

RAMA JUDICIAL



**JUZGADO SÉPTIMO (7) CIVIL DEL CIRCUITO DE SANTIAGO DE
CALI- VALLE**

CONSTANCIA

Se corre traslado a la parte contraria del escrito de sustentación del recurso de apelación presentado por el apoderado judicial del extremo activo contra el auto interlocutorio No. 170 de fecha 22 de febrero de 2023 en subsidio del de reposición. Se fija por el término de Tres (3) días. Corriendo los días, 26, 27 y 28 de abril de 2023.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Johana Albaracín Castro'.

JOHANA ALBARACIN CASTRO
Secretaria

RAD: 2019-00001

ENTREGA DICTAMEN MÉDICO PERICIAL / RADICADO 2022-00057-00

Santiago Marín Yepes <smarin@ces.edu.co>

Miércoles 29/03/2023 16:02

Para: Juzgado 07 Civil Circuito - Valle Del Cauca - Cali <j07cccali@cendoj.ramajudicial.gov.co>

CC: Carolina Giraldo Ramírez <cgiraldor@ces.edu.co>; Leon Mario Toro Cortes <ltooro@ces.edu.co>

Medellín, marzo 29 de 2023

Señores

JUZGADO SÉPTIMO (07) CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI

E. S. D.

REFERENCIA:	RESPONSABILIDAD MÉDICA / RADICADO 2022-00057-00
DEMANDANTE:	ANA DELIA QUINTERO DE MEJÍA Y OTROS.
DEMANDADO:	DUMIAN MEDICAL S.A.S. Y OTROS.
ASUNTO:	ENTREGA DICTAMEN MÉDICO PERICIAL

Respetados señores,

De manera atenta hacemos entrega del dictamen médico pericial solicitado en el proceso de la referencia.

Cordialmente,

Santiago Marín Yepes | Docente Facultad de Derecho – CENDES

Universidad CES | Calle 10A # 22-04 | Medellín, Colombia

Tel: (60) (4) 444 0555 Ext. 1106 - 1601

smarin@ces.edu.co | www.ces.edu.co



Medellín, marzo 29 de 2023

Señores

JUZGADO SÉPTIMO (07) CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI

E. S. D.

REFERENCIA: RESPONSABILIDAD MÉDICA / RADICADO 2022-00057-00
DEMANDANTE: ANA DELIA QUINTERO DE MEJÍA Y OTROS.
DEMANDADO: DUMIAN MEDICAL S.A.S. Y OTROS.
ASUNTO: ENTREGA DICTAMEN MÉDICO PERICIAL

Respetados señores,

De manera atenta hacemos entrega del dictamen médico pericial solicitado en el proceso de la referencia. Dicho dictamen es rendido por el CENDES - dependencia adscrita a la Facultad de Derecho de la Universidad (<https://www.ces.edu.co/centros-de-servicio/centro-de-estudios-en-derecho-y-salud-cendes/>) - a través del Dr. Francisco Gómez Perineau, Médico, Especialista en Cirugía General, Especialista en Cirugía Vascular, Especialista en Cirugía Cardiovascular, Docente Universitario y Perito CENDES.

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

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

Con toda atención,


LEÓN MARIO TORO CORTÉS
Coordinador CENDES



Medellín, marzo 29 de 2023

Señores

JUZGADO SÉPTIMO (07) CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI

E. S. D.

REFERENCIA: RESPONSABILIDAD MÉDICA / RADICADO 2022-00057-00
DEMANDANTE: ANA DELIA QUINTERO DE MEJÍA Y OTROS.
DEMANDADO: DUMIAN MEDICAL S.A.S. Y OTROS.
ASUNTO: DICTAMEN MÉDICO PERICIAL

Respetados señores,

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

PERFIL PROFESIONAL DEL PERITO

Médico y Cirujano
Especialista en Cirugía General
Especialista en Cirugía Cardiovascular
Especialista en Cirugía Vascular
Docente Universitario
Ex perito CENDES

Dirección de contacto: cgiraldor@ces.edu.co – smarin@ces.edu.co
Calle 10 A # 22 – 04 U CES. Medellín – Antioquia
Teléfono: 604 444 05 55 ext. 1601 – 1106

De acuerdo con el Código General del Proceso en su artículo 226:

- Expreso que cuento con los conocimientos necesarios, soy imparcial y no tengo impedimento alguno en la peritación que elaboro. No me encuentro incurso en causal de exclusión de la lista de auxiliares de la justicia por el Consejo Superior de la Judicatura.
- Declaro que para el interesado que requiere el peritaje no he rendido dictamen pericial en el pasado.
- Se anexa los certificados de formación académica que me acreditan como idóneo para la presente evaluación pericial.
- La lista de procesos en los que he participado como perito se anexan a este peritaje.
- Expreso que en los últimos diez (10) años no he realizado publicaciones relacionadas con la materia del peritaje.
- Declaro que los exámenes, métodos, experimentos e investigaciones efectuados son los mismos que he empleado para la rendición de dictámenes periciales a través de la Universidad CES.
- Declaro que los exámenes, métodos, experimentos e investigaciones efectuados son los mismos respecto de aquellos que utilizo en el ejercicio regular de mi profesión, indicando que una cosa es la prestación de los servicios de salud y otra, muy diferente, la elaboración de dictámenes periciales.



- Manifiesto que el dictamen fue elaborado con la historia clínica suministrada por la parte interesada correspondiente al paciente REINEL MEJÍA AGUDELO (Q.E.P.D.)

RESUMEN DE LA HISTORIA CLÍNICA

NOMBRE: REINEL MEJÍA AGUDELO
IDENTIFICACIÓN: CC 16545875
FECHA DE NACIMIENTO: diciembre 5 de 1958
EDAD (a 8 de marzo de 2019) 60 AÑOS

El 9 de septiembre de 2018, el señor REINEL MEJÍA AGUDELO, entonces de 58 años, asistió a consulta por “Coosalud Plan Cardiovascular”, en las instalaciones de la IPS “Angio Health” de la ciudad de Cartago (Valle), por presentar dificultad para respirar (Disnea). Refirió, en esa consulta, el antecedente de hospitalización, tres meses antes, por el mismo cuadro de disnea progresiva y severa y se menciona el hecho de que luego (sin que se pueda precisar la fecha ni disponer del resultado), le fue practicada “una ecografía” que reportó una cardiomiopatía mixta, hipertensiva y valvular, con insuficiencia valvular mitral severa, estenosis valvular aórtica severa, insuficiencia valvular tricuspídea leve. Recibía tratamiento con carvedilol 6.25 mg/cada 12h, losartan 50mg/cada 12h, furosemida 40 mg/día, y ASA, 100 mg/día.

