siguientes trámites: para realizar a nombre de Clínica Portoazul S.A. (i) cualquier tipo de trámites que conduzca a la importación, exportación, venta, ingreso y egreso de mercancías al territorio nacional aduanero mediante cualquier tipo de contrato nominado o innominado, (ii) representar al la sociedad para la realización de estos trámites en cualquier Zona Franca; (iii); realizar cualquier trámite de comercio exterior, (iv) firmar en nombre de Clínica Portoazul las declaraciones cambiarias, (v) realizar cualquier tipo de trámites de aduanas en que incurra Clínica Portoazul S.A. Este poder entrará en vigencia a partir de la fecha treinta de Junio de dos mil once; a menos que se revoque previamente.

Por Escritura Pública número 2.627 del 19/12/2012, otorgado(a) en Notaria 1 a. de Barranquilla, inscrito(a) en esta Cámara de Comercio el 17/06/2013 bajo el número 5.116 del libro V, consta que el señor, JUAN CARLOS MADRIÑAN PADILLA, quien actúa en su calidad de Gerente General Representante Legal de la Clínica Portoazul S.A., confiere poder general al Dr: CRISTHIAN RICARDO INSIGNARES CERA,

identificado con cedula de ciudadanía No.

72.286.234 expedida Barranquilla, en

su calidad de Secretario General y Jurídico de la empresa, para que en nombre y representación de la CLINICA PORTOAZUL S.A. , realice todos los actos que a continuación indica. A) Representarla ante cualquier corporación, Superintendencia, Secretaría, persona natural, persona jurídica sea pública o privada a nivel nacional, funcionario de cualquier rama del poder público y sus organismos vinculados o adscritos, en cualquier petición, actuación, diligencia o procesos, en calidad de peticionario, demandante, demandado o coadyuvante de cualquiera de sus partes, para iniciar o seguir hasta su terminación los procesos, actos, diligencias y actuaciones respectivas. B) Notificarse de los actos o providencias dictados por cualquiera de las autoridades administrativas privadas o públicas o judiciales de la República de Colombia, o cualquier persona natural o jurídica C) Para absolver interrogatorios de parte en donde sea citada CLINICA PORTOAZUL S.A. D) Asistir a las audiencias de conciliación sea Judicial o, extra judicial, en nombre y representación de CLINICA PORTOAZUL S.A, con facultad de transigir y conciliar cualquier controversia suscitada respecto de los derechos y obligaciones del poderdante. E) suscribir a nombre de CLINICA PORTOAZUL S.A, las actas que se elaboren en el Ministerio de Protección Social, Superintendencia de salud, Secretaría de salud Departamental y /o Distrital, los centros de conciliación, o cualquier otra entidad pública o privada. F) Otorgar poderes a terceros, para que representen a la CLINICA PORTOAZUL S.A en actuaciones judiciales y administrativas en donde tenga interés o conflicto la empresa, otorgándole las facultades y atribuciones que considere necesarias conforme al artículo 70 del Código de Procedimiento Civil y en especial notificarse, recibir, constituirse en parte civil, transigir y conciliar. G) asumir la personería del poderdante, cuando lo estime conveniente y necesario, de tal modo que en ningún caso quede sin representación los negocios en que esté involucrado la CLINICA PORTOAZUL S.A.

Por Escritura Pública número 209 del 03/02/2017, otorgado(a) en Notaria 4 a. de Barranquilla, inscrito(a) en esta Cámara de Comercio el 06/02/2017 bajo el número 6.066 del libro V, consta, que el señor PABLO JOSE CERVERA ESCOBAR, identificado con cédula de ciudadanía N° 72.252.521 expedida en Barranquilla, Que en este acto comparece en nombre y representación de la sociedad con domicilio principal en la ciudad de Puerto Colombia, denominada CLÍNICA PORTOAZUL S.A. SIGLA CPA, en su condición de Gerente General confiere PODER GENERAL, AMPLIO Y SUFICIENTE, a favor del señor CRISTHIAN RICARDO INSIGNARES CERA, identificado con cédula de ciudadanía N° 72.286.234 expedida en Barranquilla, en su calidad de Secretario General y Jurídico de la empresa, para que en nombre y representación de la CLÍNICA PORTOAZUL, realice todos los actos que a continuación indica: A) Representarla ante cualquier corporación, Superintendencia, Secretaría, persona natural, persona jurídica, sea pública o privada a nivel nacional, funcionario de cualquier rama del poder público y sus organismos vinculados o adscritos, en cualquier petición, actuación, diligencia o procesos, en calidad de peticionario, demandante, demandado o coadyuvante de cualquiera de sus partes, para iniciar o seguir hasta su terminación los procesos, actos, diligencias y actuaciones respectivas.

B)Notificarse de los

actos o providencias dictados por cualquiera de las autoridades administrativas privadas o públicas o judiciales de la República de Colombia, o cualquier persona natural o jurídica. C) Para absolver interrogatorios de parte en donde sea citada CLÍNICA PORTOAZUL S.A. D) Asistir a las Audiencias de conciliación sea judicial o extrajudicial, en nombre y representación de CLÍNICA PORTOAZUL S.A., con facultad de transigir y conciliar cualquier controversia suscitada respecto de los derechos y obligaciones del poderdante. E) suscribir a nombre de CLÍNICA PORTOAZUL S.A., las actas que elaboren en el Ministerio de Protección Social, Superintendencia de salud, Secretaría de Salud Departamental y/o



Cámara de Comercio de Barranquilla
**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACION LEGAL O
DE INSCRIPCION DE DOCUMENTOS.**

Fecha de expedición: 20/04/2021 - 16:23:12

Recibo No. 8716607, Valor: 6,200

CODIGO DE VERIFICACIÓN: CY40709AFF

Distrital, los centros de conciliación, o cualquier otra entidad pública o privada. F) Otorgar poderes a terceros, para que representen a la CLINICA PORTOAZUL S.A en actuaciones judiciales y administrativas en donde tenga interés o conflicto la empresa, otorgándole las facultades y atribuciones que considere necesarias conforme al artículo 77 del Código General del Proceso y en especial notificarse, recibir, constituirse en parte civil, transigir y conciliar. G) asumir la personería del poderdante, cuando lo estime conveniente y necesario, de tal modo que en ningún caso quede sin representación los negocios en que esté involucrado la CLINICA PORTOAZUL S.A. H.) Suscribir y en nombre y representación de la sociedad, todas las escrituras públicas relacionadas con el COMPLEJO PORTOAZUL- PROPIEDAD HORIZONTAL, UBICADO EN LA CARRERA VEINTIOCHO (28) NÚMERO UNO B TRESCIENTOS QUINCE (1B-315) DE LA ACTUAL NOMENCLATURA URBANA DE LA CIUDAD DE BARRANQUILLA HOY CARRERA 30 CORREDOR UNIVERSITARIO No.1-850 CORREGIMIENTO DE SABANILLA, E IDENTIFICADO CON EL FOLIO DE MATRICULA INMOBILIARIA lote mayor No.040-438846. Asimismo para firmar escrituras de ventas, contratos de leasing, desglobo, englobe, cesiones, aclaraciones, etc.

ESTABLECIMIENTO(S) DE COMERCIO

A nombre de la sociedad figura(n) matriculado(s) en esta Cámara de Comercio el(los) siguiente(s) establecimiento(s) de comercio/sucursal(es) o agencia(s):

Nombre:

CLINICA PORTOAZUL S.A.

Matrícula No: 468.172 DEL 2008/10/28

Último año renovado: 2021

Categoría: ESTABLECIMIENTO

Dirección: CR 30 Corredor Universitario No.1-850

Municipio: Puerto Colombia - Atlántico

Teléfono: 3672600

Actividad Principal: Q861000

ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLINICAS, CON INTERNACION

Actividad Secundaria: L681000

ACTIVIDADES INMOBILIARIAS REALIZADAS CON BIENES PROPIOS O ARRENDADOS

Otras Actividades 1: G464500

COMERCIO AL POR MAYOR DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS, MEDICINALES, COSMETICOS Y DE TOCADOR

Nombre:

CENTRO DE ONCOLOGIA CLINICA PORTOAZUL

Matrícula No: 572.023 DEL 2013/06/18

Último año renovado: 2021

Categoría: AGENCIA

Dirección: Cr30 Corr Universitario #1-850

Municipio: Puerto Colombia - Atlántico

Teléfono: 3672600

Actividad Principal: Q861000

ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLINICAS, CON INTERNACION

Actividad Secundaria: L681000

ACTIVIDADES INMOBILIARIAS REALIZADAS CON BIENES PROPIOS O ARRENDADOS

Otras Actividades 1: G464500

COMERCIO AL POR MAYOR DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS, MEDICINALES, COSMETICOS Y DE TOCADOR

Que de acuerdo con nuestras inscripciones, los bienes sujetos a registro mercantil relacionados en el presente certificado, se encuentran libres de embargos.



Cámara de Comercio de Barranquilla
**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACION LEGAL O
DE INSCRIPCION DE DOCUMENTOS.**
Fecha de expedición: 20/04/2021 - 16:23:12
Recibo No. 8716607, Valor: 6,200
CODIGO DE VERIFICACIÓN: CY40709AFF

C E R T I F I C A

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

De conformidad con lo previsto en el Decreto 957 de 2019, la Resolución 2225 de 2019 y la información reportada por el empresario el tamaño de la empresa es GRAN EMPRESA- RSS Los datos reportados en el formulario RUES son los siguientes:

Ingresos por actividad ordinaria: 125.631.260.000,00

Actividad económica por la cual percibió mayores ingresos por actividad ordinaria en el periodo Código CIIU: Q861000

Que, los datos del empresario y/o el establecimiento de comercio han sido puestos a disposición de la Policía Nacional a través de la consulta a la base de datos del RUES.

Este certificado refleja la situación jurídica registral de la sociedad hasta la fecha y hora de su expedición.

En la Cámara de Comercio de Barranquilla no aparecen inscripciones posteriores a las anteriormente mencionadas, de documentos referentes a reformas, o nombramiento de representantes legales, administradores o revisores fiscales, que modifiquen total o parcialmente el contenido.

De conformidad con lo establecido en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y de la ley 962 de 2005, los actos administrativos de registro aquí certificados quedan en firme diez (10) días hábiles después de la fecha de inscripción, siempre que no sean objeto de recursos. Contra los actos administrativos de registro caben los recursos de reposición y de apelación. Para estos efectos se informa que para la Cámara de Comercio de Barranquilla los sábados no son días hábiles.

10

 Clínica Portoazul		VALORACION ANESTESICA		CODIGO: CIR-05-26	
				VERSION: 0	
				FECHA: FEBRERO 2013	
PEGAR STICKER O CODIGO DE BARRAS				Consulta Pre-Operatoria	
				1. FECHA DE HOY	D 07 M 11 A 2013
				2. FECHA DEL PROCEDIMIENTO	D M A
				PROFESIONAL QUE REALIZARÁ EL PROCEDIMIENTO	
A. IDENTIFICACION					
IDENTIFICACION		APELLIDOS		NOMBRE	
72048395		Esquivel Casallas		Jesús	
EDAD				FECHA DE NACIMIENTO	
40 años				D M A	
OCUPACION		DIRECCION		EQUIPO	
ENTIDAD: Srta MCL		CIRUGIA A REALIZAR: transfere de intestinos mano de		CAMA:	
B. VALORACION PREANESTESICA					
ENFERMEDAD ACTUAL:					
ANTECEDENTES PATOLOGICOS:					
hipertension					
artroses mñe de					
QUIRURGICO		1	ANESTESIA		AÑO
		2	ANESTESIA		AÑO
		3	ANESTESIA		AÑO
ANESTESICOS: (tolerancia o complicaciones)					
ALERGIAS					
TOXICOS					
HEMATOLOGICOS COAGULACION:					
GINECO-OBSTETRICOS:					
FARMACOLOGICOS					
REVISION POR SISTEMAS					
LOWE 120/70 FC 72 IR 76 PESO 92 ES VENTURA (cm) DIM MALLA PULI APERIURA PROTESIS					
CABEZA Y CUELLO					
PRIN					
TORAX					
B C/B ab S3 / 200 cosch palmar					
ABDOMEN					
C2					
GENITO URINARIO					
EX TREMIIDADES					
8/20/15					
OTROS					
Hb HCT GH PLAQ. GLUCEMIA: BUN: CREAT: BP: TPE					
EKG					
IMAGENES					
OTROS					
PARACLI					
ASA: 1 2 3 4 5 U					
NYHA: 1 2 3 4 5 U					
OTRO					
CONCEPTO Y PLAN					
PENDIENTE FECHA D M A					
APROBADO: FECHA D M A					
VALORÓ:					
REGISTRO MED FIRMA					



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS DE ANESTESIA

CÓDIGO: CIR-05-10

VERSIÓN: 0

FECHA: ENERO
2013

PAGINA:1

4

Barranquilla TIAN ESCOBAR 4-11-12 De.....
Yo 72048395 mayor de edad identificado (a) con Documento de Identidad
N° 72048395 De..... Actuando en nombre propio como Representante legal
de..... Conozco que se me realizara un procedimiento quirúrgico de nominado
El cual se me va a realizar el día..... Con
manejo de mi diagnóstico clínico De..... Habiendo
sido atendido, interrogado sobre antecedentes que eh reportado en formulario adjunto, examinado y evaluado Mis exámenes pre
quirúrgicos solicitados, se determinó mi condición clínica para afrontar el procedimiento anestésico Sin Embargo soy consciente que no
existen garantías absolutas de resultados con la anestesia seleccionada. Autorizo a los
anestesiólogos..... Para que se me administre la anestesia requerida para la
Práctica de mi intervención o procedimiento quirúrgicos Los
anestesiólogos.....
Quedaran expresamente autorizados a utilizar las conductas profesionales requeridas en caso de presentarse una situación
inadvertida o imprevista que a juicio del anestesiólogo sea necesaria para preservar mi vida y mi integridad personal, incluido
el cambio de técnica anestesia si ello es imprescindible.
Reconozco que me han informado que el acto anestésico practicado con los debidos cuidados, conlleva a efectos
colaterales asociados al procedimiento, sus implicaciones y las patologías previas, tales como, dolor de cabeza, mareo, nauseas,
vómito, inflamación del sitio de venopunción, dolor de garganta, escoriaciones o lesiones en piel, mucosas, lesiones en
dientes.....
pero también otros riesgos que aunque son de poca ocurrencia, o totalmente impredecibles, pueden ser graves y en ocasiones fatales
como, anafilaxia, bronco aspiración, embolias, lesión neurológicas..... Y
demás que constan en el respectivo anexo de la técnica anestésica
Se me ha advertido de la necesidad de un ayuno de Horas, el
cual me comprometo a cumplir. En cualquier caso deseo que me respeten las
siguientes Condiciones..... (Si no hay condiciones favor escribir: ninguna.)
Se me han declarado mis temores. Respondido mis preguntas en forma precisa y en un lenguaje sencillo y he comprendido
satisfactoriamente la naturaleza y propósito de la técnica anestésica, los riesgos anestésicos, las complicaciones médicas y la necesidad
de reserva de sangre y/o cuidados intensivos (si fuera necesario.)
Tengo claro que en cualquier momento puedo formular pregunta sobre las dudas que se me presenten en torno al procedimiento
anestésico que me será practicado.
También me han informado de mi derecho a realizar el tratamiento o revocar este consentimiento

Firma del paciente:

Firma del testigo.

Firma del anestesiólogo.

TIAN ESCOBAR C
72048395

[Firma] 4/12

EN CASO DE RECHAZO DEL TRATAMIENTO DILIGENCIE ESTE ESPACIO.

Rechazo el tratamiento y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de
mi decisión.

Firma del paciente: _____

Firma del testigo.

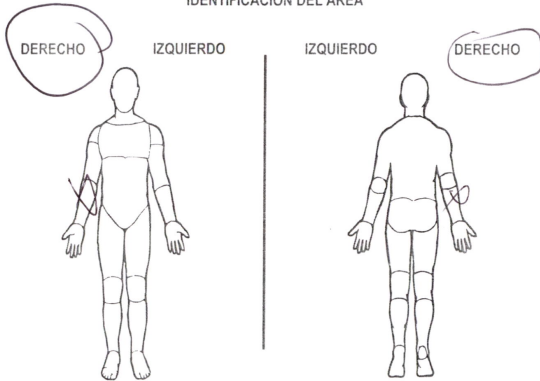
Firma del anestesiólogo.

1. Autorizo al Doctor (a) Rodrigo Penagos
y al equipo asistencial de la **CLINICA PORTOAZUL**, para realizar en mí o en el paciente
el (los) siguiente (s) acto (s) médico (s) _____

Tratamiento Hipertensivo en Mano

Que se llevará a cabo en la fecha: 04-11-17 Hora: 7:40

IDENTIFICACIÓN DEL ÁREA



ÓRGANO ÚNICO _____

2. Manifiesto que el Doctor Rodrigo Penagos me ha
explicado la naturaleza y los propósitos del acto médico, así como de las ventajas, posibles alternativas,
efectos secundarios y riesgos, en particular los siguientes: que ante la falta de respuesta a la medicación se
debe considerar la cirugía para controlar la presión arterial.

3. he podido hacer las preguntas relacionadas con dicho procedimiento y me han sido respondidas en forma satisfactoria; así mismo se me ha explicado que no es posible garantizar los resultados esperados del acto médico. Adicionalmente el médico me ha explicado que existen otras alternativas terapéuticas y su efectividad sobre la patología.

4. Conozco la posibilidad de que en el desarrollo del acto médico puedan presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales; por lo que autorizo la realización de dichos procedimientos cuando fueren necesarios.

5. Así mismo he sido informado acerca de las consecuencias que podrían derivarse en el evento de que no se realice el procedimiento sugerido.

6. La presente autorización la suscribo libre de presiones y manifiesto que he leído y comprendido en su totalidad el formato que estoy firmando y que todos los espacios en blanco se encuentran debidamente diligenciados antes de mi firma.

RHP
NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE

R.M.: 17-658423

IVAN ESCOBAR C.
NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE O ACUDIENTE

No. de identificación: 72048395
*Parentesco: _____

*Anotar el parentesco o la relación del responsable con el paciente

NOMBRE Y FIRMA DE TESTIGO
No. de identificación: _____
Dirección y Teléfono: _____

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO

NEGACIÓN O REVOCACIÓN

Después de ser informado (a) de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi negación o revocación para su realización. Me hago responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE
R.M.: _____

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE O ACUDIENTE
No. de identificación: _____

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO

ES INDISPENSABLE TRAER ESTE DOCUMENTO EL DÍA DE SU INGRESO A LA CLÍNICA

7. Inserción de sonda. Dependiendo del estado del paciente, puede requerirse una sonda gástrica (sonda que se inserta por la boca o las fosas nasales hasta la cavidad gástrica), sonda de nutrición enteral, para alimentación se realiza el mismo procedimiento de paso de sonda gástrica, e una sonda vesical (sonda que se inserta a través del meato urinario hasta la vejiga). La inserción de sonda gástrica y de nutrición puede conllevar las siguientes complicaciones: broncoaspiración, sangrado nasal, erosión en la vía aérea, lesión de la piel y/o mucosas, oclusiones o desplazamiento de la sonda. La inserción de sonda vesical puede conllevar las siguientes riesgos: infección urinaria, fístula vía, retención urinaria, obstrucción de sonda, presencia de sangre en la orina.

8. Habitación de catéteres para quimioterapia (Catéter central o catéter implantable). Los sistemas o catéteres implantables y centrales tipo venoso, proveen un acceso vascular seguro para la administración repetida de fármacos y otras sustancias. La habitación del sistema implantable, es realizada mediante la punción de la cámara liberada dentro de la piel para la habitación del catéter central, no se requiere punción, se permeabiliza el catéter por una de sus vías con suero fisiológico. El procedimiento es realizado por la enfermera oncóloga. Puede conllevar los siguientes riesgos: infección, hematoma, equimosis, inflamación.

9. Catéter venoso de inserción periférica. Fuera externo de este catéter queda ubicado en un gran vaso o cámara cardíaca. Para insertarlo requiere la punción en el brazo o antebrazo. El procedimiento es realizado por la enfermera jefe, en áreas de cuidado crítico o bajo condiciones especiales del paciente. Puede conllevar como riesgos: Dolor, infección, hematoma, equimosis, sangrado en el sitio de inserción, infiltración.

10. Sujeción terapéutica. Es la forma de restringir los movimientos del paciente con correa en cuatro o cinco puntos del cuerpo, esta técnica se usa en pacientes agitados o bajo efectos de sedación. Este procedimiento puede conllevar con las siguientes complicaciones: lesión de tejidos blandos por presión o roce en los codos, hombros, crestas ilíacas, región axilar y talones, y diseminación de la presión, pérdida de

II AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE O SU FAMILIAR

Afirmo que me han sido explicadas la naturaleza y razones de los actos de cuidado de enfermería, su importancia dentro del proceso de atención, y sus posibles riesgos y complicaciones. Entiendo los beneficios que pretenden estas actividades y luego de comprender y puntualizar la información recibida, doy mi autorización libre y espontánea, en pleno uso de mis capacidades mentales, para que el equipo de enfermería, profesional y auxiliar, adelante los actos de cuidado que mi condición requiera (Ley 911 del 2004. Título III. Responsabilidad del personal de Enfermería en la práctica. Capítulo V Artículo 36).

Comprendo que para la efectividad y logro de los objetivos buscados con el tratamiento, propuesto por el equipo médico, es indispensable mi colaboración activa y el seguimiento a las indicaciones impartidas por el personal médico y de enfermería, las cuales me comprometo a cumplir a cabalidad.

Un último, manifiesto que he informado al equipo de enfermería sobre algunos conocidos o medicamentos a usar:

(Nombre del paciente)

IVAN ESCOBAR
72048395

Representante del paciente, familiar o independiente:

(Firma)

(Nombre del representante)

04/11/17

8 x 23

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE:

Ivan Escobar

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:

72048395

FECHA:

04-11-17

I DESCRIPCIÓN DE LOS ACTOS Y CUIDADOS A CARGO DEL SERVICIO

Los actos y cuidados de enfermería son todas las actividades y procedimientos que deben ser realizados por el grupo o profesionales de enfermería y auxiliares de la institución durante su estancia hospitalaria y que forman parte integral de su tratamiento.

Las intervenciones del personal de enfermería tienen como propósito general contribuir con el proceso asistencial, y en particular se orientan a la evaluación y seguimiento de los eventos impartidos por el grupo médico tratante, a servir de canal de comunicación entre el paciente y/o sus familiares y los integrantes del equipo asistencial, a llevar un seguimiento periódico de sus condiciones clínicas más relevantes, a atender sus necesidades y a procurar, en cuanto ello sea posible, las mejores condiciones de bienestar, confort y seguridad para el paciente respetando sus derechos y deberes dentro de los estándares de calidad que caracterizan a la institución.

Dentro de las actividades más frecuentes que debe realizar el personal de enfermería durante el curso de un hospitalización, se resaltan a manera enunciativa las siguientes:

1. Punción arterial o venosa. Es el procedimiento mediante el cual se introduce una aguja o catéter en la luz de la vena arterial para poder obtener muestras de sangre requeridas para la realización de pruebas de laboratorio. Este procedimiento conlleva unos mínimos riesgos que pueden consistir en sensación de mareo, dolor, hematomas en el sitio de punción o sangrado.

2. Otras Punciones. Pueden ser intramusculares (la aguja penetra la capa muscular debajo de la piel), intradérmica (la aguja penetra la capa de la piel debajo de la epidermis), Subcutánea (punción del tejido subcutáneo) o Capilar (muestra de sangre que se obtiene puncando la piel). Estos procedimientos son necesarios para la administración de medicamento y realización de algunas pruebas diagnósticas. Dentro de los posibles riesgos que pueden presentarse de esta actividades se encuentran: Dolor, induración, infección del sitio de punción, hematoma, sensación de mareo.

3. Canalización de una vía venosa (venoclisis). Procedimiento por medio del cual se introduce un catéter en la luz de la vena con el fin de administrar fluidos, líquidos y medicamentos. Los posibles riesgos que se pueden derivar de esta actividad son: repetición de las punciones por dificultad en la canalización de la vena, infiltración, taponamiento de la venoclisis y fiebre.

4. Administración de medicamentos. Procedimiento por medio del cual se introducen al organismo por diferentes vías (oral, intradérmica, subcutánea, intramuscular, endovenosa, rectal y tópica), medicamentos o se aplica alguno tratamiento. El equipo de enfermería administra los medicamentos ordenados por los médicos tratantes, en las dosis, frecuencias y vías que ellos indican. Existen medicamentos que pueden producir algunas molestias, riesgos o reacciones tanto por su composición y efecto como por la vía de administración. Le sugerimos comentar con el personal médico y de enfermería al respecto a fin de que se resuelvan las molestias o dudas que puedan surgir.

5. Higiene, aseo y confort del paciente. Es el conjunto de medidas de limpieza encaminadas a proporcionar apoyo bienestar físico, y conservar la salud del paciente.

6. Vigilancia de signos vitales. Es la forma de determinar los valores normales o anormales del funcionamiento cardíaco, de la respiración y termorregulación del organismo humano. Esta actividad se realiza periódicamente para controlar la evolución y por consiguiente implica el acceso del personal de enfermería de manera continua a la habitación de paciente y la utilización de equipos para su medición (termómetro, tensiómetro, fonendoscopio, pulsoxímetro, monitores, entre otros).