Al examen físico se encontró un soplo cardíaco holosistólico y un sobrepeso significativo.

Se realizó entonces el diagnóstico de estenosis aórtica severa, [+ insuficiencia mitral severa], se solicitó la realización de un ecocardiograma transesofágico (en adelante EcoK-TE) con cuyo resultado debería asistir el paciente MEJÍA a la consulta de Cirugía Cardíaca, ya que el tratamiento para estas alteraciones anatómicas valvulares es quirúrgico. (Cuaderno angiohealth 1)

El 16 de enero de 2019, el paciente regresó a cita de control cardiológico a la misma institución de salud anteriormente mencionada, con el resultado de la EcoK-TE realizado en diciembre de 2018. Se encontró un paciente en aceptables condiciones generales. El médico tratante en esta cita reportó, únicamente, los datos del estudio sonográfico mencionado, relacionados con una estenosis de la válvula aórtica, moderada por gradientes y severa por área y una insuficiencia severa de la válvula mitral, aunque, en notas posteriores de la historia clínica de la IPS DUMIAN MEDICAL (en adelante CDM) - (Folio 7/36) de ese mismo estudio, se informa acerca de una Fracción de Expulsión del Ventrículo Izquierdo (en adelante FEVI) de 64%, lo cual es un valor normal. Realizó el examen físico que fue considerado dentro de límites normales, excepción hecha de un marcado sobrepeso (95 kg) y del hallazgo de soplos cardíacos descritos y correspondientes a los daños estructurales de las válvulas aórtica y mitral. Clasificó al paciente en clase funcional III de la NYHA, y remitió el paciente para la realización de una arteriografía coronaria y cita con la especialidad de cirugía cardiovascular para la corrección definitiva de las lesiones valvulares. (Cuaderno Angiohealth 2).

El 8 de marzo de 2019 a las 21:12, el señor REINEL MEJÍA ingresó al servicio de urgencias de la institución prestadora de salud DUMIAN MEDICAL (CDM) de la ciudad de (...) remitido de “Roldanillo por la presencia de un síndrome icterico”. Presentaba un dolor tipo cólico de tres días de evolución en hipocondrio y flanco derechos, asociado a una coloración icterica generalizada, con la presencia de una prueba de bilirrubinas elevada a expensas de la bilirrubina indirecta. Se describieron los antecedentes cardiológicos del paciente y se realizó examen físico que detectó,



además de la coloración icterica mencionada, un leve dolor a la palpación profunda del hipocondrio y el flanco derechos.

Se realizó un diagnóstico presuntivo de coledocistitis vs colecistitis aguda, se solicitó una ecografía abdominal y valoración por cirugía general.

El 9 de marzo fue visto en interconsulta por cirujana general quien consideró que podría tratarse una hepatopatía (probable cirrosis) ya que su enfermedad actual no se presentaba como un cuadro obstructivo de las vías biliares y sugirió valoración y manejo por medicina interna. En horas de la tarde de ese 9 de marzo se recibe el informe de ecografía de hígado y vías biliares en la que se descarta obstrucción de estas últimas y se cierra interconsulta por cirugía general. (Folios 4 a 6 de 36, CDM, Cuaderno HC).

[La cirugía general trata la ictericia obstructiva de las vías biliares, es decir, aquella producida por cálculos o por tumores. La ictericia no obstructiva se presenta cuando hay un daño generalizado de la función de las células del hígado, cuyo tratamiento es médico, no quirúrgico.]

De manera sorpresiva, el 10 de marzo, a la 01:00 el médico intensivista fue solicitado en la sala de urgencias, porque el señor MEJÍA, presentaba deterioro del estado general y dificultad respiratoria progresiva. El especialista intensivista anotó entonces que el enfermo tenía un diagnóstico de *“falla cardiaca aguda severamente descompensada, Stevenson B, NYHA IV, AHA C”*. (Folio 7/36 CDM).

En efecto, estaba con dificultad respiratoria, sensación generalizada de malestar, crépitos inspiratorios en ambos campos pulmonares (edema pulmonar), hepatomegalia importante, edema de miembros inferiores. De la misma manera, la nota da cuenta de una hipertensión pulmonar severa de 98 mm Hg, sin que se precise la fuente de este dato, aunque puede provenir del mismo estudio EcoK-TE realizado en diciembre 22 del 2018. (7/36 CDM).

Ante la disnea progresiva y la aparición de una acidosis metabólica por hipoperfusión generalizada y una insuficiencia renal aguda en clasificación Akin III, se consideró necesario llevarlo a unidad de cuidado crítico (UCI) y se insistió en que el caso debía ser asumido por Cardiología y Cirugía Cardíaca, por lo cual se inició trámite de remisión. Además, el médico consultado señala haber hablado con la familia acerca del estado crítico del paciente y de los riesgos de un desenlace fatal. (8/36 CDM). Notas similares *“en espera de remisión integral para manejo por hemodinamia y cirugía cardiovascular”* se encuentran en los folios (10, 12, 13, 16, 17, 20).

En el folio 16, en la nota de evolución del 13 de marzo de 2013, a las 11 am, se lee nota escrita por Trabajo Social que se refiere a que *“se inició verificación de proceso de traslado donde se informa de aceptación en institución en la ciudad de Cali y necesidad de cumplir las condiciones mínimas para su traslado...”*

A las 16:17 p.m. del día 10 de marzo aparece la primera nota de hospitalización en UCI, en la cual se informa acerca de las condiciones precarias de salud, el requerimiento de soporte inotrópico y vasopresor, la función renal deteriorada, con gasto renal oligúrico y el alto riesgo de que se presente un colapso cardiovascular. (10/36 CDM).

La nota del intensivista, el 13 de marzo, refiere que don REINALDO MEJIA se encuentra con necesidad de iniciar terapia de reemplazo renal (en adelante TRR) de tipo hemodiálisis; Trabajo social refiere que se logra que el paciente sea aceptado en una IPS de la ciudad de Cali en la cual se disponga de los recursos necesarios para tratar integralmente al paciente, a saber, hemodinamia y cirugía cardiaca. (Folio 16/36)

Las notas médicas de evolución de los días 14,15 y 16 de marzo de 2019 se refieren a condiciones relativamente estables del paciente, aunque con necesidad de soporte renal y cardiaco. Se describe la aparición de un trastorno del ritmo cardiaco durante el curso de una sesión de hemodiálisis que fue rápidamente contralado y sin secuelas.



La nota del día 16 de marzo de 2019 a las 00.33, (**no hay numeración correspondiente a este folio**) señala que el paciente continúa con requerimientos de soporte vasoactivo con norepinefrina, con falla renal asociada a síndrome cardiorrenal y con persistencia de alto riesgo de colapso cardiovascular y arritmias. Menciona que sigue pendiente remisión para cateterismo cardíaco y manejo por cirugía cardiovascular.

A partir de ese momento no hay ningún documento, ninguna nota, ninguna referencia que señale cuándo, cómo, hacia dónde se dio de alta al señor MEJIA AGUDELO, si continuó, por el contrario, con manejo de su shock cardiogénico en la UCI de la IPS mencionada.

ANÁLISIS (JUSTIFICACIÓN):

PACIENTE EN MANEJO EN UCI POR CUADRO DE FALLA CARDIACA DESCOMPENSADA CURSANDO CON SHOCK CARDIOGÉNICO, BAJO SOPORTE VASOACTIVO CON NOREPINEFRINA, SIN SOPORTE VENTILATORIO EN EL MOMENTO, PRESENTA FALLA RENAL ASOCIADA POR SÍNDROME CARDIORRENAL EN EL DÍA DE HOY SE REALIZO HEMODIALISIS SIN COMPLICACIONES, BUENA DIURESIS RESIDUAL. CONTINUA SIN PRESENTAR NUEVOS EPISODIOS DE FIBRILACIÓN AURICULAR, MÁS CONTINUA EN MUY ALTO RIESGO DE COLAPSO CARDIOVASCULAR Y ARRITMIAS. POR LO DEMÁS IGUAL MANEJO MEDICO.

CORRELACIÓN CLÍNICA Y MÉDICO LEGAL

En síntesis, se trata de la historia clínica de un hombre de 60 años, en un cuadro de falla cardíaca descompensada por una enfermedad de base consistente en una estenosis severa de la válvula aórtica del corazón y una insuficiencia, severa también, de la válvula mitral. El antecedente patológico más importante anotado en esta historia clínica, era el padecimiento de una hipertensión arterial severa en tratamiento y el de haber sido hospitalizado hacia el mes de junio de 2018 por un cuadro de falla cardíaca, sin datos acerca del lugar donde fue atendido. No hay referencia a antecedentes de diabetes, tabaquismo ni dislipidemia. (Colesterol, triglicéridos)

Inicialmente fue atendido en consulta externa de cardiología, en los meses de septiembre de 2018 y enero de 2019. En estas dos consultas se solicitó valoración por cirugía cardíaca ya que existía una clara indicación para sometimiento del paciente a un procedimiento de reemplazo valvular aórtico y mitral por prótesis valvulares. En la consulta de enero de 2019 se solicitó, además, un estudio de las arterias coronarias (cateterismo y coronariografía), como paso indispensable, previo a las cirugías de “corazón abierto” en todos los pacientes mayores de 40 años. Así mismo, en esta consulta se solicitó que la evaluación por cirugía cardíaca se realizara de manera prioritaria.

El 8 de marzo de 2019 el paciente fue hospitalizado en la IPS “DUMIAN MEDICAL”, remitido del hospital de Roldanillo por un cuadro de falla cardíaca aguda descompensada al cual se asociaron, como complicaciones de la misma, un probable daño celular hepático (hepatopatía isquémica) y una insuficiencia renal aguda severa (Akin III) que requirió terapia de reemplazo renal (hemodiálisis).

La evolución durante su estadía en la UCI de la institución DUMIAN MEDICAL, fue crítica, pero estable. Durante todo el tiempo requirió soporte inotrópico (medicamentos que aumentan la fuerza de contracción del corazón) y vasopresor (medicamentos que mejoran la presión arterial sistémica), sostenimiento farmacológico y de reemplazo por hemodiálisis de la función renal, en espera de ser admitido en una institución de tercer nivel, con recursos de hemodinamia y cirugía cardíaca, para poder llevar a cabo un tratamiento definitivo de su padecimiento, a saber, una sustitución de las válvulas mitral y aórtica del corazón, severamente comprometidas.

La hospitalización en la institución “DUMIAN” se debió, en síntesis, a la descompensación de una falla cardíaca previamente existente y que estaba “sostenida” por un tratamiento médico (Carvedilol, furosemida, losartan).



Don REINEL ingresó por una ictericia (coloración amarillenta de la piel, las escleras de los ojos y las mucosas) producida por una elevación de las bilirrubinas. En este caso, se logró establecer que esta ictericia se debía a un deterioro de la función de las células hepáticas, deterioro que fue generado sin duda por un síndrome de bajo gasto cardiaco (en otras palabras, por la mala oxigenación de los tejidos, para el caso, el tejido hepático, por la falla cardiaca; es decir, por el aporte insuficiente de oxígeno y nutrientes al hígado, que el corazón falloso era incapaz de lograr).

La misma causa de síndrome de bajo gasto cardiaco se puede atribuir para el deterioro de la función renal severa que presentó el paciente durante su hospitalización y que lo llevó a necesitar una terapia de reemplazo renal, de tipo hemodiálisis, durante su hospitalización. (Folio 12/36).

Para valorar el grado de falla cardiaca y descompensación que sufría el paciente, se recurre por lo general a la muy utilizada y universal clasificación de clase funcional propuesta hace más de cincuenta años por la New York Heart Association conocida en todo el mundo como la (NYHA), que categoriza este deterioro funcional en cuatro grados o clases funcionales:

CLASE I: Pacientes con enfermedad cardiaca, pero sin limitaciones para sus actividades físicas ordinarias. No presenta ni disnea, ni fatiga, ni palpitaciones, ni dolor torácico de tipo anginoso.

CLASE II: Pacientes con enfermedad cardiaca y moderada limitación de su actividad física. Se sienten bien en reposo, pero las actividades físicas ordinarias les producen disnea y/o fatiga, y/o palpitaciones y/o dolor anginoso.

CLASE III: Pacientes con enfermedad cardiaca resultante en marcada limitación de su actividad física que les desencadena los síntomas descritos en las dos fases anteriores.

CLASE IV: Pacientes con enfermedad cardiaca resultante en incapacidad para realizar cualquier actividad física. Los síntomas descritos en las fases anteriores se presentan aún en reposo.

Debe recordarse que el paciente, al ingresar a la clínica DUMIAN se admitió con el diagnóstico de ingreso de una falla cardiaca severamente descompensada y en clase funcional IV de la NYHA.

Las otras dos clasificaciones descritas Stevenson B y AHA C se refieren al tipo de estado de shock, la primera, y al riesgo de padecimiento cardiaco, la segunda, pero no considero que sean relevantes para el análisis pericial de este caso.