PEGAR STICKER O CODIGO DE BARRAS

Consulta Pre-Operatoria

1. FECHA DE HOY

D

M

A

2. FECHA DEL PROCEDIMIENTO

D

M

A

PROFESIONAL QUE REALIZARÁ EL PROCEDIMIENTO

A. IDENTIFICACION

IDENTIFICACION

APELLIDOS

NOMBRE

FECHA DE NACIMIENTO

EDAD

D

M

A

OCCUPACION

DIRECCION

BARRIO

ENTIDAD:

CIRUGIA A REALIZAR:

CAMA:

B: VALORACION PREANESTESICA

ENFERMEDAD ACTUAL:

ANTECEDENTES PATOLOGICOS:

QUIRURGICO

1

2

3

ANESTESIA

AÑO

ANESTESIA

AÑO

ANESTESIA

AÑO

ANESTESICOS: (tolerancia o complicaciones)

ALERGIAS

TOXICOS

HEMATOLOGICOS COAGULACION:

GINECO-OBSIETRICOS:

FARMACOLOGICOS

REVISION POR SISTEMAS

TA:

FC

FR:

PESO (kg)

ESTATURA (cm)

DM

MALLAMPATI

APERTURA PROTESIS:

CABEZA Y CUELLO

THORAX

ABDOMEN

GENITO-URINARIO

EXTREMIDADES

OTROS

HB

HCT

GB

PLAQ.

GLUCEMA:

BUN:

CREAT:

TP:

TPTE

INR

EKG

IMÁGENES

OTROS

ANAMNESIS

EXAMEN FISICO

PARACLI

DIAGNOSTICO

ASA:

1

2

3

4

5

U

NYHA:

1

2

3

4

5

U

OTRO

CONCEPTO Y PLAN

PENDIENTE

FECHA

D

M

A

APROBADO:

FECHA

D

M

A

VALORÓ:

REGISTRO MED

FIRMA

Barranc: Nombre: IVAN ENRIQUE ESCORCIA

Yo..... CEBALLOS

N°..... Identificación: 72048395

dc..... 05/MAY/1977

Atención: 41362-5

De 2017

Actuando en nombre propio como Representante legal
onozco que se me realizara un procedimiento quirúrgico de nominado
El cual se me va a realizar el día..... Con
manejo de mi diagnóstico clínico De..... Habiendo
sido atendido, interrogado sobre antecedentes que eh reportado en formulario adjunto, examinado y evaluado Mis exámenes pre
quirúrgicos solicitados, se determinó mi condición clínica para afrontar el procedimiento anestésico Sin Embargo soy consciente que no
existen garantías absolutas de resultados con la anestesia seleccionada. Autorizo a los
anestesiólogos..... Para que se me administre la anestesia requerida para la
Práctica de mi intervención o procedimiento quirúrgicos Los

Quedaran expresamente autorizados a utilizar las conductas profesionales requeridas en caso de presentarse una situación
inadvertida o imprevista que a juicio del anestesiólogo sea necesaria para preservar mi vida y mi integridad personal, incluido
el cambio de técnica anestesia si ello es imprescindible.

Reconozco que me han informado que el acto anestésico practicado con los debidos cuidados, conlleva a efectos
colaterales asociados al procedimiento, sus implicaciones y las patologías previas, tales como, dolor de cabeza, mareo, náuseas,
vómito, inflamación del sitio de venopunción, dolor de garganta, escoriaciones o lesiones en piel, mucosas, lesiones en
dientes.....

pero también otros riesgos que aunque son de poca ocurrencia, o totalmente impredecibles, pueden ser graves y en ocasiones fatales
como, anafilaxia, bronco aspiración, embolias, lesión neurológicas..... Y

demás que constan en el respectivo anexo de la técnica anestésica

Se me ha advertido de la necesidad de un ayuno de Horas, el

cual me comprometo a cumplir. En cualquier caso deseo que me respeten las

siguientes Condiciones..... (Si no hay condiciones favor escribir: ninguna.)

Se me han declarado mis temores. Respondido mis preguntas en forma precisa y en un lenguaje sencillo y he comprendido
satisfactoriamente la naturaleza y propósito de la técnica anestésica, los riesgos anestésicos, las complicaciones médicas y la necesidad
de reserva de sangre y/o cuidados intensivos (si fuera necesario.)

Tengo claro que en cualquier momento puedo formular pregunta sobre las dudas que se me presenten en torno al procedimiento
anestésico que me será practicado.

También me han informado de mi derecho a realizar el tratamiento o revocar este consentimiento

Firma del paciente:

Firma del testigo.

Firma del anestesiólogo.

Ivan Enrique Escorcia
72.048.395

[Firma del anestesiólogo]

EN CASO DE RECHAZO DEL TRATAMIENTO DILIGENCIE ESTE ESPACIO.

Rechazo el tratamiento y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de
mi decisión.

Firma del paciente: _____

Firma del testigo.

Firma del anestesiólogo.

7. Inserción de sondas: Dependiendo del estado del paciente, puede requerirse una sonda gástrica (sonda que se inserta por la boca y las fosas nasales hasta la cavidad gástrica), sonda de nutrición enteral (para alimentación se realiza el mismo procedimiento de paso de sonda gástrica, o una sonda vesical (sonda que se inserta a través del meato urinario hasta la vejiga). La inserción de sonda gástrica y de nutrición, puede conllevar las siguientes complicaciones: Bisco- aspiración, sangrado nasal, inserción en la vía aérea, lesión de la piel y/o mucosas, oclusión o desplazamiento de la sonda. La inserción de sonda vesical puede conllevar los siguientes riesgos: Infección urinaria, falsa vía, retención urinaria por obstrucción de sonda, presencia de sangre en la orina.

8. Habilitación de catéteres para quimioterapia (Catéter central o catéter implantable): Los sistemas o catéteres implantables y centrales tipo venoso, proveen un acceso vascular seguro para la administración repetida de fármacos y otras sustancias. La habilitación del sistema implantable, es realizada mediante la punción de la cámara ubicada debajo de la piel, para la habilitación del catéter central, no se requiere punción, se permeabiliza el catéter por una de sus vías con suero fisiológico. El procedimiento es realizado por la enfermera oncóloga. Puede conllevar los siguientes riesgos: infección, hematoma, equimosis, infiltración.

9. Catéter venoso de inserción periférica: El extremo de este catéter queda ubicado en un gran vaso o cámara cardíaca. Para insertarlo requiere la punción en el brazo o antebrazo. El procedimiento es realizado por la enfermera jefe, en áreas de cuidado crítico o bajo condiciones especiales del paciente. Puede conllevar como riesgos: Dolor, infección, hematoma, equimosis, sangrado en el sitio de inserción, infiltración.

10. Sujeción terapéutica: Es la forma de restringir los movimientos del paciente con correa en cuatro o cinco puntos del cuerpo; esta técnica se usa en pacientes agitados o bajo efectos de sedación. Esta procedimiento puede conllevar con las siguientes complicaciones: lesión de tejidos blandos por presión o roce en los codos, hombros, crestas ilíacas, región sacra y talones, y disminución de la perfusión periférica.

II. AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE O SU FAMILIAR

Manifiesto que me han sido explicadas la naturaleza y razones de los actos de cuidado de enfermería, su importancia dentro del proceso de atención, y sus posibles riesgos y complicaciones. Entiendo los beneficios que pretenden estas actividades y luego de comprender y ponderar la información recibida, doy mi autorización libre y espontánea, en pleno uso de mis capacidades mentales, para que el equipo de enfermería profesional y auxiliar, adelante los actos de cuidado que mi condición requiera. (Ley 911 del 2004, Título III. Responsabilidad del profesional de Enfermería en la práctica. Capítulo V Artículo 30)

Comprendo que para la efectividad y logro de los objetivos buscados con el tratamiento propuesto por el equipo médico, es indispensable mi colaboración activa y el seguimiento a las indicaciones impartidas por el personal médico y de enfermería, las cuales me comprometo a cumplir a cabalidad.

Por último, manifiesto que he informado al equipo de enfermería sobre alergias conocidas o medicamentosas a saber:

IVAN ESCORCIA C.
(Nombre del paciente)

IV- B- C.
(Firma)

(Representante del paciente menor o incompetente)

(Firma)

IVAN ESCORCIA C.
(Firma)

15-6-17
(Fecha)

Chica
Portoazul

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA

CODIGO: GEN-05-16

ACTOS DE CUIDADO DE ENFERMERIA

VERSION: 0

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE: Nombre: IVAN ENRIQUE ESCORCIA

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: CEBALLOS

FECHA: 15/6/17 Identificación: 72048395

05/MAY/1977 Atención: 41392-5

I. DESCRIPCIÓN DE LOS ACTOS Y CUIDADOS A CARGO DEL SERVICIO

Los actos y cuidados de enfermería son todas las actividades y procedimientos que deben ser realizados por el grupo de profesionales de enfermería y auxiliares de la institución, durante su estancia hospitalaria y que forman parte integral de su tratamiento.

Las intervenciones del personal de enfermería tienen como propósito general contribuir con el proceso existencial, y en particular se orientan a la ejecución y seguimiento de las órdenes impartidas por el grupo médico tratante, a servir de canal de comunicación entre el paciente y/o sus familiares y los integrantes del equipo asistencial, a llevar un seguimiento estricto y periódico de sus condiciones clínicas más relevantes, a atender sus necesidades y a procurar, en cuanto ello se puede, las mejores condiciones de bienestar, confort y seguridad para el paciente respetando sus derechos y deberes dentro de los estándares de calidad que caracterizan a la institución.

Dentro de las actividades más frecuentes que debe realizar el personal de enfermería durante el curso de un hospitalización, se resaltan a manera enunciativa las siguientes:

1. Punción arterial o venosa: Es el procedimiento mediante el cual se introduce una aguja o catéter en la luz de la vena arterial para poder obtener muestras de sangre requeridas para la realización de pruebas de laboratorio. Este procedimiento conlleva unos mínimos riesgos que pueden consistir en sensación de mareo, dolor, hematoma en el sitio de punción o sangrado.

2. Otras Punciones: Pueden ser intramusculares (la aguja penetra la capa muscular debajo de la piel), Intradérmica (la aguja penetra la capa de la piel debajo de la epidermis), Subcutánea (punción del tejido subcutáneo) o Capilar (muestra de sangre que se obtiene punzando la piel). Estos procedimientos son necesarios para la administración de medicamento y realización de algunas pruebas diagnósticas. Dentro de los posibles riesgos que pueden presentarse de esta actividad se encuentran: Dolor, induración, infección del sitio de punción, hematoma, sensación de mareo.

3. Canalización de una vía venosa (venoclisis): Procedimiento por medio del cual se introduce un catéter en la luz de la vena con el fin de administrar fluidos, líquidos y medicamentos. Los posibles riesgos que se pueden derivar de esta actividad son: repetición de las punciones por dificultad en la canalización de la vena, infiltración, taponamiento de la venoclisis y flebitis.

4. Administración de medicamentos: Procedimiento por medio del cual se introducen al organismo por diferentes vías (oral, intradérmica, subcutánea, intramuscular, endovenosa, rectal y tópica), medicamentos o se aplica alguno de los tratamientos. El equipo de enfermería administra los medicamentos ordenados por los médicos tratantes, en las dosis, frecuencias y vías que ellos indican. Existen medicamentos que pueden producir algunas molestias, riesgos o reacciones tanto por su composición y efecto como por la vía de administración. Le sugerimos comentar con el personal médico y de enfermería al respecto a fin de que se resalten las molestias o datos que puedan surgir.

5. Higiene, aseo y confort del paciente: Es el conjunto de medidas de limpieza encaminadas a proporcionar apoyo bienestar físico y conservar la salud del paciente.

6. Vigilancia de signos vitales: Es la forma de determinar los valores normales o anormales del funcionamiento cardíaco de la respiración y termorregulación del organismo humano, esta actividad se realiza periódicamente para controlar la evolución y por consiguiente implica el acceso del personal de enfermería de manera constante a la habitación del paciente y la utilización de equipos para su ejecución (termómetro, tensiómetro, fonendoscopio, pulsímetro, monitores entre otros).

W

Nombre: IVAN ENRIQUE ESCOBAR
CEBALLOS
Identificación: 72043555
05/MAY/1977 Atención: 41392-5

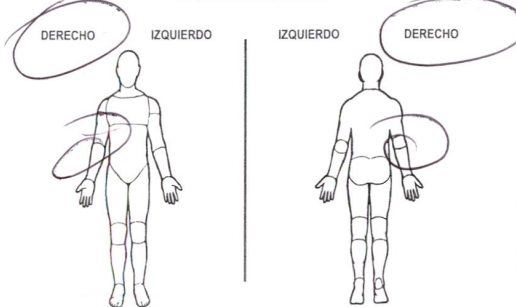


CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PRÁCTICA DE
INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA O PROCEDIMIENTO ESPECIAL

1. Autorizo al Doctor (a) Roberto Penagos
y al personal de la CLÍNICA PORTOAZUL para realizar en mí o en el paciente
Ivan Enrique Ceballos
el (los) siguiente (s) acto (s) médico (s) de codo izquierdo + codo derecho
de codo derecho

Que se llevará a cabo en la fecha: _____ Hora: _____

IDENTIFICACIÓN DEL ÁREA



ÓRGANO ÚNICO

2. Manifiesto que el Doctor Roberto Penagos me ha
explicado la naturaleza y los propósitos del acto médico, así como las ventajas y posibles alternativas.
Para codo izquierdo y codo derecho
Necesidad de cirugía de codo
Por dolor de hombro izquierdo
Dolor codo izquierdo
extremo y codo izquierdo
por un consejo médico

3. he podido hacer las preguntas relacionadas con dicho procedimiento y me han sido respondidas en forma satisfactoria; así mismo se me ha explicado que no es posible garantizar los resultados esperados del acto médico. Adicionalmente el médico me ha explicado que existen otras alternativas terapéuticas y su efectividad sobre la patología.

4. Conozco la posibilidad de que en el desarrollo del acto médico puedan presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales; por lo que autorizo la realización de dichos procedimientos cuando fueren necesarios.

5. Así mismo he sido informado acerca de las consecuencias que podrían derivarse en el evento de que no se realice el procedimiento sugiero.

6. La presente autorización la suscribo libre de presiones y manifiesto que he leído y comprendido en su totalidad el formato que estoy llenando y que todos los espacios en blanco se encuentran debidamente diligenciados antes de mi firma.

NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE

R.M. 19-6584607

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE O ACUDIENTE

No. de identificación: 72043555

*Parentesco: _____

*Anotar el parentesco o la relación del responsable con el paciente.

NOMBRE Y FIRMA DE TESTIGO

No. de identificación: _____

Dirección y Teléfono: _____

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO

NEGACIÓN O REVOCACIÓN

Después de ser informado (a) de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi negación o revocación para su realización. Me hago responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE

R.M. _____

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE O ACUDIENTE

No. de identificación: _____

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO

ES INDISPENSABLE TRAER ESTE DOCUMENTO EL DÍA DE SU INGRESO A LA CLÍNICA

2

CONVENIO DE ADSCRIPCIÓN Y USO DE INFRAESTRUCTURA CLÍNICA Y SERVICIOS

Entre los suscritos, **JUAN CARLOS MADRIÑÁN PADILLA**, mayor de edad y vecino de Barranquilla, identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 80.504.939 de Usaquén, actuando en su calidad de Representante Legal de la **CLÍNICA PORTOAZUL**, sociedad anónima, debidamente inscrita en la Cámara de Comercio de la ciudad de Barranquilla, por una parte, quien en adelante se llamará **La Clínica**, y por la otra el Doctor **RODRIGO ALBERTO PENAGOS LÓPEZ**, identificado (a) con cédula de ciudadanía No. **10.499.570**, y, quien en adelante se llamará **El Médico Adscrito**, se ha convenido celebrar el presente convenio de naturaleza civil, que se denominará "**Convenio de adscripción y uso de infraestructura Clínica y Servicios**", el cual se desarrollará teniendo en cuenta los siguientes generalidades:

- I) La Clínica es una institución prestadora de servicios de salud de puertas abiertas, en donde los Médicos que hayan aprobado el proceso de adscripción, ante el Comité médico, pueden remitir y atender pacientes en La Clínica, con autonomía profesional, de conformidad con el marco de institucionalidad que La Clínica establece mediante sus políticas, guías y protocolos.
- II) La Clínica recibe solicitudes de profesionales médicos, de un alto nivel académico y reconocimiento a nivel nacional e internacional, que manifiestan su voluntad de aspirar a hacer parte del cuerpo médico en calidad de Médico Adscrito
- III) Una vez admitido por el Comité médico, el Médico Adscrito actuará por su propia cuenta y no actuará como agente, representante, ni como mandatario de La Clínica.
- IV) El médico adscrito adquiere el derecho al uso y apoyo de infraestructura física técnica y del recurso humano de la Clínica, previa autorización de La Clínica
- V) La Clínica ha estandarizado dos categorías de Médicos, los **Médicos Adscritos** y los **Médicos adscritos institucionales**. Los primeros tienen el privilegio de hacer uso de la infraestructura y servicios de La Clínica para realizar la atención como médico tratante de sus pacientes. No podrá desempeñar funciones de carácter institucional, ni formar parte de comités. Los segundos además de los que tienen los adscritos, hacen parte de la cadena de llamada para la atención de pacientes en urgencias y en hospitalización.

Teniendo en cuenta que el Doctor **RODRIGO ALBERTO PENAGOS LÓPEZ** surtió los trámites de adscripción y fue aceptado por el Comité de Convenios, se decide suscribir el presente acuerdo con las siguientes cláusulas:

PRIMERA. OBJETO: El objeto del presente acuerdo es el uso de los servicios, infraestructura, equipos médicos y apoyo del personal de la Clínica, bajo las políticas, guías y protocolos de este último.

SEGUNDA. AUTORIZACIÓN GESTIÓN DE PAGO: El Médico Adscrito podrá solicitar a la Clínica el servicio de gestión de recursos económicos ante sus pacientes o aseguradoras; para lo cual se acogerá a las políticas de la Clínica.

TERCERA. DEBERES DEL MÉDICO ADSCRITO: Son deberes del Médico Adscrito los siguientes: 1. Ejercer la práctica médica de conformidad con las políticas institucionales de La Clínica descritas en el Manual del Médico Adscrito de la Clínica Portoazul. 2. Cuidar y hacer un buen uso de las instalaciones y equipos de La Clínica. 3. Mantener la confidencialidad y reserva de las prácticas médicas realizadas en las instalaciones de La Clínica. 4. Diligenciar la Historia Clínica en los medios que la Clínica disponga para ellos y de acuerdo al manual de diligenciamiento de historia clínica. 5. Abstenerse de ofrecer tratamientos experimentales. 6. Suscribir póliza de responsabilidad civil extracontractual a favor de la Clínica. 7. Los demás contempladas en el Manual del Médico Adscrito y los que contemplen la ley.

CUARTA. VIGENCIA DEL CONVENIO: El presente acuerdo rige desde la firma de las partes, hasta por el término de un (1) año, prorrogable por el igual periodo, salvo que alguna de las partes decida darlo por terminado o se constituya una causa para su terminación contemplada en el Manual del Médico Adscrito de la Clínica Portoazul.

QUINTA. DOCUMENTOS DEL CONVENIO: En lo que no lo contradigan, forman parte del presente acuerdo, los siguientes documentos: 1- Manual del Médico Adscrito de la Clínica Portoazul; 2-Póliza de responsabilidad civil extracontractual; 3- Documentos relacionados en el proceso de adscripción.

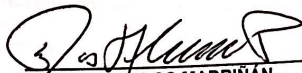
SEXTA. MANIFESTACIONES DEL MÉDICO ADSCRITO: De manera libre y voluntaria, en calidad de Médico Adscrito acepto tener:

- Gestión de Cobro de Recursos: SI ☐ NO ☐

Para constancia se firma en Puerto Colombia- Atlántico, el cual es el domicilio del presente acuerdo por las personas que en él han intervenido a los 11 días del mes de Abril del año 2014.



RODRIGO ALBERTO PENAGOS LÓPEZ



JUAN CARLOS MADRIÁN

Fwd: OTORGAMIENTO PODER ESPECIAL PROCESO RAD. 0080013153015-2021-00065-00

1 mensaje

Christian Insignares Cera <christian.insignares@clinicaportoazul.com>

14 de mayo de 2021, 18:00

Para: Antonio Dávila García <adavilag@davilabermudezabogados.com>, Luis Carlos Padilla Perez <luis.padilla@clinicaportoazul.com>

Por medio de la presente se remite adjunto en uso de las facultades tecnológicas, poder especial para actuar dentro del proceso de la referencia el cual se presume auténtico de la entidad poderdante, en la forma prevista por los artículos 2o y 5o del Decreto 806 de 2.020.

ANEXOS:

1. Poder para actuar conferido por la CLÍNICA PORTOAZUL S.A.
2. Certificado de existencia y representación de la CLÍNICA PORTOAZUL

Cordialmente,

----- Forwarded message -----

De: **Practicante Jurídica** <practicante.juridica@clinicaportoazul.com>

Date: mié, 12 may 2021 a las 12:20

Subject: OTORGAMIENTO PODER ESPECIAL PROCESO RAD. 0080013153015-2021-00065-00

To: Christian Insignares Cera <christian.insignares@clinicaportoazul.com>, Luis Carlos Padilla Perez <luis.padilla@clinicaportoazul.com>

Saludos,

--

Cristian José Vargas Parra
Practicante Jurídica

Carrera 30 Corredor Universitario
N° 1-850 Barranquilla.
Atlántico, Colombia
PBX 367-2600 / 367-2700 Ext 0000

www.clinicaportoazul.com**Clínica**
Portoazul

--

Cristhian Insignares Cera.
Secretario General y Jurídico.

Carrera 30 Corredor Universitario

N° 1-850 Barranquilla.

Atlántico, Colombia

PBX 367-2600 / 367-2700 7805

www.clinicaportoazul.com



Clínica
Portoazul



2 archivos adjuntos



Certificado de Existencia y RP- 20.04.2021.pdf
58K



PODER DEMANDA VERBAL IVAN ESCORCIA VS CLINICA PORTOAZUL- DR. ANTONIO DAVILA (2).pdf
99K



RCE-HOS

Fecha: 05/05/2021 09:01

FICHA HOSPITALIZACION

Datos Paciente

Nª Atención:	41392-5	Fecha Ingreso:	15/06/2017
		Fecha Egreso:	16/06/2017
Nombre:	ESCORIA CEBALLOS IVAN ENRIQUE	Sexo:	MASCULINO
Tipo/Numero:	CC 72048395	F. Nacimiento:	05/05/1977
Edad:	40 Años 1 Meses 11 Días	Telefono:	3137122172
Entidad:		Fecha Atención:	16/06/2017
Día N°:	2	Cama:	
Unidad:	64	Ocupación:	MECANICOS Y AJUSTADORES DE MAQUINAS, HERRAMIENTAS
Entidad/Plan	/ SURA ARL	Telefono:	3137122172
Lugar Nac:	ATLANTICO	Telefono:	3137122172
E.Civil:	CASADO		
N.Acompañante:	IVON ESCORIA		
N.Responsable:	IVON ESCORIA		

Protocolos

CIRUGIAS		
13-80-720-04	SINOVECTOMIA DE CODO TOTAL POR ARTROSCOPIA	Principal
13-81-860-06	CONDRORPLASTIA DEL CODO, VIA ARTROSCOPICA	Adicional
DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO		
M77.1	EPICONDILITIS LATERAL	
DIAGNOSTICO POST-OPERATORIO		
M77.1	EPICONDILITIS LATERAL	
EQUIPO MEDICO		
PRIMER CIRUJANO	CC-10499570	PENAGOS LOPEZ RODRIGO
AYUDANTE ESPECIALISTA	CC-88284687	ANGARITA MALDONADO FREDY
ANESTESIOLOGO	CC-72005576	CORRALES NAVARRO GUSTAVO
DETALLE INTERVENCION		
HALLAZGOS: AUMENTO DE TEJIDO SINOVIOL EN CODO, CON DESFIBILAMIENTO DEL CARPTILAGO ARTICUALR DE ARTICULACION RADIO CAPITELAR Y CUBITO HUERAL EN TROClea CODO DERECHO SECUNDARIO A EPICONDILITIS CRONICA LATERAL DE CODO PROCEDIMIENTO: PREVIA ASEPSIA Y ANTISESIA COLOCACION DE CAMPOS QUIRURGICOS ESTERILES BAJO ANESTESIA GENERAL EN DECUBITO LATERAL SE PROCEDE A COLOCAR TORNIQUETE NEUMATICO A 250 MMHG, SE REALZIA INFILTRACION INTRAARTICULAR EN SOFTSPOT DE 20 CC DE SSN, SE REALZIA POSTERIOR A ESTO DESARROLLO DE PORTAL ANTEROMEDIAL PROXIMAL PARA CAMARA Y POR DIFERENTE VIA SE DESARROLLA PORTAL ANTERIOLATERAL PROXIMAL PARA TRABAJO, SE UBICAN HALLAZGOS, SE PROCEDE A REALIZAR SINOVECTOMIA TOTAL DE CODO POR ARTROSCOPIA, SE SE RESECA COMPLETAMENTE TEJIDO SINOVIOL ARTICULAR CON CARACTERISTICAS AINFLAMATORIAS CRONICAS, POSTERIOR A ESTO EN LESION CARTILAGINOSA SE PROCEDE A REALZIAR CONDRORPLASTIA CON HOJA DE SHAVER DE 4.0 ADECAUDA CONDRORPLASTIA, SE RESECA TEJIDO INFLAMATORIO EN PORCION DEL ECRB, SE RESECA COMPLETAMENTE ESTA CON SHAVER, SE DEJA RESECCION COMPLETA DE TEJIDO INFLAMATORIO, SE BAJA TORNIQUETE SE VERIFICA HEMSOTASIA, SE CIERRA PORTALES, SE CUBRE CON APOSITOS ESTERILES, PROCDIMIENTO SIN COMPLICACIONES. PLAN: ALTA POR CIRUGIA DE MANO SE DAN 30 DIAS DE INCAPACIDAD CONTROL EN 1 SEMANA SE FORMULA ANALGESICOS Y ANTIBIOTICO SE LE DAN RECOMENDACIONES CLARAS Y SIGNOS DE ALARMA.		