Nota: Las historias clínicas que tuvo la oportunidad de examinar y estudiar este perito son, únicamente, las dos historias de consulta externa de la Institución "Angiohealth" de la ciudad de Cartago (Valle), realizadas el 9 de septiembre de 2019 y el 19 de enero de 2019. No dispone de documentos acerca de atenciones en salud antes del 9 de septiembre. En segundo lugar, el perito dispuso de la historia de la Institución DUMIAN MEDICAL, en la cual estuvo hospitalizado el paciente, entre el 8 y el 16 de marzo de 2019. Esta última historia clínica parece incompleta ya que no hace ninguna referencia a la orden de alta, ni a la remisión del paciente a un centro más especializado. Tampoco se encontró en los documentos que tuvo a su disposición, copia del informe de la EcoK-TE realizado en diciembre de 2018 y que hubiera sido un valioso material para sustentar, aún más, las conclusiones de este peritazgo.

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

El corazón, órgano muscular, hueco, recibe en dos aurículas (derecha e izquierda), durante la fase llamada diástole, (relajación muscular) toda la sangre que corre por las venas del cuerpo y expulsa, mediante la contracción de sus dos ventrículos (derecho

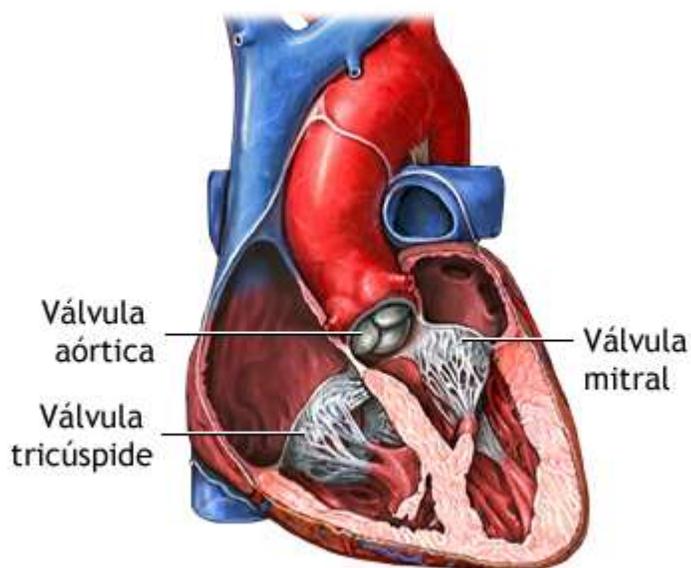
e izquierdo) toda la sangre corre por las arterias, hacia todo el cuerpo, en la fase del ciclo conocida como sístole. (Contracción muscular)

Este órgano posee cuatro válvulas:

Dos válvulas, (pulmonar y aórtica) que están destinadas a lograr que, una vez que la sangre haya salido expulsada desde los ventrículos hacia las grandes arterias, esta sangre no pueda devolverse (refluir) hacia los ventrículos. El ejemplo, en este caso, es la válvula aórtica que está destinada a impedir que la sangre que ya salió del ventrículo se devuelva de regreso hacia el mismo ventrículo.

Otras dos válvulas (mitral y tricuspídea) que están destinadas a impedir que la sangre que pasa desde las aurículas hacia los ventrículos, durante el llenado de éstos -fase llamada diástole -, regrese de nuevo hacia las aurículas durante la sístole.

El ejemplo, en este caso, es la válvula mitral, que permite el paso fácil desde la aurícula izquierda hacia el ventrículo izquierdo, durante la diástole, pero está destinada, mediante su cierre hermético, a impedir que la sangre fluya en sentido contrario, es decir, desde el ventrículo nuevamente hacia la aurícula durante la sístole.



ADAM.¹

Ahora bien; ¿Qué quiere decir insuficiencia de una válvula? La insuficiencia valvular es una lesión estructural de la válvula afectada, en la cual ésta no cumple con su cometido, y permite el regreso (reflujo) de la sangre al sitio de donde salió, porque no se cierra adecuadamente.

¿Qué quiere decir estenosis de una válvula? Estenosis significa obstrucción. Es decir que la válvula, no solamente no está cumpliendo con su cometido natural de impedir el reflujo de la sangre, sino que, además, se ha venido obstruyendo, cerrando, “tapando”, poco a poco. Es decir, se trata de una válvula que no abre bien y, con ello, no permite el paso fácil de la sangre al cruzar por ella. Con ello el flujo sanguíneo pasará, a través de la válvula con dificultad creciente, lo cual genera esfuerzos adicionales al músculo cardíaco que, como todos los músculos del organismo, se va cansando hasta que, en función del tiempo, acaba por entrar en falla.

Entre más estrecha sea la estenosis (área efectiva del orificio por donde pasa la sangre), se producirá una diferencia (gradiente) de presión entre el ventrículo y la aorta, que se puede medir y cuya magnitud, dará lugar a que la estenosis se considere leve, moderada o severa. Así entonces, habrá estenosis por el cálculo del área efectiva de la válvula, medida en cm^2 y/o estenosis por el cálculo del gradiente transvalvular de presión, medido en mm Hg.

¹ Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000176.htm>



Hechas estas breves precisiones se debe señalar entonces que las enfermedades que afectan a las válvulas, producen en ellas (por diversas causas), estenosis, insuficiencias o una combinación de ambos mecanismos pudiendo existir una válvula estenótica y, además, insuficiente.

La mala función valvular, estenosis, insuficiencias o combinaciones de estas anomalías generan cambios en la función del corazón, hipertrofias, adelgazamientos, dilataciones, formación de coágulos y una gran variedad de lesiones que, en su conjunto, van a impedir que el corazón, el órgano más importante del cuerpo de los mamíferos, entre ellos los humanos, funcione adecuadamente. En otras palabras, comienza a fallar; y si esta falla no encuentra una solución, al progresar en el tiempo, terminará por producir la muerte del individuo por agotamiento de la función cardiaca o por otras complicaciones generadas por los trastornos y defectos valvulares.

Consideraciones fundamentadas en la *Lex Artis*

1. Estenosis Aórtica:

La estenosis aórtica es una enfermedad de cierre o estrechez progresiva de la válvula aórtica impidiendo, con ello, la salida normal y suficiente de sangre arterial necesaria para cumplir con los requerimientos metabólicos y de oxígeno de todo el organismo. Generalmente es una enfermedad de tipo degenerativo, siendo la lesión valvular cardiaca más frecuente en los países desarrollados y su incidencia aumenta a medida que la población envejece; puede cursar sin síntomas durante muchos años y, en ocasiones, puede producir una muerte súbita aún en pacientes que no hayan tenido ningún síntoma. La segunda causa de estenosis aórtica es la forma congénita y una tercera causa, que casi ha desaparecido de los escenarios clínicos en Europa y Norteamérica, pero que aún es relativamente frecuente entre nosotros, es la forma reumática. Es decir, en pacientes que han padecido amigdalitis y faringitis durante la infancia y que, luego de muchos años, comienzan a presentar dolores en las articulaciones y luego trastornos cardiacos y/o renales, derivados de esas infecciones iniciales.