DATOS COMPLEMENTARIOS

COMPLICACIONES NO

VOLUMEN DE SANGRADO 30CC

CLASIF. HERIDAS LIMPIA

RECuento COMPRESAS COMPLETO

DESTINO PACIENTE RECUPERACIÓN

PROFILAXIS ANTIBIOTICA NO

PATOLOGÍA NO

Antecedentes**Familiares**

15/06/2017 14:33 Dr(a) VENEGAS VISBAL DAVID (Origen: Hospitalizado)

NIEGA

Patológicos

15/06/2017 14:34 Dr(a) VENEGAS VISBAL DAVID (Origen: Hospitalizado)

HIPOTIROIDISMO

Quirúrgicos

15/06/2017 14:34 Dr(a) VENEGAS VISBAL DAVID (Origen: Hospitalizado)

HERNIORRAFIA UMBILICAL

Alérgicos

15/06/2017 14:34 Dr(a) VENEGAS VISBAL DAVID (Origen: Hospitalizado)

NIEGA

Farmacológicos

15/06/2017 14:34 Dr(a) VENEGAS VISBAL DAVID (Origen: Hospitalizado)

LEVOTIROXINA 100MCG/DIA

Transfusionales

15/06/2017 14:34 Dr(a) VENEGAS VISBAL DAVID (Origen: Hospitalizado)

NIEGA

Gineco obstétricos

15/06/2017 14:34 Dr(a) VENEGAS VISBAL DAVID (Origen: Hospitalizado)

NO APLICA

Impresión Diagnóstica15/06/2017 17:33 Dr(a) VENEGAS VISBAL DAVID NINGUNA
M77.1 EPICONDILITIS LATERAL**Alta Medica**

15/06/2017 17:34 Dr(a)

FECHA INGRESO

: 15/06/2017

SERVICIO : SALAS DE CIRUGIA

FECHA EGRESO

: 15/06/2017

HORA ALTA

: 20:00

ESTADO EGRESO

: VIVO

EPICRISIS**Resumen de Hospitalización**15/06/2017 17:33 Dr(a) DAVID ENRIQUE VENEGAS VISBAL
PACIENTE MASCULINO DE 40 AÑOS DE EDAD INGRESA PROGRAMADO
POR DR. PENAGOS PARA PROCEDIMIENTO TIPO SINOVECTOMIA TOTAL

DE MUÑECA POR ARTROSCOPIA + CONDROPLASTIA EN CODO DERECHO. PACIENTE EN SU POSTOPERATORIO INMEDIATO QUIEN SE RECUPERA SATISFACTORIAMENTE DE LOS EFECTOS DE LA ANESTESIA, PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, BUEN PATRON RESPIRATORIO, TOLERADO VIA ORAL, NIEGA NAUSEAS, NO VOMITOS, DOLOR CONTROLADO. TOLERANDO LA MARCHA, MICCION ESPONTANEA CLARA, MOVILIZANDO SUS EXTREMIDADES ESPONTANEAMENTE. ESCALA DE ALDRETE 10/10. NO SE EVIDENCIA SANGRADO ACTIVO DE SITIO QUIRURGICO, HERIDA QUIRURGICA EN BUENAS CONDICIONES. MEDICO TRATANTE ORDENA ALTA MEDICA CON FÓRMULA MEDICA, CITA CONTROL Y RECOMENDACIONES. HALLAZGOS Y DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTO REALIZADO:

SINOVECTOMIA DE CODO TOTAL POR ARTROSCOPIA

Fecha Cirugía Cirujano

15/06/2017 PENAGOS LOPEZ RODRIGO

Descripción

HALLAZGOS: AUMENTO DE TEJIDO SINOVIAL EN CODO, CON DESFIBILAMIENTO DEL CARPTILAGO ARTICULAR DE ARTICULACION RADIO CAPITELAR Y CUBITO HUERAL EN TROClea CODO DERECHO SECUNDARIO A EPICONDILITIS CRONICA LATERAL DE CODO
PROCEDIMIENTO: PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA COLOCACION DE CAMPOS QUIRURGICOS ESTERILES BAJO ANESTESIA GENERAL EN DECUBITO LATERAL SE PROCEDE A COLOCAR TORNQUETE NEUMATICO A 250 MMHG, SE REALIZA INFILTRACION INTRAARTICULAR EN SOFTSPOT DE 20 CC DE SSN, SE REALIZA POSTERIOR A ESTO DESARROLLO DE PORTAL ANTEROMEDIAL PROXIMAL PARA CAMARA Y POR DIFERENTE VIA SE DESARROLLA PORTAL ANTERIOLATERAL PROXIMAL PARA TRABAJO, SE UBICAN HALLAZGOS, SE PROCEDE A REALIZAR SINOVECTOMIA TOTAL DE CODO POR ARTROSCOPIA, SE SE RESECA COMPLETAMENTE TEJIDO SINOVIAL ARTICULAR CON CARACTERISTICAS AINFLAMATORIAS CRONICAS, POSTERIOR A ESTO EN LESION CARTILAGINOSA SE PROCEDE A REALIZAR CONDROPLASTIA CON HOJA DE SHAVER DE 4.0 ADECAUDA CONDROPLASTIA, SE RESECA TEJIDO INFLAMATORIO EN PORCION DEL ECRB, SE RESECA COMPLETAMENTE ESTA CON SHAVER, SE DEJA RESECCION COMPLETA DE TEJIDO INFLAMATORIO, SE BAJA TORNQUETE SE VERIFICA HEMOSTASIA, SE CIERRA PORTALES, SE CUBRE CON APOSITOS ESTERILES, PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES. PLAN: ALTA POR CIRUGIA DE MANO SE DAN 30 DIAS DE INCAPACIDAD CONTROL EN 1 SEMANA SE FORMULA ANALGESICOS Y ANTIBIOTICO SE LE DAN RECOMENDACIONES CLARAS Y SIGNOS DE ALARMA.

Diagnóstico Egreso

15/06/2017 17:33 Dr(a) DAVID VENEGAS VISBAL
M77.1 EPICONDILITIS LATERAL

Cirugías Efectuadas

- SINOVECTOMIA DE CODO TOTAL POR ARTROSCOPIA

Fecha Cirugía

15/06/2017

Cirujano

PENAGOS LOPEZ RODRIGO

Descripción

HALLAZGOS: AUMENTO DE TEJIDO SINOVIAL EN CODO, CON DESFIBILAMIENTO DEL CARPTILAGO ARTICULAR DE ARTICULACION RADIO CAPITELAR Y CUBITO HUERAL EN TROClea CODO DERECHO SECUNDARIO A EPICONDILITIS CRONICA LATERAL DE CODO
PROCEDIMIENTO: PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA COLOCACION DE CAMPOS QUIRURGICOS ESTERILES BAJO ANESTESIA GENERAL EN DECUBITO LATERAL SE PROCEDE A COLOCAR TORNQUETE NEUMATICO A 250 MMHG, SE REALIZA INFILTRACION INTRAARTICULAR EN SOFTSPOT DE 20 CC DE SSN, SE REALIZA POSTERIOR A ESTO DESARROLLO DE PORTAL ANTEROMEDIAL PROXIMAL PARA CAMARA Y POR DIFERENTE VIA SE DESARROLLA PORTAL ANTERIOLATERAL PROXIMAL PARA TRABAJO, SE UBICAN HALLAZGOS, SE PROCEDE A REALIZAR SINOVECTOMIA TOTAL DE CODO POR ARTROSCOPIA, SE SE RESECA COMPLETAMENTE TEJIDO SINOVIAL ARTICULAR CON CARACTERISTICAS AINFLAMATORIAS CRONICAS, POSTERIOR A ESTO EN

LESION CARTILAGINOSA SE PROCEDE A REALZIAR CONDROPLASTIA CON HOJA DE SHAVER DE 4.0 ADECAUDA CONDROPLASTIA, SE RESECA TEJIDO INFLAMATORIO EN PORCION DEL ECRB, SE RESECA COMPLETAMENTE ESTA CON SHAVER, SE DEJA RESECCION COMPLETA DE TEJIDO INFLAMATORIO, SE BAJA TORNIQUETE SE VERIFICA HEMSOTASIA, SE CIERRA PORTALES, SE CUBRE CON APOSITOS ESTERILES, PROCDIMIENTO SIN COMPLICACIONES. PLAN: ALTA POR CIRUGIA DE MANO SE DAN 30 DIAS DE INCAPACIDAD CONTROL EN 1 SEMANA SE FORMULA ANALGESICOS Y ANTIBIOTICO SE LE DAN RECOMENDACIONES CLARAS Y SIGNOS DE ALARMA.

David Venegas Visbal

CC 1140844675
Dr(a) DAVID VENEGAS VISBAL
NINGUNA
RM



RCE-HOS

Fecha: 05/05/2021 09:01

FICHA HOSPITALIZACION

Datos Paciente

Nª Atención:	41392-5	Fecha Ingreso:	15/06/2017
		Fecha Egreso:	16/06/2017
Nombre:	ESCORCIA CEBALLOS IVAN ENRIQUE	Sexo:	MASCULINO
Tipo/Numero:	CC 72048395	F. Nacimiento:	05/05/1977
Edad:	40 Años 1 Meses 11 Días	Telefono:	3137122172
Entidad:		Fecha Atención:	15/06/2017
Día N°:	1	Cama:	
Unidad:	64		
Entidad/Plan	/ SURA ARL	Ocupación:	MECANICOS Y AJUSTADORES DE MAQUINAS, HERRAMIENTAS
Lugar Nac:	ATLANTICO	Telefono:	3137122172
E. Civil:	CASADO	Telefono:	3137122172
N. Acompañante:	IVON ESCORIA		
N. Responsable:	IVON ESCORIA		

Motivo de Consulta

15/06/2017 14:31 Dr(a) DAVID ENRIQUE VENEGAS VISBAL (Esp. NINGUNA)
PROGRAMADO

Enfermedad actual

15/06/2017 14:31 Dr(a) DAVID ENRIQUE VENEGAS VISBAL
PACIENTE MASCULINO DE 40 AÑOS DE EDAD INGRESA PROGRAMADO POR DR. PENAGOS PARA PROCEDIMIENTO TIPO SINOVECTOMIA TOTAL DE MUÑECA POR ARTROSCOPIA + CONDROPLASTIA EN CODO DERECHO.

Motivo que origina la atención

15/06/2017 14:31 Dr(a) DAVID VENEGAS VISBAL

-ACCIDENTE DE TRABAJO

Antecedentes

Familiares

15/06/2017 14:33 Dr(a) VENEGAS VISBAL DAVID (Origen: Hospitalizado)

NIEGA

Patológicos

15/06/2017 14:34 Dr(a) VENEGAS VISBAL DAVID (Origen: Hospitalizado)

HIPOTIROIDISMO

Quirúrgicos

15/06/2017 14:34 Dr(a) VENEGAS VISBAL DAVID (Origen: Hospitalizado)

HERNIORRAFIA UMBILICAL

Alérgicos

15/06/2017 14:34 Dr(a) VENEGAS VISBAL DAVID (Origen: Hospitalizado)

NIEGA

Farmacológicos

15/06/2017 14:34 Dr(a) VENEGAS VISBAL DAVID (Origen: Hospitalizado)

LEVOTIROXINA 100MCG/DIA

Transfusionales

15/06/2017 14:34 Dr(a) VENEGAS VISBAL DAVID (Origen: Hospitalizado)

NIEGA

Gineco obstétricos

15/06/2017 14:34 Dr(a) VENEGAS VISBAL DAVID (Origen: Hospitalizado)

NO APLICA

Examen Fisico

Signos Vitales

Fecha Evaluación

Peso(kg)

15/06/2017 14:33

92.6

Impresión general

15/06/2017 14:34 Dr(a) DAVID ENRIQUE VENEGAS VISBAL

BUEN ESTADO GENERAL, AFEBRIL

MUCOSA ORAL HUMEDA, CUELLO MOVIL, NO SE PALPAN MASAS.

TORAX SIMETRICO NORMOEXPANSIBLE SIN TIRAJES.

RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, RESPIRATORIOS SIN AGREGADOS.

ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO.

GENITOURINARIO NO VALORADO

EXTREMIDADES EUTROFICAS SIN EDEMAS, PULSOS PRESENTES, LLENADO CAPILAR <2 SEGUNDOS.

Plan de Tratamiento

15/06/2017 14:34 Dr(a) DAVID ENRIQUE VENEGAS VISBAL (Esp. NINGUNA)

PREPARAR PARA CIRUGIA.
 NADA VIA ORAL.
 LEV: SS0.9% 500 CC PARA MANTENER VENA.
 CEFAZOLINA 2 GRAMOS ENDOVENOSOS ANTES DE PROCEDIMIENTO.
 ORDENES MÉDICAS POR ANESTESIOLOGIA Y MEDICO TRATANTE.
 CONTROL DE SIGNOS Y AVISAR CAMBIOS.
 CUIDADOS POR ENFERMERIA.
 TRASLADO A QUIROFANO AL LLAMADO

Exámenes

INDIC MEDICAMENTOS

15/06/2017 17:33 Dr(a) VENEGAS VISBAL DAVID ENRIQUE

807204 SINOVECTOMIA DE CODO TOTAL POR ARTROSCOPIA(13-80-720-04)

Insumos y/o Farmacos

15/06/2017 20:05 Enf CASTRO ORELLANO GISEIL PATRICIA

OTROS INSUMOS Y/O FARMACOS 1

VENDA ELASTICA 6 X 5 (.)

Cantidad: 1

FARMACIA
 SALAS DE
 CIRUGIA

Ingreso y Evolución de Enfermería

15/06/2017 19:53 Enf GISEIL PATRICIA CASTRO ORELLANO

19:05 RECIBO PACIENTE EN SALA DE RECUPERACION CONCIENTE TRANQUILO ORIENTADO POP ARTROSCOPIA DE MUÑECA Y CODO DERECHO DORMIDO CON LIQUIDOS ENDOVENOSOS SSN 0.9% 500 CC, HERIDA QX CUBIERTA + VENDAJE ELASTICO EN MSD, MONITORIZADO

19:20 SIN NOVEDAD

SPO2: 100% FC: 55 T/A 108/98

SE PRUEBA VIA ORAL LA TOLERA

ELIMINA ESPONTANEO EN PISINGO

19:40 SE CIERRA PABELLON SE TRASLADA HISTORIA A FACTURACION EN ESPERA DE BOLETA DE SALIDA 19:50 EN BUENAS CONDICIONES GENERALES , SE DESCANALIZA Y EGRESA DEL SERVICIO Y DE INSTITUCION EN SILLA DE RUEDAS EN COMPAÑIA DE AUXILIAR Y FAMILIAR

15/06/2017 19:24 Enf MARIA DE JESUS NAVARRO BARRIOS

15+20 PM ingresa paciente de sexo masculino mayor de edad, al Quirofano # 3 en camilla se observa despierto, consciente, orientado, recibiendo ordenes canalizado en miembro superior izquierdo con lev permeable pasando solución salina normal 500cc pasando cefazolina 2 gr iv con área quirúrgica previamente marcada por el Dr. Penagos y dr Angarita anestesia por Dr. Corrales procedente de preparación de pacientes en compañía de jefe en turno con historia clínica + sobre de exámenes

se traslada a mesa quirúrgica se monitoriza signos vitales tomados registrados en formato.

pausas quirurgicas x la auxiliar en turno maria navarro ,

15+30 PM EL ANESTESIOLOGO DR, GUSTAVO CORRALES PROCEDE A COLOCARLE MASCARA FACIAL # 5 OXIGENO + SEVORANE INHLADO +INDUCION ANESTESIA GENERAL PROPOFOL 180 MGR IV + LIDOCAINA 2 % S/E 100 MGR IV ESMERON 30 MGR IV , PERMEABILISA VIA CON CANULA DE GUEDEL # 5 , SE PROCEDE A INTUBACION OROTRAQUAIL CON TUBO 7,5 COENCTADO A MAQUINA DE ANESTESIA FIJADO CON TRANSPOR, PROTECCION OCULAR CON TRANSPOR , SE LE INSTALA INFUSION DE ULTIVA 2 MGR DILUIDA EN 250 C SOL SALINA X BOMBA DE INFUSION A RAZONDE 0.15 MCGR/KGR/MINUTOS, CONTROL SIGNOS VITALES ANOTAOS Y REGISTRADOS ,

15+45 PM EL DR PENAGOS COLOCA SOPORTE DE CADERA SE COLOCA PACIENTE EN POSICION DECUBITO ALTERAL IZQUIERDO , SE COLOCA ROLLO DEBAJO DE LA AXILA IZQUIERDA, ALMOHADA ENTRE LOS MIEMBROS INFERIORES PLACA DE EELCTROCAUTERIO EN MUSLO DERECHO LADO ALTERAL

EL DR, PENAGOS COLOCA ALGODON LAMINADO 4X5 (1) BRAZO PARA PROTECCION DE LA PIEL Y COLOCA BRAZALETE DEL TORNIQUETE FIJADO CON VENDAJE ELASTICO 4X5 (1) ,
CONTROL SIGNOS VITALES ANOTAOS Y REGISTRADOS,
15+50 PM SE LE REALIZA ASEPSIA Y ANTISEPSIA EN MIEMBRO SUPERIOR DERECHO CON QUIRUCIDAL ESPUMA + QUIRUCIDAL SOLUCION, COLOCACION DE CAMPOS QX POR LA INSTRUMENTADORA GINA ,SE COENCTA TORRE DE VIDEO, ASPIRADOR, ELECTROCAUTERIO, CHEIVER ,ARTROMATIC 3000 CC INSTALADO EN EQUIPO EN Y PARA IRRIGACION ,
16+00 PM EL DR, GUSTAVO CORRALES ADMINISTRA DECADRON 8 MGR IV + ORAZOLE 40 MGR IV +PLASIL 10 MGR IV + PROFNID 100 MGR IV EN 100 CC SOL SLAINA
EL DR, RODRIGO PENAGOS REALIZA LA EXPRESION CON VENDAJE ELASTICO 4X5 (1)
16+17 PM INICIA ISQUEMIA EN 250 MM/HG X ORDEN VERBAL DR, RODRIGO PENAGOS Y RETIRA LA EXPRESION ELASTICA , S/V TA- 96/50 , PM- 60, FC- 55 , SAT100 %
16+20 PM INICIA CIRUGIA SINOVECTOMIA TOTAL DE CODO DERECHO X ARTROSCOPIA + CONDROPLASTIA X EL CIRUJANO DR, RODRIGO PENAGOS CON LA AYUDANTIA DEL DR, FREDDY ANGARITA ,
INCIDEN PIEL INTRODUCEN TROCAR Y CAMARA SIN COMPLICACIONES,
CONTROL SIGNOS VITALES ANOTADOS Y REGISTRADOS,
SE LE CONTINUA CON SOL HARTMANN 500 CC
16+30 PM CONTINUA CIRUGIA SIN COMPLICACIONES,
EL DR, GUSTAVO CORRALES ADMINISTRA PROFENID 100 MGR IV
REVISION D E LA ARTICULACION DEL CODO SN COMPLICACIONES,
IRRIGACION CON ARTROMATIC
LOCALIZAN LESION , REALIZAN SINOVECTOMIA + CONDROPLASTIA TOTAL DEL CODO,
16+45 PM CONTROL SIGNOS VITALES ANOTADOS Y REGISTRADOS,
17+00 PM EL DR, GUSTAVO CORRALES ADMINISTRA PARMADOL 1 GR IV,
CONTRINUA CIRUGIA SIN COMPLICACIONES,
SE RETIRA CAMARA TROCAR SIN COMPLICACIONES,
INICIA PUNTOS DE PIEL CON SUTURA
17+15 PM IRRIGACION CON ARTROMATIC , REVISION, HEMSOTASIA
, 17+30 PM TERMINA ACTO QX SIN COMPLICACIONES,
SE LIMPIA HERIDA QX CON SOL SLAINA Y SE CUBRE CON GASA + ALGODON LAMINADO 4X5 (1) + VENDAJE ELASTICO 4X5 (2) FIJADO CON ESPARADRAPO ,
SE RETIRA ISQUEMIA SIN COMPLICACIONES
CONTROL SIGNOS VITALES ANOTADOS Y REGISTRADOS, SE LE RETIRA PLACA SE OBSERVA PIEL SANA ,
SE RETIRAN SOPORTE DE CADERA SE COLOCA PACIENTE EN POSICION DECUBITO DORSAL MIEMBRO A LO LARGO DEL CUERPO FIJADO CON SABANA
EL DR, GUSTAVO CORRALES REALIZA ASEPSIA Y ANTISEPSIA CON ALCOHOL EN REGION SUPRACLAVICULAR DERECHA ,S PROCEDE A REALIZARLE BLOQUEO SUPRACLAVICULAR GUIADO BAJO ECOGRAFO CON AGUJA DE ESTIMUPLEX # 21 (1) CON BUPIROV 0,5 % S/E 20 CC + ROXICAINA 1 % S/3 20 CC , SE RETIRA GUJA SIN COMPLICACIONES ,
SE EXTUBA PACIENTE DESPIERTO TRANQUILO SIN COMPLICACIONES, SE LE CONTINUA CON XOIGEN X MASCARA,
17+45 PM TERMINA ANESTESIA SIN COMPLICACIONES,
17+45 PM TRASLADO EN CAMILLA CON BARANDA DEPIERTO TRANQUILO EN POSICION FOLWER CON HERIDA QX EN CODO DERECHO CUBEIRTA CON VENDAJEMEALSTICO, VENA PERIFERICA PASANDO SOL HARTMANN 500 CC FALTANDO X PASAR 350 CC MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO EN COMPAÑIA D ELA AUXILIAR DE ENFERMERIA Y ANESTESIOLOGO, SE LE ADMINISTRARON SOL HARTMANN 1000 CC , SE HACE ENTYREGA DE HISTORIA CLINICA COMPLETA

15/06/2017 19:02 Enf SANDRA MILENA ARIAS IMITOLA

19:00 QUEDA PACIENTE EN RECUPERACION EN CAMILLA POSICION SEMIFOWLER CONSCIENTE ORIENTADO CON MONITOR DE SIGNOS VITALES CONTINUOS, VENOCCLISIS PERMEABLE PASANDO 500CC DE SOLUCION SALINA 0.9% EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO, VENDA ELASTICA EN MIEMBRO SUPERIOR DERECHO HISTORIA CLINICA COMLETA SOBRE CON LABORATORIOS Y EKG.

15/06/2017 18:42 Enf SANDRA MILENA ARIAS IMITOLA

17:40 INGRESA PACIENTE A RECUPERACION EN CAMILLA POSICION SEMIFOWLER CONSCIENTE ORIENTADO VENOCCLISIS PERMEABLE PASANDO 500CC DE SOLUCION SALINA 0.9% EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO, VENDA ELASTICA EN MIEMBRO SUPERIOR DERECHO, SE INSTALA EN LA UNIDAD CON MONITOR DE SIGNOS VITALES CONTINUOS Y MANTA TERMICA, AL EXAMEN FISICO MUCOSA ORAL HUMEDA CUELLO MOVIL, TORAX SIMETRICO, ABDOMEN BLANDO A LA PALPACION, POST-

QUIRURGICO DE ARTROSCOPIA RODILLA DERECHA MAS FACTORES DE CRECIMIENTO POR EL DR ORLANDO DE SINOVECTOMIA DE CODO TOTAL POR ARTROSCOPIA, CONDROPLASTIA DE CODO VIA ARTROSCOPIA REALIZADA POR EL RODRIGO PENAGOS, DR FREDY ANGARITA Y ANESTESIA SEDACION MAS BLOQUEO POR EL DR GUSTAVO CORRALES.

18:00 EN SU UNIDAD TRANQUILO REFIERE SENTIRSE BIEN.

18:30 PACIENTE TRANQUILO EN CAMILLA, SE OFRECE JUGO Y GALLETA TOLERA CON AGRADO.

15/06/2017 15:09 Enf OLGA PATRICIA GONZALEZ PEREZ

14:10 INGRESA PACIENTE MASCULINO MAYOR DE EDAD PROPIOS MEDIOS EN COMPAÑIA DE FAMILIAR Y AUXILIAR DE SERVICIO AL CLIENTE, PROVENIENTE DEL SERVICIO DE ADMISIONES PROGRAMADA PARA: SINIVECTOMIA TOTAL DE MUÑECA + ATROSCOPIA DE CODO X ATROSCOPIA POR EL DR.PENAGO Y ANESTESIOLOGO EL DR:GUSTAVO CORRALEZ SE CONFIRMA AUTORIZACION DE PROCEDIMIENTO, SE OBSERVA CON MANILLA DE IDENTIFICACION LA CUAL SE VERIFICA SE VISTE CON ROPA QUIRURGICA, GORROS Y POLAINAS, SE REALIZA LISTA DE CHEQUEO NIEGA ALERGIAS Y ANTECEDENTES IMPORTANTES TIROIDE , SE INSTALA EN LA UNIDAD SE COLOCA MANTA TERMICA Y MONITOR DE SIGNOS VITALES Y SE REGISTRAN, AL EXAMEN FISICO NORMOCEFALO, MUCOSA ORAL Y NASAL HUMEDA CUELLO MOVIL, TORAX SIMETRICO EXPANDIBLE, EXTREMIDADES EUTROFICAS. SE EXPLICAN Y SE FIRMAN CONSENTIMIENTOS INFORMADOS POR PACIENTE.

14:20 SE REALIZA PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA CON PAÑIN SE CANALIZA EN DORSO DE LA MANO IZQUIERDA CON ABOCATH # 18 SE INSTALA SOLUCION SALINA 0.9% 500CC CONECTADO A EQUIPO MACROGOTEO MAS (1) LLAVES DE TRES VIAS Y EXTENSION DE ANESTESIA SE FIJA CON TEGADER Y SE ROTULA.

14:30 SE ADMINISTRA EN LA SOLUCON SALINA INSTALADA CEFAZOLINA 2 GR IV PROFILACTICOS.SE

15:00 SE TRASLADA PACIENTE EN CAMILLA A QUIROFANO CON HISTORIA CLINICA COMPLETA, SOBRE PEQUEÑO CON ESTUDIO LEV PERMEABLES Y CONSENTIMIENTOS FIRMADOS



CC 1140844675
Dr(a) DAVID VENEGAS VISBAL
NINGUNA
RM



RCE-HOS

Fecha: 30/04/2021 15:15

FICHA HOSPITALIZACION

Datos Paciente

Nª Atención:	47949-7	Fecha Ingreso:	04/11/2017
		Fecha Egreso:	04/11/2017
Nombre:	ESCORCIA CEBALLOS IVAN ENRIQUE	Sexo:	MASCULINO
Tipo/Numero:	CC 72048395	F. Nacimiento:	05/05/1977
Edad:	40 Años 6 Meses 0 Días		
Entidad:		Telefono:	3137122172
Día N°:	1	Fecha Atención:	04/11/2017
Unidad:	64	Cama:	
Entidad/Plan:	/ SURA ARL		
Lugar Nac:	ATLANTICO	Ocupación:	MECANICOS Y AJUSTADORES DE MAQUINAS, HERRAMIENTAS
E.Civil:	CASADO		
N.Acompañante:	IVON ESCORCIA	Telefono:	3014120945
N.Responsable:	IVON ESCORCIA	Telefono:	3014120945

Protocolos

CIRUGIAS		
13-83-760-04	TRANSFERENCIAS MIOTENDINOSAS DE MUÑECA	Principal
DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO		
G56.3	LESION DEL NERVIO RADIAL	
DIAGNOSTICO POST-OPERATORIO		
G56.3	LESION DEL NERVIO RADIAL	
EQUIPO MEDICO		
PRIMER CIRUJANO	CC-10499570	PENAGOS LOPEZ RODRIGO
ANESTESIOLOGO	CC-22519639	PATERNINA AGUDELO PATRICIA
AYUDANTE ESPECIALISTA	CC-1019013841	PINILLA GARCIA XIMENA
DETALLE INTERVENCION		
HALLAZGOS: LEESION DE NERVIO RADIAL RAMA INTEROSEA POSTERIOR CON DEFICIT PARA EXTENSION DE DEDOS LARGOS Y EXTENSION DE DEDO PULGAR FUERZA DE EXTENSOR DE MUÑECA M4 MANO DRECHA PROCEDIMIENTO: PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA COLOCACION DE CAMPOS QUIRURGICOS ESTERILES, BAJO ANESTESIA GENERAL, EN DECUBITO SUPINO, ANTIBIOTICO PROFILACTICO, TORNQUETE NEUMATICO A 250 MMHG POR 2 HORAS, SE PROCEDE A REALIZAR ABORDAJE NUMERO 1 EN LA PALMA VIA DE HENRRY, SE HACE TENORISIS AL FCR Y PL, SE LIBERA ADECAUDAMENTE TODO EL TENDON, POSTERIOR A ESTO SE PROCEDE A REALIZAR POR VIA DORSAL SOBER EL 4TO COMPARTIMIENTO EXTENSOR, SE UBICA EDC, SE SOLIDARIZAN LOS 4 TENDONES EXTESORES CON ETHIBOND. Y SE UBICA EPL SE HACE ABORDAJE SOBRE TABAQUERA ANATOMICA PARA DES ENRRUTAR TENDON EXTENSOR DEL DEDO PULGAR, PSOTERIOR A ESTO SE HACE TRASNFERNCIA MIOTENDINOSA SE SUTURA CON TECNICA DE PULVERTAF EL PL AL EPL Y EL FCR AL EDC, SE OBSERVA ADECUADA TENSION, POSTERIOR A ESTO SE BAJA TORNQUETE SE VERIFICA HEMOSTASIA Y SE CIERRA POR PLANOS, SE COLOCA FERULA DE YESO ANTIBRAQUIMETACARPIANA, PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES. PLAN: ALTA POR CIRUGIA DE MANO CONTROL EN 1 SEMANA SE DAN 30 DIAS DE INCAPACIDAD ACETAMINOFEN Y CEFALOXINA SE LE DAN RECOMENDACIONES CLARAS Y SIGNOS DE ALARMA		
DATOS COMPLEMENTARIOS		
COMPLICACIONES NO		
VOLUMEN DE SANGRADO 30CC		
CLASIF. HERIDAS LIMPIA		
RECuento COMPRESAS COMPLETO		
DESTINO PACIENTE RECUPERACIÓN		
PROFILAXIS ANTIBIOTICA NO		

PATOLOGÍA NO

Motivo de Consulta

04/11/2017 09:00 Dr(a) ELIZABETH SILVA AGREDO (Esp. MÉDICO(A) GENERAL)
PROGRAMADO PARA CIRUGIA

Enfermedad actual

04/11/2017 09:01 Dr(a) ELIZABETH SILVA AGREDO
PACIENTE QUIEN INGRESA PROGRAMADO PARA CIRUGIA POR EL DR RODRIGO PENAGOS TIPO TRANFERENCIA MIOTENDINOSA EN MANO DERECHA

Motivo que origina la atención

04/11/2017 09:01 Dr(a) ELIZABETH SILVA AGREDO

-ACCIDENTE DE TRABAJO

Antecedentes

Familiares

15/06/2017 14:33 Dr(a) VENEGAS VISBAL DAVID (Origen: Hospitalizado)

NIEGA

Patológicos

15/06/2017 14:34 Dr(a) VENEGAS VISBAL DAVID (Origen: Hospitalizado)

HIPOTIROIDISMO

Quirúrgicos

15/06/2017 14:34 Dr(a) VENEGAS VISBAL DAVID (Origen: Hospitalizado)

HERNIORRAFIA UMBILICAL

Alérgicos

15/06/2017 14:34 Dr(a) VENEGAS VISBAL DAVID (Origen: Hospitalizado)

NIEGA

Farmacológicos

15/06/2017 14:34 Dr(a) VENEGAS VISBAL DAVID (Origen: Hospitalizado)

LEVOTIROXINA 100MCG/DIA

Transfusionales

15/06/2017 14:34 Dr(a) VENEGAS VISBAL DAVID (Origen: Hospitalizado)

NIEGA

Gineco obstétricos

15/06/2017 14:34 Dr(a) VENEGAS VISBAL DAVID (Origen: Hospitalizado)

NO APLICA

Examen Fisico

Impresión general

04/11/2017 09:01 Dr(a) ELIZABETH SILVA AGREDO

BUEN ESTADO GENERAL

AFEBRIL

C/C MUCOSA ORAL HUMEDA CUELLO MOVIL

TORAX SIMETRICO

CARDIOPULMONAR RSCS RITMICOS SIN SOPLOS, RSRs MV NORMAL SIN AGREGADOS

ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO

GU: NO VALORADO

EXT: NO EDEMAS, DOLOR EN CARPO DE MANO DERECHA

SNC: NO HAY DEFICIT

Impresión Diagnóstica

04/11/2017 11:01 Dr(a) SILVA AGREDO ELIZABETH MÉDICO(A) GENERAL
G56.3 LESION DEL NERVIO RADIAL

Plan de Tratamiento

04/11/2017 09:02 Dr(a) ELIZABETH SILVA AGREDO (Esp. MÉDICO(A) GENERAL)
 PREPARAR PARA CIRUGIA.
 NADA VIA ORAL.
 LEV: SS0.9% 500 CC PARA MANTENER VENA.
 CEFAZOLINA 2 GRAMOS ENDOVENOSOS ANTES DE PROCEDIMIENTO.
 ORDENES MÉDICAS POR ANESTESIOLOGIA Y MEDICO TRATANTE.
 CONTROL DE SIGNOS Y AVISAR CAMBIOS.
 CUIDADOS POR ENFERMERIA.
 TRASLADO A QUIROFANO AL LLAMADO

Exámenes

INDIC MEDICAMENTOS

04/11/2017 11:02 Dr(a) SILVA AGREDO ELIZABETH 37900656
 837604 TRANSFERENCIAS MIOTENDINOSAS DE MUÑECA(13-83-760-04)

Ingreso y Evolución de Enfermería

04/11/2017 13:35 Enf DIANDRA ROJAS ROJAS

12:30 INGRESA PACIENTE MASCULINO MAYOR DE EDAD A CIRUGIA AMBULATORIA EN CAMILLA CONSCIENTE, ORIENTADO PROCEDENTE DE SALAS DE RECUPERACION POP INMEDIATO DE TRANSFERENCIA MIOTENDINOSA EN MANO, SE OBSERVA MUCOSA ORAL HUMEDA, BUEN PATRON RESPIRATORIO, LIQUIDOS ENDOVENOSOS CERRADOS, HERIDA QUIRURGICA CUBIERTA CON APOSITOS LIMPIOS, ESTERILES, ABDOMEN BLANDO A LA PALPACION, EXTREMIDADES NORMALES.
 12:40 SE PRUEBA VIA ORAL CON JUGO Y GALLETAS TOLERADO.
 12:55 DEAMBULA AL BAÑO ELIMINA ESPONTANEO.
 13:00 SE REALIZA CIERRE DE PABELLONES SE ENVIA HISTORIA CLINICA A FACTURACION PARA LIQUIDACION DE CUENTAS.
 13:40 LLEGA BOLETA DE SALIDA, SE RETIRA VENOCCLISIS, SE VISTE, SALE DEL SERVICIO EN SILLA DE RUEDAS CONSCIENTE, ORIENTADO EN COMPAÑIA DE FAMILIARES Y AUXILIAR CLINICO EN TURNO.

04/11/2017 12:30 Enf SANDRA MILENA ARIAS IMITOLA

10:50 INGRESA PACIENTE A RECUPERACION EN CAMILLA POSICION SEMIFOWLER CONSCIENTE ORIENTADO CON VENOCCLISIS PERMEABLE PASANDO 500CC DE SOLUCION SALINA 0.9% EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO, FERULA DE YESO MAS VENDA ELASTICA EN MIEMBRO SUPERIOR DERECHO, SE INSTALA EN LA UNIDAD CON OXIGENO POR CANULA NASAL A 3 LITROS, MONITOR DE SIGNOS VITALES Y MANTA TERMICA, AL EXAMEN FISICO MUCOSA ORAL HUMEDA CUELLO MOVIL TORAX SIMETRICO ABDOMEN BLANDO A LA PALPACION, EXTREMIDADES NORMALES POST-QUIRURGICO DE TRANSFERENCIAS MIOTENDINOSAS DE MUÑECA POR EL DR RODRIGO PENAGOS DRA XIMENA PINILLA Y ANESTESIA POR LA DRA PATRICIA PATERNINA.
 11:15 EN SU UNIDAD TRANQUILO REFIERE SENTIRSE BIEN.
 12:00 SE RETIRA OXIGENO PACIENTE TOERA OXIGENO AMBIENTE REFIERE SENTIRSE BIEN, SE OFRECE JUGO Y GALLETA TOLERA CON AGRADO.
 12:30 SE TRASLADA A CIRUGIA AMBULATORIA EN CAMILLA POSICION SEMIFOWLER CONSCIENTE ORIENTADO CON VENOCCLISIS PERMEABLE FERULA DE YESO MAS VENDA ELASTICA EN MANO DERECHA HISTORIA CLINICA COMPLETA.

04/11/2017 10:56 Enf MARIA DE JESUS NAVARRO BARRIOS

07+45 am recibo paciente consciente, orientado de sexo masculino mayor de edad, en camilla con baranda al quirofono # 1 en compañía de la jefe en turno procedente de área de preparación de paciente, vena periférica permeable pasando sol salina 500 cc + mezcla de cefazolina 2 gr plasil 10 mgr + omeprazol 40 mgr + dexametasona 8 mgr + miembro superior izquierdo, se observa manilla de identificación, consentimientos informados firmados, paciente niega alergias, sufre de la tiroides
 se instala en camilla decubito dorsal, miembros superiores separados monitores signos vitales anotados y registrados,
 se realiza pausas quirúrgicas x la auxiliar maria navarro,
 paciente programado en el día de hoy para cirugía transferencia miotendinosa en mano derecha x el dr, rodrigo penagos, anestesia x la anesthesiologa dra, patricia paternina
 se instala placa de electrocauterio en muslo derecho
 08+10 am la anesthesiologa dra patricia paternina coloca mascara facial # 5 gases inhalados oxigeno + sevoflurano + induccion anestesia general con midazolam 2 mgr iv + fentanyl 100 mcr iv + propofol 160 mgr iv + lidocaina 2 % s/e 20 mgr iv + esmeron 20 mgr iv procede a intubacion orotraqueal con # 7,5 conectado a maquina de anestesia fijado con transpor, proteccion ocular, se le instala infusion de eulitva 2 m.gr diluido en 250 cc sol salina x bomba de infusion a razon de 0,1 mcgr/kg/minu
 se coloca miembro superior derecho en mesa de mano
 el dr, rodrigo penago coloca algodón laminado 4x5 (1) protegiendo la piel + brazaletes del torniquete + vendaje elastico 4x5 (1) fijado con esparadrapo
 08+20 am Se realiza asepsia y antisepsia en brazo derecho con quiruicidal espuma y solucion siguiendo las tecnicas asepticas x la auxiliar maria navarro
 08+25 am la dra, patricia paternina administra precedex 50 mge diluido en 500 cc sol salina
 Colocación de campos qxcos estériles por instrumentadora en turno milena carat,
 se conecta electrocauterio, se inicia con compresas, (5) gasa (5),
 08+30 am el dr, rodrigo penagos realiza expresion con vendaje elastico 4x5 (1)
 08+35 am inicia isquemia en 250 mm/hg xorden verbal dr, penagos y retira la expresion elastica si complicaciones,
 t/a - 92/46 - fc - 60 - sat- 100 %
 08+40 am inicia cirugía transferencia miotendinosa de mano derecha x el dr, rodrigo penagos, con la ayudantia de la dra, ximena pinilla
 se observa al dr, penagos realizando marcaje en miembro superior derecho
 inciden piel x plano hasta llegar a tendón
 signos vitales tomados y anotados.
 09+00 am continua cirugía sin complicaciones,
 se observa al dr, penagos realizando las transferencias de tendones sin complicaciones,
 09+00 am la dra, patricia paternina coloca dinastab 40 mgr iv,
 se le continua con sol salina 500 cc,

09+30 am la dra, patricia paternina administra meperidina 30 mgr iv, control signos vitales anotados en registro.
 09+35 am se le informa en voz alta que va una hora de isquemia
 09+45 am la dra, patricia paternina administra parmodol 1 gr iv , se le continua con sol slaina retirada anteriormente ,
 09+55 am se observa al dr, penago infiltrando herida qx con bupirov 0,5 % s/e + roxicaina 1 % s/e,
 10+00 am inicia puntos con sutura x plano hasta la piel, control signos vitales anotados en registro,,
 10+15 am la dra, patricia paternina administra etilefrina 1 mgr iv ,
 10+30 am se retira isquemia x orden verbal dr, rodrigo penago sin complicaciones,
 10+30 am termina acto qx sin complicaciones,
 se limpia herida qx con sol salina se cubre con gasa + algodón laminado + ferula de yeso 4x5 (2) + vendaje elastico fijado con esparadrapo ,
 la dra, patricia paternina cierra gases inhalados y retira infusión de ultiva , se le coloca canula de guedel para permeabilizar vias aereas in complicaciones,
 se retira brazalete del torniquete y placa de electrocauterio se observa brazo derecho piel sana y muslo derecho piel sana y conservada control signos vitales anotados en registro,
 se extuba paciente despierto, tranquilo obedeciendo ordenes , se le continua on oxígeno x mascara ,
 10+45 am termina anestesia sin complicaciones,
 10+45 am traslado en camilla con baranda despierto, tranquilo, obedeciendo ordenes herida qzx en mano derecha cubierta con ferula de yeso + vendaje elastico , vena periferica permeable pasando sol salina 500 cc miembro superior izquierdo en compañía d ela auxliar de enfermeria y anestesiologa se le administraron sol slaina 1000 cc , se hace entrega historia clinica completa laboratorios, moneda \$500 pesos

04/11/2017 06:23 Enf LORAINA VANESSA CARRILLO VILLARREAL

06+00 INGRESA PACIENTE MAYOR DE EDAD A SALA DE PREPARACION COSNCIENTE, ORIENTADO EN COMPAÑIA DE FAMILIAR Y AUXILIAR DE SERVICIO AL CLIENTE, PROVENIENTE DEL SERVICIO DE ADMISIONES PROGRAMADO POR EL DR: PENAGOS ANESTESIOLOGO EL DOCTOR: CORRALES SE CONFIRMA AUTORIZACION DE PROCEDIMIENTO SE VISTE CON ROPA QUIRURGICA, GORROS Y POLAINAS, SE REALIZA LISTA DE CHEQUEO PACIENTE NIEGA ALERGIAS ANTECEDENTES IMPORTANTES HIPOTIROIDISMO SE INSTALA EN LA UNIDAD SE COLOCA MANTA TERMICA Y MONITOR DE SIGNOS VITALES Y SE REGISTRAN AL EXAMEN FISICO NORMOCEFALO SE OBSERBA MUCOSA ORAL Y NASAL HUMEDA CUELLO MOVIL, TORAX SIMETRICO EXPANDIBLE MIEMBROS SUPERIORES PRESENTES ABDOMEN BLANDO A LA PALPACION GENITALES NORMALES MIEMBROS INFERIORES PRESENTES.
 06+05 SE EXPLICAN Y SE FIRMAN CONSENTIMIENTOS INFORMADOS POR PACIENTE.
 06+10 PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA CON PAÑIN SE CANALIZA EN DORSO DE LA DERECHA CON ABOCATH# 18 SE FIJA CON TOGADERM CONECTADO A EXTENSION DE ANESTESIA LLAVE DE TRES VIAS EQUIPO MACRO GOTEIO PASANDO SSN 0.9 % 500CC PERMEABLES
 06+15 SE LE ADMINISTRA 2GR DE CEFAZOLINA. PARA PROFILAXIS + 10MG DE PLASIL + 8MG DE DECADRON + 40MG DE ORAZOLE ORDENADO POR EL DR CORRALES
 06+20 SE TRASLADA PACIENTE EN CAMILLA A SALA DE RECUPERACION CON HISTORIA CLINICA COMPLETA + 1 SOBRE CON ESTUDIOS LEV PERMEABLES PASANDO SSNORMAL X 500 CC + CEFAZOLINA EN COMPAÑIA DE AUXILIAR DE ENFERMERIA EN ESPERA DE TRASLADO A CIRUGIA

Alta Medica

04/11/2017 11:02 Dr(a) ELIZABETH SILVA AGREDO

FECHA INGRESO : 04/11/2017
 FECHA EGRESO : 04/11/2017
 HORA ALTA : 13:01
 ESTADO EGRESO : VIVO

SERVICIO : SALAS DE CIRUGIA

EPICRISIS

Resumen de Hospitalización

04/11/2017 11:01 Dr(a) ELIZABETH SILVA AGREDO
 PACIENTE QUIEN INGRESA PROGRAMADO PARA CIRUGIA POR EL DR RODRIGO PENAGOS TIPO TRANSFERENCIA MIOTENDINOSA EN MANO DERECHA
 PACIENTE EN SU POSTOPERATORIO INMEDIATO QUIEN SE RECUPERA SATISFACTORIAMENTE DE LOS EFECTOS DE LA ANESTESIA, PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, BUEN PATRON RESPIRATORIO, TOLERADO VIA ORAL, NIEGA NAUSEAS, NO VOMITOS, DOLOR CONTROLADO. TOLERANDO LA MARCHA, MICCION ESPONTANEA CLARA, MOVILIZANDO SUS EXTREMIDADES ESPONTANEAMENTE, EXCEPTO MIEMBRO SUPERIOR DERECHO QUE ESTA INMOVILIZADO. ESCALA DE ALDRETE 10/10. NO SE EVIDENCIA SANGRADO ACTIVO DE SITIO QUIRURGICO, HERIDA QUIRURGICA EN BUENAS CONDICIONES. MEDICO TRATANTE ORDENA ALTA MEDICA CON FÓRMULA MEDICA, CITA CONTROL Y RECOMENDACIONES.

HALLAZGOS Y DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTO REALIZADO
 HALLAZGOS: LESION DE NERVIO RADIAL RAMA INTEROSEA POSTERIOR CON DEFICIT PARA EXTENSION DE DEDOS LARGOS Y EXTENSION DE DEDO PULGAR FUERZA DE EXTENSOR DE MUÑECA M4 MANO DRECHA
 PROCEDIMIENTO: PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA COLOCAICON DE CAMPOS QUIRURGICOS ESTERILES, BAJO ANESTESIA GENERAL, EN DECUBITO SUPINO, ANTIBOTICO PROFILACTICO, TORNQUETE NEUMATICO A 250 MMHG POR 2 HORAS, SE PROCEDE A REALIZAR ABORDAJE NUMERO 1 EN LA PALMA VIA DE HENRRY, SE HACE

TENORISIS AL FCR Y PL, SE LIBERA ADECAUDAMETNE TODO EL TENDON, POSTERIOR A ESTO SE PROCEDE A REALIZAR POR VIA DORSAL SOBER EL 4TO COMPARTIMIENTO EXTENSOR, SE UBICA EDC, SE SOLIDARIZAN LOS 4 TENDONES EXTESORES CON ETHIBOND. Y SE UBICA EPL SE HACE ABORDAJE SOBRE TABAQUERA ANATOMCA PARA DES ENRRUTAR TENDON EXTENSOR DEL DEDO PULGAR, PSOTERIOR A ESTO SE HACE TRASNFERNCIA MIOTENDINOSA SE SUTURA CON TECNICA DE PULVERTAF EL PL AL EPL Y EL FCR AL EDC, SE OBSERVA ADECUADA TENSION, POSTERIOR A ESTO SE BAJA TORNQUETE SE VERIFICA HEMOSTASIA Y SE CIERRA POR PLANOS, SE COLOCA FERULA DE YESO ANTIBRAQUIMETACARPIANA, PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES. PLAN: ALTA POR CIRUGIA DE MANO CONTROL EN 1 SEMANA SE DAN 30 DIAS DE INCAPACIDAD ACETAMINOFEN Y CEFALEXINA SE LE DAN RECOMENDACIONES CLARAS Y SIGNOS DE ALARMA

Diagnóstico Egreso

04/11/2017 11:01 Dr(a) ELIZABETH SILVA AGREDO
G56.3 LESION DEL NERVO RADIAL

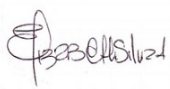
Cirugias Efectuadas

- TRANSFERENCIAS MIOTENDINOSAS DE MUÑECA

Fecha Cirugía	Cirujano
04/11/2017	PENAGOS LOPEZ RODRIGO

Descripción

HALLAZGOS: LEESION DE NERVO RADIAL RAMA INTEROSEA POSTERIOR CON DEFICIT PARA EXTESNION DE DEDOS LARGOS Y EXTENSION DE DEDO PULGAR FUERZA DE EXTENSOR DE MUÑECA M4 MANO DRECHA
PROCEDIMIENTO: PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA COLOCAICON DE CAMPOS QUIRURGICOS ESTERILES, BAJO ANESTESIA GENERAL, EN DECUBITO SUPINO, ANTIBOITICO PROFILACTICO, TORNQUETE NEUMATICO A 250 MMHG POR 2 HORAS, SE PROCEDE A REALIZAR ABORDAJE NUMERO 1 EN LA PALMA VIA DE HENRRY, SE HACE TENORISIS AL FCR Y PL, SE LIBERA ADECAUDAMETNE TODO EL TENDON, POSTERIOR A ESTO SE PROCEDE A REALIZAR POR VIA DORSAL SOBER EL 4TO COMPARTIMIENTO EXTENSOR, SE UBICA EDC, SE SOLIDARIZAN LOS 4 TENDONES EXTESORES CON ETHIBOND. Y SE UBICA EPL SE HACE ABORDAJE SOBRE TABAQUERA ANATOMCA PARA DES ENRRUTAR TENDON EXTENSOR DEL DEDO PULGAR, PSOTERIOR A ESTO SE HACE TRASNFERNCIA MIOTENDINOSA SE SUTURA CON TECNICA DE PULVERTAF EL PL AL EPL Y EL FCR AL EDC, SE OBSERVA ADECUADA TENSION, POSTERIOR A ESTO SE BAJA TORNQUETE SE VERIFICA HEMOSTASIA Y SE CIERRA POR PLANOS, SE COLOCA FERULA DE YESO ANTIBRAQUIMETACARPIANA, PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES. PLAN: ALTA POR CIRUGIA DE MANO CONTROL EN 1 SEMANA SE DAN 30 DIAS DE INCAPACIDAD ACETAMINOFEN Y CEFALEXINA SE LE DAN RECOMENDACIONES CLARAS Y SIGNOS DE ALARMA



CC 37900656
Dr(a) ELIZABETH SILVA AGREDO
MEDICINA GENERAL
RM 37900656



DETALLE ATENCION AMBULATORIA

Información del Paciente

Nombre	ESCORCIA CEBALLOS IVAN ENRIQUE
Tipo/Número	CC 72048395
Edad	41 Años 0 Mes 24 Días
Sexo	MASCULINO
Teléfono	3137122172
Municipio	MALAMBO
Fecha Atención	29/05/2018
Entidad/Plan	/ SURA ARL

Motivo de Consulta

29/05/2018 16:26 Dr(a) OCTAVIO AUGUSTO DE LA HOZ ORDOÑEZ
Remitido por Dra. Eva Tilano médico fisiatra.