Si bien, como se señaló, puede cursar de manera sintomática, también es frecuente que los pacientes presenten tres tipos de síntomas: Disnea progresiva, Síncope (pérdida súbita de la conciencia) y dolor precordial con el ejercicio.

En estos pacientes es característica la auscultación de un soplo sistólico, rudo, áspero, intenso en el eje para esternal izquierdo y que se irradia hacia la mandíbula. El examen diagnóstico estándar es el ecocardiograma que puede definir en detalle la estenosis, su forma sus características, el grado de obstrucción de la válvula, así como la capacidad de medir, tanto la disminución (progresiva) del área efectiva para el paso de la sangre como el gradiente de presión generado por la estrechez, es decir, la creciente y excesiva fuerza que tiene que desplegar el ventrículo para impulsar la sangre a través de la estrechez. De la misma manera el ecocardiograma mide el impacto de la estrechez sobre la función del corazón y la presencia o no, de falla cardiaca asociada.

El tratamiento de la estenosis aórtica es quirúrgico y, en casi todos los casos, se retira la válvula nativa, estenótica, calcificada, estrecha, y se reemplaza por una prótesis valvular que puede ser de tipo mecánico (titanio, tungsteno, carbón pirolítico, etc.) o por una prótesis elaborada con tejidos biológicos tratados (llamadas bioprótesis) que se toman de diferentes mamíferos. (Pericardio bovino, válvulas aórticas de cerdo, etc.).

Las indicaciones para la cirugía son las siguientes:

- Todos los pacientes que tengan síntomas atribuibles a la valvulopatía.
- Pacientes con o sin síntomas, pero con gradiente transvalvular medio > 40 mm Hg, o área valvular indexada < 0.5 cm²/ m² de superficie corporal.



- Deterioro progresivo de la función ventricular (FEVI).
- Pacientes que van a ser sometidos a otros procedimientos en cirugía cardiaca como, por ejemplo, un bypass coronario.

2. Insuficiencia mitral

Aunque, entre nosotros, la fiebre reumática es la causa más frecuente de insuficiencia mitral adquirida, esta ocurre no pocas veces como consecuencia de muchas otras enfermedades, a saber, inflamatorias, degenerativas, infecciosas e isquémicas.

A diferencia de lo señalado, párrafos arriba para la estenosis aórtica, la insuficiencia mitral no suele cursar de manera asintomática durante años y, en algunos casos, por ejemplo el curso de un infarto del miocardio, puede sobrevenir una insuficiencia mitral aguda por ruptura de los pilares musculares que componen la estructura de la válvula mitral.

El síntoma principal es la astenia (sensación de agotamiento físico) durante mucho tiempo y, posteriormente comenzará a presentarse disnea progresiva de esfuerzos, que es un indicador clínico del deterioro de la clase funcional del paciente, así como congestión venosa (hepatomegalia, edema de miembros inferiores, etc.).

Por otra parte, con mucha frecuencia, la alta presión de reflujo sistólico procedente del ventrículo se transmite, de manera retrógrada, hasta el lecho vascular pulmonar, produciendo con ello, una hipertensión pulmonar asociada que, en el caso del paciente MEJIA AGUDELO se encontraba muy elevada. Esta alta presión en el circuito pulmonar produce, necesariamente, alteraciones en la función del ventrículo derecho, con lo cual la situación de falla cardiaca se generaliza y, por consiguiente, se agrava. En este caso también, el examen diagnóstico estándar es el ecocardiograma que puede definir en detalle la insuficiencia, su forma, sus características, el grado de reflujo sanguíneo y clasificar de I a IV el grado de severidad. Igualmente está en capacidad de medir la dimensión de las cavidades, aurícula y ventrículo izquierdo, detectar una insuficiencia cardíaca y medir una probable hipertensión arterial pulmonar.

El tratamiento de la insuficiencia mitral es igualmente quirúrgico con la necesidad de reemplazar por una prótesis la válvula afectada que se explanta y se reemplaza por una prótesis igualmente mecánica o una bioprótesis, aunque en el caso de la válvula mitral se han diseñado técnicas para no tener que retirarla sino repararla, procedimiento que se conoce con el nombre de “plastia” y, en el caso de las válvulas cardíacas, “valvuloplastia”.

Las indicaciones para la cirugía son las siguientes:

- Todos los pacientes que tengan síntomas atribuibles a la valvulopatía. (Clasificaciones III o IV de la NYHA).
- Pacientes con dilatación del ventrículo izquierdo y con fracciones de eyección del mismo de 50% o menos.
- Todos los pacientes con o sin síntomas que tengan una insuficiencia clasificada como severa.
- Todos los pacientes con una insuficiencia valvular moderada si existen criterios que permitan intentar una reparación o plastia exitosa.
- Todas las insuficiencias mitrales agudas por infarto por infección (endocarditis).
- En general, en Colombia se prefiere operar pacientes sin mayor deterioro funcional, cuando quiera que se trata de personas con seguimiento postoperatorio difícil, tal como son los habitantes de áreas rurales dispersas.
- Existe, además una tendencia general a operar los pacientes más tempranamente que en el pasado.



3. Requerimiento de realización de un cateterismo cardiaco y arteriografía de las coronarias.

Como resultado de la consulta de control cardiológico del enero de 2019, en la cual el médico tratante describe algunos de los hallazgos relevantes del EcoK-TE realizado al paciente, remite al paciente para que se le realice una arteriografía coronaria con cateterismo cardiaco y una evaluación por cirugía cardiovascular.

Esta arteriografía coronaria con cateterismo puede considerarse, hoy, como un requisito insustituible; prácticamente, como un examen preoperatorio más, en un grupo bastante grande de pacientes.

La experiencia de muchos años y numerosos trabajos de investigación clínica en el mundo entero, demostraron que, conocer el estado de la anatomía de las arterias coronarias antes de someter a un paciente a una cirugía con circulación extracorpórea (conocida popularmente como cirugía “a corazón abierto”) era de vital importancia.

En efecto, el sometimiento a las condiciones exigentes de la circulación extracorpórea que interfieren con todos los procesos metabólicos del organismo, que someten los tejidos a una baja perfusión arterial y a un bajo aporte de oxígeno, aunado esto a la necesidad de detener la función del corazón durante una hora o más, mientras se realizan los distintos procedimientos quirúrgicos en este órgano, requieren que la red arterial coronaria se encuentre libre de lesiones oclusivas parciales o totales. Si las condiciones anatómicas de esta red coronaria no se detectan o se ignoran, entonces sus posibles lesiones obstructivas no serán oportunamente tratadas (realización de un bypass coronario en el mismo procedimiento). Y así, el paciente tendrá grandes probabilidades que sufrir lo que se conoce como un infarto perioperatorio que puede ser, en sí mismo mortal, durante la cirugía, durante la recuperación postoperatoria en la UCI o que complicará luego la vida misma del paciente con la aparición de secuelas severas de un infarto masivo.