Enfermedad Actual

29/05/2018 16:30 OCTAVIO AUGUSTO DE LA HOZ ORDOÑEZ

Refiere el paciente que tiene molestias dolorosas localizado en el pulgar iderecho, e irradiado anterógradamente hasta tercio superior de antebrazo, cara interna, iniciado este dolor, después de la segunda cirugía - noviembre 4 2018- consistente en transferencia miotendinosad ebido a lesión de nervio radial, posterior a primera cirugía de artroscopia de codo derecho, en base a ID de epicondilitis dodo derecho.
Tiene pendiente calificación de secuelas

Antecedentes

Familiares

15/06/2017 14:33 Dr(a) VENEGAS VISBAL DAVID (Origen: Hospitalizado)
NIEGA

Patológicos

15/06/2017 14:34 Dr(a) VENEGAS VISBAL DAVID (Origen: Hospitalizado)
HIPOTIROIDISMO

Quirúrgicos

15/06/2017 14:34 Dr(a) VENEGAS VISBAL DAVID (Origen: Hospitalizado)
HERNIORRAFIA UMBILICAL

Alérgicos

15/06/2017 14:34 Dr(a) VENEGAS VISBAL DAVID (Origen: Hospitalizado)
NIEGA

Farmacológicos

15/06/2017 14:34 Dr(a) VENEGAS VISBAL DAVID (Origen: Hospitalizado)
LEVOTIROXINA 100MCG/DIA

Transfusionales

15/06/2017 14:34 Dr(a) VENEGAS VISBAL DAVID (Origen: Hospitalizado)
NIEGA

Gineco obstétricos

15/06/2017 14:34 Dr(a) VENEGAS VISBAL DAVID (Origen: Hospitalizado)
NO APLICA

Examen Físico

Fecha evaluación	29/05/2018 16:32
Signos Vitales	
Peso(kg)	98.1
Talla(cms)	168
Presión Sistólica(mmHg)	120

Presión Diastólica(mmHg)	80
F. Cardiaca	82
Imc	34,8

Presentación

Paciente que presenta férula dinámica en antebrazo y mano derecha con mano y dedos en extensión, la cual la tiene desde una vez descubierta la lesión del radial. Está realizando terapia ocupacional y física. Viene tomando pregabalina x 150 mgrs una cada 12 horas, y zaldiar dos al día más parches de versatis al 5%

Plan de Tratamiento

29/05/2018 16:47 Dr(a) OCTAVIO AUGUSTO DE LA HOZ ORDOÑEZ

Dado la mala respuesta que ha tenido con los procedimientos intervencionista. de mi parte considero que no es el paciente ideal para realizarle algo de ellos. Sugiero continuar con medicación multimodal analgésica.

Paciente que está incapacitado desde el pasado 15 de junio del 2017. Oficio previo: técnico mecánico reparación y desmontaje de componentes de equipos pesados. La Dra Tilano le formuló el pasado 15 de mayo y tiene mediación hasta el 15 de junio del 2018

Se dará medicación por 30 días más la cual deberá expedirse a partir del 14 de junio para completar hasta el 30 de dicho mes.

1- pregabalina x 150 mgrs # 60

uso: tomar una cada 12 horas

2- amitriptilina x 25 mgrs tabletas # 30

Uso: tomar una todos los días a las 5 pm

3- tramadol gotas # 2 frascos

uso: tomar 10 gotas dos veces al día

cita 45 días con medicina del dolor

Certificados

29/05/2018 16:52 Dr(a)

1- pregabalina x 150 mgrs # 60

uso: tomar una cada 12 horas

2- amitriptilina x 25 mgrs tabletas # 30

Uso: tomar una todos los días a las 5 pm

3- tramadol gotas # 2 frascos

uso: tomar 10 gotas dos veces al día

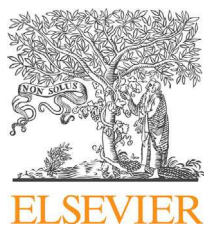
cita 45 días con medicina del dolor

CC 8693061

Dr(a) OCTAVIO DE LA HOZ ORDOÑEZ

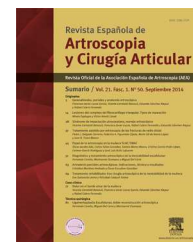
CUIDADOS PALIATIVOS EN ENFERMEDAD CRONICA Y EVOLUTIVA

RM 1317



Revista Española de Artroscopia y Cirugía Articular

www.elsevier.es/artroscopia



Editorial

¿Está exenta de complicaciones la artroscopia del miembro superior?

Is upper limb arthroscopy free of complications?

Eduardo Sánchez Alepuz

Director y Editor Jefe de Revista Española de Artroscopia y Cirugía Articular

La artroscopia del miembro superior ha experimentado un gran incremento en estas 2 últimas décadas en nuestro país, convirtiéndose en el caso de la cirugía artroscópica del hombro en la técnica de elección en muchos procedimientos, y en algunas articulaciones como el codo y la muñeca, la cirugía artroscópica ha pasado de ser diagnóstica a terapéutica, incrementando día a día la oferta de técnicas artroscópicas para resolver los diferentes procesos que afectan a estas articulaciones. Este aumento de los procedimientos artroscópicos ha animado a muchos cirujanos a incluir en su cartera de servicio las técnicas artroscópicas del miembro superior, hecho que es loable y que así debe ser, pero ¿somos conscientes de las complicaciones que se asocian a estos procedimientos? En el reciente congreso de la SECOT, celebrado en Valencia, la Sociedad Española de Artroscopia organizó un curso de formación sobre complicaciones en la cirugía artroscópica, tema muy interesante que debería abordarse con más frecuencia en cursos y congresos de cirugía artroscópica. Por este motivo quisiera hacer la siguiente reflexión, ¿somos conscientes de las posibles complicaciones asociadas a la actividad artroscópica del miembro superior? La consideración de la artroscopia como una cirugía mínimamente invasiva no es sinónimo de ausencia de complicaciones y, aunque estas son poco frecuentes, se estima que en el hombro ocurren en un 4,6-10%^{1,2}, en el codo sobre un 10%³⁻⁵, y en la muñeca hay desde un 0,9% de complicaciones graves⁶ hasta un 4,3% y un 4,7% de complicaciones leves⁶⁻⁸, según las series. Todo cirujano que se inicie en la cirugía artroscópica del miembro superior debe ser conocedor de la existencia de estas complicaciones y cuáles son las medidas que se deben tomar para evitarlas. Una complicación quirúrgica: «es cualquier resultado directo indeseable y no

intencional de una operación, la cual afecta al paciente y que no debería haber ocurrido si la operación hubiera sido realizada como razonablemente se esperaría». La práctica artroscópica realizada correctamente debería ser el resultado de un procedimiento de formación continuada a nivel teórico-práctico por parte del cirujano ortopeda, cuya curva de aprendizaje permita de forma progresiva la capacitación para la realización y ejecución de procesos cada vez más complejos que junto con el conocimiento de las posibles complicaciones asociadas a estos procedimientos nos permitirán evitar los efectos adversos quirúrgicos que suponen las complicaciones en la cirugía artroscópica.

A nivel del hombro hay complicaciones asociadas con la artroscopia que son comunes a cualquier procedimiento y pueden ser generales (anestésicas, tromboembólicas e infecciosas) y locales (complicaciones neurovasculares, extravasaciones de líquidos, rigideces, lesiones cartilaginosas...), y complicaciones asociadas específicamente a un determinado procedimiento (reparación de manguito, cirugía de la inestabilidad glenohumeral, cirugía subacromial...)². El conocimiento de estas potenciales complicaciones nos permitirá tomar las medidas oportunas para minimizarlas o evitarlas, como aplicar un correcto procedimiento anestésico por parte del anestesta, aplicación de medidas tromboembólicas cuando esté indicado, profilaxis antibióticas si procede. Respecto a las complicaciones locales y específicas de cada procedimiento^{1,2}, es fundamental un correcto conocimiento de la anatomía, accesos y portales artroscópicos, manejos del posicionamiento del paciente y tracción del miembro superior para realizar la cirugía, conocimiento de la técnica que se va a realizar y ejecutarla en tiempo y forma adecuada; y si la

Correo electrónico: esancheza@telefonica.net

<http://dx.doi.org/10.1016/j.reaca.2015.10.001>

2386-3129/© 2015 Fundación Española de Artroscopia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

complejidad de la técnica a realizar supera nuestro nivel de formación, recurrir a un colega con más experiencia para que nos ayude en el procedimiento.

Los procedimientos de artroscopia de codo se han multiplicado en la última década, y ha supuesto un atractivo interés para cirujanos jóvenes. La mitad de las complicaciones de la artroscopia de codo son neurológicas⁴, y se relacionan en muchos casos con la proximidad de los nervios cubital, radial y mediano a los portales de acceso, compresiones directas, extravasación del anestésico o secciones parciales o completas del nervio⁵. Otras complicaciones mayores son la pérdida de movilidad del codo de más 30°, síndrome compartimental, infección profunda y lesiones vasculares. Estas complicaciones aunque infrecuentes pueden ser devastadoras para el futuro funcional del miembro superior³⁻⁵. Las lesiones menores (infecciones superficiales, pérdidas menores de movilidad, infecciones superficiales...) en la mayoría de los casos se resuelven sin incidencias. ¿Cómo evitar estas complicaciones?, como en la artroscopia de hombro, en el codo debemos ser sabedores de todas las posibles complicaciones mayores y menores, y junto con un buen conocimiento de la técnica quirúrgica (tipo de anestesia, posicionamiento del paciente, correcta colocación de los portales, relaciones anatómicas de las estructuras neurovasculares, meticulosidad en la técnica quirúrgica, conocimiento de nuestro límite y asesoramiento de otro compañero si el procedimiento nos sobrepasa) nos permitirá minimizar nuestras complicaciones.

Las complicaciones relacionadas con la artroscopia de muñeca no suelen sobrepasar el 5% en ninguna de las series publicadas⁶⁻⁸, y las más frecuentes son las lesiones tendinosas y neurovasculares relacionadas con los portales de acceso a la articulación; otras complicaciones frecuentes son las lesiones condrales por el manejo del instrumental y la óptica. La correcta colocación de la muñeca y la mano en los sistemas actuales de tracción, el conocimiento de cada uno de

los portales y sus relaciones neurovasculares⁹, el manejo cuidadoso de la óptica y el instrumental, la formación correcta en la anatomía y técnicas quirúrgicas, serán medidas para minimizar los riesgos de complicaciones peroperatorios y postoperatorias.

La formación en la práctica artroscópica del miembro superior que nos permita un correcto conocimiento de las técnicas artroscópicas y de las posibles complicaciones y cómo evitarlas, son la base fundamental e imprescindible para minimizar estas complicaciones en nuestra práctica clínica diaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Noud PH, Esch J. Complications of arthroscopic shoulder surgery. *Sports Med Arthrosc Rev.* 2013;21:89-96.
2. Moen TC, Rudolph GH, Caswell K, Espinoza C, Burkhead WZ Jr, Krishnan SG. Complications of shoulder arthroscopy. *J Am Acad Orthop Surg.* 2014;22:410-9.
3. Adams JE, King GJ, Steinmann SP, Cohen MS. Elbow arthroscopy: Indications, techniques, outcomes, and complications. *J Am Acad Orthop Surg.* 2014;22:810-8.
4. Blonna D, Wolff JM, Fitzsimmons JS, O'Driscoll SW. Prevention of nerve injury during arthroscopic capsulectomy of the elbow utilizing a safety-driven strategy. *J Bone Joint Surg.* 2013;95:1373-81.
5. Kelly EW, Morrey BF, O'Driscoll SW. Complications of elbow arthroscopy. *J Bone Joint Surg Am.* 2001;83:25-34.
6. Beredjiklian PK, Bozentka YL, Monaghan BA. Complications of wrist arthroscopy. *J Hand Surg.* 2004;29A:406-11.
7. Luchetti R, Atzei A, Rocchi L. Fréquences et causes des mauvais résultats de l'arthroscopie du poignet. *Chir Main.* 2006;25:48-53.
8. Ahsan ZS, Yao J. Complications of wrist arthroscopy. *Arthroscopy.* 2012;28:855-9.
9. Lucas Garcia F, Carratalá Baixauli V, Sánchez Alepuz E, Calero Ferrandiz R. Generalidades, portales y anatomía artroscópica. *Rev Esp Artrosc Cir Articul.* 2014;21:5-13.

1. Introducción

La artroscopia de codo es un procedimiento cuyo uso se está expandiendo en los últimos años y es muy útil para tratar cada vez más patologías de dicha articulación. La experiencia en el uso de la artroscopia en general, junto con un aumento del conocimiento de la anatomía artroscópica en particular, explican el aumento en el uso de esta técnica. Las indicaciones de la artroscopia de codo incluyen, en primer lugar, la artroscopia diagnóstica y en segundo lugar la artroscopia terapéutica. La artroscopia diagnóstica es útil cuando existe sospecha de patología intraarticular pero no se puede llegar al diagnóstico mediante otra prueba no invasiva o cuando es necesario además tomar biopsias. Las indicaciones de la artroscopia terapéutica van en aumento, siendo actualmente las siguientes:

- Desbridamiento en artritis séptica y osteoartritis.
- Sinovectomía en artritis inflamatorias.
- Liberación en la rigidez de codo.
- Tratamiento de los defectos osteocondrales y extracción de cuerpos libres.
- Tratamiento de algunos casos de fracturas intraarticulares.
- Tratamiento de algunos casos de inestabilidad de codo.
- Epicondilitis lateral o codo de tenista.

A pesar de su uso frecuente, no podemos desdeñar que se trata de una técnica aún en desarrollo en la que existen varias limitaciones, riesgos y que no está exenta de complicaciones. La anatomía del codo y su proximidad a diversas estructuras neurovasculares importantes la convierte en la articulación más susceptible de sufrir una lesión neurovascular durante un procedimiento artroscópico. Por lo tanto, a la hora de utilizar esta técnica es fundamental tanto una gran experiencia con la artroscopia en general, como un conocimiento anatómico exacto del codo. Por este último motivo se suele contraindicar, al menos de manera relativa, la artroscopia cuando nos encontramos ante un codo con alteraciones de la anatomía significativas tales como:

- Trasposición del nervio cubital, ya sea subcutánea o especialmente submuscular o intramuscular. Muchas veces en relación con cirugías previas.
- Desestructuración importante y diseminada de la articulación por cambios artrósicos o reumáticos muy avanzados o en fracturas con gran distorsión anatómica.

2. Complicaciones no específicas de la artroscopia de codo

¿Qué complicaciones podemos tener en la artroscopia del codo? Existen unas complicaciones más generales y que pueden aparecer en procedimientos artroscópicos de cualquier articulación. Algunas de estas son: la infección, fístula o sangrado persistente a través de los portales y daño iatrogénico del cartílago articular. Se ha estimado que el riesgo de complicación en la artroscopia de codo oscila entre un 12-14% (1,2)

2.1. Infección profunda.

En general, el riesgo de infección profunda es equiparable al que existe en la artroscopia del resto de las articulaciones. Para evitar la infección, no se recomienda la inyección de corticoide intraarticular al finalizar la artroscopia, ya que un artículo que incluyó 417 artroscopias (Nelson y colaboradores) demostró que ambos factores estaban relacionados (2). En este artículo la frecuencia de infección articular fue de 2,2% mientras que en otro artículo muy potente con gran casuística (Kelly y colaboradores) fue de 4 casos en una serie de 473 pacientes, lo que supone un 0,8% (1).

2.2. Fístula o drenaje persistente e infección superficial portales.

En el codo, para evitar la fístula o drenaje persistente, se recomienda el uso de suturas para el cierre de los portales (1), ya que de lo contrario existe más riesgo de complicación en este sentido o de infección superficial de los portales según las series publicadas.

2.3. Osificación heterotópica.

Otra complicación descrita es la osificación heterotópica, pero esta es mucho menos frecuente que con los procedimientos quirúrgicos abiertos del codo.

2.4. Rigidez de codo.

En cuanto a la rigidez del codo, complicación muy temida, de la que no nos debemos olvidar nunca, por su frecuencia y difícil tratamiento en esta articulación, no supone una amenaza en la artroscopia siempre que se prevenga mediante la movilización precoz. De hecho, el tratamiento artroscópico es un procedimiento que entre otros motivos, nace con la idea de prevenir la rigidez.

3. Complicaciones específicas de la artroscopia de codo

El principal riesgo de complicación específico en la artroscopia de codo son las lesiones de nervios periféricos, que potencialmente puede ser muy graves por provocar una pérdida de función importante. Se incluyen la lesión iatrogénica del nervio radial, la lesión de su rama motora interóseo posterior y la lesión de sus ramas sensitivas. Otras lesiones nerviosas que se pueden producir son la del nervio mediano, cutáneo antebraquial y del nervio cubital.

3.1. Lesiones de nervios periféricos

Se estima que el riesgo de lesión nerviosa está entre un 1 y un 5%. El riesgo aumenta cuando se trata de codos en el contexto de artritis reumatoide o rígidos. El mecanismo lesional consiste en compresión, tracción, inyección de anestésico local o traumatismo directo.

En el estudio con más casuística que trata las complicaciones en la artroscopia de codo publicado hasta la fecha, Kelly EW y sus colaboradores en la clínica Mayo, (1) hacen una revisión retrospectiva de 473 artroscopias de codo consecutivas realizadas en 449 pacientes, en un periodo de 18 años. Hasta la fecha en la que se publica este estudio, las complicaciones de la artroscopia de codo y en concreto de lesiones de nervios periféricos habían sido publicadas en pequeños estudios que consistían en escasas series de casos o casos clínicos únicos. En el estudio de Kelly, de los 473 casos, 414 fueron seguidos durante más de 6 semanas. Además de analizar los diferentes diagnósticos y procedimientos realizados, realizan una revisión de las complicaciones. Si atendemos a las complicaciones en relación con lesión nerviosa existieron un 2,5% de lesiones neurológicas, que consistieron en:

Parálisis transitoria o neuroapraxia nerviosa en 12 casos, entre los que se cuentan:

- 5 casos nervio cubital,
- 4 casos nervio radial superficial (sensitivo)
- 1 caso nervio interóseo posterior
- 1 caso nervio cutáneo antebraquial medial
- 1 caso nervio interóseo anterior

En el estudio no hubo lesiones vasculonerviosas permanentes ni síndromes compartimentales y todas las neuroapraxias se resolvieron sin secuelas y sin realizar procedimientos terapéuticos adicionales. Se vio que el factor de riesgo más importante para la producción de una neuroapraxia fue que se tratara de un codo reumático o rígido.

Por lo tanto este estudio refleja que las lesiones transitorias nerviosas o neuroapraxias son frecuentes aunque suelen ser autolimitadas, mientras que la lesión completa y permanente es rara.

Otro estudio que incluyó 417 artroscopias arrojó unos datos similares de lesiones nerviosas (2). respecto al estudio que se ha comentado previamente (1). En cuanto a frecuencia y distribución. No existieron casos de lesión nerviosa establecida y se presentaron 7 casos de neuroapraxia nerviosa, incluyendo:

- 5 casos radial superficial (sensitivo)
- 2 casos nervio sensitivo no especificado.

Otros estudios han publicado también sus complicaciones y se han descrito lesiones de todos los nervios periféricos principales del codo. (3-6)

Algunos de ellos apuntan a que las lesiones neurovasculares probablemente sean más frecuentes de lo que actualmente refleja la literatura. Si nos fijamos en los dos estudios publicados con más número de artroscopias a los que ya hemos hecho referencia podemos concluir que la lesión nerviosa permanente es extremadamente rara, ya que en casi 1000 pacientes no ha existido ningún caso. Estos datos chocan con los datos obtenidos de los estudios anatómicos en los que vemos la proximidad de las estructuras nerviosas. Recientemente, en una encuesta online de los miembros de la “American Society for Surgery of the Hand” se ha visto que hay descrita una incidencia mucho mayor de lesiones nerviosas

permanentes, lo que indica que quizá este hecho no sea tan raro (7). Es de gran importancia no infraestimar el riesgo de lesión nerviosa a la hora de realizar artroscopia de codo y prestar atención máxima a este aspecto durante el procedimiento. A continuación se exponen algunos datos que hay que conocer acerca de los nervios que se encuentran en las áreas de trabajo de la artroscopia de codo y que son susceptibles de lesión.

3.1.1. NERVIO RADIAL

- La parálisis del nervio radial es la segunda más frecuente, después de la parálisis transitoria del nervio cubital en base a los estudios publicados hasta la fecha.
- Existen parálisis transitorias del nervio radial de horas de duración. Se cree que estas pueden ser debidas a la extravasación del anestésico local desde el portal anterolateral y no requieren tratamiento (8).
- El nervio radial y su rama motora: interóseo posterior, están en riesgo de lesión al realizar el portal anterolateral. Existe mayor seguridad de no lesionar el nervio cuanto más proximal y anterior sea el portal. Algunos autores de hecho diferencian el portal anterolateral proximal (siendo el más seguro) del anterolateral distal clásico, aunque hay cierta confusión en la terminología*.

**Véase apartado 3.4.3: Correcta ubicación de los portales artroscópicos*

3.1.2. NERVIO CUBITAL

- La parálisis transitoria del nervio cubital es la lesión que aparece con más frecuencia.
- Se encuentra en mayor riesgo de lesión especialmente cuando se realiza el portal anteromedial proximal (especialmente si existe luxación anterior del nervio) y también en el portal estrictamente posterior, aunque éste es seguro siempre que no se traspase la línea media hacia cubital.

3.1.3. NERVIO MEDIANO

- Se encuentra en riesgo al realizar el portal anteromedial. Existen pocas lesiones publicadas en esta localización.

3.1.4. NERVIO CUTÁNEO ANTEBRAQUIAL LATERAL

- Esta es la rama terminal del nervio musculocutáneo y se divide en una rama sensitiva anterior y otra posterior a nivel del epicóndilo lateral
- Se encuentra en riesgo de lesión al realizarse el portal anterolateral distal y en el lateral directo o "softspot", aunque existe menor riesgo en este último.

3.1.5. NERVIO CUTÁNEO ANTEBRAQUIAL MEDIAL

- Existe mayor riesgo de lesión con el portal anteromedial y anteromedial proximal.
- Las lesiones de los nervios sensitivos, aunque son una complicación considerable, obviamente son menos graves que las lesiones de los nervios motores a nivel del codo, que a su vez lo más frecuente es que sean transitorias por tratarse de neuroapraxias.

4. Factores que disminuyen el riesgo de lesión nerviosa

Existen varios factores que pueden disminuir el riesgo de lesión nerviosa. Para su mejor exposición los dividiremos en factores de la planificación prequirúrgica (aquellos que podemos controlar ya desde la consulta, antes de entrar en quirófano), factores de la planificación perioperatoria (aquellos que podemos controlar con el paciente ya en quirófano y antes del inicio de la cirugía, incluyendo el posicionamiento y los portales planificados), aquellos relacionados con la elección del material quirúrgico y aquellos relacionados con la técnica o gestos realizados durante la cirugía.

4.1. Factores de la planificación pre-quirúrgica.

4.1.1. ANAMNESIS E HISTORIA CLÍNICA

Historia detallada de cirugías previas a nivel del codo incluyendo la información acerca de si se ha realizado trasposición del nervio cubital, y en tal caso, qué tipo de trasposición.

4.1.2. EXPLORACIÓN FÍSICA

Comprobar preoperatoriamente siempre si el nervio cubital se luxa o se subluxa, ya que esto sucede hasta en el 16% de la población (8), y si está presente, existe un riesgo más elevado de lesionarlo al realizar portales anteromediales.

4.2. Factores de la planificación perioperatoria: Posicionamiento y portales

4.2.1. POSICIONAMIENTO DEL PACIENTE

Asegurarse de colocar al paciente de manera correcta. Preferiblemente en decúbito lateral sobre el lado contrario al que se va a intervenir. Colocar siempre un soporte bajo la axila del miembro sano y asegurarse de que no entra en el campo de movimiento del miembro a intervenir, para poder flexionar el codo del mismo sin problemas durante la intervención. El brazo del miembro a intervenir se apoyará en un soporte almohadado a nivel del manguito de isquemia para evitar la presión directa sobre el brazo. Todo el montaje debe permitir que el antebrazo cuelgue libremente y el codo esté flexionado a 90°.

4.2.2. DIBUJAR REFERENCIAS ÓSEAS Y PORTALES

Dibujar siempre la anatomía ósea con un rotulador permanente, marcando también los puntos de entrada de los portales artroscópicos. Durante la cirugía se puede distorsionar mucho la anatomía de superficie haciendo imposible la palpación de las estructuras óseas de referencia, por lo que tener referencias visuales es de gran ayuda para orientar al cirujano cuando ya lleva un tiempo de intervención.

4.3. Factores durante la cirugía relacionados con el material.

4.3.1. VAINA ARTROSCÓPICA:

Utilizar vaina específicamente diseñada para el artroscopio estándar de 4mm y de 30°. Si se utiliza una vaina común intercambiable para los artroscopios de 30° y 70° el líquido fluye hacia las partes blandas extracapsulares produciendo el edema correspondiente en los tejidos blandos y la distorsión de la anatomía de manera más rápida, dificultando el procedimiento. Esto sucede porque las vainas no específicas de artroscopio de 30° tienen una apertura de 1 cm en la base que se extiende proximalmente al extremo de la óptica (para permitir el uso de la de 70°). Esta apertura supone el punto de fuga del líquido. Tampoco se recomienda por el mismo motivo que la vaina tenga agujeros cerca del extremo.

4.3.2. DISPOSITIVO DE PRESIÓN

Utilizar dispositivos de bomba de presión para conseguir una mayor distensión y una tasa de flujo menor que amplía nuestro área de trabajo y visibilidad.

4.4. Factores durante la cirugía relacionados con la técnica.

4.4.1. INSUFLACIÓN DE LA ARTICULACIÓN PREVIO A PORTALES:

Antes de empezar la artroscopia, comenzar insertando una aguja 18G ya sea en el portal lateral directo también llamado “soft spot” o en el primer portal que se vaya a realizar. El orden de los portales va a depender de la experiencia y preferencia del cirujano y de la patología que se desea tratar, aunque lo más frecuente es que se realice primero ya sea el portal anteromedial o anterolateral (existen 2 corrientes diferentes) o si no, el lateral directo o “soft spot”. Este último portal se encuentra entre el capitellum, la cabeza radial y el olecranon y es un punto que se palpa fácilmente como una zona más blanda que se corresponde con el hoyuelo que se ve al extender el codo. Este espacio está ocupado por el ancóneo y nos guía a la articulación. Una vez introducida la aguja, se insufla dentro de la articulación con 15-30 mL de suero. Esta suele ser la capacidad normal del codo y con este volumen distendemos la cápsula articular para ya poder acceder de manera más fácil y segura al codo mediante el resto de portales. Al distender la cápsula articular y colocar el codo a 90° las estructuras vasculonerviosas anteriores se desplazan más anteriormente quedando más protegidas. Por ejemplo, la distancia media entre el nervio radial y el artroscopio puede aumentar de 4mm en condiciones normales hasta 11mm con la distensión, haciendo más segura la preparación del portal anterolateral. Evitar introducir más volumen inicialmente por el riesgo de romper la cápsula.

4.4.2. TÉCNICA BÁSICA PARA INICIAR PORTALES ARTROSCÓPICOS:

A la hora de realizar cualquier portal la incisión inicial se realiza con una hoja de bisturí nº11 y se limita sólo a la piel. Para avanzar hasta la articulación se realiza de forma roma y se entra mediante el onjuno habitual de trocar roma-vaina.

4.4.3. CORRECTA UBICACIÓN DE LOS PORTALES ARTROSCÓPICOS

Es importante realizar una correcta ubicación de los portales artroscópicos, dibujándolos previamente como ya se ha subrayado. Podemos encontrar mucha bibliografía contrastada que describe los portales anatómicos del codo, principales y accesorios, cosa que no es objeto de este capítulo. Se han descrito hasta diez portales divididos en tres grandes grupos: cuatro anteriores, tres posteriores y tres accesorios. Como norma general, es importante tener presente que ningún portal anterior se creará distal a la articulación radiocapitelar, y cualquier portal posterior se creará siempre lateral a la línea media. En este apartado sí que se tratarán algunas consideraciones específicas que hay que tener en cuenta en los portales principales, y que pueden evitar complicaciones.

- Portal anterolateral: El margen de seguridad aumenta si localizamos el portal más proximal, al alejarnos del nervio interóseo posterior. Por lo tanto, es importante tener en cuenta no pecar de una localización distal al surco radiocapitelar en este portal. Según la bibliografía que consultemos, la localización respecto a las referencias anatómicas es distinta. Algunos localizan el portal en la región anterior y 3 cm distal al epicóndilo lateral (9). Otros autores consideran que este punto es erróneo por ser demasiado distal, incurriendo en un mayor riesgo de lesión nerviosa al utilizarlo. Subrayan la importancia de localizarlo no más de 1 cm distal al epicóndilo lateral, sin sobrepasar el surco que se palpa anteriormente entre la cabeza radial y el capitellum (8, 10). Se han descrito variantes de este portal incluyendo el portal anterolateral proximal, y el anterolateral clásico o distal. Con todo, es el portal con mayor riesgo por lo que se recomienda introducir una aguja 18G y aspirar líquido para asegurarnos de que estamos dentro de la articulación, siempre habiendo realizado la distensión capsular previa. Por último, una consideración fundamental es que siempre se ha de hacer este portal con el codo flexionado a 90° para alejar las estructuras neurovasculares. En este portal también existe riesgo de lesionar el nervio sensitivo cutáneo antebraquial lateral.
- Portal anteromedial: Los nervios en riesgo de lesión en este portal son el nervio cutáneo antebraquial medial, el nervio mediano y el cubital. Es importante saber que la distancia de estos troncos nerviosos es mayor que la de los portales laterales al nervio radial. Este es el

motivo por el que, al tratarse de portales más seguros, muchos autores prefieren abordar el compartimento anterior empezando desde el lado radial* *Véase apartado 3.4.4: Orden de inicio de los portales El nervio cutáneo antebraquial medial se encuentra a una media de 1 mm y el nervio mediano a una media de 7 mm, aumentando esta distancia con el codo en flexión y con la cápsula distendida. El nervio cubital queda más alejado pero para evitar sorpresas se destaca la importancia de descartar que el paciente presente hipermovilidad o luxación anterior del nervio cubital (11).

- Portal anteromedial proximal (superomedial): Con esta variante del portal anteromedial podemos lesionar los mismos nervios que con el portal anteromedial aunque disminuye el riesgo de lesión del nervio mediano en gran medida y en menor medida del nervio cutáneo antebraquial medial. El nervio cutáneo antebraquial medial se aleja a 2 mm y el nervio mediano se aleja a 12 mm, en comparación a los 1 mm y 7 mm respecto al portal anteromedial. Aunque el nervio cubital se encuentra en zona segura tras el septo intermuscular, puede aumentar específicamente el riesgo de lesión del nervio con este portal.
- Portal lateral directo o “soft spot”: Es una entrada segura, presentando sólo cierto riesgo de lesión del nervio cutáneo antebraquial lateral. Por eso se utiliza como punto para la inyección inicial de suero para distender la articulación.
- Portal posterolateral y posterior directo: Realizar siempre bajo visión directa ubicándolos posterior al portal lateral directo. En estos portales existe riesgo de lesión del nervio cubital y del nervio cutáneo antebraquial posterior. Siempre se deben ubicar laterales a la línea media.
- o Portal posteromedial: Este portal, que se encuentra en la región del nervio cubital no se ha descrito en la artroscopia de codo por el riesgo evidente de lesión iatrogénica. No se debe realizar.

4.4.4. ORDEN DE INICIO DE LOS PORTALES

Existe controversia acerca de cuál es el mejor orden a la hora de realizar los portales para evitar la lesión nerviosa iatrogénica. Se puede empezar por el portal anterolateral o el anteromedial. Como ya se ha comentado, existen dos corrientes:

- A. Realizar primero el portal anteromedial. Un argumento válido a favor de la realización rutinaria del portal anteromedial antes de hacer el anterolateral es que el nervio radial pasa sólo a 4 mm del artroscopio en el portal anterolateral, mientras que el nervio mediano está separado 11 mm del portal anteromedial (8). En cuanto a la distancia con respecto al nervio cubital, existe un margen de seguridad suficiente siempre que se posicione correctamente el portal y no exista luxación anterior del nervio cubital, dato del que ya deberíamos haber tomado nota antes de planificar la cirugía.
- B. Realizar primero el portal anterolateral y bajo visualización directa desde dentro de la articulación, realizar a continuación el portal anteromedial. En este punto se puede realizar el portal anteromedial de manera estándar bajo visualización directa o de dentro a fuera mediante la técnica “inside-out”, también llamada “switch-stick”. En esta técnica se cambia la óptica por un trócar romo, haciéndolo avanzar hasta la piel. Los que abogan por comenzar por el portal anterolateral argumentan que justamente por tratarse del punto más conflictivo, con el menor margen de distancia de seguridad respecto a estructuras neurovasculares, es razonable crear este portal antes de que la extravasación de fluidos y la distensión alteren los puntos de referencia palpables. Algunos autores especifican que utilizan como portal de inicio de la artroscopia el portal anterolateral proximal ya que existe menor riesgo que con el anterolateral distal o clásico. Debido a la confusión de la terminología, otros autores no especifican que se trate del portal anterolateral proximal, pero si se analiza la distancia del portal con respecto al epicóndilo lateral, podemos constatar que se trata del mismo portal. De una forma u otra, lo importante una vez más es saber que hay que evitar realizar el portal más distal a la articulación radiocapitelar para evitar la lesión iatrogénica.

4.4.5. PROCEDIMIENTO ARTROSCÓPICO

- Aunque el posicionamiento de los portales artroscópicos se haya realizado correctamente, los nervios periféricos pueden ser dañados durante el procedimiento artroscópico. Un estudio que utilizó 20 especímenes de cadáver con fines de estudio anatómicos (12) concluyó que aún con una posición correcta de los portales, existen posiciones del codo en las que los nervios corren peligro de lesión, especialmente la flexión y extensión completa y la supinación. Por lo tanto, se debe evitar mantener estas posiciones de manera prolongada o realizar excesivas angulaciones apalancando la óptica cuando mantengamos estas posiciones. Además, se recomienda evitar dejar las cánulas en los portales anteriores cuando estamos realizando procedimientos en los que trabajamos en la región posterior del codo, por el riesgo de lesión por tracción del nervio radial y mediano cuando realizamos movimientos de flexoextensión. - A la hora de utilizar el motor de la artroscopia y el sinoviotomo es necesario guardar la precaución de no utilizar la aspiración cuando nos encontramos cerca de territorio nervioso. Algunos autores no recomiendan en general el uso de aspiración, al contrario de lo que se hace habitualmente en el resto de articulaciones.

5. Bibliografía

1. Kelly EW, Morrey BF, O'Driscoll SW: Complications of elbow arthroscopy. J Bone Joint Surg Am 2001;83(1):25-34.
2. Nelson GN, Wu T, Galatz LM, Yamaguchi K, Keener JD. Elbow arthroscopy: early complications and associated risk factors. J Shoulder Elbow Surg. 2014 Feb;23(2):273-8.
3. Steinmann SP: Elbow arthroscopy: Where are we now? Arthroscopy 2007;23(11): 1231-1236.
4. Adams JE, Steinmann SP: Nerve injuries about the elbow. J Hand Surg Am 2006;31 (2):303-313.
5. Ruch DS, Poehling GG: Anterior interosseous nerve injury following elbow arthroscopy. Arthroscopy 1997;13(6):756-758.
6. Verhaar J, van Mameren H, Brandsma A: Risks of neurovascular injury in elbow arthroscopy: Starting anteromedially or anterolaterally? Arthroscopy 1991;7(3): 287-290.
7. Verhaar J, van Mameren H, Brandsma A: Risks of neurovascular injury in elbow arthroscopy: Starting anteromedially or anterolaterally? Arthroscopy 1991;7(3): 287-290.)
8. Morrey BF. The Elbow and Its Disorders. Mayo Clinic. Rochester. Minnesota
9. Andrews, J. R., St Pierre, R., Carson, W.: Arthroscopy of the elbow. Clin. Sports. Med. 1986, 5: 653-662.
10. Boe, S.: Arthroscopy of the elbow. Diagnosis and extraction of loose bodies. Acta Orthop. Scand., 57: 52-53, 19869.
11. Sahajpal DT, Blonna D, O'Driscoll SW. Anteromedial Elbow arthroscopy portals in patients with prior ulnar nerve transposition or subluxation. Arthroscopy. 2010; 26:1045-52.
12. Sahajpal DT, Blonna D, O'Driscoll SW. Anteromedial Elbow arthroscopy portals in patients with prior ulnar

MANUAL DEL MÉDICO ADSCRITO
CLINICA PORTOAZUL S.A.
Operado por Administradora Country S.A.

CAPÍTULO PRIMERO.
NATURALEZA, INTRODUCCIÓN Y ORGANIZACIÓN GENERAL

ARTÍCULO 1.
NATURALEZA. CLÍNICA PORTOAZUL:

Clínica Portoazul:

1.1 Es una entidad de carácter privado y como institución de sector salud se destaca por tener un alto nivel de complejidad.

1.2 Se constituye bajo un nivel de excelencia en infraestructura, tecnología e integralidad de la oferta de servicios en la Región Caribe.

1.3 Se caracteriza por prestar servicios médicos con los más altos estándares de calidad bajo el principio del ejercicio privado de la medicina, a partir de la libre escogencia del paciente a la Institución Prestadora de Salud y al médico de su preferencia.

1.4 A través de “Acuerdos de adscripción y uso de infraestructura clínica y servicios” con el cuerpo médico, se genera una alianza estratégica fundamental en la cual tanto los médicos como la Clínica comparten intereses comunes.

1.5 Está enfocada en la atención de urgencias a la población en general y en planes de beneficios en salud ofrecidos por las Empresas de Medicina Prepagada, Pólizas de Seguro, Planes Complementarios, Servicios Médicos Empresariales, ARL, Seguros Escolares, pacientes particulares, entre otros. Excepcionalmente bajo la existencia de convenios específicos presta sus servicios a las Empresas Promotoras de Salud.

1.6 Tiene la convicción de acreditarse en salud para lo cual se rige bajo procedimientos estandarizados que involucran tanto la parte administrativa como la asistencial; cumple con la normativa del Sistema Obligatorio de

Garantía de Calidad; Ley de Ética Médica; las disposiciones sobre Historias Clínicas y sobre los Derechos y Deberes de los pacientes.

1.7 Cumple los parámetros establecidos a través del modelo de operación establecido por la Administradora Country S.A, las normas establecidas por la República de Colombia, la Constitución Política de Colombia, las normas que reglamentan el Sistema de Seguridad Social, las disposiciones del Sistema Nacional de Salud, el Ministerio de Salud, la Superintendencia de Salud, así como las decisiones de las autoridades administrativas respectivas a nivel local que regulen la práctica médica.

ARTÍCULO 2.

NUESTRA ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

Bajo el concepto de los nuevos modelos gerenciales que tienen como finalidad mejorar la dirección y el desarrollo de la organización, Clínica Portoazul, a través de Administradora Country S.A. adoptó una estructura fundamentada en Unidades Funcionales, cada una de ellas liderada por un profesional especializado.

A continuación el Organigrama General de la institución:

2.1 Junta Directiva: Es la máxima autoridad de la Clínica Portoazul, y se refiere al máximo organismo directivo de la Administradora Country S.A., como operador de la Clínica Portoazul S.A.

2.2 Gerente General: Es el Representante Legal de la Clínica Portoazul y como máxima autoridad institucional, es el encargado de dirigir y orientar la operación de la organización.

2.3 Director Médico: Depende jerárquicamente del Gerente General y es el encargado de direccionar, orientar, evaluar, coordinar y gestionar los aspectos médicos y asistenciales de la Clínica para garantizar la prestación de servicios de salud.

Es el encargado de dirigir y hacer seguimiento a los “Acuerdos de adscripción y uso de infraestructura clínica y servicios”.

2.4 Gerente Financiero y Administrativo: Depende jerárquicamente de la Gerencia General y es el encargado de direccionar, orientar, evaluar, coordinar

y gestionar la ejecución presupuestal, gastos y costos organizacionales administrativos y asistenciales para garantizar una continua operación organizacional.

2.5 Contralor: Depende jerárquicamente de la Gerencia General y es el encargado de promover el autocontrol y seguimiento de los procesos legales, administrativos y financieros, con el fin de contribuir al logro de los objetivos institucionales, según las disposiciones legales, las políticas y procedimientos propios de la Clínica.

2.6 Secretario General y Jurídico: Depende jerárquicamente de la Gerencia General y es el encargado de garantizar la correcta representación legal de la Clínica, proyectar las condiciones contractuales de la Clínica, asesorar y verificar el cumplimiento de las disposiciones legales.

2.7 Dirección Comercial y de Mercadeo: Depende jerárquicamente de la Gerencia General y es el encargado de llevar a cabo los “Acuerdos de adscripción y uso de infraestructura clínica y servicios”. Adicionalmente diseña y gestiona las estrategias de comerciales y de mercadeo que le permiten a la Clínica mantener su posicionamiento en el mercado.

2.8 Dirección de Gestión Humana: Depende jerárquicamente de la Gerencia General y es la encargada de dirigir el recurso de personal administrativo y para-médico contratado laboralmente, con el fin de soportar la continuidad de los procesos médicos, asistenciales, administrativos financieros. No tiene relación con los Médicos Adscritos.

2.9 Jefatura de la Unidad Funcional de Mejoramiento Continuo: Depende jerárquicamente de la Gerencia General y es la encargada de vigilar que la prestación de servicios de salud se haga bajo las mejores prácticas de acuerdo a las guías de práctica clínica, fomenta la cultura organizacional en todos los aspectos asistenciales y administrativos para que se cumpla con la normatividad vigente ya sea de carácter obligatorio u opcional según las directrices de la Clínica.

2.10 Jefatura de la Unidad Funcional de Urgencias: Depende jerárquicamente de la Dirección Médica y es la encargada de coordinar en el servicio de Urgencias la atención de pacientes por los médicos sea que participen o no en la cadena de llamado de las diferentes especialidades y subespecialidades médicas.

2.11 Jefatura de la Unidad Funcional de Medicina Perioperatoria: Depende jerárquicamente de la Dirección Médica y es la encargada de integrar y coordinar los servicios que soportan el desarrollo del acto quirúrgico antes, durante y después del mismo, incluyendo las valoraciones preanestésicas, el postoperatorio inmediato y el control del dolor agudo y crónico.

2.12 Jefatura de la Unidad Funcional de Cuidados Intensivos: Depende jerárquicamente de la Dirección Médica y es la encargada de coordinar en el servicio de Cuidados Intensivos Adultos, Pediatría y Neonatal.

2.13 Jefatura de la Unidad Funcional de Hospitalización: Depende jerárquicamente de la Dirección Médica y es la encargada de coordinar en el servicio de hospitalización.

2.14 Jefatura de la Unidad Funcional de Apoyo Diagnóstico: Depende jerárquicamente de la Dirección Médica y es la encargada de garantizar la continuidad terapéutica entre el médico tratante y los servicios de apoyo diagnóstico de la Clínica.

2.15 Jefatura de la Unidad Funcional de Apoyo Terapéutico: Depende jerárquicamente de la Dirección Médica y es la encargada de garantizar la oportunidad y calidad del soporte terapéutico del paciente a través de todos los servicios de apoyo así como garantizar la continuidad terapéutica del paciente.

2.16 Comité de Médico: Es el órgano institucional que en cabeza del Director Médico está encargado de articular el direccionamiento estratégico con la actividad médica, fomenta y evalúa las buenas prácticas médicas, hace seguimiento a los indicadores tácticos, impulsa la generación de proyectos médicos, aprueba el ingreso de cada uno de los aspirantes médicos a conformar el cuerpo médico de la Clínica Portoazul, vigila el cumplimiento del presente MANUAL y actúa como órgano disciplinario en lo que se refiera al incumplimiento del código de ética y todas aquellas disposiciones contenidas y referidas en el presente Estatuto.

ARTÍCULO 3. PLATAFORMA ESTRATÉGICA

3.1 Misión

Somos una Clínica que presta servicios de salud especializados de alta calidad para contribuir al bienestar de nuestros pacientes y sus familias, buscando la mejor atención científica y humana disponible.

Nuestro cuerpo médico cuenta con el adecuado soporte profesional y la disponibilidad de alta tecnología, lo que se traduce en excelente desempeño dentro del marco institucional.

Establecemos relaciones sostenibles de costo – eficacia con las empresas aseguradoras, lo cual apoya en el cumplimiento a cabalidad de sus funciones.

3.2 Visión

En tres años seremos reconocidos como modelo de atención al paciente en la Costa Atlántica, gracias a nuestro nivel de servicio, científico y humano, constituyéndonos en la elección preferida de nuestros pacientes y sus familias, de los médicos y las empresas aseguradoras.

Fortaleceremos nuestros programas de mejoramiento continuo para garantizar la seguridad en todos nuestros procesos, la seguridad de nuestros pacientes y la tranquilidad de sus familias.

3.3. Principios:

3.3.1. Enfoque en el paciente, como el estricto cumplimiento de sus derechos y deberes.

3.3.2. Atención segura, como la gestión del riesgo promoviendo su prevención y mitigando sus consecuencias.

3.3.3. Racionalización técnica, como la elección de procedimientos pertinentes, eficaces y eficientes.

3.3.4. Trabajo en equipo, como el cumplimiento interrelacionado de cada uno de nuestros colaboradores y las unidades funcionales en los objetivos institucionales.

3.4. Valores

3.4.1 Calidad, como la satisfacción de necesidades del paciente y su familia mediante el seguimiento de nuestros atributos de calidad.

3.4.2 Honestidad, como la coherencia en el comportamiento y las políticas de la Clínica.

3.4.3 Sensibilidad, como la empatía, comprensión, tolerancia y respeto por el paciente y su familia.

CAPÍTULO SEGUNDO. COMPROMISOS DEL CUERPO MÉDICO

ARTICULO 1. OBLIGACIONES DE LOS MÉDICOS

Independientemente de tipo de vínculo legal, laboral, civil o comercial existente entre cada uno de los médicos que conforman el cuerpo médico de la Clínica Portoazul, los profesionales que ejerzan su práctica médica deben acatar lo dispuesto en las leyes vigentes, las disposiciones de las autoridades respectivas y los lineamientos generales que abarcan las políticas de la institución y aquellos específicos a los que se refiera el presente MANUAL.

1.1 Usar de manera adecuada y diligente los servicios, infraestructura, equipamiento médico.

1.2 Soportarse en los servicios apoyo de la Clínica, el personal asistencial y para-clínico de la Clínica, bajo sus políticas, guías y protocolos.

1.3 Realizar la práctica médica de una manera oportuna, segura, cálida, eficiente y eficaz, atendiendo a la empatía, comprensión, tolerancia y respeto por el paciente y por su familia.

1.4 Ceñir la práctica médica, exclusivamente a la categoría y privilegios otorgados por la institución a través de las instancias pertinentes.

1.5 Seguir las Guías de Práctica Clínica Institucional y en caso de apartarse de sus lineamientos, dejar constancia en la historia clínica de las razones.

1.6 Observar y seguir los lineamientos de la Unidad Funcional de Mejoramiento Continuo.

1.7 Minimizar el riesgo en la atención, a través del seguimiento de los programas de seguridad, gestión y reconciliación de medicamentos, y protocolos de prevención de infecciones y formulación de antibióticos.

1.8 Observar las medidas de seguridad para evitar eventos adversos.

1.9 Realizar presencialmente el seguimiento de los pacientes de acuerdo a su estado clínico.

1.10 Dar respuesta a las interconsultas y valoraciones de urgencias a la mayor brevedad posible, dentro de los tiempos determinados por el procedimiento de respuesta a Interconsulta.

1.11 Dar respuesta oportuna a los requerimientos efectuados por la institución a través de su personal y en relación con las novedades presentadas por sus pacientes.

1.12 Diligenciar integralmente la historia clínica electrónica de acuerdo a la legislación vigente, y los lineamientos referenciados en el Manual de Diligenciamiento de Historia Clínica.

1.13 Diligenciar de manera clara, oportuna e integral todos los documentos y formatos protocolizados por Clínica Portoazul.

1.14 Diligenciar previo a la realización de los procedimientos establecidos por la Clínica el Formato de Consentimiento Informado, el cual debe ser suscrito por el paciente o su acudiente y un testigo.

1.15 Informar a los pacientes y las personas autorizadas por él, de la condición clínica de manera oportuna, confiable, segura, confidencial, suficiente y pertinente. Deberá encontrar el escenario apto para transmitirla en condiciones de privacidad.

1.16 Informar al paciente y las personas autorizadas por él, de manera amplia y suficiente al momento de su egreso de todos los cuidados médicos necesarios para su óptima recuperación y acerca de los signos de alarma y efectos secundarios que impliquen riesgo para su salud y/o su vida y la conducta a seguir frente a estos.

1.17 Realizar su práctica de acuerdo al estado de salud del paciente, optimizando el manejo de los recursos que ofrece la institución, dentro de los parámetros de costo efectividad y costo eficiencia.

1.18 Mantener el nivel de sus conocimientos médicos permanentemente actualizados y aplicarlos de acuerdo con el estándar de la práctica médica, particularmente en los de su especialidad.

1.19 Apoyar la práctica médica contando de manera pertinente con el concurso de otras especialidades.

1.20 Acreditar ante la institución las actualizaciones y capacitaciones realizadas.

1.21 Mantener los cánones de pertinencia en cuanto a su presentación personal y códigos de vestuario determinados por la institución.