Las guías norteamericanas y europeas de manejo del paciente con enfermedad valvular señalan las siguientes indicaciones para la realización de esta arteriografía preoperatoria, en los siguientes pacientes:

- Pacientes con antecedentes de angina (dolor precordial) evidencia de lesiones isquémicas, función sistólica del ventrículo izquierdo disminuida, historia de enfermedad coronaria o con factores de riesgo para enfermedad coronaria que incluyen edad mayor de 40 años en hombres y mujeres postmenopáusicas.
- Paciente en estudios preoperatorios para programar insuficiencia mitral severa.
- Pacientes en quienes se quiere excluir o confirmar la presencia de enfermedad coronaria ya que estudios previos no invasivos, (electrocardiograma, ecocardiograma, prueba de esfuerzo, prueba de perfusión miocárdica, test del calcio en angioTAC, etc.) arrojan una probabilidad baja o intermedia de tener enfermedad coronaria.
- En pacientes que requieren cirugía valvular urgente, enfermedad severa calcificada de los senos coronarios (de donde nacen las arterias coronarias), de la aorta ascendente o con endocarditis infecciosa no es razonable realizar una arteriografía coronaria preoperatoria.
- Se recomienda la realización de un bypass coronario concomitante con la cirugía de plastia o reemplazo valvular en todos aquellos pacientes en los que la arteriografía haya mostrado lesiones coronarias obstructivas de 70% o más de la luz arterial y de 50% o más si se trata del tronco común de la coronaria izquierda.



4. La insuficiencia cardiaca aguda descompensada.

Tal como se señaló anteriormente, la insuficiencia cardiaca crónica o aguda no debe ser considerada en, principio, como una enfermedad aislada. En efecto, se presenta ella por una gran cantidad de enfermedades que afectan al corazón, tales como la enfermedad isquémica, las enfermedades valvulares adquiridas, algunas cardiopatías congénitas y otras cardiopatías infecciosas y parasitarias como la enfermedad de Chagas.

La insuficiencia cardíaca aguda descompensada se describe cuando aparecen o se modifican signos y síntomas secundarios a una función cardíaca ya anormal y que pueden suceder como descompensación de una Insuficiencia Cardíaca Crónica previa.

La mortalidad hospitalaria de esta situación se calcula entre un 5 a 8%, pero puede aumentar significativamente hasta el 20% si coexisten, además, una insuficiencia renal, una hipotensión arterial sistémica y, particularmente, una presión arterial pulmonar elevada.

Ahora bien, dependiendo de la causa de esta insuficiencia cardiaca aguda será su tratamiento. Es una condición clínica que exige hospitalización con recursos de terapia intensiva casi siempre y una gran parte del manejo se destinará a mantener, con medicamentos y dispositivos mecánicos, las funciones más importantes del organismo. Fármacos para mantener una presión arterial aceptable, para mejorar la función de contracción (sístole) del corazón, riñón artificial, soporte ventilatorio con ventiladores mecánicos, etc.

No obstante, en la gran mayoría de los casos, solo tratando la causa de la insuficiencia, se podrá controlar y aliviar esta grave condición. Así, por ejemplo, será reparar o cambiar la (o las) válvulas alteradas en su anatomía y en su función, revascularizar el corazón, cuando la causa sea isquémica, corregir un defecto congénito y así, un largo etcétera.

OBJETIVO PERICIAL

El objeto del dictamen es determinar las causas probables del deceso del señor REINEL MEJÍA AGUDELO y, si la atención médica brindada hasta el día 20 de marzo de 2019 fue idónea, de conformidad con los síntomas y diagnósticos que presentaba previo a su fallecimiento.

Como ya fue señalado, en la nota en negrilla de la página 5 de este informe pericial, este perito desconoce por completo, cuál fue el desenlace posterior al 16 de marzo de 2019, de manera que no puede pronunciarse al respecto. Es evidente que, hasta ese día (16 de marzo) el paciente se encontraba en un estado calificado como estable pero crítico. Debe recordarse el análisis descrito en la página 3 de este peritazgo, en el que el médico tratante describe que:

La nota del día 16 de marzo de 2019 a las 00.33, (no hay numeración correspondiente a este folio) señala que el paciente continúa con requerimientos de soporte vasoactivo con norepinefrina, con falla renal asociada a síndrome cardiorrenal y con persistencia de alto riesgo de colapso cardiovascular y arritmias. Menciona que sigue pendiente remisión para cateterismo cardiaco y manejo por cirugía cardiovascular. (Subrayas no lo son en el texto original)

Con base en esta apreciación clínica se puede suponer que el paciente salió remitido hacia un centro de mayor complejidad, pero esta consideración no puede ir más allá del terreno especulativo por las razones explicadas.

RESPUESTAS A CUESTIONARIO PROPUESTO



1. *Sírvase establecer el estado de salud del señor REINEL MEJÍA AGUDELO previo a la atención médica recibida el día 3 de agosto de 2018 en la IPS Angiohealth, conforme a la historia clínica aportada y demás documentos que obran en el plenario en ese sentido.*

RESPUESTA: Nuevamente se señala aquí que el perito no dispuso de notas clínicas o de algún otro documento que pudiera respaldar el estado de salud del señor MEJÍA AGUDELO, antes de la fecha de 9 de septiembre de 2018. No obstante, por lo anotado en la historia clínica de esta última fecha se describe como antecedente de importancia la hospitalización, 3 meses antes del 9 de septiembre (no se sabe dónde), por causa de una dificultad respiratoria, (disnea progresiva). Según el mismo documento médico, de esta hospitalización parece haberse ordenado una “ecografía” en la que se pone de presente la cardiopatía mixta (valvular e hipertensiva) y la severidad de las lesiones de las válvulas aórtica y mitral del corazón.

Aunque no exista la constancia de tales situaciones en el método científico médico, el simple relato de los antecedentes, por parte del paciente, de sus familiares, por otros médicos, o por los descritos en una historia clínica anterior, son de importancia crucial y más, en este caso.