1.22 Emplear lenguaje y términos apropiados en el trato de los pacientes, familiares y colaboradores de la institución. Absteniéndose de emplear palabras o gestos soeces o vulgares.

1.23 Permanecer identificado usando el carné de manera visible mientras se encuentre en las instalaciones de la institución.

1.24 Abstenerse de ofrecer tratamientos experimentales que no se encuentren soportados por la evidencia científica.

1.25 Abstenerse de comercializar mercancías de cualquier tipo, incluyendo de manera especial medicamentos e insumos médicos.

1.26 Ser respetuoso, cordial y velar con sus actuaciones por el buen nombre de los colaboradores y de la institución.

1.27 Mantener a la clínica actualizada acerca de los datos de contacto necesarios.

CAPÍTULO TERCERO.

DEL CUERPO MÉDICO Y SUS CATEGORÍAS

Si bien la Clínica es un complejo hospitalario que abre sus puertas a los médicos adscritos donde la relación con los profesionales de la medicina constituye una alianza institucional de vital trascendencia; el cuerpo médico de la Clínica Portoazul solamente está integrado por los profesionales facultados por la normatividad del estado colombiano para ejercer la práctica médica legalmente dentro del territorio nacional.

La Clínica soportará a los médicos adscritos mediante algunos profesionales médicos que han sido vinculados por la Clínica a través de la suscripción de un contrato de trabajo; estos médicos se desempeñarán en cargos asistenciales y/o administrativos creados dentro de la organización, los cuales cuentan con los respectivos manuales de funciones y competencias, de conformidad con la Unidad Funcional a la que pertenezcan. Podrán ser de dedicación exclusiva o de dedicación de tiempo completo o parcial.

Los Médicos Adscritos usarán los servicios de la Clínica y su infraestructura por virtud de un acuerdo civil y comercial denominado “Acuerdo de adscripción y uso de infraestructura clínica y servicios” previo proceso de admisión y acreditación determinado por la institución a través del Comité Médico.

Las categorías de los Médicos Adscritos son:

1.1 Médicos adscritos: Se refiere a los profesionales médicos que una vez surtidos y aprobados los trámites de admisión por parte del Comité Médico han establecido un vínculo civil y comercial con la Clínica en virtud del “Acuerdo de adscripción y uso de infraestructura clínica y servicios”, con el fin de que le sean otorgados los privilegios determinados en el acuerdo mencionado, que en términos generales les permite hacer uso de la infraestructura, servicios, personal asistencial y para-médico de la clínica para realizar la atención como médico tratante de sus pacientes. No podrán desempeñar funciones de carácter institucional. Excepcionalmente podrán hacer parte de los Comités Médicos que tiene diseñada la Clínica en los casos que así se acuerde.

1.2 Médicos adscritos institucionales: Se refiere a aquellos médicos adscritos que manifestaron al momento de suscribir el “Acuerdo de adscripción y uso de infraestructura clínica y servicios”, el interés y la voluntad de recibir el privilegio de pertenecer a la cadena de llamada de atención de pacientes en urgencias y en hospitalización y que a su vez fueron avalados o autorizados por el Comité

Médico para tal fin. Excepcionalmente podrán hacer parte de los Comités Médicos que tiene diseñada la Clínica en los casos que así se acuerde.

Como parte de los privilegios de pertenecer a la cadena de llamada, el Médico adscrito institucional podrá decidir en cada caso o en cada llamada, si responde exclusivamente la interconsulta o si acuerda con el paciente convertirse en el médico tratante.

CAPÍTULO CUARTO.

PROCEDIMIENTO DE ADMISIÓN AL CUERPO MÉDICO Y OTORGAMIENTO DE PRIVILEGIOS

Si bien la Clínica Portoazul es una Institución de puertas abiertas en donde los profesionales de la medicina pueden recurrir a ella con el fin de usar su infraestructura Clínica y servicios; los aspirantes a suscribir el “Acuerdo de adscripción y uso de infraestructura clínica y servicios” debe cumplir con una serie de requisitos que buscan garantizar los estándares de calidad descritos en este MANUAL. Estos requisitos son:

1. Hoja de vida
2. Diploma de pregrado
3. Diploma(s) de postgrado o entrenamiento (s) certificado (s)
4. Diploma de subespecialidad o convalidación de competencias
5. Fotocopia de la cédula de ciudadanía o cédula de extranjería
6. Copia de la inscripción a la secretaría distrital de salud
7. Copia de la tarjeta profesional inscrita ante el ministerio de salud
8. Carné de radioprotección (si es pertinente)
9. Copia de la afiliación a la EPS
10. Copia de la afiliación a la ARL
11. Póliza de responsabilidad civil vigente
12. Dos (2) cartas de recomendación de médicos adscritos a la Clínica
13. Dos (2) fotos a color en fondo blanco de 3 x 4
14. Certificado de pertenencia a la sociedad científica de su especialidad (Obligatorio para los cirujanos plásticos)
15. Paz y salvo del tribunal de ética médica.

Los aspirantes que cumplan con estos requisitos, deberán enviar su solicitud a la Dirección comercial y de mercadeo de la Clínica quien adelantará los

trámites ante el Comité Médico, instancia que tomará la decisión de adscribir o no al aspirante.

CAPÍTULO QUINTO.

UNIDADES FUNCIONALES DE ATENCIÓN DE LA CLÍNICA PORTOAZUL

Organizacionalmente la Clínica está dividida en Unidades Funcionales que se articulan todas entre sí, a través de sus procesos. Las Unidades Funcionales son el conjunto de procesos humanos, financieros y tecnológicos que cuentan con un fin específico en el área gerencial, asistencial o administrativa, que a través de su interacción logran el cumplimiento de las Políticas Institucionales de la Clínica Portoazul.

La Clínica se encuentra organizada en Unidades Funcionales que pertenecen al área asistencial o administrativa.

Las Unidades Funcionales Asistenciales son: Urgencias, Medicina Perioperatoria, Unidades de Cuidados Intensivos, Hospitalización, Apoyo Terapéutico y Apoyo Diagnóstico y Mejoramiento Continuo.

ARTICULO 1.

UNIDAD FUNCIONAL DE URGENCIAS

Urgencias está ubicada en el primer piso de la Clínica y está dividida en tres áreas para atención específica de: Adultos, Pediatría y Ginecología y Obstetricia.

El servicio cuenta con las siguientes instalaciones: Cubículos de observación, cubículos de atención para procedimientos mínimos, sala de reanimación, salas de procedimientos menores, sala de yesos, salas de rehidratación, salas ERA (Nebulizaciones adulto y pediátrico), consultorio de oftalmología, salas de atención (consultorio) ginecológico, consultorios generales (Adulto y pediátrico), triage (adulto y pediátrico).

1.1 Prestación del Servicio

Clínica Portoazul y los médicos adscritos les es obligatorio responder a la atención inicial de urgencias y su incumplimiento acarrea sanciones.

Dando cumplimiento a lo establecido en la ley, el médico adscrito institucional prestará la atención de urgencias, sin distingo de la condición social, religiosa o económica del paciente.

El médico que presta el servicio de turnos en Hospitalización y/o Urgencias

debe atender al paciente en un término no mayor de 60 minutos. En los casos en que esta respuesta no se preste en el tiempo reseñado la Clínica tendrá un médico de segundo llamado.

1.2 Prestación Inicial de Urgencias

Se considera prestada la atención inicial de urgencia una vez se cumpla con estos tres requisitos:

1.2.1 Estabilización de signos vitales soportado en el registro de las evoluciones en la historia clínica que implica la realización de todas las acciones necesarias para lograr estabilizar las funciones vitales del paciente. Son signos vitales obligatorios de consignación los siguientes: Temperatura, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, tensión arterial, dolor y peso.

1.2.2 Formulación de una impresión diagnóstica, soportada en el interrogatorio, el examen físico, y si es necesario en estudios complementarios.

1.2.3 Definición de una conducta del paciente que va desde el alta hospitalaria hasta la hospitalización en las Unidades de Cuidados Intensivos.

1.2.4 Consignación en la historia Clínica de la información suministrada por la estabilización de signos vitales, la formulación de la impresión diagnóstica y la definición de una conducta; así como de las explicaciones suministradas al paciente y/o sus familiares, con el fin de marcar de la manera más precisa posible la finalización de la atención inicial y el comienzo de la atención definitiva.

1.3 Responsabilidades del Médico Adscrito en Urgencias

Además de las responsabilidades como Médico Adscrito Institucional, son responsabilidades específicas del servicio de Urgencias las siguientes:

1.3.1 Participar en la asignación de turnos con la Jefatura y la Coordinación de Urgencias.

1.3.2 Proveer los datos y medios necesarios para que la comunicación durante su turno sea efectiva.

1.3.3 Conocer, aceptar y acatar las instrucciones en los aspectos médicos y administrativos que imparta la autoridad encargada del servicio de urgencias.

1.3.4 Responder las llamadas del servicio de urgencias u hospitalización en un término establecido por la Clínica.

1.3.5 Hacerse presente en el servicio en un término no mayor a una hora luego de haber sido solicitada la interconsulta.

1.3.6 Evaluar integralmente el paciente en el Servicio de Urgencias previo a la hospitalización.

1.3.7 Abstenerse de solicitar estudios especiales o impartir órdenes médicas por vía telefónica sin que medie previamente una evaluación clínica integral del paciente.

1.3.8 Atender requerimientos, dar respuesta a las quejas y producir los informes que le sean requeridos.

ARTICULO 2.

UNIDAD FUNCIONAL DE MEDICINA PERIOPERATORIA

Cirugía está ubicada en el séptimo piso del ala norte de la Clínica. La Unidad de cuidado obstétrico que cuenta a su vez con sala de partos y sala de cirugía ginecobstetricia, está ubicada en el cuarto piso del ala sur de la Clínica. La consulta pre anestésica está ubicada en el tercer piso del ala norte de la Clínica. El servicio cuenta con las siguientes instalaciones: siete salas para cirugía general, una sala de cirugía ginecobstetricia, una sala de partos, camas de recuperación pos anestésica, cubículos de cirugía ambulatoria, camas de trabajo de parto, camas de cuidados intensivos y salas de trabajo de parto y recuperación. (TPR)

2.1. Prestación del Servicio

El proceso de atención quirúrgica de un paciente incluye múltiples elementos que son esenciales para el cumplimiento de los estándares de calidad:

2.1.2 Consulta pre-anestésica: Es una consulta obligatoria que debe ser solicitada por el cirujano siempre antes de cualquier procedimiento quirúrgico que requiera algún tipo de anestesia, ya que allí se planeará el tipo de anestesia y los requerimientos postoperatorios de cuidado médico hospitalario y el seguimiento médico que incluye el manejo del dolor.

2.1.3 Programación: Al programar una intervención el médico habrá de incluir como mínimo los siguientes datos: nombre y apellidos completos, número de identificación del paciente, fecha de nacimiento, tipo de intervención (indicando lateralidad y nivel cuando haya lugar), técnica quirúrgica, fecha y hora, tipo de ayudantía requerida, necesidad de componentes sanguíneos, requerimiento de equipos o suministros especiales y tiempo de duración.

2.1.4 Exámenes Preoperatorios: La solicitud de exámenes preoperatorios debe estar ceñida a los protocolos y guías de manejo de la institución.

2.1.5 Puntualidad: El seguimiento estricto del horario programado redundará en el cumplimiento de las políticas institucionales, optimiza el empleo de recursos y es un factor determinante.

2.1.6 Adherencia a guías y protocolos: El médico adscrito deberá seguir estrictamente las guías y protocolos específicos del área quirúrgica que incluyen entre otros: marcación del sitio operatorio, profilaxis antibiótica y de la trombosis venosa, recuento de instrumental y material quirúrgico, aplicación de listas de chequeo y adquisición y manejo de dispositivos médicos.

2.1.7 Consentimiento informado: Es obligatorio que en todos los casos de procedimientos médicos y transfusiones sanguíneas conste por escrito el consentimiento informado de los pacientes en los formatos establecidos.

2.1.8 Validación de equipos: Los equipos médicos necesarios para una cirugía que no sean provistos por la Clínica, deberán tener un procedimiento de validación previa por el proceso de Mantenimiento. La información detallada del procedimiento será suministrada por la Coordinadora de Salas de Cirugía.

2.1.9 Estudios de laboratorio y de anatomía patológica: Al finalizar el procedimiento quirúrgico el médico deberá diligenciar completamente la solicitud de estudio de anatomía patológica y de laboratorio cuando haya lugar.

2.1.10 Registro en la Historia Clínica: Es responsabilidad del médico tratante el registro de la nota operatoria, la descripción quirúrgica detallada del procedimiento y la formulación de las órdenes de cuidado postoperatorio.

ARTICULO 3.

UNIDAD FUNCIONAL DE CUIDADOS INTENSIVOS:

Las Unidades de Cuidado Intensivo están ubicadas el séptimo piso (adultos y pediátrica) y en el cuarto piso (Neonatal).

El servicio cuenta con las siguientes instalaciones: Camas en Unidad de Cuidado Intensivo general para adultos, camas de Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico, camas de Unidad de cuidado Intensivo Neonatal

3.1 Prestación del Servicio

La prestación del servicio de Cuidados Intensivos se divide en la Unidad de Adultos, la Unidad Pediátrica y la Unidad de Recién Nacidos

3.1.1 Unidad Cuidados Intensivos Adultos

La situación crítica de un paciente en cualquiera de los servicios de la Clínica demanda la inmediata participación del equipo de Cuidados Intensivos mediante una solicitud de interconsulta. Este grupo hará el tratamiento inicial del enfermo y definirá la conducta inmediata a seguir.

Esta situación requiere de la presencia del médico tratante o del especialista de turno en el menor tiempo posible, de forma tal que se garantice la oportunidad de la atención médica.

Una vez terminada la reanimación inicial, el equipo médico a cargo definirá el traslado del paciente a la Unidad de Cuidados Intensivos. Allí el médico de turno en equipo con el grupo tratante, establecerá un plan de manejo y se lo comunicarán al paciente en los casos que sea posible y a sus familiares.

El manejo integral del paciente durante su permanencia en la Unidad, es responsabilidad de los médicos de dicha Unidad, pero la participación del médico tratante en la toma de decisiones forma parte esencial en el manejo del paciente.

Se genera la conformación de un equipo multidisciplinario en el cual los especialistas en Medicina Crítica se ocupan de los aspectos relacionados con el soporte y manejo del enfermo, pero el especialista tratante aporta los conocimientos propios de su área de conocimiento.

Superada la atención médica en la Unidad, el equipo tratante determinará el momento del egreso y el grupo de medicina crítica hará las recomendaciones de manejo que garanticen la continuidad en el tratamiento del enfermo y que frecuentemente incluyen el apoyo de otras especialidades médicas.

3.1.2 Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica

El deterioro neurológico, metabólico, respiratorio o hemodinámico de un paciente pediátrico en cualquiera de los servicios de la Clínica, debe activar las alertas para la evaluación inmediata por el pediatra intensivista. Dependiendo de la condición del paciente y a juicio de este especialista se determinará la necesidad de traslado a la Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico, decisión que será comunicada oportunamente al médico tratante.

Una vez hospitalizado en la Unidad, la responsabilidad integral del tratamiento, la solicitud de interconsultas, de estudios diagnósticos y la información a los familiares del paciente estará enteramente a cargo de los médicos de la Unidad. El médico tratante seguirá estrechamente la evolución del paciente de forma tal que, una vez sea dado de alta de la Unidad, pueda continuar el tratamiento y seguir las recomendaciones emanadas del grupo de cuidado intensivo.

3.1.3 Recién Nacidos

La atención médica de todos los recién nacidos, desde el momento del nacimiento y durante el primer mes de vida, está a cargo del grupo de neonatología institucional. Esto incluye a aquellos pacientes que ingresan a través del servicio de urgencias o que permanecen hospitalizados junto a la madre.

ARTICULO 4.

UNIDAD FUNCIONAL DE HOSPITALIZACIÓN

Hospitalización está dividida en 92 habitaciones que se ubican en los pisos cuatro, cinco y seis.

4.1 Prestación del Servicio

Una vez hospitalizado el paciente, el médico adscrito adquiere la condición de médico tratante y es responsable de la evolución, formulación y tratamiento que el paciente requiera.

Cuando el paciente es valorado en el consultorio y de acuerdo con criterio de su médico tratante requiere hospitalización, se debe entregar la orden de hospitalización indicando a través de un resumen que formará parte integral de la Historia Clínica el motivo de la hospitalización, la formulación inicial y la solicitud de estudios para-clínicos.

4.2 Responsabilidades del Médico Adscrito en Hospitalización

4.2.1 Formulación de Medicamentos: Debe hacerse antes de las 10 de la mañana y usualmente acompaña la evolución diaria del paciente garantizando así su oportunidad.

4.2.2 Evolución Diaria de Pacientes: La atención médica del paciente durante su hospitalización está liderada por el médico tratante. Este proceso requiere de la presencia y seguimiento del especialista para hacer una evaluación oportuna de los cambios clínicos del enfermo y con base en ellos tomar las decisiones a que hubiere lugar.

4.2.3 El médico tratante deberá visitar a su paciente tantas veces como lo exija su condición clínica, visitas que tienen que ser registradas una a una en la historia clínica. Estas visitas deberán ser al menos una vez al día y la primera de ellas antes de las 10 de la mañana.

4.2.4 La evaluación clínica es esencial para la definición de las conductas y fundamenta la solicitud de las ayudas diagnósticas complementarias.

4.2.5 La justificación clínica de los estudios complementarios y la interpretación de sus resultados deberán ser consignadas siempre en la Historia Clínica.

4.2.6 Teniendo en cuenta lo anterior la presencia del médico en todo momento es esencial para la evolución clínica del enfermo. No tienen cabida dentro de esta forma de trabajo las órdenes o conductas medicas no presenciales, la delegación de estas obligaciones a personal no médico, o la suplantación.

4.3 Egreso del Paciente: La Clínica establece un horario dentro del cual es permitido el egreso de los pacientes, la cual es definida por el Director Médico. Su cumplimiento redunda en la eficiencia del proceso administrativo.

La salida en todos los casos es autorizada por el médico tratante el mismo día del egreso, una vez se evalúa la condición clínica del enfermo y los requerimientos necesarios para garantizar la continuidad del tratamiento. Tales condiciones deberán ser registradas en la Historia Clínica.

La atención médica hospitalaria termina entregando al paciente las recomendaciones de egreso, que incluyen: signos de alerta e infección, recomendaciones de dieta, actividad física y cuidados generales, citas de control y datos de identificación del médico; esta actividad es responsabilidad

del médico tratante y no debe ser delegada al personal de enfermería o los médicos hospitalarios.

Anexo a estas recomendaciones se le entrega la incapacidad (obligatoria en todos los casos) y la formula de medicamentos.

Una copia de estas recomendaciones deberá ser firmada por el paciente y hará parte de la Historia Clínica

El proceso de la atención hospitalaria termina con el registro de evolución que establece las condiciones clínicas de egreso, el cierre de la Historia Clínica que incluye la elaboración de la epicrisis, el registro de los diagnósticos definitivos y el traslado a hospitalización domiciliar cuando haya lugar. Bajo este precepto no es posible la autorización de salida del paciente anticipadamente al día mismo del egreso y tampoco puede realizarse telefónicamente.

ARTICULO 5.

UNIDAD FUNCIONAL DE APOYO TERAPEUTICO

Como parte del apoyo terapéutico de la Clínica, la Unidad Funcional de Apoyo Terapéutico cuenta con los servicios de Terapia Física, Respiratoria, Ocupacional y del Lenguaje; Nutrición, Soporte Nutricional, Farmacia y Oncología, entre otros.

ARTICULO 6.

UNIDAD FUNCIONAL DE APOYO DIAGNOSTICO

Como parte del apoyo terapéutico de la Clínica, la Unidad Funcional de Apoyo Diagnóstico ofrece los servicios de Radiología y Ultrasonido no Ginecológico; Escanografía; Resonancia Magnética; Medicina Nuclear; Angiografía y Hemodinamia, Laboratorio Clínico, Medicina Preventiva y Patología. Adicionalmente se contará con los servicios Gastroenterología; Cardiología (métodos no invasivos y electrofisiología) y Neurofisiología.

ARTICULO 7.

UNIDAD FUNCIONAL DE MEJORAMIENTO CONTINUO

Es deber del médico adscrito atender los lineamientos del Sistema de Gestión clínica institucional. El compromiso del médico adscrito además de acatar todas las normas que rigen el ejercicio de su práctica médica en el entorno

nacional e institucional, alcanza el mejoramiento continuo de la Clínica. Existen diferentes mecanismos de evaluación y realimentación:

- 7.1 Adherencia a guías, protocolos y procedimientos institucionales.
- 7.2 La comunicación efectiva con el equipo asistencial, el paciente y su familia.
- 7.3 Reporte de eventos adversos, eventos potenciales y fallas en el proceso de atención.
- 7.4 Identificación correcta de pacientes.
- 7.5 Prevención de caídas y úlceras por presión.
- 7.6 Prevención de infecciones.
- 7.7 Prevención de lesiones causadas por equipos médicos.
- 7.8 Reconciliación de medicamentos al ingreso y uso seguro de medicamentos.
- 7.9 Conocimiento y respeto de las barreras de seguridad que minimizan el riesgo durante el proceso de atención
- 7.10 Adecuado diligenciamiento de los registros de la historia clínica y formatos expedidos por los entes de control (Fichas epidemiológicas, certificados de nacimiento o defunción, entre otros).
- 7.11 Respuesta oportuna de las solicitudes de revisión y análisis de casos para dar respuesta a las quejas de pacientes o empresas clientes.
- 7.12 Indicadores de los procesos institucionales (Oportunidad en la respuesta a interconsultas, satisfacción de usuarios).
- 7.13 Reporte oportuno de los problemas de calidad y eventos adversos identificados durante el proceso de atención al área de calidad o jefe de área correspondiente.
- 7.14 Conocimiento y práctica de las recomendaciones para la implementación de estándares de acreditación en servicios de salud, nacional e internacional.

CAPITULO SEXTO. PROCEDIMIENTOS GENERALES, ASPECTOS ADMINISTRATIVOS Y ASISTENCIALES

ARTICULO 1. INERCONSULTA

Se entiende por interconsulta la solicitud elevada por un médico adscrito responsable del paciente, a otros profesionales o instituciones de salud, para que emitan juicios y orientaciones sobre la conducta a seguir con determinados usuarios, sin que estos profesionales o instituciones asuman la responsabilidad directa de su manejo o exista transferencia de responsabilidad, por parte del profesional tratante.

Esta interconsulta debe seguir la nomenclatura y clasificación de los procedimientos médicos, quirúrgicos y hospitalarios del Manual Tarifario del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito, establecido en el Artículo 76 del Decreto 2423 de 1996 que dice:

“El reconocimiento de interconsulta se causa únicamente en el caso de que con fines de aclarar un diagnóstico o establecer un tratamiento, se requiera el concepto de otro profesional, sea en los servicios de consulta, hospitalización o de urgencias, siempre y cuando sea de especialidad o subespecialización distinta a la del médico tratante. No habrá derecho al reconocimiento de interconsulta, cuando ésta origine la práctica de intervención o procedimiento que deba realizar el especialista consultado.”

Como parte del procedimiento de respuesta a interconsulta el médico especialista interconsultado debe realizar la valoración completa del paciente, lo cual incluye interrogatorio, examen físico, planteamiento diagnóstico, definición de conducta y recomendaciones de manejo para el equipo tratante, cuya información deberá quedar registrada en la historia clínica en el formato establecido para tal fin.

Los tiempos de respuesta, están dispuestos de la siguiente manera: en el servicio de urgencias será de máximo 1 hora, y en el servicio de hospitalización existen rangos de tiempo definidos por el profesional que solicita la interconsulta: menos de 1 hora, 1-6 horas, y hasta 24 horas. En los casos en los cuales el médico que presta el servicio de interconsulta no se presente en los tiempos señalados, la Clínica ofrecerá el servicio con otro médico adscrito de su elección.

Al recibir una solicitud de interconsulta es necesario determinar el tiempo de respuesta requerido para garantizar la oportunidad. En ningún caso se someterá el paciente a riesgo por falta de oportunidad aun si no se está de acuerdo con la pertinencia del llamado.

Luego de la respuesta, el médico interconsultado establecerá acorde con el tipo de solicitud, la modalidad de manejo:

Valoración: En esta modalidad el médico interconsultado emite un concepto sobre la situación clínica que motiva la solicitud. Una vez emitido el concepto no es indispensable el seguimiento y genera honorarios por una sola vez.

Traslado o manejo completo: Significa que el médico interconsultado asume la responsabilidad del caso en condición de médico tratante.

Manejo conjunto: El médico interconsultado apoya al médico tratante y en consecuencia hay un seguimiento simultáneo del paciente y la comunicación permanente con el resto del equipo. Esta modalidad causa honorarios para ambos médicos durante el tiempo que sea pertinente esta forma de atención.

Cierre de interconsulta: Señala el momento a partir del cual ya no es requerida su participación en el proceso de atención, momento que debe ser conciliado e informado al resto del equipo tratante para asegurar la continuidad de la atención.

En todos los casos la interconsulta solo podrá ser prestada por un médico adscrito a la Clínica.

ARTICULO 2. FORMULACIÓN DE MEDICAMENTOS

La formulación de medicamentos deberá hacerse siempre en denominación común internacional (conocida como nombre genérico) y ceñirse estrictamente al vademécum institucional.