De manera que es muy posible deducir que el estado de salud el señor REINEL MEJIA, para el 3 de agosto de 2018, no podía ser muy distinto del presentado un mes después, el 9 de septiembre del mismo año en la consulta a Angiohealth. La enfermedad valvular de este paciente llevaba probablemente años de formación y la repercusión de estos trastornos valvulares sobre la función cardíaca y la aparición de hipertensión pulmonar arterial hasta el grado de clasificación como severa, había llegado ya a unos niveles extremos que estaba produciendo síntomas, cada vez más frecuentes y cada vez más graves, hasta el momento en que, en estado crítico, descompensado, debe hospitalizarse en la institución DUMIAN.

2. *Determinar si el paciente REINEL MEJÍA AGUDELO tenía algún factor de predisposición y/o antecedente patológico que conllevara a que se presentara su fallecimiento en las condiciones que se dio.*

RESPUESTA: Como ha sido ya señalado, para este perito resulta imposible expresarse acerca de las condiciones de tiempo, lugar y contexto del mencionado fallecimiento del señor MEJIA AGUDELO. No obstante, por todo lo señalado en las consideraciones médicas de este peritazgo es perfectamente posible entender que este paciente se encontraba en una situación muy desfavorable, con un “alto riesgo de colapso cardiovascular”, con una hipertensión arterial pulmonar severa, con arritmias, con insuficiencia renal severa y con una Insuficiencia Cardíaca Aguda Descompensada. Cada una de estas entidades nosológicas, por separado, conlleva una alta mortalidad. Presentadas en forma simultánea en un mismo paciente, esta mortalidad aumenta de manera considerable.

De manera tal que la respuesta a la pregunta N°2 es sí. El paciente REINEL MEJIA AGUDELO, sí tenía factores patológicos de predisposición que pudieran explicar su fallecimiento.

3. *Establecer si hubo omisión en la atención médica brindada al señor REINEL MEJÍA AGUDELO a partir del día 3 de agosto de 2018 y si ello influyó en su deceso.*

RESPUESTA: Una vez estudiadas en detalle las historias clínicas aportadas por las dos instituciones de salud, (Angiohealth y DUMIAN), se observa que reflejan ellas una atención médica con las siguientes características.

Historias bien hechas, concretas, claras, suficientes para comprender en detalle los problemas de salud del paciente.



Atenciones frecuentes, oportunas, interdisciplinarias, cardiología, medicina general, terapia intensiva, nefrología, terapia respiratoria, Trabajo Social.

Monitoreo continuo y manejo farmacológico y con apoyo mecánico para mantener estable la presión, la saturación de O₂ el gasto urinario y la función renal.

Constante preocupación por acelerar el traslado del paciente a un centro con el suficiente nivel de complejidad como para atenderlo integralmente de sus enfermedades cardiovasculares.

Por otra parte, refieren con frecuencia los médicos generales e intensivistas de turno, haber hablado con la familia del paciente, haberles explicado en detalle las características de los distintos padecimientos de su allegado y, en general acerca de la gravedad del asunto y mal pronóstico vital.

En consecuencia, considero que no existe ningún mérito para afirmar que existió una mala atención por parte del personal de salud (negligente o equivocada con base en la *Lex Artis*) que atendió y registró la atención del señor REINEL MEJÍA AGUDELO en el período comprendido entre el 9 de septiembre de 2019 y el 16 de marzo de 2019.

CONCLUSIÓN PERICIAL

Hecha la consideración acerca del correcto tratamiento y atención en salud recibidos por parte del personal asignado, al señor MEJÍA AGUDELO, declara este perito su imposibilidad de manifestarse acerca de las condiciones que rodearon el mencionado fallecimiento del mismo paciente, por carecer de sustrato para fundamentar una conclusión científica al respecto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rick A. Nishimura, Co-Chair Catherine M. Otto, Co-Chair, et Al. 2014 AHA/ACC Guideline for the Management of Patients With Valvular Heart Disease: Executive Summary. 2014; *JACC* 63 (22) :2438–2488
2. Vahanian A. et Al. Guidelines on the Management of Valvular Heart Disease (versión 2012). *European Heart Journal* (2012); 33, 2451–2496.
3. Piotr Ponikowsky, et al. 2016 ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *European Journal of Heart Failure* (2016). 18, 891–975.
4. Lilia Lobo Marquez*, Guillermo Cursack*, Daniela Garcia Brasca. Algoritmo de insuficiencia cardíaca aguda *Insuf Card* 2018;13(1): 24-39

Con toda atención,

FRANCISCO GÓMEZ PERINEAU

Médico Especialista en Cirugía General
Especialista en Cirugía Vasculard
Especialista en Cirugía Cardiovascular
Perito CENDES



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

	AÑO	PERITO	RADICADO / CASO	OBJETO DICTAMEN
1.	2019	FRANCISCO GÓMEZ PERINEAU	Dictamen Médico Pericial / Radicado 2015-0642 Solicitado por juzgado (24) Administrativo de Medellín	Cirugía Vascular/Cirugía cardiovascular
2.	2019	FRANCISCO GÓMEZ PERINEAU	Dictamen Médico Pericial / 2017-0048 Juzgado (29) Administrativo de Medellín	Cirugía Vascular/Cirugía cardiovascular
3.	2019	FRANCISCO GÓMEZ PERINEAU	Dictamen Médico Pericial / Caso Fabio Jiménez Largo/ Solicitado por Favio Fernando Jiménez Cardona	Cirugía Vascular/Cirugía cardiovascular
4.	2019	FRANCISCO GÓMEZ PERINEAU	Dictamen Médico Pericial / Caso Jacqueline Del Carmen Escudero Kerguelen/ Solicitado por Doris Jaller	Cirugía Vascular/Cirugía cardiovascular
5.	2019	FRANCISCO GÓMEZ PERINEAU	Dictamen Médico Pericial / Radicado 2014-0549 Juzgado Segundo (2) Administrativo de Florencia	Cirugía Vascular/Cirugía cardiovascular
6.	2019	FRANCISCO GÓMEZ PERINEAU	Dictamen Médico Pericial / Radicado 2019-0140 / Solicitado por Oscar Nieto Díaz	Cirugía Vascular/Cirugía cardiovascular
7.	2019	FRANCISCO GÓMEZ PERINEAU	Dictamen Médico Pericial / Radicado 2018-0539/ Juzgado Sexto Administrativo de Manizales / Solicitado por Jhonier Vallejo López	Cirugía Vascular/Cirugía cardiovascular
8.	2019	FRANCISCO GÓMEZ PERINEAU	Dictamen Médico Pericial / Radicado 2014-2075 /Tribunal Administrativo de Antioquia	Cirugía Vascular/Cirugía cardiovascular
9.	2020	FRANCISCO GÓMEZ PERINEAU	Dictamen Médico Pericial / Caso María Patricia Sanchez Córdoba/ Solicitado por Carlos Albeiro Colorado Botero	Cirugía Vascular/Cirugía cardiovascular
10.	2020	FRANCISCO GÓMEZ PERINEAU	Dictamen Médico Pericial / Caso Rubiano Velásquez Morales/ Solicitado por Rubiano Velásquez Morales	Cirugía Vascular/Cirugía cardiovascular
11.	2022	FRANCISCO GÓMEZ PERINEAU	Dictamen Médico Pericial / Caso Magnolia Del Socorro Vieco Chanci/ Solicitado por Sady Andres Monsalve Espinosa	Cirugía Vascular/Cirugía cardiovascular
12.	2022	FRANCISCO GÓMEZ PERINEAU	Dictamen Médico Pericial/ Radicado 2019-00012 00/Solicitado por José Del Carmen Muñoz Gómez.	Cirugía Vascular/Cirugía cardiovascular
13.	2022	FRANCISCO GÓMEZ PERINEAU	Dictamen Médico Pericial/ Radicado 2022-00036 00/Solicitado por Julio Cesar Yepes Restrepo - Promotora Médica Las Américas S.A	Cirugía Vascular/Cirugía cardiovascular
14.	2022	FRANCISCO GÓMEZ PERINEAU	Dictamen Médico Pericial/ Radicado 2022-00424 00/Solicitado por Luisa Fernanda Henao Vallejo - Prieto Peláez abogados S.A.S.	Cirugía Vascular/Cirugía cardiovascular
15.	2023	FRANCISCO GÓMEZ PERINEAU	Dictamen Médico Pericial/ Radicado 2022-00057-00 / Solicitado por Juzgado Séptimo (07) civil del circuito de Cali	Cirugía Vascular/Cirugía cardiovascular