La inclusión de un nuevo medicamento en este vademécum puede solicitarse a través del comité de farmacia y terapéutica.

Los medicamentos de alto costo así como los que están fuera del formulario del POS, deberán ser debidamente justificados y sólo podrán ser suministrados en los casos que existan convenios que lo permitan.

ARTICULO TERCERO.

CAMBIO DE MÉDICO TRATANTE

El cambio de médico tratante se puede presentar en los siguientes escenarios:

3.1 Por solicitud expresa del paciente (derecho del paciente).

3.2 Por solicitud de la familia del paciente cuando éste sea menor de edad o se encuentre incapacitado para tomar decisiones.

3.3 Por solicitud del médico tratante, cuando el caso no esté enmarcado en una situación de emergencia ni se ponga en riesgo la seguridad del enfermo.

En tales casos, el trámite se deberá gestionar a través del Jefe de Proceso o de Especialidad Médica correspondiente; es compromiso del médico adscrito saliente, suministrar la información completa al médico adscrito que toma el caso, a fin de garantizar la continuidad del tratamiento.

CAPITULO SEPTIMO.

DERECHOS DEL PACIENTE Y SU FAMILIA

Clínica Portoazul acoge y adapta los derechos del paciente establecidos a través de la Resolución Nro. 13437 de 1991, ellos son:

1 Tiene derecho a elegir libremente al médico o profesional de la salud, así como a la institución de salud que le prestará la atención requerida con los recursos disponibles.

2 Tiene derecho a disfrutar de una comunicación plena y clara con su médico, acorde con sus condiciones, que le permita disponer de información suficiente respecto a la enfermedad que padece y el propósito del procedimiento y/o tratamiento propuesto, el pronóstico y riesgos que dicho tratamiento y las alternativas a este. También tiene derecho a que usted, sus familiares o representantes, en caso de inconsciencia o minoría de edad consientan o rechacen estos procedimientos, dejando constancia ojala por escrito de su decisión.

3 Tiene derecho a recibir un trato digno y considerado, respetando sus creencias y costumbres, así como a expresar su opinión personal acerca de su enfermedad.

4 Tiene derecho a que la información contenida en su historia clínica sea

tratada de manera confidencial y secreta y que, sólo con su autorización pueda ser conocida.

5 Tiene derecho a que le presten durante todo el proceso de su enfermedad, la mejor asistencia médica disponible, pero respetando sus deseos en el caso de enfermedad irreversible.

6 Tiene derecho a revisar y recibir explicaciones acerca de los costos de los servicios, tanto de los profesionales de la salud como de la clínica. Igualmente tiene derecho a que en caso de emergencia, los servicios que reciba no estén condicionados al pago de honorarios anticipados.

7 Tiene derecho a recibir o rehusar apoyo espiritual, moral o religioso, de acuerdo con sus convicciones.

8 Tiene derecho a que se le respete su voluntad de participar o no en investigaciones realizadas por personal científicamente calificado. Así mismo a ser enterado acerca de los objetivos, métodos, posibles beneficios, riesgos previsibles e incomodidades que el proceso investigativo pueda implicar.

9 Tiene derecho a que se respete su voluntad de aceptar o rehusar la donación de sus órganos para que éstos sean trasplantados a otro enfermo.

10 Tiene derecho a morir con dignidad y a que se le respete su voluntad de permitir que el proceso de la muerte siga su curso natural en la fase terminal de la enfermedad.

CAPITULO OCTAVO.

POLITICA DE SERVICIO

Todas las Unidades Funcionales persiguen los mismos atributos de calidad, para ello, se seguirá cualitativa y cuantitativamente mediante indicadores; estos atributos de calidad que se hacen explícitos en la Política de Servicio de la siguiente manera: "Los pacientes de la Clínica Portoazul deben recibir una atención en salud de calidad superior, es decir: Oportuna, segura, cálida, eficiente y eficaz. Para lograrlo hacemos conocer a nuestros pacientes sus derechos, trabajamos la empatía, comprensión, tolerancia y respeto por el paciente y su familia; gestionamos la minimización del riesgo en la atención a través de programas de seguridad, gestión de medicamentos y prevención de infecciones evaluando la atención y garantizando su continuidad".

CAPITULO NOVENO.

ATRIBUTOS DE CALIDAD

Oportunidad: Fundamentada en la optimización del flujo de información en los diferentes procesos previos y posteriores a la prestación del servicio y la coordinación con las demás Unidades Funcionales.

Seguridad: Mediante el enfoque en los procedimientos previos a la prestación del servicio y la disminución del riesgo.

Calidez: Mediante la actitud de servicio basada en la empatía, comprensión y tolerancia; el respeto por el paciente y por su familia; el conocimiento de los derechos y deberes de los pacientes; y una infraestructura generosa y acogedora.

Eficiencia: Mediante información clara y la interacción de las diferentes Unidades Funcionales.

Eficacia: Mediante gestión resolutive y procesos estandarizados que logren un paso fluido del paciente por todos los procesos que garantice la continuidad del manejo médico.

CAPITULO DECIMO.

HISTORIA CLÍNICA

La historia clínica es un documento privado, sometido a reserva, que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley. Se debe diligenciar de manera clara, completa y fidedigna.

La Historia Clínica asegura el registro de la información y el mantenimiento de la historia clínica de manera integral, oportuna, confiable, segura, confidencial, suficiente y pertinente, identificando e informando a los profesionales involucrados la evolución y respuesta del paciente; el cuidado y tratamiento de acuerdo con estándares, guías y procedimientos aceptados.

Los profesionales, técnicos y auxiliares que intervienen directamente en la atención de un paciente, tienen la obligación de registrar las observaciones, conceptos, decisiones y resultados de las acciones en salud desarrolladas.

La Clínica establece que cualquier actividad inherente al acto médico debe quedar registrada en la historia, esto es, la valoración de ingreso, evoluciones, realización de procedimientos, interpretación de exámenes, información suministrada al paciente y su familia, la decisión de egreso con sus recomendaciones, entre otros.

Es obligación del médico tratante diligenciar de forma integral, confidencial, suficiente, pertinente y acorde con la historia clínica el certificado de defunción o de nacido vivo cuando haya lugar utilizando para ello los medios que establezcan las autoridades competentes.

CAPÍTULO DECIMO PRIMERO ORGANOS ASESORES DE LA DIRECCIÓN MÉDICA Y COMITÉS PERMANENTES

La Dirección Médica está soportada a través de diferentes Comités periódicos de conformación obligatoria.

ARTICULO 1. COMITÉ DE HISTORIAS CLINICAS

El comité de historias clínicas se define como el conjunto de personas que al interior de una Institución Prestadora de Servicios de Salud, promueven en la institución la adopción de las normas nacionales sobre la historia clínica y velan por su cumplimiento. Este comite elabora, divulga y hace seguimiento a la aplicación del manual de diligenciamiento de la historia clínica; propone los formatos específicos y anexos que debe contener, así como los mecanismos para mejorar los registros en ella consignados; vigila la adecuada administración y funcionamiento del archivo de historias clínicas; realimenta al personal asistencial de acuerdo con los hallazgos de las auditorias de diligenciamiento.

1.1 Conformación:

El Comité de Historias Clínicas se conforma por la Dirección Médica, la Jefatura de Mejoramiento Continuo, las Jefaturas de Unidades Funcionales, algún representante de especialidades médicas e invitados cuando se requiera.

1.2 Funciones:

El Comité de Historias Clínicas tiene las siguientes funciones:

1.2.1 Revisión de las historias clínicas, así como verificar aspectos en la calidad del diligenciamiento como son: legibilidad, coherencia entre el diagnóstico y el tratamiento, secuencia, inconsistencias, resultado de exámenes de apoyo, anexos, entre otros.

1.2.2 Promover en la Institución la adopción de las normas nacionales sobre historia clínica y velar porque estas se cumplan, en aspectos como obligatoriedad del diligenciamiento, custodia, acceso a la historia, retención y tiempo de conservación, archivo y seguridad de este, condiciones de conservación.

1.2.3 Sugerir y vigilar el cumplimiento del manual de normas y procedimientos de los registros clínicos, incluida la historia clínica, y demás formatos preestablecidos.

1.2.4 Vigilar que se provean los recursos necesarios para la administración y funcionamiento del archivo de Historias Clínicas y de la historia Clínica sistematizada.

1.2.5 Impulsar procesos de capacitación del personal profesional, técnico o auxiliar que intervienen en el manejo y diligenciamiento de la Historia Clínica.

1.2.6 Apoyar el funcionamiento del sistema de información en salud, de manera que sea fuente de información confiable para la toma de decisiones.

1.2.7 Colaborar en la revisión y análisis de diagnósticos cuando se requiera por razones de investigación o algún otro motivo.

1.3 Perioricidad

El Comité de Historias clínicas se reúne una vez al mes o de manera extraordinaria cuando lo considere pertinente, para revisar y analizar este documento legal y velar por el cumplimiento de las normas establecidas.

ARTICULO 2.

COMITÉ DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA Y DE INFECCIONES

El comité de Vigilancia Epidemiológica es un organismo asesor conformado por un grupo interdisciplinario de salud y administrativo, que tiene como objeto dar cumplimiento al programa de control de infecciones y hacer las recomendaciones apropiadas para su prevención.

Analiza el informe mensual de infecciones asociadas al cuidado de la salud y eventos de salud pública, emite concepto sobre la prevenibilidad o no de los mismos y realiza recomendaciones para implementación de barreras de seguridad en casos específicos.

2.1 Conformación:

El Comité de Vigilancia Epidemiológica se conforma por la Dirección Médica, la Jefatura de Mejoramiento Continuo, las Jefaturas de Unidades Funcionales, Medico Epidemiólogo y/o Infectólogo, Enfermera Líder de Vigilancia Epidemiológica, Representante de laboratorio, Representante de farmacia, Representantes de especialidades médicas, Representante de Imagenología, algún representantes de especialidades médicas e invitados cuando se requiera.

2.2 Funciones:

El Comité de Vigilancia Epidemiológica tiene las siguientes funciones:

2.2.1 Vigilar, detección e investigar de brotes de infecciones y hacer las recomendaciones para su prevención y control.

2.2.2 Desarrollar políticas, procedimientos y prácticas para reducir los riesgos de infecciones.

2.2.3 Programar e implementar programas de capacitación entre los profesionales, auxiliares y demás personal, relacionados con la prevención y manejo de infecciones.

2.2.4 Monitorear la ocurrencia de infecciones en la Clínica.

2.2.5 Vigilar de la aplicación de los protocolos de asepsia y antisepsia de todas las áreas hospitalarias.

2.2.6 Analizar la información sobre morbilidad, mortalidad y sus factores condicionantes.

2.2.7 Notificar al nivel correspondiente la información de las enfermedades de reporte obligatorio, analizada, en los registros y tiempos establecidos por las normas del Ministerio de Salud.

2.2.8 Trabajar en equipo interdisciplinario para garantizar la calidad de la atención prestada a los pacientes y disminuir los riesgos de infección de familiares, visitantes y trabajadores de la salud.

2.2.9 Realizar, revisar y hacer cumplir los protocolos de prevención y manejo de las enfermedades de notificación obligatoria dentro del programa alerta acción.

2.2.10 Vigilar el uso racional de los antibióticos en la Clínica.

2.2.11 Vigilar el cumplimiento de las Normas de Bioseguridad en la Clínica.

2.2.12 Elaborar folletos o boletines para difundir las medidas de vigilancia y control adoptadas por el comité.

2.2.13 Diseño e implementación de indicadores y de planes de mejoramiento.

2.3 Perioricidad

El Comité de Vigilancia Epidemiológica y de Infecciones se reúne una vez al mes o de manera extraordinaria cuando lo considere pertinente, con el objeto dar cumplimiento al programa de control de infecciones y hacer las recomendaciones apropiadas para su prevención.

ARTICULO 3.

COMITÉ DE FARMACIA Y TERAPEUTICA (COFYTE)

El comité de Farmacia y Terapéutica es un grupo interdisciplinario asesor de la Gerencia y consultor del equipo de salud, que sirve de línea de comunicación o enlace entre el cuerpo médico y el servicio Farmacéutico.

Es el organismo que recomienda políticas al cuerpo médico y a la Gerencia sobre todos los aspectos relacionados con los medicamentos para su correcta selección y empleo.

Recolecta y analiza los datos enviados sobre la sospecha de la existencia de eventos adversos o cualquier otro problema relacionado con los medicamentos e informa los resultados al médico tratante, al paciente, al personal de salud, administradoras y a las autoridades correspondientes (Programa de Farmacovigilancia).

El Comité de Vigilancia Epidemiológica se conforma por el Director Médico, Jefe de Mejoramiento Continuo, los Jefes de Unidades Funcionales, Médico Epidemiólogo y/o Infectólogo, Enfermera líder de Vigilancia Epidemiológica, Representante de laboratorio, Representante de farmacia, Representantes de especialidades médicas, Representante de Imagenología, algún representantes de especialidades médicas e invitados cuando se requiera.

Este comité se organizará en la Clínica dirigido por el Director médico y el químico farmacéutico institucional quienes serán los responsables del cumplimiento de las directrices del comité y de la retroalimentación del recurso humano de la Clínica

3.1 Conformación

El Comité de Farmacia y Terapéutica se conforma por la Dirección Médica, la Jefatura de Mejoramiento Continuo, las Jefaturas de Unidades Funcionales, la Jefatura del Servicio Farmacéutico, Servicio al Cliente, Líder del programa de Farmacovigilancia, e invitados cuando se requiera.

3.2 El Comité de Farmacia y Terapéutica tiene las siguientes Funciones:

3.2.1 Formular las políticas sobre medicamentos y dispositivos médicos en la Institución Prestadora de Servicios de Salud en relación con la prescripción, dispensación, administración, sistemas de distribución, uso y control y establecer los mecanismos de implementación y vigilancia de las mismas.

3.2.2 Recomendar la solicitud de inclusión y/o exclusión de medicamentos en el Manual de Medicamentos y Terapéutica del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

3.2.3 Conceptuar sobre las guías de manejo para el tratamiento de las patologías más frecuentes en la institución.

3.2.4 Coordinar con el Comité de Infecciones el impacto, seguimiento y evaluación de los perfiles epidemiológicos institucionales y la eficacia de la

terapia farmacológica instaurada en los casos especiales, principalmente, la relacionada con el uso de antibióticos.

3.2.5 Recolectar y analizar los datos enviados por el servicio farmacéutico sobre la sospecha de la existencia de eventos adversos o cualquier otro problema relacionado con los medicamentos, e informar los resultados al médico tratante, al paciente, al personal de salud, a las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio y a las autoridades correspondientes.

3.3 Perioricidad

El Comité de Farmacia y terapéutica se reúne una vez al mes o de manera extraordinaria cuando lo considere pertinente, con el objeto de formular las políticas sobre medicamentos y dispositivos médicos en la Institución.

ARTICULO 4.

COMITÉ DE ETICA MÉDICA

El comité de Ética Médica es un grupo interdisciplinario asesor de la Gerencia que analiza el cumplimiento de los atributos de la calidad médico-asistencial, previstos en el Manual de Etica de la Clínica .

4.1 Conformación

El Comité de Farmacia y Terapéutica se conforma por la Dirección Médica, la Jefatura de Mejoramiento Continuo, las Jefaturas de Unidades Funcionales, una enfermera e invitados cuando se requiera.

4.2 Funciones

Se realiza la evaluación privada y retrospectiva de los casos comparando el proceso y la calidad en la prestación de los servicios, con el fin de establecer o recomendar la adopción de medidas de mejoramiento, ajuste de procesos, o dar recomendaciones generales para atención de casos futuros.

Excepcionalmente y por solicitud de las entidades pagadoras ¿? se podrá convocar una reunión con delegados de las dos instituciones, que pretenda hacer una revisión conjunta.

En particula tiene las siguientes funciones:

4.2.1 Divulgar, socializar y verificar el cumplimiento eficiente y oportuno de los Derechos y Deberes de los Pacientes.

4.2.2 Analizar y asesorar las decisiones relacionadas con problemática de carácter ético

4.2.3 Velar por la humanización en la prestación de los servicios en la Institución, por el diseño e implementación de indicadores y de planes de mejoramiento

4.3 Perioricidad

El Comité de Ética Médica se reúne una vez al mes o de manera extraordinaria cuando lo considere pertinente.

ARTICULO 5. COMITÉ DE MORTALIDAD

El Comité de Mortalidad es un grupo interdisciplinario encargado de evaluar la calidad de la prestación de servicios a los pacientes, mediante el seguimiento y análisis de la mortalidad observada en la Institución como herramienta de mejoramiento continuo y de control de riesgo.

5.1 Conformación

El Comité de Mortalidad está conformado por la Dirección Médica, la Jefatura de Mejoramiento Continuo, las Jefaturas de Unidades Funcionales, el líder del programa de seguridad de paciente, una enfermera Jefe de Vigilancia Epidemiológica, representantes de las especialidades e invitados cuando se requiera.

5.2 Funciones

El Comité de Mortalidad tiene como función evaluar la mortalidad hospitalaria incluyendo mortalidad materna, quirúrgica, perinatal y de urgencias, para ello debe:

5.2.1 Describir, evaluar y analizar, la magnitud y el comportamiento de la mortalidad hospitalaria.

5.2.2 Evaluar, analizar y establecer recomendaciones relacionada con la mortalidad materna presentada en la entidad de acuerdo a los protocolos existentes.

5.2.3 Evaluar, analizar la mortalidad perinatal e infantil presentada en la entidad.

5.2.4 Establecer estrategias de seguimiento y análisis de mortalidad al interior de cada servicio relacionada con la mortalidad observada en cada periodo de acuerdo al protocolo aprobado por el comité.

5.2.5 Generar las estrategias de mejora orientadas a disminuir la mortalidad en la entidad, en coordinación con las áreas asistenciales y administrativas.

5.2.6 Analizar el informe de causa a raíz de eventos adversos identificados en los casos de mortalidad, y emitir las recomendaciones pertinentes.

5.2.7 Analizarsemestralmenteelinformedemortalidadyemiterecomendaciones a cuya implementación hace seguimiento.

5.3 Perioricidad

El Comité de Mortalidad se reúne una vez al mes o de manera extraordinaria cuando lo considere pertinente, con el objeto de evaluar el comportamiento de la mortalidad hospitalaria.

ARTICULO 6.

COMITÉ DE CALIDAD

El Comité de Calidad es el organismo asesor de la Gerencia General que fortalece los procesos de gestión de la calidad encaminado a la Acreditación Nacional.

Este comité realiza el seguimiento de los Indicadores del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, Indicadores Centinelas, Indicadores de Estructura, Indicadores trazadores y eventos adversos derivados de la prestación del servicio.

6.1 Conformación

El Comité de Calidad está conformado por la Dirección Médica, la Jefatura de Mejoramiento Continuo, las Jefaturas de Unidades Funcionales, Representante de Laboratorio Clínico, el Líder de Gestión clínica, la Jefatura de Farmacia, Ingeniería Biomédica, enfermería e invitados cuando se requiera.

6.2 Funciones

6.2.1 Vigilar la prestación de los servicios de salud con eficiencia, eficacia, oportunidad y calidad a los usuarios de la Institución.

6.2.2 Monitorear seguimiento y evaluación de los indicadores de calidad.

6.2.3 Analizar el informe mensual de los eventos adversos presentados o las situaciones que puedan afectar la seguridad de los pacientes durante el proceso de atención, igualmente emite concepto sobre la prevenibilidad o no de los mismos y realiza recomendaciones para la implementación de barreras de seguridad en casos específicos.

6.2.4 Revisar y evaluar periódicamente el sistema de gestión clínica; emite las recomendaciones respectivas y hace el seguimiento a su cumplimiento.

6.2.5 Promover el reporte de eventos adversos, velando por la confidencialidad de los mismos y fomenta la creación de una cultura justa.

6.2.6 Diseñar y evaluar las estrategias para el desarrollo de campañas que promuevan el uso seguro y adecuado de equipos médicos de alto riesgo en coordinación con el área de salud ocupacional.

6.2.7 Recomendar los criterios para la renovación y adquisición de equipos biomédicos incluyendo los de comodato y apoyo tecnológico.

6.2.8 Emitir el concepto técnico y clínico de los equipos biomédicos (para la adquisición de la nueva tecnología y renovación de la existente) con base en criterios definidos y lo remite al comité de compras para el trámite respectivo.

6.3 Perioricidad

El Comité se reunirá una vez al mes o según el caso notificado lo amerite, con el objeto de fortalecer los procesos de gestión de la calidad.

CAPÍTULO DECIMO SEGUNDO

EDAD DE AYUDANTIAS Y DE RETIRO FORZOSO

Para garantizar el bienestar individual de los médicos adscritos y la seguridad de nuestros pacientes en la Clínica, se ha establecido la edad de retiro de la siguiente manera:

Cualquier médico adscrito deberá abstenerse de operar a partir de los 65 años. El médico adscrito institucional deberá que abstenerse de hacer turnos de disponibilidad o presenciales a partir de los 60 años.

En casos especiales, analizados de manera individual y con la debida justificación, el Comité de Gerencia asesorado por el Comité Médico podrá aplicar a una extensión para permanecer como médico adscrito y poder operar hasta que se cumpla máximo 70 años, siempre y cuando esté bajo la compañía de médicos de su misma especialidad que tengan la edad permitida para operar.

CAPÍTULO DECIMO TERCERO.

PROCEDIMIENTO DISCIPLINARIO, INVESTIGACIONES Y SANCIONES

Todo los integrantes del cuerpo médico sin excepción alguna deben cumplir con las disposiciones del Código de Ética Médica y las normas relacionadas, el contenido del presente MANUAL, los documentos legales que lo vinculan según su categoría con la Clínica, así como las normas que hagan parte de las mismas o las que se haga referencia.

Con base en la información que se tenga en relación con un hecho, situación o comportamiento de un miembro del Cuerpo Médico que atente contra los lineamientos del presente MANUAL, el Comité Médico podrá recomendar a la Gerencia las posibles medidas sancionatorias consistentes en la suspensión temporal o permanente de los privilegios como Médico Adscrito según el análisis individual de cada caso hecho en el marco del Comité médico.

El COMITÉ MÉDICO determinará en un primer momento si hay lugar a una investigación y si lo considera pertinente solicitará las pruebas que permitan adelantar la investigación, incluyendo la práctica de una sesión donde se reciban los comentarios y la defensa del implicado en la investigación, teniendo en cuenta los principios propios del debido proceso. Una vez practicadas las

pruebas y recogidas todos los soportes necesarios, de conformidad con lo anterior, el Comité Médico emitirá una recomendación a la Gerencia General, quien finalmente tomará una decisión, la cual será notificada a los interesados a través de la Dirección Médica.

CAPITULO DÉCIMO CUARTO.

ACTUALIZACIÓN DEL MANUAL DEL MÉDICO ADSCRITO

Este Manual es un elemento dinámico que se adapta a la realidad del ejercicio profesional en Clínica Portoazul. Por lo tanto se debe realizar una revisión periódica que le permita mantener su vigencia, y ser un documento de referencia de los médicos adscritos.

Las observaciones, sugerencias y modificaciones propuestas deberán ser canalizadas a través de los Jefes de Unidades Funcionales o Jefes de Especialidades Médicas quienes las presentarán al Comité Médico. Este Comité hará una propuesta anual de modificación que será aprobada por la Junta Directiva de la Clínica.

Si bien hemos hecho una síntesis de las responsabilidades del médico adscrito, entendemos que su condición le hace formar parte integral de la actividad institucional, representa en muchas instancias a la Clínica y recíprocamente la Clínica le representa a él. Es en esta relación bidireccional que se potencia el crecimiento de ambas partes.

INDICE

	Pág
CAPÍTULO PRIMERO. NATURALEZA, INTRODUCCIÓN Y ORGANIZACIÓN GENERAL	1
CAPÍTULO SEGUNDO. COMPROMISOS DEL CUERPO MÉDICO	6
CAPÍTULO TERCERO. DEL CUERPO MÉDICO Y SUS CATEGORÍAS	9
CAPÍTULO CUARTO. PROCEDIMIENTO DE ADMISIÓN AL CUERPO MÉDICO Y OTORGAMIENTO DE PRIVILEGIOS	10
CAPÍTULO QUINTO. UNIDADES FUNCIONALES DE ATENCIÓN DE LA CLÍNICA PORTOAZUL	11
CAPITULO SEXTO. PROCEDIMIENTOS GENERALES, ASPECTOS ADMINISTRATIVOS Y ASISTENCIALES	20
CAPITULO SEPTIMO. DERECHOS DEL PACIENTE Y SU FAMILIA	22
CAPITULO OCTAVO. POLITICA DE SERVICIO	23
CAPITULO NOVENO. ATRIBUTOS DE CALIDAD	24
CAPITULO DECIMO. HISTORIA CLÍNICA	24
CAPÍTULO DECIMO PRIMERO ORGANOS ASESORES DE LA DIRECCIÓN MÉDICA Y COMITÉS PERMANENTES	25
CAPÍTULO DECIMO SEGUNDO EDAD DE AYUDANTIAS Y DE RETIRO FORZOSO	34
CAPÍTULO DECIMO TERCERO. PROCEDIMIENTO DISCIPLINARIO, INVESTIGACIONES Y SANCIONES	34
CAPITULO DÉCIMO CUARTO. ACTUALIZACIÓN DEL MANUAL DEL MÉDICO ADSCRITO	35