Colegio Mayor de Abta. Sra. del Rosario
Sociedad de Cirugia de Bogota
Facultad de Medicina



POR LAS PRESENTES LETRAS HACEMOS SABER QUE

Francisco Gómez Perinetti

HA CURSADO EN NUESTRA FACULTAD TODOS LOS ESTUDIOS TEORICOS Y PRACTICOS CON LA EXTENSION REQUERIDA POR NUESTRAS DISPOSICIONES ACADEMICAS, DE ACUERDO CON LAS REGLAMENTACIONES OFICIALES Y CONFORME A LA RESOLUCION No. 2.357 DE JUNIO 7 DE 1971 EXPEDIDA POR EL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL, POR LO CUAL CONFERRIMOS AL PRECITADO ALUMNO EL CARACTER Y TITULO DE

DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA

CON TODOS LOS DERECHOS, HONORES Y PREEMINENCIAS DE NUESTROS PROFESIONALES Y MAESTROS Y, PARA QUE CONSTE, LE EXPEDIMOS EL PRESENTE DIPLOMA, FIRMADO POR EL RECTOR DE LA UNIVERSIDAD, POR EL PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA, POR EL DECANO DE LA FACULTAD DE MEDICINA, POR EL SECRETARIO GENERAL DEL COLEGIO MAYOR, POR EL SECRETARIO DE LA FACULTAD DE MEDICINA Y REFRENDADO CON LOS SELLOS RESPECTIVOS.

DADO EN LA CIUDAD DE BOGOTA, D. E., REPUBLICA DE COLOMBIA A LOS 19 DIAS DEL MES DE Diciembre DEL AÑO DE MIL NOVECIENTOS ochenta y tres.

EL RECTOR,

Carlos Castañeda



Sumner

EL PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD DE CIRUGIA,

Augusto Salazar



EL DECANO,

Antonio Aguirre



Leifer

1983 Agosto

David Leizaola Prieto

Francisco Gómez Perinetti
19 de agosto de 1983

No. 96

Alfonso
Bogotá, Oct. 22. 83

Centro



LA REPUBLICA DE COLOMBIA
Y POR AUTORIZACION
DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL



LA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

EN ATENCION A QUE

FRANCISCO GOMEZ PERINEAU

HA COMPLETADO TODOS LOS REQUISITOS QUE LOS ESTATUTOS UNIVERSITARIOS
EXIGEN PARA OPTAR AL TITULO DE ESPECIALISTA EN

CIRUGIA GENERAL

EXPIDE EL PRESENTE DIPLOMA. EN TESTIMONIO DE ELLO, SE FIRMA Y REFRENDA CON LOS
LOS RESPECTIVOS EN MEDELLIN, EL DIA 31 DEL MES DE JULIO DE 1979

Alfonso Valencia
RECTOR DE LA UNIVERSIDAD
Edmundo
SECRETARIO GENERAL



UNIVERSIDAD CES

Un compromiso con la excelencia

Jacinto
DECANO DE LA FACULTAD

TITULAR
C.C. N° 19.050.598 DE BOGOTA



LA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

PERSONERÍA JURÍDICA LEY 71 DE 1878 DEL ESTADO SOBERANO DE ANTIOQUIA Y LEY 153 DE 1887

1801

EN ATENCIÓN A QUE

FRANCISCO GÓMEZ PERINEAU

IDENTIFICADO CON CÉDULA DE CIUDADANÍA 19050589

HA COMPLETADO TODOS LOS REQUISITOS QUE LOS ESTATUTOS UNIVERSITARIOS
EXIGEN PARA OPTAR AL TÍTULO DE

ESPECIALISTA EN CIRUGÍA VASCULAR

LE EXPIDE EL PRESENTE DIPLOMA, EN TESTIMONIO DE ELLO, SE FIRMA EN MEDELLÍN
REPÚBLICA DE COLOMBIA, EL 30 DE MARZO DE 2007

Alberto Uribe C
ALBERTO URIBE CORREA
RECTOR

Ana Lucía Herrera
ANA LUCÍA HERRERA GÓMEZ
SECRETARIA

Elmer de Jesús Gaviria Rivera
ELMER DE JESÚS GAVIRIA RIVERA
DECANO

35556

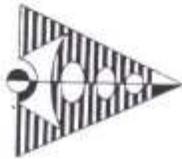
IMPRESO EN COLOMBIA



UNIVERSIDAD CES

Un compromiso con la excelencia

Asociación Colombiana de Facultades de Medicina
ASCOFAME



Esta Copia corre, onda al decano
 frente original, que el suscrito
 también ha firmado a la Vista.
 27-10-99
 NOTARIA SÉPTIMA del Circuito
 de Medellín.

Hace constar que el Doctor
Francisco Gómez Perineau

Llenó los requisitos académicos fijados por la Asociación,
 para ser registrado como Especialista en:
Cirugía Cardiovascular

J. Rojas &
 Director Ejecutivo
F. Venegas-Vej
 Jefe División de Educación

Santafé de Bogotá D. C. a 3 de Octubre de 1999



UNIVERSIDAD CES
 Un compromiso con la excelencia